

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний заклад України „Українська медична стоматологічна
академія “

Сучасні підходи до ведення пологів та післяпологового періоду при патологічному перебігу вагітності

Навчальний посібник

Полтава 2015

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний заклад України „Українська медична стоматологічна
академія “

Сучасні підходи до ведення пологів та післяпологового періоду при патологічному перебігу вагітності

Навчальний посібник

за редакцією
доктора медичних наук, професора А.М. Громової,
кандидата медичних наук, доцента Л.А. Нестеренко

Полтава 2015

УДК 618.4/7:618.3(075.4/9)

ББК 57.16я7

С91

Рецензенти:

М.О. Щербина, доктор медичних наук, професор завідувач кафедри акушерства та гінекології №1 Харківського національного медичного університету;

О.В. Грищенко, доктор медичних наук, професор завідувач кафедри перинатології, акушерства і гінекології Харківської медичної академії післядипломної освіти, заслужений діяч науки та техніки України.

Автори: *А.М. Громова, Н.Л. Нестеренко, К.В. Тарасенко, В.Б.Мартиненко, Н.І.Мітюніна, Е.І. Крутікова, О.М. Кетова, В.М. Шафарчук*

С91 Сучасні підходи до ведення пологів та післяпологового періоду при патологічному перебігу вагітності; Навчальний посібник, - Полтава, 2015.- 312с.

У навчальному посібнику висвітлено теми, які передбачені програмою з акушерства та гінекології для медичних факультетів та затвердженою Міністерством охорони здоров'я України. Зміни підходів до ведення вагітності та пологів, які передбачені протоколами МОЗ України та відповідають вимогам ВООЗ, потребують втілення новітніх технологій у навчальний процес. Звернута увага на основні етіопатогенетичні зміни при той, чи іншій патології, внесені до лікування вимоги протоколів. У посібнику включають усі теми рекомендовані навчальною програмою згідно модуля №2.

Навчальний посібник розрахований на студентів IV, V, VI курсів медичних факультетів вищих медичних закладів освіти III – IV рівня акредитації, а також може бути використаний лікарями - інтернами, лікарями загальної практики та сімейної медицини.

Зміст

Стор.

Вступ	1
1. Розділ I. Ранні гестози. Гіпертензійні розлади під час вагітності.	
Прееклампсія. Єклампсія. (Тарасенко К.В.).....	2
2. Розділ II. Невиношування вагітності. (Крутікова Е.І.).....	53
3. Розділ III. Переношена вагітність. Аномалії скоротливої	
діяльності матки. (Мартиненко В.Б.)	81
4. Розділ IV. Пологовий травматизм. Сучасні підходи до	
діагностики та лікування пологових травм матері	
та плода. (Шафарчук В.М.).....	105
5. Розділ V. Кровотечі в акушерстві. Кровотечі під час вагітності.	
Кровотечі в пологах Кровотечі у післяпологовому періоді.	
Геморагічний шок. ДВЗ синдром. (Нестеренко Л.А.).....	129
6. Розділ VI. Вагітність та пологи при екстрагінетальних захворюваннях.	
6.1.Ведення вагітності та пологів при цукровому	
діабеті.(Тарасенко К.В.).....	166
6.2.Ведення вагітності та пологів при захворюваннях серцево-судинної	
системи. (Нестеренко Л.А.).....	198
6.3.Ведення вагітності та пологів при захворюванні	
нирок.(Мартиненко В.Б.).....	216
6.4.Анемія під час вагітності (Крутікова Е.І.).....	228
7. Розділ VII. Показання, протипоказання, умови та технічні	
особливості оперативних втручань в акушерстві. (Мітюніна Н.І.)....	245
8. Розділ VIII. Післяпологові септичні захворювання. (Кетова О.М.)...284	
Література	309

Вступ

Навчальний посібник „Сучасні підходи до ведення пологів та післяпологового періоду при патологічному перебігу вагітності“ підготовлений колективом кафедри акушерства і гінекології №1 ВДНЗУ Української медичної стоматологічної академії. У посібнику висвітлено теми занять, які передбачені програмою з акушерства та гінекології для медичних факультетів та затвердженою Міністерством охорони здоров'я України.

Зміни підходів до ведення вагітності та пологів, які передбачені протоколами МОЗ України та відповідають вимогам ВООЗ, потребують втілення новітніх технологій у навчальний процес.

Звернута увага на основні етіопатогенетичні зміни при тій, чи іншій патології. Ми вважали за потрібне внести до лікування вимоги протоколів.

Розділи посібника „Сучасні підходи до ведення пологів та післяпологового періоду при патологічному перебігу вагітності“ включають усі теми рекомендовані навчальною програмою згідно модуля №2: гестози, невиношування та переношування вагітності, аномалії скоротливої діяльності матки, акушерські кровотечі, екстрагенетальні захворювання під час вагітності, післяпологові септичні захворювання. Викладені основи оперативного акушерства.

Посібник розрахований на користування студентами IV, V, VI курсів медичного факультету, лікарів - інтернів, лікарів загальної практики та сімейної медицини.

РОЗДІЛ І. Ранні гестози. Гіпертензивні розлади під час вагітності.

Прееклампсія. Еклампсія.

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

Причиною їх виникнення є сама вагітність; із перериванням останньої (після пологів або абортів) ознаки гестозу зникають. За терміном виникнення і клінічними проявами прийнято розрізняти наступні форми гестозів вагітних:

1. Ранні гестози: блювання, надмірне блювання, слинотеча.
2. Гестози, що рідко зустрічаються: дерматози вагітних, хорія вагітних, жовтяниця вагітних, гострий жировий гепатоз та ін.
3. Пізні гестози: прееклампсія легкого, середнього та важкого ступенів, еклампсія.

РАННІ ГЕСТОЗИ ВАГІТНИХ

Патогенез ранніх гестозів полягає в неадекватній реакції організму вагітної жінки на обов'язкові зміни, що виникають в результаті розвитку гестаційного процесу. Ці зміни носять компенсаторний характер і контролюються роботою центральної нервової системи. Перенесені до вагітності тяжкі захворювання (запальні процеси статевих органів, статевий інфантилізм, травми головного мозку), наявність хронічних джерел інфекції, неправильне харчування, нервові виснаження, стреси, перевтомлення та інші несприятливі фактори призводять до порушення нормальних співвідношень між процесами збудження і гальмування в корі головного мозку. В таких умовах компенсаторні зміни, які супроводжують вагітність, набувають патологічного характеру і викликають порушення обміну речовин, судинні розлади, гормональний дисбаланс та пов'язані з цим електролітні зрушення.

Блювання вагітних (*emesis gravidarum*) – найбільш часта форма гестозів першої половини вагітності. Від звичайного блювання, що у багатьох жінок супроводжує перші місяці вагітності, ця форма ранніх

гестозів відрізняється тим, що блювання буває не тільки ранком, але повторюється декілька разів на день, навіть після прийому їжі. За ступенем тяжкості розрізняють легке, помірне та надмірне блювання.

Блювання вагітних легкого ступеню повторюється кілька разів (від 3 до 5) на день і не позначається на загальному стані хворої. Як правило блювання виникає після їжі, супроводжується нудотою, зниженням апетиту, появою схильності до гострих та солоних страв.

Помірна ступінь блювання характеризується більш частим блюванням (10-12 разів на день), що виникає незалежно від прийому їжі. Хвора не може втримувати їжу, з'являється слинотеча. Виникає помірна тахікардія, відмічається субфебрильна температура, розвивається гіпотензія. Хвора скаржиться на кволість, сонливість, інколи безсоння. Діурез зменшується. Такий стан може проходити самостійно або під впливом проведеного лікування. Проте у деяких жінок блювання підсилюється і набуває характеру *надмірного*, повторюючись до 20 разів і більше на добу, виникаючи і вдень, і вночі. У шлунку не затримується не тільки їжа, а й вода. В результаті зневоднення порушуються вуглеводний, жировий, водно-сольовий обміни, наростають ознаки інтоксикації. Хворі апатичні, адинамічні, скаржаться на болі в епігастрії, правому підребер'ї, над лоном. Жінки швидко втрачають масу тіла (від 2 до 5 кг на тиждень), підшкірно-жировий шар зникає. Шкіра стає сухою, при огляді відмічається симптом "пилового сліду" (смуга відшарованих лусочок епідермісу, при проведенні пальцем по шкірі), тургор знижений. З'являється іктеричність склер, запах ацетону з роту. Температура тіла підвищується до 38°C і вище, розвивається тахікардія більше 120 ударів за хв. Пульс слабкого наповнення. Тони серця приглушені. Артеріальний тиск знижується до 80 мм рт. ст. Прогресивно зменшується діурез, що супроводжується підвищенням в крові сечовини, білірубіну, залишкового азоту. Наростає гематокрит, лейкоцитоз, зменшується рівень альбумінів, холестерину, калію. В сечі з'являється білок, форменні елементи крові,

реакція на ацетон різко позитивна. В організмі можуть виникнути тяжкі зміни, які призводять до загибелі жінки.

Основні принципи лікування блювання вагітних:

- нормалізація співвідношення між процесами збудження та гальмування;
- усунення гіповолемії та корекція порушень реологічних властивостей крові;
- боротьба з ацидозом, інтоксикацією та зневодненням організму;
- усунення порушень водно-електролітного обміну;
- поліпшення матково-плацентарного кровообігу;
- лікування супутніх захворювань.

Для діагностики та контролю ефективності лікування блювання вагітних рекомендується проведення у них динамічного моніторингу стану з урахуванням наступних показників:

- маси тіла;
- балансу рідини;
- рівня артеріального тиску;
- гематокриту та вмісту гемоглобіну;
- аналізу сечі (ацетон, білок);
- концентрацій білірубину, печінкових ферментів та креатиніну;
- рівня електролітів в крові та сечі (K^+ , Na^+ , Cl^+);
- даних про кислотно-лужний стан та гази крові;
- динаміку картини очного дна.

Лікування блювання вагітних повинно бути комплексним і спрямоване, головним чином, на нормалізацію роботи центральної нервової системи і стану водно-сольового обміну. Проводиться воно в стаціонарі, де створюються умови повного фізичного і психічного спокою. Лише при легких формах раннього гестозу допускається амбулаторне лікування при умовах динамічного контролю маси тіла та регулярних дослідженнях сечі на ацетон. Психотерапія є обов'язковим компонентом лікування. Хворим

призначають легку їжу, яка добре засвоюється (нежирне м'ясо, рибу, яйця, вершкове масло та ін.). Приймати її слід лежачи, часто і малими порціями, бажано в охоложеному вигляді.

При необхідності призначають медикаментозне лікування, що включає в себе:

1. Вплив на функцію центральної нервової системи, як на основний патогенетичний чинник з метою пригнічення збудливості блювотного центру:

- вітаміни групи В (В₁, В₆);
- антигістамінні препарати (торекан, прометазин, діменгидринат);
- прямі антагоністи дофаміна (метоклопрамід);
- антагоністи серотонінових рецепторів (ондансетрон);
- блокатори дофамінових рецепторів (етаперазин, дроперідол);
- глюкокортикостероїди (метілпреднізолон);
- транквілізатори (триоксазин).

2. З метою ліквідації гіпопротеїнемії, зневоднення та інтоксикації доцільне внутрішньовенне крапельне введення білкових препаратів (Амінол), розчину глюкози з інсуліном, розчину Рінгера-Локка, Реосорбілакт, Ксілат. Для боротьби з метаболічним ацидозом – 5% розчин натрію гідрокорбанату під контролем кислотно-лужного стану крові. За добу хвора повинна отримати не менше 1-3 л рідини.

3. Для поліпшення матково-плацентарного кровообігу використовують вазоактивні та антиоксидантні препарати (тівортін, тівортін аспартат).

4. Парантеральне введення вітамінів: С – по 100-200 мг, В₁ – 50 мг, В₂ і В₆ по 50 мг, по черзі через день, кокарбоксілази по 100 мг.

5. Фізіотерапевтичні методи лікування блювання вагітних: електросон, ігло- та лазерорефлексотерапія, гальванізація або діатермія шийних симпатичних вузлів комірцевої зони та черевного сплетіння, ендоназальний електрофорез вітаміна В₁ з новокаїном або з дімедролом, індуктотермія на ділянку сонячного сплетіння. Існує досвід лікування блювоти вагітних за

допомогою іглорефлексотерапії, акупунктури, акупресури, гіпнотерапії. Також застосовують лікувальну фізкультуру, плазмаферез.

При безуспішному лікуванні та наростанні змін у загальному стані, біохімічних показниках крові (зменшення білка, збільшення залишкового азоту, креатиніну, сечовини), іноді, доводиться вдаватись до переривання вагітності.

Слинотеча (ptyalismus). Гіперсалівація спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом гестозу. Кількість слини, що виділяється, 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. При слинотечі проводять аналогічне лікування, як при блюванні. Іноді з метою зменшення секреції слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну по 1,0 мл 0,1% розчину. Доцільне полоскання порожнини рота настоєм шалфею, ромашки та іншими засобами, що мають в'язучі властивості. Переривання вагітності ця патологія не потребує.

Гестози вагітних, що рідко зустрічаються

Серед таких форм гестозів найчастіше зустрічаються дерматози і жовтяниця вагітних.

Дерматози вагітних – група захворювань, що виникають у зв'язку з вагітністю і зникають після її переривання. Захворювання шкіри при вагітності залежать від функціонального дисбалансу між корою і підкоркою, підвищеної збудливості вегетативної нервової системи, що супроводжується порушеннями інервації шкіри, метаболічними, гемомікроциркуляторними змінами в ній. Дерматози вагітних проявляються у вигляді свербіння шкіри, рідше у формі екземи, кропивниці, еритеми, герпетичних висипів. Лікування дерматозів проводиться ідентично лікуванню блювання вагітних (відповідний режим, харчування з обмеженням білків і жирів, препарати, що регулюють функцію нервової системи і обмін речовин.

Жовтяниця вагітних (холестатичний гепатоз вагітних) може виникати в різні терміни вагітності, але частіше зустрічається в III триместрі. Патогенез цього захворювання достатньо не вивчений. Суттєве значення в його виникненні можуть мати такі фактори, як гальмуючий вплив прогестерону на жовчовидільну функцію холангіол, збільшення продукції холестерину, зниження тонуусу жовчовивідної системи, наростання в'язкості жовчі. Виникненню жовтяниці передує розповсюджене інтенсивне свербіння шкіри. Загальний стан хворої при холестатичному гепатозі вагітних суттєво не змінюється. При лабораторному обстеженні відмічається помірний лейкоцитоз, нейтрофіліоз, а також дещо більш виражене, ніж при неускладненій вагітності, підвищення ШОЕ. Вміст білірубину в крові підвищений (до 90 ммоль/л) і після пологів швидко нормалізується. Дещо зростає рівень лужної фосфатази. Не спостерігається збільшення кількості таких печінкових ферментів, як АЛТ і АСТ, що є досить характерною ознакою для жовтяниці вагітних. Це пояснюється тим, що патогномонічним для цієї патології є відсутність ознак некрозу паренхіми печінки. При виявленні жовтяниці у вагітних, насамперед, необхідно встановити її причину.

Диференційний діагноз слід проводити з ураженням печінки і жовчовивідних шляхів під впливом механічних, обмінних або інфекційних факторів. Можливе виникнення жовтяниці внаслідок вираженої інтоксикації організму при тяжких формах раннього і пізнього гестозу.

Лікування холестатичного гепатозу полягає в призначенні раціонального харчування (дієта №5) і в застосуванні засобів, що сприяють ліквідації свербіння шкіри. З цією метою використовують нерабол по 5-10мг, холестирамін по 12-15 мг на добу. Показане використання антигістамінних засобів, фенобарбіталу. В окремих випадках може з'явитись необхідність в перериванні вагітності, внаслідок наростання клінічних проявів захворювання.

Гострий жировий гепатоз вагітних – одна з найзагрозливіших форм гестозу, що частіше зустрічається в пізніх термінах вагітності (33-40 тижнів) і характеризується надзвичайно гострим початком і високою смертністю. Морфологічно вона проявляється вираженою жировою дистрофією гепатоцитів при відсутності ознак їх некрозу. В клінічному перебігу жирового гепатозу виділяють дві стадії: дожовтяничну, що супроводжується слабкістю, нудотою, виснажливою печією, свербінням шкіри; жовтяничну, при якій наростають симптоми печінкової недостатності, інтоксикації, розвивається ДВЗ-синдром і нерідко настає загибель плода. Лікування полягає у негайному перериванні вагітності, дезінтоксикаційній терапії, введенні білкових та ліпотропних засобів.

Хорея (тетанія) вагітних виникає в зв'язку з порушенням обміну кальцію внаслідок гіпофункції паращитоподібних залоз. Клінічно вона проявляється судомними некоординованими посіпуваннями м'язів верхніх, нижніх кінцівок, іноді – м'язів обличчя і, зовсім рідко, гортані або шлунку. Частіше ця форма зустрічається у жінок, що страждають на ревматизм і ступінь тяжкості гестозу, при цьому, відповідає активності ревматичного процесу. Лікування титанії проводиться в стаціонарі, сумісно з терапевтом, шляхом призначення лікувально-охоронного режиму, психотерапії, лікувального електросну, седативних засобів, а також препаратів, що нормалізують обмін кальцію (вітаміни D, E, глюконату кальцію), паратиреоїдину для покращання функції паращитоподібної залози.

Остеомаляція – зустрічається надзвичайно рідко і обумовлена декальцифікацією кісток і їх розм'якшенням. Найчастіше вражаються кістки таза та хребет, що супроводжується їх болючістю та деформаціями.

Лікування остеомаляції полягає в нормалізації фосфорно-кальцієвого обміну, як це проводиться при терапії хореї вагітних.

ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

1. Визначення

Артеріальна гіпертензія – підвищення систолічного артеріального тиску до 140 мм рт.ст. чи вище та/або діастолічного артеріального тиску до 90 мм рт.ст. чи вище при двох вимірюваннях у стані спокою із інтервалом не менше 4 годин або підвищення артеріального тиску 160/110 мм рт.ст. одноразово.

2. Класифікація

Гіпертензивні розлади під час вагітності

Хронічна гіпертензія

Гестаційна гіпертензія

Транзиторна

Хронічна

Прееклампсія/еклампсія

Легка

Середньої тяжкості

Тяжка

Еклампсія

Поєднана прееклампсія

Гіпертензія неуточнена

3. Термінологія

Хронічна гіпертензія – гіпертензія, що спостерігалася до вагітності або виникла (вперше виявлена) до 20 тижнів вагітності.

Гестаційна гіпертензія – гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності і не супроводжується протеїнурією аж до пологів.

Прееклампсія – гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності, у поєднанні з протеїнурією.

Протеїнурія – вміст білка 0,3 г/л у середній порції сечі, зібраній двічі з інтервалом 4 години чи більше, або екскреція білка 0,3 г за добу.

Поєднана преєклампсія – поява протеїнурії після 20 тижнів вагітності на фоні хронічної гіпертензії.

Транзиторна (минуща) гестаційна гіпертензія – нормалізація артеріального тиску у жінки, яка перенесла гестаційну гіпертензію, упродовж 12 тижнів після пологів (ретроспективний діагноз).

Хронічна гестаційна гіпертензія – гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності та зберігається через 12 тижнів після пологів.

Еклампсія – судомний напад (напади) у жінки з преєклампсією.

Гіпертензія неуточнена – гіпертензія, виявлена після 20 тижнів вагітності, за умови відсутності інформації щодо артеріального тиску (АТ) до 20 тижнів вагітності.

Гіпертензію, пов'язану з вагітністю, діагностують та оцінюють за ступенем тяжкості на підставі діастолічного тиску, який більше характеризує периферичний судинний опір і залежно від емоційного стану жінки менше змінюється, ніж систолічний. Для визначення об'єму лікування та як мету антигіпертензивної терапії (цільовий рівень АТ) також використовують діастолічний тиск.

4. Вимоги до вимірювання діастолічного АТ

Пацієнтка має перебувати у стані спокою щонайменше 10 хв., рука вільно лежить на твердій поверхні, манжетка розташована на рівні серця і обгорнута навколо плеча не менше, ніж на три чверті. Якщо окружність верхньої частини плеча перевищує 32 см, використовують нестандартну манжетку більшого розміру (у разі окружності 33–41 см манжетка 15x33 см, >41 см – спеціальна стегова манжетка). Бажано застосовувати ртутний сфігмоманометр. Вимірювання АТ повторюють двічі, а у разі розбіжності результатів – тричі або більше. Для визначення діастолічного тиску використовують V тон за Коротковим (не IV, як раніше), беручи точку повного зникнення артеріальних шумів.

5. Експрес-тест на наявність білка у сечі

Середню разову порцію сечі доводять до кипіння у скляній пробірці з додаванням 2% оцтової кислоти. Поява стійкого осаду свідчить про наявність білка у сечі, кількість осаду корелює із вираженістю протеїнурії.

ХРОНІЧНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

1. Класифікація

Таблиця №1 За рівнем артеріального тиску (ВООЗ-МТГ*, 1999)

Артеріальна гіпертензія	Систолічний АТ, мм рт. ст.	Діастолічний АТ, мм рт. ст.
1 ступеня (м'яка)	140–159	90–99
2 ступеня (помірна)	160–179	100–109
3 ступеня (тяжка)	□ 180	□ 110
Ізольована систолічна	□ 140	□ 90

* МТГ – Міжнародне товариство гіпертензії

Таблиця №2 За ураженням органів-мішеней (ВООЗ, 1996 з корективами Українського товариства кардіологів, 1999)

I стадія	Об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней відсутні
II стадія	Є об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней без клінічних симптомів з їхнього боку або порушення функції: <ul style="list-style-type: none">- гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографії);- генералізоване чи фокальне звуження артерій сітківки;- мікроальбумінурія, або протеїнурія, або невелике збільшення концентрації креатиніну у плазмі крові (до 177 мкмоль/л).
III стадія	Є об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней за умови наявності клінічних симптомів з їхнього боку або порушення функції: <ul style="list-style-type: none">- серця – інфаркт міокарда, серцева недостатність ІА стадії чи вище;- мозку – мозковий інсульт, транзиторні ішемічні атаки,

	<p>гіпертензивна енцефалопатія, судинна деменція;</p> <ul style="list-style-type: none"> - сітківки – крововиливи та ексудати у сітківці з набряком диску зорового нерва або без нього; - нирок – концентрація креатиніну у плазмі крові > 177 мкмоль/л; - судин – розшаровуюча аневризма аорти
--	---

2. Діагностику хронічної гіпертензії під час вагітності проводять на підставі:

- анамнестичних даних щодо підвищення АТ \geq 140/90 мм рт.ст. до вагітності та/або
- визначення АТ \geq 140/90 мм рт.ст. у стані спокою двічі з інтервалом не менше 4 години, чи \geq 160/110 мм рт.ст. одноразово у терміні до 20 тижнів вагітності.

3. Вагітні з хронічною гіпертензією складають **групу ризику** щодо розвитку прееклампсії, передчасного відшарування плаценти, затримки росту плода, а також інших материнських та перинатальних ускладнень.

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

Інформацію про основне захворювання отримують з медичної документації територіальних (відомчих) закладів охорони здоров'я.

Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів):

- тяжка артеріальна гіпертензія (гіпертензія 3 ступеня за ВООЗ) – АТ \geq 180/110 мм рт.ст.;
- спричинені артеріальною гіпертензією тяжкі ураження органів-мішеней:
- серця (перенесений інфаркт міокарда, серцева недостатність),

- мозку (перенесений інсульт, транзиторні ішемічні напади, гіпертензивна енцефалопатія);
- сітківки ока (геморагії та ексудати, набряк диска зорового нерва);
- нирок (ниркова недостатність);
- судин (розшаровуюча аневризма аорти);
- злюкисний перебіг гіпертензії (діастолічний АТ>130 мм рт.ст., зміни очного дна за типом нейроретинопатії).

5. Головною метою медичної допомоги вагітним із хронічною гіпертензією є попередження виникнення поєднаної преєклампсії або якомога раннє встановлення цього діагнозу.

Приєднання преєклампсії до хронічної артеріальної гіпертензії у вагітної значно погіршує прогноз закінчення вагітності, збільшує ризик материнських та перинатальних ускладнень.

6. Профілактика розвитку преєклампсії.

Ацетилсаліцилова кислота 60–100 мг/добу, починаючи з 20 тижнів вагітності;

Препарати кальцію 2 г/добу (у перерахунку на елементарний кальцій), починаючи з 16 тижнів вагітності;

Включення до раціону харчування морських продуктів із високим вмістом поліненасичених жирних кислот;

Не слід обмежувати вживання кухонної солі та рідини.

7. Постійна антигіпертензивна терапія не попереджує розвиток поєднаної преєклампсії, але може зменшувати вираженість останньої, а також частоту материнських ускладнень.

8. Основним шляхом раннього (своєчасного) виявлення приєднання преєклампсії є ретельне спостереження за вагітною.

Ознаки приєднання преєклампсії:

- поява протеїнурії $\geq 0,3$ г/доб у другій половині вагітності (вірогідна ознака);

- прогресування гіпертензії та зниження ефективності попередньої антигіпертензивної терапії (ймовірна ознака);
- поява генералізованих набряків;
- поява загрозливих симптомів (сильний стійкий біль голови, порушення зору, біль у правому підребер'ї або/та епігастральній ділянці живота, гіперрефлексія, олігурія).

Моніторинг стану вагітної.

Огляд у жіночій консультації з вимірюванням АТ у першій половині вагітності 1 раз на 3 тижні, з 20 до 28 тижнів – 1 раз на 2 тижні, після 28 тижнів – щотижня.

Визначення добової протеїнурії при першому відвідуванні жіночої консультації, з 20 до 28 тижнів – 1 раз на 2 тижні, після 28 тижнів – щотижня.

Щоденний самоконтроль АТ у домашніх умовах з письмовою фіксацією результатів.

Огляд окуліста з офтальмоскопією при першому відвідуванні жіночої консультації, у 28 та 36 тижнів вагітності. У разі необхідності огляд очного дна може проводитися частіше та в інші терміни (визначається нашаруванням прееклампсії).

ЕКГ при першому відвідуванні жіночої консультації, у 26–30 тижнів та після 36 тижнів вагітності.

Біохімічне дослідження крові (загальний білок, сечовина, креатинін, глюкоза, калій, натрій, фібриноген, фібрин, фібриноген В, протромбіновий індекс) при першому відвідуванні жіночої консультації та після 36 тижнів вагітності. При другому дослідженні додатково визначають концентрацію білірубину та активність АЛАТ і АсАТ.

9. Моніторинг стану плода.

Ультразвукове дослідження плода (ембріона) і плаценти (хоріона) – 9–11 тижнів, 18–22, 30–32 тижні.

Актографія (тест рухів плода) – щодня після 28 тижнів вагітності з відміткою у щоденнику.

Дослідження клітинного складу вагінального мазка (гормональна кольпоцитологія) – I, II та III триместри.

Кардіотокографія (після 30 тижнів), доплерографія матково-плацентарно-плодового кровотоку, екскреція естріолу – за показаннями.

10. Госпіталізація.

Показання до госпіталізації:

- приєднання прееклампсії;
- неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз;
- поява або прогресування змін на очному дні;
- порушення мозкового кровообігу;
- коронарна патологія;
- серцева недостатність;
- порушення функції нирок;
- затримка росту плода;
- загроза передчасних пологів.

Госпіталізація хворих здійснюється до родопомічних закладів II та III рівня згідно з наказом МОЗ України №620 від 29.12.2003 р. у термінах вагітності до 22 тижнів, за умови відсутності акушерських ускладнень вагітна може бути госпіталізована до кардіологічного (терапевтичного) відділення.

11. Питання щодо необхідності *переривання вагітності у пізньому терміні* вирішується консилиумом лікарів за участю кардіолога, окуліста та, за необхідності, інших фахівців.

Показання до переривання вагітності у пізньому терміні:

- злоякісний перебіг артеріальної гіпертензії;
- розшаровуюча аневризма аорти;
- гостре порушення мозкового або коронарного кровообігу (тільки після стабілізації стану хворої);
- раннє приєднання прееклампсії, яка не піддається інтенсивній терапії.

Способом переривання вагітності у пізньому терміні за переліченими вище показаннями є абдомінальний кесарів розтин.

12. Лікування артеріальної гіпертензії.

Вагітним з м'якою чи помірною первинною артеріальною гіпертензією (АГ), які до вагітності отримували постійну антигіпертензивну терапію, медикаментозне лікування після встановлення діагнозу вагітності **відміняють**. Препарати, яким притаманний синдром відміни (α -адреноблокатори, клонідин), відміняють поступово.

У подальшому за вагітною ретельно спостерігають та інформують її про необхідність щоденного самоконтролю АТ у домашніх умовах. Не виключається можливість повернення до постійної антигіпертензивної терапії препаратами, припустимими до застосування під час вагітності.

Хворим з тяжкою АГ, вазоренальною АГ, синдромом Кушінга, вузликковим периартеріїтом, системною склеродермією, цукровим діабетом та з тяжкими ураженнями органів-мішеней **продовжують** постійну антигіпертензивну терапію під час вагітності. Якщо до вагітності лікування проводилося інгібітором ангіотензинперетворювального ферменту або блокатором рецепторів ангіотензину II, або сечогінним засобом, хвору “переводять” на інший (інші) препарат, застосування якого (яких) безпечно для плода.

Показанням до призначення постійної антигіпертензивної терапії під час вагітності хворій з хронічною АГ є діастолічний тиск ≥ 100 мм рт.ст.

Якщо хронічна АГ характеризується підвищенням переважно систолічного АТ (ізольована систолічна; атеросклеротична; гемодинамічна, спричинена недостатністю аортального клапана або відкритою артеріальною протокою), показанням до антигіпертензивної терапії є його рівень ≥ 150 мм рт.ст.

Мета антигіпертензивної терапії під час вагітності – стійке підтримання діастолічного АТ 80–90 мм рт.ст. У вагітних з гіпертензією, яка характеризується переважним підвищенням систолічного АТ метою

лікування є стабілізація останнього на рівні 120–140 мм рт.ст. (не нижче 110!).

Немедикаментозні засоби лікування вагітних з хронічною АГ включають:

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

Не рекомендується:

- обмеження споживання кухонної солі та рідини,
- зменшення зайвої маси тіла до завершення вагітності,
- фізичні навантаження.

Корисність ліжкового режиму не доведено, навіть у випадках приєднання прееклампсії.

Таблиця 3. Медикаментозне лікування артеріальної гіпертензії під час вагітності

Фармакологічна група, підгрупа	Препарат	Категорія FDA	Режим застосування		Макс. добова доза (мг)	Примітки
			Базисна терапія (per os)	швидке зниження АТ		
<i>ЦЕНТРАЛЬНІ α_2-АДРЕНОАГОНІСТИ</i>	Метилдофа	B	250–500 мг 3–4 рази	–	4000	Початкове лікування АГ (препарат вибору)
	Клонідин	C	0,075–0,2 мг 2–4 рази	0,15–0,2 мг під язик або 0,5–1 мл 0,01% р-ну в/м чи в/в	1,2	
Як базисну терапію призначають за неефективності метилдофи (препарат другої лінії)	Піндолол	C	5–15 мг 2 рази	–	60	
	Оксспренолол	C	20–80 мг 2–3 рази	–	240	
	Атенолол	C	25–100 мг 1 раз	–	100	Частіше за інші β -блокатори спричиняє затримку внутрішньо-утробного росту
	Метопролол	C	12,5–50 мг 2 рази	–	200	
	Лабеталол	C	100–400 мг 2–3 рази	10–20 мг в/в болусно кожні 10 хв. (до 300 мг) або в/в краплинно 1–2 мг/хв.	2400	

АНТАГОНІСТИ КАЛЬЦІЮ дигідропіридини	Ніфедипін	С	10–20 мг 3-4 рази	5–10 мг під язик чи розжувати або у формі крапель кожні 2–3 год	100	Не рекомендується одночасно з сульфатом магнію (небезпека надмірної гіпотензії, пригнічення нервово- м'язової функції, депресії міокарда, дистресу плода) —“—
	Ніфедипін пролонг. дії	С	20–40 мг 2 рази	—	—“—	
фенілалкіламіни	Верапаміл	В	40–80 мг 3–4 рази	—	480	Як базисний антигіпертензивний препарат у вагітних застосовується зрідка
МІОТРОПНІ ВАЗОДИЛАТАТОРИ						
Артеріолярні	Гідралазин	С	10–50 мг 2–3 рази	5–10 мг в/в болюсно кожні 20 хв або в/в краплинно 0,5- 1 мг/год чи 10–20 мг в/м	300	Менш ефективний ніж інші антигіпертензивні засоби. Застосовують усе рідше

артеріолярно- венулярні	Нітропрусид натрію	С	–	В/в інфузія 0,25–0,5 мкг/кг/хв	120 мкг/кг	Лише за відсутності гіпотензивного ефекту від інших засобів. Не можна вводити понад 4 годин
ДІУРЕТИКИ						
тіазидні	Гідрохлор- тіазид	С	12,5–50 мг 1 раз	–	100	Як базисна терапія – лише у випадках АГ із серцевою чи нирковою недостатністю. Категорично протипо- казані за приєднання пreekлампсії
петльові	Фуросемід	С	–	В/в болюсно 40–100 мг	200	Лише у разі набряку легенів чи гострій нирковій недостатності
АЛЬФА- АДРЕНОБЛОКАТОРИ						
α ₁ -блокатори	Празозин	С	0,5–4 мг 3–4 рази	–	20	Препарат третьої лінії. Застосовують рідко в комбінації з β-блокатором
неселективні блокатори	Пророксан	С	–	2–3 мл 1% р-ну в/м	90	У разі неускладненого гіпертензивного кризу з вегетативними порушен- нями
ЗАСПОКІЙЛИВІ						
	Сульфат магнію	В	–	4 г в/в болюсно з подальшою безперервною інфузією 1–3 г/год	28 г	Знижує АТ, але застосовується виключно для попередження або лікування судомного нападу у разі приєднання пreekлампсії/еклампсії

13. Розродження.

Якщо не розвинулася преєклампсія і гіпертензія є контрольованою, **вагітність продовжують до фізіологічного терміну пологів.**

У разі приєднання преєклампсії обирають тактику відповідно до її тяжкості (див. розділ Преєклампсія/Еклампсія).

У переважній більшості випадків розродження проводять **через природні пологові шляхи.**

Під час пологів забезпечують *суворий контроль АТ* та серцевої діяльності роділлі, моніторинг стану плода.

Медикаментозну антигіпертензивну терапію починають, якщо АТ $\geq 160/110$ мм рт.ст., причому бажано не знижувати АТ менше 130/90 мм рт.ст.

Для лікування гіпертензії під час пологів використовують засоби, безпечні для плода і новонародженого.

Доцільним є *знеболення* пологової діяльності у I та II періодах пологів (ефективна профілактика прогресування гіпертензії). Метод вибору знеболення – епідуральна анестезія. Уразі неможливості проведення епідуральної анестезії застосовують ненаркотичні аналгетики, седативні засоби, фентаніл.

Кесарів розтин у плановому порядку виконують за умови наявності:

- неконтрольованої тяжкої гіпертензії;
- ураження органів-мішеней;
- затримки утробного росту плода тяжкого ступеня.

За умови необхідності розродження хворої у терміні до 34 тижнів вагітності проводять підготовку сурфактантної системи легенів плода глюкокортикостероїдами (див. розділ Преєклампсія/Еклампсія).

У разі спонтанного початку пологової діяльності до повних 34 тижнів вагітності план ведення пологів вирішується консилиумом лікарів з урахуванням стану роділлі, стану плода та акушерської ситуації.

Третій період пологів ведуть активно.

Застосування Ергометрину та його похідних у хворих на АГ протипоказано.

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

15. Лактацію не виключають.

Протипоказаннями до лактації та грудного вигодовування:

- злаякісна гіпертензія,
- тяжкі ураження органів-мішеней.

Тимчасове протипоказання - неконтрольована гіпертензія.

Медикаментозна антигіпертензивна терапія матері *не перешкоджає* грудному вигодовуванню. Не бажано застосовувати в період лактації атенолол, лонідин, блокатори рецепторів ангіотензину II. З групи інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту віддають перевагу каптоприлу або еналаприлу, призначати їх не раніше, ніж через 1 місяць після пологів. Варто пам'ятати, що сечогінні засоби зменшують кількість грудного молока.

16. Після виписки з акушерського стаціонару хвору з хронічною АГ передають під нагляд дільничного терапевта (кардіолога) або сімейного лікаря.

ПРЕЕКЛАМПСІЯ/ЕКЛАМПСІЯ

1. Класифікація

Легка прееклампсія або гестаційна гіпертензія

без значної протеїнурії

Прееклампсія середньої тяжкості

Тяжка прееклампсія

Прееклампсія неуточнена

Еклампсія

Еклампсія під час вагітності

Еклампсія під час пологів

Еклампсія в післяпологовому періоді

Еклампсія не уточнена за терміном

До даної класифікації не увійшли такі особливі форми пізнього гестозу, як HELLP-синдром і гострий жировий гепатоз, за умови розвитку яких ризик для плода та вагітної є вкрай високим, що потребує негайних адекватних дій.

Етіопатогенез прееклампсії/еклампсії

Виникнення прееклампсії можливе тільки за наявності вагітності, із завершенням якої починається одужання. Етіологія пізніх гестозів до кінця не з'ясована. Існує багато теорій, автори яких намагаються пояснити теорію цього захворювання:

- *плацентарну;*
- *імунологічну;*
- *теорію спадкових і набутих тромбофілій (включаючи антифосфоліпідний синдром);*
- *ендокринна;*
- *інтоксикаційна;*
- *ниркова.*

Яка б з вищезгаданих причин окремо або в сукупності не призводила до розвитку прееклампсії, всі вони обумовлюють пошкодження ендотелію з розвитком *ендотеліальної дисфункції* і подальший патогенез прееклампсії є єдиним для всіх вагітних з цією патологією. Таким чином, прееклампсія – це поліетіологічне, але монопатогенетичне захворювання.

Пошкодження ендотелію викликає дисбаланс в синтезі біологічно активних речовин. Збільшується кількість цитокинів, які здійснюють вазопресорну дію і зменшують синтез вазодилітаторів. Найбільший вклад при цьому робить ендотелійстимулюючий чинник (ендотелін) і тромбоксан, які викликають спазм судин і активують агрегацію тромбоцитів (з подальшим погіршенням реологічних властивостей крові і розвитком масивного внутрішньосудинного тромбоутворення).

Основні ланки патогенезу прееклампсії:

- один або декілька етіологічних чинників приводять до пошкодження ендотелію судин, наслідком чого є зниження протитромботичного потенціалу, збільшення кількості вазопресорних цитокінів (тромбоксан, ендотелійстимулюючий чинник), зменшення синтезу вазодилітаторів (простациклін, NO) і порушення механізмів регуляції тонуусу судинної стінки;
- генералізований спазм судин з подальшою метаболічною вазодилітацією і збільшенням проникності капілярної стінки;
- перехід води і солей в міжклітинний простір із зниженням об'єму циркулюючої плазми і розвиток гіповолемії;
- зменшення венозного повернення крові до серця із зниженням серцевого викиду;
- для приведення ємкості судинного руслу у відповідність з пониженим об'ємом циркулюючої крові відбувається підвищення загального периферичного опору судин. Проте в умовах порушення балансу вазопресорів і вазодилітаторів у бік надлишку вазопресорів, ступінь підвищення тонуусу судин перевищує ступінь зниження об'єму циркулюючої крові, що і обумовлює зростання артеріального тиску;
- порушення реологічних властивостей крові (підвищення в'язкості крові, її агрегаційних властивостей, гемоконцентрація), і зростання її коагуляційного потенціалу сприяє розвитку синдрому ДВЗ з мікро- і макротромбуванням судин;
- результатом гіповолемії, генералізованого спазму судин, гемоконцентрації, внутрішньосудинного згортання крові, зниження швидкості кровотоку в капілярах є гіпоперфузія органів, тотальна тканинна гіпоксія, накопичення недоокислених продуктів обміну, розвиток постгіпоксичних метаболічних порушень, метаболічного ацидозу з розвитком, зрештою, *синдрому поліорганної недостатності*, яка виявляється:
 - еклампсією, комою, гіпертензивною енцефалопатією, відшаруванням сітківки, крововиливами в мозок;
 - синдромом гострого легеневого пошкодження;
 - HELLP – синдромом, субкапсулярними гематомами і розривами печінки;

- гострою нирковою недостатністю (кортикальним і тубулярним некрозом);
- передчасним відшаруванням плаценти;
- дистресом, затримкою розвитку і загибеллю плода.

Таблиця 4. Діагностичні критерії тяжкості прееклампсії/еклампсії

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїнурія, г/добу	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка прееклампсія	90-99	<0,3	–
Прееклампсія середньої тяжкості	100-109	0,3-5,0	Набряки на обличчі, руках Інколи головний біль
Тяжка прееклампсія	≥110	>5	Набряки генералізовані, значні Головний біль Порушення зору Біль в епігастрії або/та правому підребер'ї Гіперрефлексія Олігурія (< 500 мл/добу) Тромбоцитопенія
Еклампсія	≥90	≥0,3	Судомний напад (один чи більше)

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

Таблиця 5. Додаткові клініко-лабораторні критерії прееклампсії

Ознаки	Легка прееклампсія	Прееклампсія середньої тяжкості	Тяжка прееклампсія
Сечова кислота, ммоль/л	< 0,35	0,35-0,45	> 0,45
Сечовина, ммоль/л	< 4,5	4,5–8,0	> 8

Креатинін, мкмоль/л	< 75	75–120	> 120 або олігурія
Тромбоцити, ·10 ⁹ /л	> 150	80–150	< 80

3. Легка прееклампсія.

Надання допомоги залежить від стану вагітної, параметрів АТ та протеїнурії. У разі відповідності стану вагітної критеріям легкої прееклампсії при терміні вагітності до 37 тижнів можливий нагляд *в умовах стаціонару денного перебування*.

Визначають термін вагітності.

Проводять **навчання** пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку прееклампсії: вимірювання АТ, контроль балансу рідини та набряків, реєстрація рухів плода.

Проводять **лабораторне обстеження**: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ і АсАТ, визначення стану плода (нестресовий тест за можливості).

Медикаментозну терапію не призначають. Не обмежують вживання рідини та кухонної солі.

Показання для госпіталізації:

- термін вагітності більше 37 тижнів;
- поява хоча б однієї ознаки прееклампсії середньої тяжкості;
- порушення стану плода.

У разі стабільного стану жінки у межах критеріїв легкої прееклампсії – тактика ведення вагітності вичікувальна.

Пологи ведуть через природні пологові шляхи.

4. Прееклампсія середньої тяжкості.

Госпіталізація.

При терміні гестації 37 тижнів і більше – планова госпіталізація вагітної до стаціонару II рівня для розродження.

При терміні вагітності менше 37 тижнів, прогресуванні прееклампсії або порушенні стану плода – госпіталізація вагітної до стаціонару III рівня.

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

Охоронний режим – напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.

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

Комплекс вітамінів та мікроелементів для вагітної, за необхідності – препарати заліза.

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

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

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

- контроль АТ – кожні 6 годин першої доби, надалі – двічі на добу;
- аускультация серцебиття плода кожні 8 годин;
- аналіз сечі – щодоби;
- добова протеїнурія – щодоби;
- гемоглобін, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, АлАТ і АсАТ, креатинін, сечовина – кожні три дні;
- моніторинг стану плода: кількість рухів за 1 годину, частота серцевих скорочень – щодня;
- оцінка біофізичного профілю плода (за показаннями);

– кардіотокографія (за показаннями).

При прогресуванні прееклампсії або погіршенні стану плода розпочинають підготовку до розродження:

- підготовка пологових шляхів у разі «незрілої» шийки матки – простагландини E₂ (місцево).

Розродження.

Метод розродження у будь-якому терміні гестації визначається готовністю пологових шляхів або станом плода.

За умови неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландинами проводять операцію кесаревого розтину.

Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять родостимуляцію та пологи ведуть через природні пологові шляхи.

За умови стабільного стану вагітної та показниках АТ, що не виходять за межі критеріїв прееклампсії середнього ступеня тяжкості, у процесі пологів утримуються від магnezіальної терапії. У РАЗІ погіршення загального стану вагітної, появи ознак тяжкої прееклампсії, нестабільних показниках АТ або постійно високих показниках АТ на рівні максимальних, характерних для прееклампсії середнього ступеня тяжкості, показано проведення магnezіальної терапії для профілактики судом.

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

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

5. Тяжка прееклампсія

Госпіталізація.

Хвору госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) стаціонару III рівня для оцінки ступеня ризику вагітності для матері і плода та вибору методу розродження протягом 24 годин.

Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу.

Негайні *консультації* терапевта, невропатолога, окуліста.

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

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

Ретельне динамічне спостереження:

- контроль АТ – щогодини;
- аускультация серцебиття плода – кожні 15 хвилин;
- аналіз сечі – кожні 4 години;
- контроль погодинного діурезу (катетеризація сечового міхура катетером Фолея);
- гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, функціональні печінкові проби, креатинін плазми – щодоби;
- моніторинг стану плода: кількість рухів за 1 годину, частота серцевих скорочень – щодня, за можливості – доплерометричний контроль кровообігу у судинах пуповини, судинах мозку плода, плаценті та фетоплацентарному комплексі;
- оцінка об'єму навколоплодових вод та біофізичного профілю плода – за показаннями;

– тест на відсутність стресу плода – при погіршенні показників щоденного моніторингу плода і обов'язково перед розродженням (оцінка стану серцевої діяльності плода за допомогою фетального монітору).

Лікування.

Охоронний режим (суворий ліжковий), виключення фізичного та психічного напруження.

Комплекс вітамінів для вагітної, за необхідності – мікроелементи.

При терміні вагітності до 34 тижнів – кортикостероїди для профілактики РДС- дексаметазон по 6 мг через 12 годин чотири рази впродовж 2 діб.

У разі необхідності проводять підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів.

Тактика ведення активна з розродженням у найближчі 24 години з моменту встановлення діагнозу.

Вичікувальна тактика в усіх випадках тяжкої прееклампсії не рекомендується.

Антигіпертензивна терапія.

Лікування артеріальної гіпертензії не є патогенетичним, але необхідне для матері та плода. Зниження АТ має на меті попередження гіпертензивної енцефалопатії та мозкових крововиливів. Слід прагнути довести АТ до безпечного рівня (150/90–160/100 мм рт. ст., не нижче!), який забезпечує збереження адекватного мозкового та плацентарного кровотоку.

Швидке і різке зменшення рівня АТ може викликати погіршення стану матері та плода.

Антигіпертензивну терапію проводять при підвищенні діастолічного тиску > 110 мм рт.ст. разом з магнезіальною терапією. Попередньо слід відновити ОЦК.

Лабеталол застосовують спочатку внутрішньовенно 10 мг, через 10 хвилин, за відсутності адекватної реакції (діастолічний АТ залишився вище 110 мм рт.ст.) – додатково ще 20 мг препарату. АТ контролюють кожні 10 хвилин, і якщо діастолічний тиск лишається вище 110 мм рт.ст, вводять 40 мг, а потім 80 мг лабеталолу (максимально до 300 мг).

За відсутності лабеталолу можливе застосування *ніфедипіну* 5–10 мг під язик. Якщо ефект відсутній, то через 10 хвилин необхідно дати ще 5 мг препарату під язик.

Слід пам'ятати, що на фоні введення сульфату магнію ніфедипін може призвести до швидкого розвитку гіпотензії.

Для зниження АТ при тяжкій прееклампсії застосовують також *гідралазин*: 20 мг (1 мл) препарату розчиняють у 20 мл 0,9% розчину хлориду натрію, вводять повільно внутрішньовенно по 5 мл (5 мг гідралазину) кожні 10 хвилин, доки діастолічний АТ не знизиться до безпечного рівня (90–100 мм рт.ст). За необхідності повторюють внутрішньовенне введення гідралазину по 5–10 мг щогодини або 12,5 мг внутрішньом'язово кожні 2 години.

Метилдофу для лікування тяжкої прееклампсії застосовують рідше, оскільки препарат має відстрочену дію (ефект настає через 4 години). Як правило, застосовують дози 1,0–3,0 г на добу як монотерапію або у комбінації з ніфедипіном 0,5 мг/кг/доб.

У разі недоношеної вагітності добова доза метилдофи не повинна перевищувати 2,0 г, бо це може призвести до розвитку меконіальної непрохідності у недоношених новонароджених.

На фоні застосування метилдофи навіть звичайні дози тіопенталу-натрію можуть призвести до колапсу.

Як антигіпертензивний засіб у хворих з тяжкою прееклампсією можна застосовувати *клонідин*: 0,5–1 мл 0,01% розчину внутрішньовенно чи внутрішньом'язово або 0,15–0,2 мг під язик 4–6 разів на день.

За умови можливості дослідження типу гемодинаміки, антигіпертензивну терапію проводять з його урахуванням.

У разі гіперкінетичного типу доцільно застосовувати комбінацію лабеталолу з ніфедипіном, при гіпокінетичному – клонідин + ніфедипін на фоні відновлення ОЦК, при еукінетичному – метилдофа + ніфедипін.

Як антиконвульсант з одночасною антигіпертензивною дією використовують сульфат магнію, що є препаратом вибору для профілактики

та лікування судом , які у госпіталізованих жінок виникають внаслідок недостатнього лікування тяжкої преєклампсії.

Магnezіальна терапія

Магnezіальна терапія – це болюсне введення 4 г сухої речовини сульфату магнію з подальшою безперервною внутрішньовенною інфузією зі швидкістю, яка визначається станом хворої.

Магnezіальну терапію **починають** з моменту госпіталізації, якщо діастолічний АТ > 130 мм рт.ст.

Мета магnezіальної терапії – підтримка концентрації іонів магнію в крові вагітної на рівні, потрібному для профілактики судом.

Стартову дозу (дозу насичення) – 4 г сухої речовини (16 мл 25%-го розчину сульфату магнію) вводять шприцом дуже повільно протягом 15 хвилин (у разі еклампсії – протягом 5 хвилин). Зважаючи на те, що концентрований розчин сульфату магнію може викликати значне подразнення стінки вени, у яку проводиться інфузія (аж до некрозу), стартову дозу сульфату магнію розчиняють в 0,9% розчині хлориду натрію чи розчині Рингера-Локка. Для цього у стерильний флакон з 34 мл розчину вводять 4 г магнію сульфату (16 мл 25%-го розчину).

Підтримуючу терапію стандартно починають з дози 1 г сухої речовини сульфату магнію на годину. За такої швидкості введення концентрація магнію у сироватці крові досягне 4–8 ммоль/л (терапевтична концентрація) через 18 годин. При введенні зі швидкістю 2 г/годину – через 8 годин, а при швидкості 3 г/годину – через 2 години.

Моніторинг стану вагітної під час проведення терапії сульфатом магнію включає:

- вимірювання АТ кожні 20 хвилин;
- підрахунок ЧСС;
- спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути не менше 14 за 1 хв.);
- визначення сатурації O₂ (не нижче 95%);
- кардіомоніторний контроль;

- ЕКГ;
- перевірка колінних рефлексів кожні 2 години;
- контроль погодинного діурезу (має бути не менше 50 мл/годину.).

Крім того, контролюють :

- симптоми наростання тяжкості прееклампсії: головний біль, порушення зору (двоїння предметів, «мерехтіння мушок» в очах), біль у епігастрії;
- симптоми можливого набряку легень: тяжкість в грудях, кашель з мокротинням чи без нього, задуха, підвищення ЦВТ, поява крепітації чи вологих хрипів при аускультатії легень, зростання ЧСС та ознак гіпоксії, зниження рівня свідомості;
- стан плода (аускультатія серцебиття щогодини, фетальний моніторинг).

Магнезіальну терапію проводять протягом 24–48 годин після пологів, разом із симптоматичним лікуванням. Слід пам'ятати, що застосування сульфату магнію під час пологів та у ранньому післяпологовому періоді знижує скоротливу активність матки.

Критерії закінчення магнезіальної терапії:

- припинення судом;
- відсутність симптомів підвищеної збудливості ЦНС (гіперрефлексія, гіпертонус, судомна готовність);
- стійке зниження діастолічного артеріального тиску (90–100 мм рт. ст.)
- нормалізація діурезу (> 50 мл/год).

Протипоказання до магнезіальної терапії:

- гіпокальціємія;
- пригнічення дихального центру;
- артеріальна гіпотензія;
- кахексія.

За відсутності сульфату магнію можливе використання діазепаму, хоча існує високий ризик неонатального пригнічення дихання (діазепам вільно проходить крізь плацентарний бар'єр).

Інфузійна терапія

Умовою адекватної інфузійної терапії є суворий контроль об'єму введеної і випитої рідини та діурезу. Діурез має бути не менше 60 мл/год.

Загальний об'єм рідини, що вводиться, має відповідати добовій фізіологічній потребі жінки (у середньому 30–35 мл/кг) з додаванням об'єму нефізіологічних втрат (крововтрата тощо).

Швидкість введення рідини не повинна перевищувати 85 мл/годину або погодинний діурез + 30 мл/год.

Препаратами вибору інфузійної терапії до моменту розродження є *ізотонічні сольові розчини* (Рінгера, NaCl 0,9%).

У разі необхідності відновлення ОЦК оптимальними препаратами є *розчини гідроксиетилкрохмалю* 6% або 10%. Гідроксиетилкрохмалі або декстриани слід вводити разом з кристалоїдами у співвідношенні 2:1.

До інфузійно-трансфузійної програми доцільно включати *донорську свіжозаморожену плазму* для ліквідації гіпопротеїнемії (показники білка плазми < 55 г/л), нормалізації співвідношення антикоагулянти /прокоагулянти, що є профілактикою кровотеч у пологах і післяпологовому періоді.

Введення розчинів альбуміну (особливо 5%) є недоцільним, оскільки внаслідок специфічної селективної альбумінурії він швидко виводиться, що й зумовлює короткочасність корекції гіповолемії і гіпопротеїнемії при тяжких формах прееклампсії. У разі необхідності альбумін краще використовувати у вигляді 10–20% розчинів (потрібен менший об'єм) у сполученні з кристалоїдами, зазвичай у співвідношенні 1:1.

Компонентом інфузійної терапії тяжкої прееклампсії можуть бути *декстриани*, які ефективно підвищують ОЦК, поліпшують мікроциркуляцію. Їх доза не повинна перевищувати 10 мл/кг/доб, оскільки це може призвести до гіпокоагуляції. Не використовують гіпоосмолярні розчини – 5% і 10% глюкозу, а також їх суміші з електролітами (“поляризуючі суміші”), оскільки вони часто викликають гіпоглікемію у плода, посилюють накопичення лактату в мозку матері, погіршуючи неврологічний прогноз у разі еклампсії. До введення розчинів глюкози у хворої на тяжку прееклампсію вдаються лише за абсолютними показаннями – гіпоглікемія, гіпернатріємія та гіпертонічна

дегідратація, іноді – у хворих на цукровий діабет для профілактики гіпоглікемії.

Тактика розродження.

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

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

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

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

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

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

Метилергометин не застосовують!

Після пологів лікування преєклампсії продовжують залежно від стану жінки, клінічної симптоматики та лабораторних показників. Необхідні моніторинг АТ і антигіпертензивна терапія. Дози антигіпертензивних препаратів поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 годин після пологів. Якщо жінка отримувала два чи більше антигіпертензивних препаратів – один препарат відмінюють. Магnezіальна терапія триває не менше 24 годин після пологів або після останнього нападу судом.

6. Преєклампсія, встановлена у післяпологовому періоді.

Призначають охоронний режим, контроль АТ, збалансоване харчування.

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

Лікування.

За умови застосування гіпотензивних препаратів до пологів, після пологів продовжують їх введення.

У разі недостатньої ефективності терапії додають *тіазидні діуретики*. При виникненні гіпертензії вперше після пологів лікування починають з тіазидних діуретиків.

Сульфат магнію призначають за показаннями – у разі ризику виникнення еклампсії.

Проводять ретельний контроль інволюції матки. Профілактика кровотечі введенням метилергометрину протипоказана.

Виписування з пологового стаціонару здійснюють після нормалізації стану хворої. У разі відсутності стабілізації стану жінку переводять до терапевтичного відділення.

Під час виписування лікар акушер-гінеколог проводить з породіллею бесіду з питань подальшого спостереження, раціонального харчування, режиму, контрацепції та планування наступної вагітності.

7. Еклампсія.

Еклампсія характеризується розвитком генералізованих тоніко-клонічних судом під час вагітності, в пологах або післяпологовому періоді на тлі прееклампсії.

Еклампсія є клінічним проявом вираженого синдрому поліорганної недостатності з переважним враженням ЦНС. Зустрічається в 0,2-0,5% випадків всіх вагітностей і загрожує високою перинатальною (30-40%) і материнською (3-4%) смертністю.

Класифікація еклампсії залежно від часу виникнення:

- допологова еклампсія;
- еклампсія під час пологів;
- післяпологова еклампсія.

За ступенем вираженості судомного синдрому виділяють наступні *варіанти перебігу еклампсії*:

- одинокий напад судом;
- екламптичний статус – серія судомних нападів, які слідуєть один за іншим через короткі проміжки часу;
- екламптична кома – втрата свідомості після нападу судом;

„еклампсія без еклампсії“ – несподівана втрата свідомості без нападу судом.

Продромальними симптомами, що свідчать про наближення нападу еклампсії, є:

- головний біль (частіше локалізується в скроневій і потиличній областях);
- зорові порушення - пелена або мерехтіння “мушок” перед очима;
- біль за грудиною, в епігастральній області та/або правому підбер'ї;
- різке підвищення АТ;
- слинотеча, нудота, блювота;
- звуження і розширення зіниць, що чергуються (обумовлено коливаннями внутрішньочерепного тиску);
- збуджений стан або загальмованість;
- невеликі сипання лицьової мускулатури.

Напад судом продовжується в середньому від 1 до 3 хвилин і складається з декількох фаз, що змінюють одна іншу:

Перша фаза (передсудомна) – з'являються дрібні сипання м'язів обличчя, закриваються вії, куточки рота опускаються. Хвора дихає. Цей період продовжується 20-30 секунд.

Друга фаза (тонічних судом) – характерним є тетанічне скорочення м'язів всього тіла. Тіло витягується і напружується, обличчя блідне, щелепа щільно стискається, погляд – чітко фіксований, нерухомий. Хвора під час

цього періоду не дихає. Тривалість періоду 10-20 секунд. Цей період найбільш небезпечний для плоду і матері із-за різкого підвищення АТ.

Третя фаза (клонічних судом) – жінка, нерухомо лежача, починає битися в клонічних судамах, які безперервно йдуть одна за однією і розповсюджуються по тілу зверху вниз. Хвора не дихає, обличчя синьо-багрове. Поступово судоми припиняються. Хвора робить вдих, що супроводжується хрипом, з рота виділяється піна. Ця фаза триває 20-30 секунд.

Четверта фаза (кома або фаза розрешення) – хвора починає поволі і глибоко дихати, з рота виділяється піна, забарвлена кров'ю (із-за прикушення язика), особа поступово рожевіє. Починає визначатися пульс. Може підніматися температура тіла (до 38,5-41°C). Хвора поступово приходиться в свідомість, скаржитися на головний біль, загальну слабкість, ретроградну амнезію. Коматозний стан після першого нападу судом може перейти в новий судомний напад.

Диференціальна діагностика еклампсії проводиться з:

- епілепсією;
- істерією;
- захворюваннями ЦНС (черепномозкова травма, пухлини і абсцеси головного мозку, менінгіт, енцефаліт, тромбози вен і артерій головного мозку, набряк головного мозку, інсульт);
- тяжкими формами гіпертонічної хвороби (гіпертензивна енцефалопатія, феохромоцитома, злая гіпертензія);
- метаболічною енцефалопатією (гіпер- і гіпоглікемія, гіпер- і гіпонатріємія, гіпокальціємія, гостра дегідратація або водна інтоксикація, різні інтоксикації і ін.).

Головні цілі екстреної допомоги:

- припинення судом;
- відновлення прохідності дихальних шляхів.

Задачі інтенсивної терапії після ліквідації судом:

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

Перша допомога при розвитку приступу еклампсії.

Лікування у разі нападу судом починається на місці.

Розгортають палату інтенсивної терапії чи госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

Хвору укладають на рівну поверхню у положенні на лівому боці, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот і висуваючи вперед нижню щелепу, паралельно евакуюють вміст ротової порожнини. За можливості, якщо збережено спонтанне дихання, вводять повітровід та проводять інгаляцію кисню.

За умови розвитку тривалого апное негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судом повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (суксаметонію бромід 2 мг/кг) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції.

Паралельно з проведеними заходами щодо відновлення адекватного газообміну здійснюють катетеризацію периферичної вени та починають введення протисудомних препаратів (сульфат магнію – боліус 4 г протягом 5 хвилин внутрішньовенно, потім підтримуюча терапія 1–2 г/год) під ретельним контролем АТ і ЧСС. Якщо напади тривають, внутрішньовенно вводять ще 2 г сульфату магнію (8 мл 25% розчину) протягом 3–5 хвилин. Замість додаткового боліусу сульфату магнію можна використовувати діазепам внутрішньовенно (10 мг) чи тіопентал-натрій (450–500 мг) упродовж 3 хвилин. Якщо напад судом триває понад 30 хвилин, цей стан розглядають як екламптичний статус.

Якщо діастолічний АТ залишається на високому рівні (> 110 мм рт.ст.), проводять антигіпертензивну терапію (див. п. 5.6.6).

Катетеризують сечовий міхур.

Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські маніпуляції) проводять під загальною анестезією тіопенталом-натрієм або закисом азоту з киснем.

Не застосовують кетамін!

Після ліквідації судом проводять корекцію метаболічних порушень, водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану, білкового обміну.

Обстеження здійснюють після припинення нападу судом.

Консультація невропатолога та окуліста.

Лабораторні аналізи: повний аналіз крові (тромбоцити, гематокрит, гемоглобін, час згортання), загальний білок, рівень альбуміну, глюкоза, сечовина, креатинін, трансамінази, електроліти, рівень кальцію, магнію, фібриноген та продукти його деградації, протромбін та протромбіновий час, аналіз сечі, добова протеїнурія

Моніторинг АТ, визначення погодинного діурезу, оцінку клінічних симптомів проводять з обов'язковою реєстрацією в історії пологів щогодини.

Штучна вентиляція легенів.

Штучна вентиляція легенів не є основним способом лікування еклампсії, однак усунення гіпоксії (найважливішого патогенетичного чинника розвитку поліорганної недостатності) – обов'язкова умова проведення інших заходів.

Показання:

Абсолютні:

- еклампсія під час вагітності;
- екламптична кома або екламптичний статус;
- гострий респіраторний дистрес-синдром дорослих (III стадія);
- судомна готовність на фоні поверхневого наркозу;
- поєднання прееклампсії/еклампсії з шоком будь-якого генезу.

Відносні:

- прогресування гострої коагулопатії;
- крововтрата під час операції більше 15 мл/кг (подовжена ШВЛ до

стабілізації життєвих функцій організму і відновлення ОЦК).

ШВЛ проводять у режимі нормовентиляції або помірної гіпервентиляції ($p\text{CO}_2=30\text{-}40$ мм рт.ст.).

Початкові параметри ШВЛ: дихальний об'єм – 7–8 мл/кг, хвилинний об'єм дихання – 10–12 л/хв., тиск на вдиху – не більше 20 см вод. ст., FiO_2 – 30%, відношення вдих/видих – 1:2.

При наяві судомного синдрому після пологів синхронізації з респіратором досягають застосуванням недеполяризуючих міорелаксантів, в інших випадках використовують барбітурати + бензодіазепіни + ГОМК.

За відсутності судом ШВЛ проводять у режимі SIMV до повного відновлення свідомості і спонтанного адекватного дихання.

При проведенні ШВЛ більше доби необхідне проведення фібробронхоскопії.

Критерії припинення ШВЛ:

- повне відновлення свідомості;
- відсутність судом та судомної готовності без застосування протисудомних препаратів;
- стабілізація гемодинаміки;
- припинення дії препаратів, які пригнічують дихання (міорелаксанти, наркотичні аналгетики, гіпнотики та ін.);
- відсутність ознак гострого респіраторного дистрес-синдрому дорослих;
- стабільність стану системи гемостазу;
- відновлена киснева ємність крові (гемоглобін не менше 80 г/л);
- $\text{SaO}_2 > 95\%$, $\text{PaO}_2 > 80$ мм рт.ст. при $\text{FiO}_2 < 0,4$ ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 200$).

Вказаних вище критеріїв і, в першу чергу, нормалізації гемодинаміки, необхідно досягти протягом першої доби і планувати припинення ШВЛ, яка повинна супроводжуватися повною відміною седативної терапії.

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

Інтенсивна терапія еклампсії без ШВЛ можлива за таких умов:

- напад судом виник під дією надзвичайних стимулів (перейми, потуги) чи у післяпологовому періоді;
- після нападу еклампсії збережені елементи свідомості;
- артеріальний тиск під час нападу не перевищує 170/100 мм рт.ст.;
- відсутність субарахноїдального крововиливу;
- відсутність вогнищевої неврологічної симптоматики;
- відсутність інших показань до ШВЛ.

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

Розродження здійснюється терміново.

Якщо акушерська ситуація не дозволяє провести негайне розродження через природні пологові шляхи (екламптичний напад стався у II періоді пологів), виконують операцію кесарів розтин.

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

За умови продовження нападу судом термінове розродження проводять після переведення хворої на ШВЛ.

Після закінчення оперативного втручання ШВЛ продовжують до стабілізації стану пацієнтки.

Після пологів лікування продовжують відповідно до стану хворої. Магnezіальна терапія має тривати ще не менше 48 годин.

8. HELLP-синдром

HELLP-синдром - одна з найбільш тяжких форм преєклампсії. Синдром вперше описав Вейнстейн в 1985 році, створивши його з перших букв англійських слів: *H* – гемоліз (*haemolyse*), *EL* – підвищений рівень печінкових ензимів (*elevated liver enzymes*), *LP* – понижений рівень тромбоцитів (*low platelet count*).

Основні патофізіологічні зміни при HELLP-синдромі відбуваються переважно в печінці. Головною ланкою в розвитку синдрому є порушення в системі гемостаза унаслідок пошкодження ендотелію і внутрішньосудинної

активації системи згортання. Відкладення фібрину в синусоїдальних капілярах печінки веде до центральних некрозів з утворенням стаза і напруги гліссонової капсули. Подальше прогресування процесу може привести до розриву печінки. Якщо це хибне коло своєчасно не перервати, то протягом декількох годин розвивається ДВС-синдром із смертельною кровотечею.

Всі симптоми HELLP-синдрому можна розділити на специфічні, неспецифічні і характерні.

Таблиця 6. **Симптоми HELLP-синдрому**

Симптоми	Прояви
Специфічні	Гемоліз Збільшення печінкових ферментів Тромбоцитопенія
Неспецифічні	Нездужання Головний біль, стомлення Нудота, блювота Болі в животі, правому підребер'ї
Характерні	Блювота з домішкою крові Жовтяниця. Судоми Крововилив в місцях ін'єкцій Наростаюча печінкова недостатність

Провідні симптоми HELLP-синдрому:

- збільшення рівня білірубіну унаслідок посиленого гемолізу еритроцитів, жовтяниця, падіння рівня гемоглобіну до 90 г/л і нижче, зниження гематокриту до 0,25-0,3;
- збільшення активності печінкових ферментів (АСТ, АЛТ, ЛДГ), зростання в плазмі концентрації сечової кислоти, азотистих речовин; гіпоглікемія, яка пов'язана з печінковою недостатністю;
- порушення в системі гемостаза (зменшення рівня антитромбіну ІІІ, збільшення протромбінового часу і часткового тромбoplastинового часу, зниження рівня фібриногену), що і обумовлює розвиток ДВС-синдрому.

Інтенсивна терапія HELLP-синдрому:

Послідовність лікувальних дій:

- термінове розродження: при "зрілій" шийці матки – через природні пологові шляхи, у разі неготовності пологових шляхів – операція кесаревого розтину;
- інтенсивна терапія тяжкої прееклампсії, дихальна підтримка (ШВЛ за показаннями, оксигенотерапія);
- лікування ДВС-синдрому – переливання свіжозамороженої плазми, тромбоцитарної маси (при тромбоцитопенії $<30-50 \cdot 10^9$), інгібіторів протеаз, кріопреципітату;
- інфузійна терапія – кристалоїди, гідроксиетилований крохмаль (6% або 10%), альбумін (10 і 20%);
- при гемоглобіні менше 70 г/л – трансфузія еритроцитарної маси при термінах зберігання не більше 3-х діб;
- діпіридамо́л (курантил), аспірин, преднізолон (від 300 до 1000 мг/кг/добу), цитостатики (після розродження);
- гепатопротектори, антиоксиданти, мембраностабілізатори;
- антибактеріальна терапія;
- антитромбін III (з метою профілактики вводять 1000-1500 МО/добу; при лікуванні початкова доза - 1000-2000 МО/доб., потім 2000-3000 МО/добу).

Показання до екстреного розродження:

- прогресуюча тромбоцитопенія;
- різке погіршення перебігу прееклампсії;
- порушення свідомості і груба неврологічна симптоматика;
- прогресуюче погіршення функції печінки і нирок;
- дистрес плоду.

Субкапсулярні гематоми і розриви печінки частіше виникають при допологових проявах HELLP-синдрому. Спонтанні розриви печінки характеризуються високою материнською смертністю (більше 50%). Методи лікування розривів печінки включають евакуацію гематоми і її дренажування, зшивання пошкодженої ділянки печінки, накладення місцевих гемостатичних препаратів, перев'язку печінкової артерії, видалення частки печінки і емболізацію печінкової артерії. Виживання після ушивання з тампонадою і

дренуванням складає 82%, а після видалення частки печінки – тільки 25%. Поліпшення виживання може бути досягнуте тільки за рахунок раннього розпізнавання і інтенсивного багатокomпонентного лікування HELLP-синдрому.

9. Ускладнення, які супроводжують прееклампсію/еклампсію

Для вагітної:

- кома, гіпертензивна енцефалопатія, крововилив в головний мозок, відшарування сітківки;
- синдром гострого легеневого пошкодження;
- гостра ниркова недостатність;
- HELLP-синдром, субкапсулярні гематоми і розриви печінки;
- ДВС-синдром і геморагічний шок;
- крововилив у наднирники та інші органи;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- передчасні пологи.

Для плоду і новонародженого:

- дистрес плода;
- затримка розвитку плода;
- внутрішньоутробна загибель плода;
- асфіксія новонародженого;
- синдром дихальних розладів у новонародженого.

Віддалені ускладнення прееклампсії:

- гіпертонічна хвороба, порушення серцевого ритму, хронічна серцева недостатність, кардіоміопатія;
- порушення діяльності ЦНС: геміпарези, геміплегії, порушення зору, пам'яті, психічні розлади;
- патологія, пов'язана з гіпоксією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (хвороба Шихана);
- вторинний нефросклероз, хронічний гломерулонефрит;
- хронічний гепатит;
- коагулопатії, анемія.

10. Спостереження за жінкою, що перенесла прееклампсію /еклампсію після виписки з пологового стаціонару

В умовах жіночої консультації за участю терапевта проводять диспансерний нагляд за жінкою, яка перенесла середнього ступеня або тяжку прееклампсію чи еклампсію:

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

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

У разі збереження гіпертензії протягом 3 тижнів після пологів жінку госпіталізують до терапевтичного стаціонару.

Тривалість диспансерного нагляду після перенесеної середнього ступеня або тяжкої прееклампсії чи еклампсії – 1 рік.

Об'єм і терміни обстеження:

- загальний аналіз сечі – через 1, 3, 6, 9 і 12 місяців після пологів;
- загальний аналіз крові – через 1 і 3 місяці;
- офтальмоскопія – через 1, 3 і 12 місяців;
- ЕКГ – через 1 місяць, далі – за призначенням терапевта;
- вимірювання АТ – при кожному відвідуванні лікаря будь-якого профілю.

ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

1. Гіпертензивні розлади у вагітних жінок трапляються у 6–10% випадків та лишаються однією з провідних причин перинатальних втрат і материнської смертності.

2. Найбільш несприятливе значення для завершення вагітності має прееклампсія, яка збільшує ризик передчасного відшарування плаценти,

передчасних пологів, затримки росту плода, а також мозкових катастроф у матері.

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

4. З низки критеріїв діагностики прееклампсії виключено:

а) підвищення під час вагітності систолічного АТ на 30 мм рт.ст. чи більше та/або діастолічного АТ на 15 мм рт.ст. чи більше порівняно з вихідним АТ (до вагітності),

б) помірні набряки, що локалізуються на нижніх кінцівках, передній черевній стінці або обличчі.

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

6. Подовжено до 12 тижнів післяпологового періоду термін остаточного ретроспективного підтвердження або спростування діагнозу гестаційної гіпертензії (раніше було 6 тижнів).

7. Доведено, що медикаментозну антигіпертензивну терапію не слід розпочинати, якщо АТ < 150/100 мм рт.ст. Постійна антигіпертензивна терапія здатна зменшити частоту прогресування гіпертензії (розвитку тяжкої гіпертензії) та підвищення тяжкості прееклампсії, що розвинулася, але не може запобігти прееклампсії. Постійна антигіпертензивна терапія не поліпшує наслідки вагітності для плода і, навіть, призводить до збільшення частоти народження дітей з низькою масою тіла та з малою масою для гестаційного віку. У цілому, зниження АТ завдяки медикаментозній терапії може покращувати наслідки вагітності для матері, але не для плода.

8. З антигіпертензивних засобів під час вагітності застосовують □-метилдофу (препарат вибору), ніфедипін, лабеталол (препарати другого ряду), β-адреноблокатори, клонідин, верапаміл, гідралазин, празозин. Слід уникати застосування сечогінних, особливо у випадках прееклампсії (крім набряку

легенів або ниркової недостатності). Категорично протипоказані інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту та блокатори рецепторів ангіотензину II.

9. Не доведено більшу ефективність під час вагітності жодного з антигіпертензивних препаратів.

10. Доведено шкідливість обмеження кухонної солі та рідини як з метою профілактики преєклампсії, так і під час її лікування.

11. Встановлено, що ацетилсаліцилова кислота (60–100 мг/добу) зменшує частоту розвитку преєклампсії у вагітних групи ризику. Такого самого ефекту у вагітних без чинників ризику преєклампсії не спостерігається. Кальцій (2 г/добу) ефективно зменшує ризик гіпертензії і, меншою мірою, преєклампсії. Є підстави вважати, що ризик преєклампсії зменшують антиоксиданти (аскорбінова кислота 1 г/добу, вітамін Е 400 мг/доб), але цей факт досі не підтверджено у контрольованих дослідженнях. Не встановлено профілактичного ефекту препаратів, що містять магній.

12. Абсолютно доведено, що сульфат магнію попереджає розвиток еклампсії і є препаратом вибору для її лікування. Усі жінки з еклампсією повинні отримувати сульфат магнію під час пологів та упродовж 24 годин після пологів.

13. Єдиним радикальним методом лікування преєклампсії/еклампсії є розродження. Пролонгувати вагітність в інтересах плода можливо лише у разі, якщо гіпертензія медикаментозно контрольована, і немає тривожних ознак ураження ЦНС, печінки, нирок. Оптимальним способом розродження після 35 тижнів вагітності за підготовленості пологових шляхів є пологи через природні пологові шляхи.

14. У великих проспективних дослідженнях продемонстровано, що в жінок, які перенесли гестаційну гіпертензію або преєклампсію, існує підвищений ризик:

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

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

Контрольні запитання:

1. Які захворювання вагітних зветься гестозами?
2. Які захворювання відносяться до ранніх гестозів вагітних?
3. Які захворювання відносяться до пізніх гестозів?
4. Які захворювання об'єднуються у групу "рідкі форми гестозів"?
5. Поясніть механізм виникнення ранніх гестозів.
6. В якому разі блювання вважають гестозом вагітних?
7. Клінічна картина блювання і надмірного блювання вагітних.
8. В яких умовах проводиться лікування блювання вагітних?
9. Методика харчування вагітної з блюванням.
10. Лікування блювання вагітних.
11. Слиноточка вагітної як ранній токсикоз: клінічні ознаки та лікування.
12. Дерматози вагітних і їх лікування.
13. Жовтяниця вагітних: клініка, діагностика і диференційна діагностика.
14. Які симптоми пізніх гестозів.
15. Що таке НППГ-гестози і від чого виникла ця назва?
16. Опишіть механізм виникнення НППГ-гестозів.
17. Механізм виникнення гіпопротеїнемії
18. Якими симптомами проявляються набряки вагітних.
19. Як підвищується вага вагітних при нормальному її перебігу?
20. Головні принципи лікування вагітних з набряками.
21. На підставі чого виставляється діагноз прееклампсія вагітних?
22. Класифікація прееклампсії залежно від тяжкості її перебігу.
23. Лікування вагітних з прееклампсією.
24. Який ефект проявляє сірчано-кисла магнезія при лікуванні прееклампсії?
25. Якими ознаками характеризується прееклампсія?
26. Невідкладна допомога при прееклампсії.
27. Ознаки еклампсії.

28. *Послідовність розвитку припадку еклампсії.*
29. *В якому разі виникають припадки еклампсії після пологів?*
30. *Сучасна методика лікування вагітних з еклампсією.*
31. *Невідкладна допомога при еклампсії.*
32. *Акушерська тактика при пізньому гестозі.*
33. *Принципи ведення пологів при пізньому гестозі.*
34. *Профілактика пізнього гестозу.*

Задачі:

Вагітна в терміні 33 тижні, доставлена до пологового будинку зі скаргами на сильний головний біль, мерехтіння „мушок“ перед очима, підвищення АТ до 190/120 мм.рт.ст., нудоту, двохкратну блювоту. Активність плода не порушена, патологічних виділень із статевих шляхів немає. Передбачуваний діагноз?

Жінка 35 років, термін вагітності 19 тижнів, звернулась зі скаргами на підвищення АТ до 150/95 мм.рт.ст. Вагітна повідомила, що протягом 3 років спостерігається у терапевта з приводу артеріальної гіпертензії. При обстеженні білка в сечі не виявлено. набряків немає. Діагноз?

Вагітна у терміні 36 тижнів госпіталізована у пологове відділення зі скаргами на головний біль, погіршення зору, підвищення АТ до 160/100 мм.рт.ст. Об'єктивно: у сечі – білок 2.73 г/л, набряки передньої черевної стінки. Було призначено лікування, але стан вагітної погіршився. Тактика ведення вагітної?

Тестові завдання:

У вагітної В., 25 років, термін вагітності 33-34 тижні, з'явився головний біль, нудота, порушення зору, болі в епігастральній ділянці. До вагітності нічим не хворіла, спадковість не обтяжена. Об'єктивно: стан середньої важкості, збуджена, відмічається порушення носового дихання, пульс – 110 уд/хв. АТ на правій руці 160/110 мм рт.ст., на лівій руці – 170/120 мм рт. ст. Генералізовані набряки. Раптово з'явилося посмикування м'язів обличчя, загальні судоми, жінка втратила свідомість. Ваш діагноз?

A* Еклампсія під час вагітності.

B Епілепсія, великий напад.

C Епілепсія, малий напад.

D Діабетична кома.

E Крововилив в головний мозок.

Повторні пологи, вагітність доношена, поступила з регулярною пологовою діяльністю на протязі 8 год., води відійшли годину тому. Скарги на головний біль, миготіння „мушок“ перед очима, АТ 180/100 мм рт.ст., в сечі білок - 3,3г/д, гіалінові циліндри. Серцебиття плоду 140 уд/хв, ритмічне. При піхвовому дослідженні розкриття шийки матки повне, голівка виповняє крижову впадину, стріловидний шов в правому косому розмірі, мале тім'ячко під лоном зліва. Мис не досягається. Яка тактика ведення роділлі?

A * Порожнинні акушерські щипці.

B Вихідні акушерські щипці

C Кесарський розтин

D Вакуум-екстракція плоду

E Консервативне ведення пологів

Повторновагітна 37 років, перша вагітність була перервана через важкий гестоз другої половини вагітності. В даний час вагітність 26 тижнів. З перших тижнів АТ підвищився до 180/120 мм рт.ст., в сечі білок 6,3г/д, гіалінові циліндри. Доставлена в пологовий будинок у важкому стані, з приступом судом. Яка тактика ведення жінки при даній акушерській ситуації?

A Пролангувати вагітність

B* Кесарів розтин

C Піхвовий кесарів розтин

D Підготовкапологових шляхів до родорозрішення.

E Родорозрішення через природні статеві шляхи

Першовагітна, 18 років, 32 тижні гестації, на нижніх кінцівках набряки, на

фоні асиметрії і високого артеріального тиску (АТ 190/95, 210/110 мм.рт.ст) відмічає головні болі, “пелену” перед очима. В аналізах сечі вміст білка складає 5 г/л, виявлено гіалінові циліндри. Яке ускладнення можна діагностувати?

A *Тяжка прееклампсія

B Гіпертензія вагітних

C Гломерулонефрит

D Пієлонефрит

E Гестаційні набряки

РОЗДІЛ II. Невиношування вагітності.

В світі кожна 5-а вагітність переривається (20-25%)

- 15% - самовільний аборт
- 5% - передчасні пологи з 28 тижнів
- 9-10% - передчасні пологи з 22 тижнів

Невиношування вагітності - універсальна інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке неблагополуччя в стані здоров'я вагітної, плода, навколишнього середовища і багатьох інших факторів .

Етіологія.

В класифікації, запропонованій С.М. Беккером (1975), причини невиношування розподілені на 8 груп:

1. інфекційні захворювання матері
2. нейроендокринна патологія;
3. травматичні пошкодження;
4. аномалії розвитку жіночих статевих органів;
5. ускладнення, пов'язані з вагітністю;
6. хромосомні аномалії;
7. ізосерологічна несумісність крові матері та плоду;
8. різні неінфекційні захворювання матері.

Причини та терміни переривання вагітності:

I триместр – хромосомні аномалії (до 70%); гормональні розлади; тяжке блювання; цукровий діабет; гіпо-, гіпертиреоз

II триместр – антифосфоліпідний синдром (АФС), істмікоцервікальна недостатність (ІЦН), плацентарна дисфункція.

III триместр – ускладнення вагітності (гестози, аномалії розташування та передчасне відшарування плаценти, багатоводдя, багатопліддя).

Обстеження жінок із невиношуванням

- Огляд акушера-гінеколога, ендокринолога, імунолога, уролога (для партнера), психотерапевта
- Бактеріологічне та вірусологічне обстеження:
 1. бак посів із цервікального каналу
 2. Визначення методом ПЛР в цервікальному каналі хламідій, мікоплазм, уреоплазм, цитомегаловірусу, вірусів простого герпесу, папілома вірусу

3. Визначення в крові G і M-антитіл до вірусу простого герпесу, цитомегалії, токсоплазми, краснухи.

• Гормональне обстеження:

1. базальна температура для виявлення недостатності II фази МЦ

2. тести функціональної діагностики

3. визначення гормонів крові: прогестерону, естрогенів, ФСГ, ЛГ, ПРЛ, андрогенів (тестостерону), 17-кетостероїдів

Біопсія ендометрію (5-10 день МЦ або 22-24 дні МЦ) для гістологічного та імуногістохімічного досліджень (NK-клітини, рецептори прогестерону і естрогенів, АМГФ - $\alpha 2$ -мікроглобулін фертильності)

• Ультразвукове дослідження матки і додатків

• Дослідження вуглеводного та ліпідного обміну (інсулін, ліпідограма, холестерин, тригліцериди)

• Імунологічне дослідження (ABO та Rh-антитіла, антитіла до фосфоліпідів, антиспермальні антитіла)

• Гени тромбофілії

• Генетичне обстеження (каріотипування подружжя, пренатальна діагностика, молекулярно-біологічний скринінг генів схильності до невиношування)

Класифікація

Загрозливий аборт

Спонтанний аборт

Неповний аборт

Повний аборт

Звичний викидень

Передчасні пологи

Невиношування вагітності

• *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).

В структурі невиношування вагітності як загального поняття виділюють:

I. Спонтанний аборт

Спонтанний аборт (мимовільний, самовільний викидень) – вигнання ембріона/плода в терміні вагітності до 22 тижнів або масою до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак життя.

За стадіями розвитку виділяють:

- Загрозливий аборт (abortus imminens)
- Аборт в ходу (abortus progrediens)
- Неповний аборт (abortus incompletus)
- Повний аборт (abortus completus)

Крім того виділяють:

- Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода) missed abortus
- Інфікований аборт.

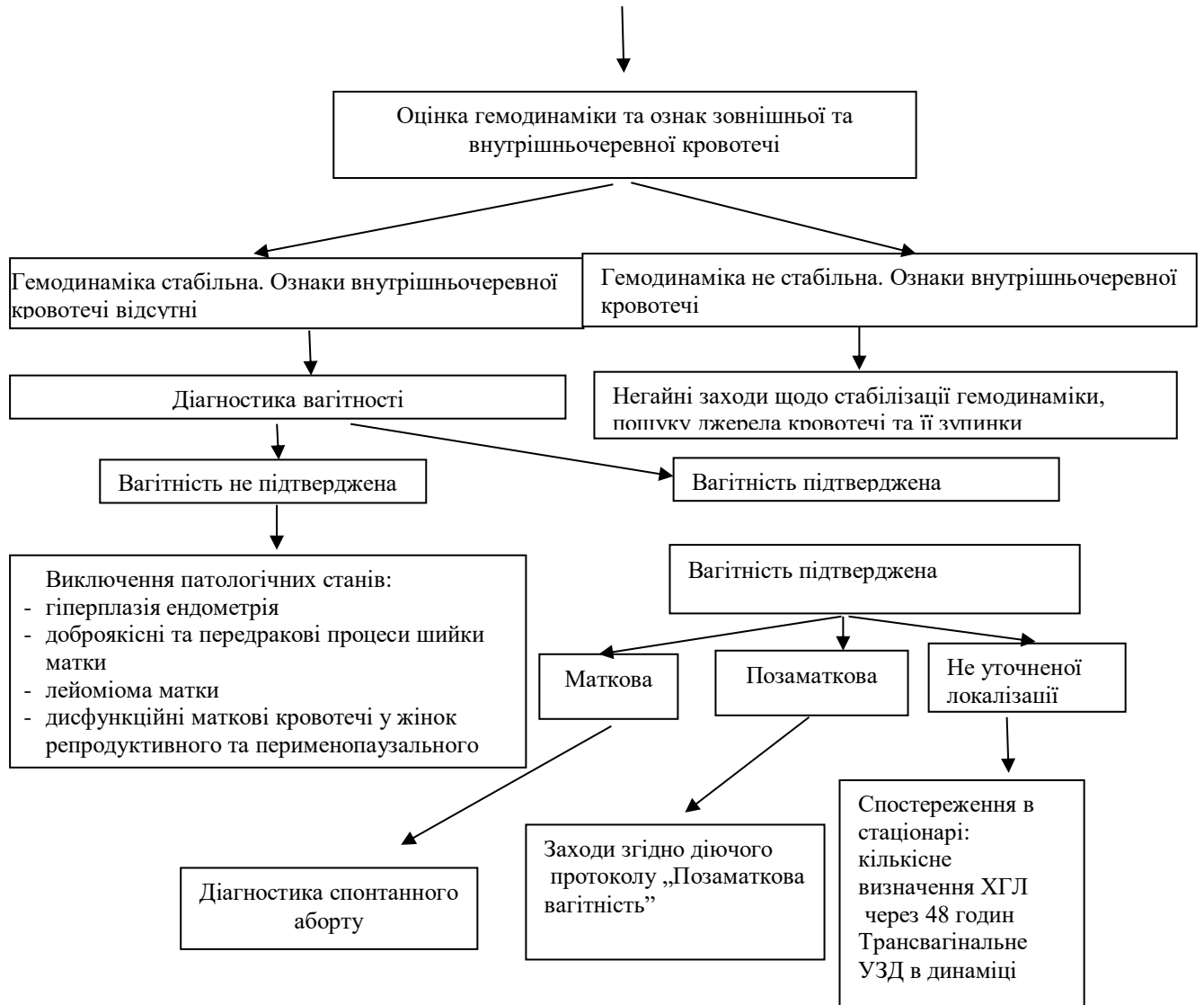
Діагностика спонтанного аборту.

Загальними проявами спонтанного аборту є кров'яністі виділення із статевих шляхів різної інтенсивності та біль в нижніх відділах живота на фоні маткової вагітності.

Першочерговим завданням при поступленні пацієнтки з симптомами мимовільного аборту є своєчасна діагностика та лікування станів, які можуть бути загрозливими для її життя: **геморагічний шок** (спричинений матковою або внутрішньочеревною кровотечею), **сепсис**. При наявності ознак геморагічного шоку паралельно з заходами, спрямованими на попередження погіршення гемодинамічних показників, необхідно визначити джерело кровотечі. Першочерговим є виключення або підтвердження наявності порушеної ектопічної вагітності. При відсутності загрозливих для життя станів проводяться лікувально-діагностичні заходи, спрямовані на попередження ускладнень різних стадій мимовільного аборту.

Схема1. Алгоритм діагностики спонтанного аборту

Кров'яністі виділення із статевих шляхів різної інтенсивності та біль в нижніх відділах живота



Загрозливий аборт

Обстеження та встановлення діагнозу

Скарги – на помірний біль внизу живота з іррадіацією у поперек, мізерні або помірні кров'яністі виділення зі статевих шляхів.

Огляд у дзеркалах

1. Зовнішнє вічко закрите.
2. Скудні або помірні кров'янисті виділення.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Матка легко збудлива, її тонус підвищений.
2. Розміри матки відповідають терміну вагітності.

УЗД: загальні ознаки:

1. Наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається у порожнину матки (за відсутності клінічних проявів немає самостійного значення).
2. Деформація контурів плідного яйця, його вдавнення за рахунок гіпертонусу матки (за відсутності клінічних проявів немає самостійного значення).
3. Наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.

Після встановлення діагнозу та до початку лікування необхідним є визначення життєздатності ембріона/плода та подальшого прогнозу вагітності.

Для цього використовують критерії сприятливого чи несприятливого прогнозу даної вагітності.

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

Тактика ведення загрозливого аборту.

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

Обов'язковим є отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

За наявності клінічних ознак загрозливого аборт у терміні вагітності менше 8 тижнів та несприятливих ознак прогресування

вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується.

Якщо пацієнтка наполягає на проведенні терапії, спрямованої на збереження вагітності, вона має бути відповідним чином проінформована про:

- високу питому вагу хромосомних аномалій в даному терміні вагітності, які є найбільш вірогідною причиною загрози її переривання;
- низьку ефективність будь-якої терапії.

На основі отриманої інформації пацієнтка приймає рішення щодо доцільності застосування терапії, спрямованої на збереження вагітності.

Рішення вагітної фіксується підписанням інформованої згоди.

При загрозі переривання вагітності в терміні більшому 8 тижнів та за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження та підтримку розвитку вагітності (Табл. 4).

Таблиця 7. **Терапія загрозового аборту**

Лікувальний захід
<i>Ліжковий режим та утримання від статевого життя</i>
<i>Спазмолітична терапія</i>
<i>Седативна терапія</i>
<p>Препарати прогестерону</p> <p>Для лікування загрозового аборту використовуються:</p> <p>масляний розчин прогестерону (внутрішньомязово);</p> <p>мікронізований прогестерон – утрожестан – (вагінально або перорально);</p> <p>дідрогестерон - дуфастон (перорально);</p> <p>лютеїна (вагінальна та сублінгвальна форма)</p> <p>Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально)</p> <p>Їх не можна призначати одночасно</p> <p>Не доведено переваги будь якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону.</p>

Гемостатична терапія:

дицинон, етамзілат, транексамова кислота

Антибактеріальна терапія(при довготривалих кров'янистих виділеннях) –

ампіцилін, еритроміцин, цефалоспорини, роваміцин.

Моніторинг ефективності лікування визначається за допомогою: даних УЗД, тестів функціональної діагностики, динаміки рівня ХГЛ та прогестерону в сироватці крові (табл.8).

Таблиця 8. Моніторинг ефективності лікування

Метод	Режим проведення
Спостереження за динамікою змін клінічних симптомів	Двічі на добу та більше в разі необхідності
Визначення гормонального статусу вагітності: визначення рівнів ХГЛ в сироватці крові в динаміці визначення вмісту прогестерону в сироватці крові в динаміці гормональна кольпоцитологія вимірювання базальної (ректальної) температури (до 12 тижнів)	У терміні до 8 тижнів - через 48 годин, а потім один раз на тиждень до зникнення симптомів У терміні після 8 тижнів - один раз на тиждень до зникнення симптомів Один раз на тиждень, до зникнення симптомів Один раз на тиждень Протягом всього лікування

УЗД	Використовується з метою підтвердження вагітності що розвивається. Не має самостійного значення в діагностиці переривання вагітності.
------------	---

Аборт в ходу

Скарги - на переймоподібний біль внизу живота та попереку, рясні кров'яністі виділення із статевих шляхів.

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите.
2. Кров'яністі виділення у великій кількості.
3. Частини плідного яйця у цервікальному каналі.
4. Підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в рані терміни вагітності).

Бімануальне піхвове дослідження для визначення

1. Тонусу матки.
2. Розміру матки.
3. Розмірів ступеня розкриття цервікального каналу.

УЗД за необхідністю:

1. Повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів).
2. Наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

Тактика ведення аборту в ходу.

Термін вагітності менше 16 тижнів

Проводять вакуум аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку під адекватним знеболенням та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки, в залежності від об'єму крововтрати. **Обов'язкове патогістологічне дослідження видаленої тканини.**

Термін вагітності більше 16 тижнів

Після спонтанного вигнання продукту запліднення проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати.

У разі кровотечі під адекватним знеболенням:

1. при наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекають спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати;
2. при відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливо використання утеротоніків:

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

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

Всім резус-негативним жінкам, у яких немає анти-резус антитіл, вводять анти-D імуноглобулін: в терміні вагітності до 13 тижнів доза анти-Rh₀ (D) імуноглобуліна складає 75 мкг, при терміні вагітності більше 13 тижнів – 300 мкг.

Неповний аборт

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрито.
2. Кров'янисті виділення різного ступеня вираженості.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Матка м'якої консистенції.
2. Розміри матки менше терміну гестації.
3. Різний ступінь розкриття шийки матки.

УЗД

Порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плідне яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури.

Тактика ведення неповного аборту

За відсутності абсолютних показань до кюретажа або вакуум-аспірації, рекомендувати надання пацієнтці можливості вибору метода звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічний або медикаментозний.

Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки

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

- інтенсивна кровотеча,
- розширення порожнини матки >50 мм (УЗД),

Обов'язкове застосування антибіотиків. Вибір препарату, дози та тривалість використання визначаються за індивідуальними клінічними показаннями.

Медикаментозний метод використовується:

- *лише у разі підтвердженого неповного аборту у першому триместрі;*
- *за бажанням жінок, які намагаються уникнути хірургічного втручання та загальної анестезії;*
- *якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації;*

Протипоказання медикаментозного методу

Абсолютні:

- наднирникова недостатність,
- тривала терапія глюкокортикоїдами,
- гемоглобінопатії або антикоагулянтна терапія,
- анемія ($Hb < 100$ г/л),

- порфірія,
- мітральний стеноз,
- глаукома,
- прийом нестероїдних протизапальних засобів протягом попередніх 48 годин.

Відносні:

- гіпертензія,
- тяжка бронхіальна астма.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовувати:

Мізопростол – 800-1200 мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару.

- *Спостереження:* Жінка залишається для спостереження в умовах стаціонару протягом доби після вигнання. Через 7-10 днів після виписки з стаціонару в амбулаторних умовах проводиться контрольний огляд пацієнтки та УЗД.

Перехід до хірургічної евакуації, залишків плідного яйця, після медикаментозної евакуації здійснюють у разі:

- виникнення значної кровотечі,
- появи симптомів інфекції,
- евакуація залишків не розпочалась протягом 8 годин після введення мізопростолу,
- виявлення залишків плідного яйця у порожнині матки під час УЗД через 7-10 днів.

Повний аборт

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите.
2. Незначні кров'янисті виділення або відсутні.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Матка щільна.

2. Розміри матки менше терміну гестації.
3. Цервікальний канал закритий, іноді не повністю.

УЗД

Порожнина матки <15 мм, цервікальний канал закритий, іноді не повністю, плідне яйце/плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються.

Тактика ведення повного аборту

За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки.

Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень.

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Розміри матки менше терміну гестації.
2. Цервікальний канал закритий.

УЗД

- **5-6 тижнів:** невідповідність розмірів плодного яйця терміну гестації, не візуалізується жовточний мішок, не візуалізується ембріон.

Діагноз вагітності, що не розвивається, в терміні 5-6 тижнів має бути підтверджено не менше, ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в ультразвукових критеріях дослідження слід повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівнів хоріонічного гонадотропіну.

- **7-8 тижнів:** відсутність серцевих скорочень ембріону, невідповідність розмірів терміну гестації.

- **9-12 тижнів:** відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону, невідповідність розмірів матки терміну гестації.

Тактика ведення абортів, що не відбулися

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

Знаходження вагітності, що не розвивається, в порожнині матки протягом 4 тижнів та більше збільшує ризик коагулопатичних ускладнень, в зв'язку з чим необхідно бути готовим для боротьби з можливою кровотечею (визначити групу крові, резус-фактор, коагулограму).

Індукція скоротливої діяльності при вагітності, що не розвивається в другому триместрі здійснюється застосуванням препаратів простагландинів (мізопропол) або утеротонічних засобів (окситоцин).

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено за індивідуальними клінічними показаннями.

Реабілітація репродуктивної функції після мимовільного абортів

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

II. Звичне невиношування вагітності (звичний викидень)

Звичний аборт (звичний викидень) – визначається як наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчились викиднем. Якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, то такий стан визначається

як „вторинний звичний викидень“, якщо ні – використовується термін „первинний звичний викидень“.

Ведення жінок зі звичним невиношуванням вагітності.

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

Лікування звичного невиношування:

1. призначення фолієвої кислоти 400 мкг на день за 3 місяця до зачаття зменшує частоту вад невральної трубки на 2/3;
2. лікування станів, які супроводжуються дефіцитом ендogenousного прогестерону (недостатність лютеїнової фази, вилікуване безпліддя, вагітність в наслідок допоміжних репродуктивних технологій).

Використовуються в терапевтичних дозах:

- масляний розчин прогестерону (внутрішньом'язово);
- мікронізований прогестерон (утрожестан) – вагінально або перорально;
- дідрогестерон (дуфастон) – перорально;
- лютеїна (вагінально, сублінгвально).
-

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН)

Клінічні ознаки:

- **Наявність в анамнезі** (жінка належить до групи високого ризику):

1. двох та більше епізодів переривання вагітності в другому триместрі, які не є результатом скоротливої діяльності матки чи відшарування плаценти;
2. випадків мимовільного безболісного розкриття шийки матки до 4-6 см при попередніх вагітностях;
3. наявність хірургічних втручань на шийці матки, розривів шийки матки другого або третього ступенів у минулих пологах;
4. інструментальної дилатації шийки матки під час штучного переривання вагітностей.

- **При огляді :**

1. вроджені або набуті анатомічні дефекти ектоцервіксу;
2. розкриття шийки матки до 2 та більше см в другому триместрі вагітності при відсутності маткових скорочень та відшарування плаценти;
3. пролабірування плідного міхура із зовнішнього вічка шийки матки.

- **При трансвагінальному УЗД:**

1. укорочення шийки матки до 25 мм та більше в терміні 16- 24 тижні;
2. клиноподібна трансформація каналу шийки матки на 40% довжини та більше.

Лікування істміко-цервікальної недостатності полягає в накладанні профілактичного чи лікувального шва на шийку матки.

Загальні умови застосування шва:

- живий плід без видимих вад розвитку;
- цілий плідний міхур;
- відсутність ознак хоріоамніоніту;
- відсутність пологової діяльності та/або кровотечі;
- перший або другий ступінь чистоти піхви.

Профілактичний шов на шийку матки.

Показаний жінкам групи високого ризику, які мали в анамнезі два та більше самовільних викидні або передчасні пологи в другому триместрі

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

Терапевтичний шов на шийку матки

Показаний жінкам групи ризику з УЗ даними:

- коротка шийка (менше 2,5 см) без та в поєднанні з клиноподібною трансформацією цервікального каналу;

Терапії антифосфоліпідного синдрому після чітко встановленого діагнозу:

- **Аспірин 75 мг/добу** (прийом аспірину починати, як тільки тест на вагітність стане позитивним та продовжують до пологів);
- **Нефракціонований гепарин 5 000 ОД** підшкірно кожні 12 годин або низькомолекулярний гепарин у середній профілактичній дозі.

Застосування гепарину починають, як тільки за допомогою УЗД зареєстрована серцева діяльність ембріону. Застосування гепарину припиняють в 34 тижні вагітності. При застосуванні нефракціонованого гепарину проводити контроль рівня тромбоцитів щотижнево протягом перших трьох тижнів, потім кожні 4 – 6 тижнів.

Якщо при попередніх вагітностях мали місце тромбози, терапія повинна бути продовжена до пологів та в післяпологовому періоді.

Прегравідарна підготовка включає:

- ***Діагностику недостатності лютеїнової фази менструального циклу.***
- ***Припинення шкідливих впливів***
 1. відмова від паління;
 2. відмова від вживання алкоголю;
 3. виключення впливу факторів шкідливого промислового виробництва;
 4. уникнення психоемоційних перевантажень та стресів.
- ***Оздоровлення жінки та лікування хронічних захворювань***
 1. Нормалізація режиму праці та відпочинку;

2. створення сприятливих психоемоційних станів на виробництві та в сім'ї (побуті);
3. раціональне харчування;
4. регулярні фізичні навантаження (ранкова гімнастика, плавання, прогулянки, тощо);
5. санація екстрагенітальних вогнищ хронічної інфекції (тонзиліт, гайморит, пієлонефрит тощо);
6. нормалізація маси тіла;
7. щеплення проти краснухи імунонегативних жінок для профілактики вродженої краснухи;
8. вакцинація проти гепатиту В жінок репродуктивного віку групи ризику, що забезпечує профілактику вертикальної передачі інфекції, зменшення ризику печінкової недостатності та цирозу печінки у матері;
9. підготовка пацієнток з хронічними екстрагенітальними захворюваннями:
 - *цукровий діабет*: стійка компенсація вуглеводного метаболізму упродовж трьох місяців до запліднення та призначення фолієвої кислоти 800мкг на день за 3 місяці до зачаття;
 - *артеріальна гіпертензія* (тримання нормотензії, перехід на антигіпертензивні препарати, дозволені до застосування під час вагітності);
 - *гіпотиреоз* (корекція замісної терапії L-тироксином для досягнення еутиреоїдного стану);
 - *епілепсія* (перехід на протисудомні засоби з меншою негативною дією на плід, збільшення дози фолієвої кислоти до 800мкг на день за 3 місяці до зачаття);
 - *вади серця* (радикальне хірургічне лікування за показаннями);
 - *хвороби, що потребують постійної антикоагулянтної терапії* (відміна тератогенних кумаринових похідних, призначення гепарину)
 - *інші екстрагенітальні захворювання* (хірургічне лікування, корекція терапії, досягнення ремісії хвороби).

- виявлення та лікування ВІЛ інфекції.

Вказані препарати не призначати одночасно!

Передчасні пологи.

Передчасні пологи – це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода масою більш 500 г у терміні вагітності з 22 тижнів до 37 (36+6 днів) тижнів.

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

- 22-27 тижнів;
- 28-33 тижні;
- 34-36 тижні + 6 днів гестації.

Принципи ведення передчасних пологів:

1. **Оцінка ступеня** прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології з метою визначення рівня надання стаціонарної допомоги.
2. **Визначення плану ведення** пологів та поінформоване погодження його з жінкою.
3. **Контроль за станом матері** та плода під час пологів з веденням партограми.
4. **Профілактика** респіраторного дистрес синдрому до 34 тижнів вагітності.
5. **Знеболювання пологів** за показаннями.
6. **Оцінка стану дитини**, підтримка теплового ланцюжка, проведення первинного туалету новонародженого, спільне перебування матері та дитини з перших годин після народження, більш широке використання методу “кенгуру” при виходжуванні дітей з малою масою.

Діагностика та підтвердження пологів:

Підтвердження пологів:

- у вагітної після 22 тижнів з'являються переймоподібні болі внизу живота та крижах з появою слизово-кров'янистих або водянистих (у разі відходження навколоплідних вод) виділень з піхви;
- наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд;
- зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне вкорочення шийки матки та її згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметру просвіту шийки матки - вимірюється у сантиметрах;
- поступове опускання передлеглої частини плода (голівка, сідниці) до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно *lin.interspinalis* (при внутрішньому акушерському дослідженні).

Таблиця 9. *Діагностика періодів і фаз пологів.*

Симптоми і ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи /відсутність пологової діяльності/	
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см	Перший	Латентна
Шийка розкрита на 3-9 см. Швидкість розкриття шийки матки не менше (або більше) – 1 см/год. Початок опускання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см). Голівка плода у порожнині тазу. Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см). Передлегла частина плода досягає дна тазу. Роділля починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)

Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	Третій	
--	--------	--

Послідовність дій при веденні передчасних пологів

У приймально-оглядовому відділенні необхідно:

- ретельно ознайомитись з обмінною картою жінки;
- з'ясувати скарги;
- оцінити стан роділлі;
- провести зовнішнє акушерське дослідження, визначити термін вагітності та очікувану масу плода;
- запитати про відчуття рухів плода самою роділлею та проводити аускультацию серцебиття плода;
- за відсутності передчасного розриву плодових оболонок, провести внутрішнє акушерське дослідження;
- за даними анамнезу, обмінної карти та результатами фізикального та акушерського обстеження роділлі, встановити строк вагітності, акушерський діагноз, визначити тактику ведення вагітної (роділлі);
- до 34 тижнів вагітності при розкритті шийки матки менш, ніж 3 см, відсутності амніоніта, прееклампсії, кровотечі, задовільному стані плода проводити комплексну **зберігаючу терапію**.

Токолітична терапія (призначають на 48 годин, необхідних для проведення антенатальної профілактики РДС глюкокортикоїдами):

- ніфидепін 10 мг сублінгвально кожні 15 хвилин впродовж першої години до припинення перейм, потім призначають 20 мг 3 рази на добу в залежності від маткової активності;
- бета-міметиками, (гініпрал, рітодрин та їх аналоги);
- гініпрал у дозі 10 мкг (2 мл) застосовується у вигляді в/в інфузій на 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду зі швидкістю 5-10 крапель за хвилину.

Гормональна терапія:

- утрожестан до 600 мг на добу (перорально, інтравагінально або поєднання шляхів введення);
- прогестерона 1% розчин 2 мл в/м 1 раз на добу.

*Терапія плацентарних порушень:***Препарати донатори оксиду азоту:**

- глутаргін (аргініна глутамат), в/в краплинне введення 5 мл (2,0) на 250 мл 0,9% розчину натрію хлориду зі швидкістю 60 – 70 крапель за хвилину, курс лікування 7 діб;
- тівортин (L-аргініна аспартат), в/в краплинно в дозі 100 мл на добу зі швидкістю 10 – 30 крапель за хвилину, курс лікування 10 днів.

Препарати дезагрегатної дії:

- ацетилсаліцилова кислота 100 мг (аспекард) один раз на добу per os.

Через 2 години після початку токолізу підтвердити діагноз передчасних пологів констатацією згладжування, чи розкриття шийки матки. **Якщо передчасні пологи прогресують – токоліз відмінити.** Далі пологи вести згідно партограми;

Профілактику респіраторного дистрес синдрому плода проводити з 24 до 34 тижнів (при наявності рубця на матці після кесаревого розтину – до 37 тижнів вагітності):

- при загрозі передчасних пологів в/м введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин на курс 24 мг, чи бетаметазону по 12 мг кожні 24 години, на курс 24 мг;

Не використовувати кортикостероїди за наявності клінічних проявів важкої інфекції.

Проведення інтранатальної антибактеріальної терапії здійснювати у разі наявності ознак інфекції.

Призначення клізми та гоління лобка роділлі не проводити.

Спостереження за станом роділлі і плода в I періоді пологів:

Оцінка стану плода:

Серцебиття плода в пологах реєструють шляхом:

- періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора; *або*
- за показаннями - шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія).

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії слід дотримуватися наступної методики:

- роділля знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейм;
- аускультатія триває щонайменше 60 секунд.

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

В нормі ЧСС плода становить 110-170 ударів за хвилину.

Перехід від періодичної аускультатії до електронного фетального моніторингу показаний у наступних випадках:

- ЧСС плода зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки;
- базальна частота серцевих скорочень плода менше 110 чи більше 170 ударів за хвилину;
- підчас періодичної аускультатії виявляються будь які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки;
- розпочато пологодісилення окситоцином;
- вилились навколоплідні води, забарвлені густим мезонієм.

Оцінка загального стану матері:

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 визначати:

- частоту та тривалість перейм – щогодини у латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі. При нормальній тривалості передчасних пологів є тенденція до збільшення швидкості розкриття шийки матки, яка у латентній фазі складає 0,8см/год; у активній – 3,5 см/год;
- швидкість розкриття шийки матки шляхом внутрішнього акушерського дослідження (проводять кожні 4 години);
- рівень опускання голівки плода при проведенні кожного зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження.

Підтримуючий догляд під час пологів і розродження:

1. персональна психологічна підтримка.
2. взаємне порозуміння та психологічна підтримка роділлі медичним персоналом.
3. підтримка чистоти роділлі та її оточення:
4. забезпечення рухливості роділлі:
5. підтримують прийом жінкою їжі та рідини за її бажанням.
6. знеболювання пологів за показаннями та погодженням жінки.

Якщо роділля страждає від болю під час перейм або потуг, її психологічно підтримати та заспокоїти:

- пропонувати перемінити положення тіла;
- заохочувати до активних рухів;
- пропонувати партнеру масажувати жінці спину, тримати її руку та протирати обличчя вологою губкою між переймами;
- пропонувати жінці дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих).

Вимоги до медикаментозного знеболювання: знеболюючий ефект, відсутність негативного впливу на організм матері та плода, простота та доступність для усіх родопомічних закладів.

Наркотичні анальгетики не використовувати.

Спостереження та допомога у II періоді пологів.

Оцінка стану плода

Проводити контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультатії кожні 5 хвилин (при необхідності частіше) у ранню фазу другого періоду та після кожної потуги у активну фазу.

Оцінка загального стану роділлі

Вимірювати артеріальний тиск, підраховувати пульс – кожні 15 хвилин (при необхідності частіше).

Оцінка прогресування пологів

Оцінювати просування голівки по пологовому каналу та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

Внутрішнє акушерське дослідження у другому періоді пологів поводити щогодини, якщо немає показань до більш частого його проведення.

Якщо не відбулося своєчасного вилиття навколоплідних вод, в асептичних умовах проводити амніотомію.

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів

При передчасних пологах обов'язкова присутність лікаря педіатра-неонатолога та наявність підготовленого обладнання для надання медичної допомоги новонародженому. Оптимальною для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 28°C.

Положення жінки для народження дитини

Забезпечити можливість роділлі вибрати положення для народження дитини, яке є зручним для неї.

Потужна техніка

Надавати перевагу техніці „некерованих фізіологічних потуг”.

Рутинну епізіо-перінеотомію та пудендальну анестезію не проводити.

Після народження дитини, залежно від її стану, передати неонатологу, або викласти на груди матері.

Ведення III періоду пологів

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів - **активна та очікувальна**

- Очікувальна тактика – при появі ознак відшарування плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова) - жінці запропонувати «потужитись», що призведе до народження посліду.
- Активне ведення третього періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці під час вагінальних пологів.

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків;
- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

За відсутності народження плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводиться ручне відокремлення і виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі – ручне або інструментальне (в залежності від умов) відділення плаценти та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

Міхур з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовувати.

Контрольні запитання

1. *Дати визначення терміну «невиношування»*
2. *Етіологія і патогенез мимовільних абортів*
3. *Визначити обсяг обстеження жінок із невиношуванням*
4. *Назвати стадії розвитку мимовільних абортів*
5. *Клініка мимовільних абортів залежно від стадії розвитку*
6. *Алгоритм діагностики спонтанного абортів*
7. *Прогностичні критерії прогресування вагітності*
8. *Лікування загрозового абортів та моніторинг його ефективності*
9. *Тактика ведення абортів в ході*
10. *Тактика ведення неповного та повного абортів*

11. *Тактика ведення аборт, що не відбувся*
12. *Діагностика та лікування істміко-цервікальної недостатності*
13. *Профілактика звичного викидня*
14. *Визначення передчасних пологів*
15. *Діагностика передчасних пологів*
16. *Тактика та особливості ведення передчасних пологів у I періоді*
17. *Тактика та особливості ведення передчасних пологів у II періоді*
18. *Ускладнення в передчасних пологах*

Тестові завдання:

1. Хвора 18 років поступила у гінекологічне відділення зі скаргами на ниючий біль внизу живота. Остання менструація 2 місяці тому. При бімануальному дослідженні шийка матки довжиною до 2 см, ціанотична, зовнішній зів закритий. Тіло матки кульоподібної форми, м'якуватої консистенції, збільшено відповідно 7-8 тижням вагітності. Який діагноз найбільш імовірний?

A*Загрозливий аборт

B Аборт, що розпочався

C Аборт у ходу

D Фіброміома тіла матки

E Неповний аборт

2. Хвора 24 років доставлена в стаціонар КШД зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, рясні, з кров'янистими згустками виділення із статевих шляхів, слабкість. АТ- 90/60 мм рт.ст. Рс-92/хв, Т-36,9С. Остання менструація була два місяці тому. При вагінальному дослідженні: шийка матки ціанотична, зовнішній зів пропускає палець. Матка збільшена до 6-7 тижнів вагітності, не болюча. Придатки з обох сторін не пальпуються. Склепіння глибокі, не болючі. Який найбільш ймовірний діагноз?

A*Аборт в ходу

B Дисфункціональна маткова кровотеча

C Порушена позаматкова вагітність

D Неповний аборт

E Міома матки

4. Першовагітна звернулася в жіночу консультацію 22.03.03 зі скаргами на тянучий біль внизу живота. З анамнезу – остання менструація була 4.01.03. При бімануальному дослідженні: шийка матки збережена, зовнішнє вічко закрито, матка збільшена як до 9 тижнів вагітності, рухома, неболюча. Встановіть ускладнення, що виникло.

A *Загроза викидня в 9 тижнів вагітності

B Аборт, що розпочався в 9 тижнів вагітності

C Міома матки

D Завмерла вагітність

E Міхуровий занесок

5. У повторновагітної в 8 тижнів вагітності з'явилися переймоподібні болі внизу живота та значні кров'яністі виділення зі статевих шляхів. З анамнезу – вагітність третя, було два самовільних викидні в ранні терміни вагітності. При бімануальному дослідженні: у піхві – згортки крові, цервікальний канал пропускає 1 поперечний палець, в каналі пальпується нижній полюс плідного яйця. Величина матки відповідає терміну гестації. Яка Ваша тактика?

A *Провести вишкрібання стінок матки

B Ввести утеротонічні препарати

C Накласти шов на шийку матки за Любімовою

D Ввести кровоспинні засоби

E Ввести спазмолітичні засоби

Задачі

1. Вагітна 24 років звернулася до лікаря жіночої консультації із скаргами на біль внизу живота та кровотечу із статевих шляхів. Термін вагітності 9-10 тижнів. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена та пропускає палець, надмірна кровотеча, матка збільшена на 9 тижнів. Діагноз. Тактика.

2. Пацієнтка 32 років, в анамнезі у якої 2 мимовільних аборти, має 15-16 тижнів вагітності, а також скарги на тяжкість внизу живота. При вагінальному дослідженні: шийка матки скорочена до 1,5 см, вільно пропускає 1 поперечний палець, матка збільшена до 16 тижнів вагітності. Діагностика. Тактика.
3. Вагітна 25 років. Вагітність II, 30 тижнів. Скарги на ниючі болі внизу живота. Попередня вагітність закінчилась пологам у 32 тижні вагітності. Новонароджений через добу помер. Яку тактику ведення доцільно вибрати?
4. Вагітна 28 років доставлена швидкою допомогою з діагнозом: вагітність III 25 тижнів, самовільний аборт. Води відійшли 2 години тому. Анамнез: I вагітність закінчилась мимовільним викиднем у 9-10 тижнів вагітності; II вагітність завмерла в терміні 13-14 тижнів. На обліку в ЖК не перебувала. Аномалій розвитку тіла та шийки матки не виявлялось. Соматичних хронічних захворювань немає. Часто хворіє на ГРВІ. Дані вагінального дослідження на момент поступлення: шийка матки вкорочена на 1 см, відкриття цервікального каналу – 3 см. Навколоплідні води підтікають прозорі. Складіть план обстеження жінки. Сформулюйте попередній діагноз. Запропонуйте тактику ведення.

РОЗДІЛ III. Переношена вагітність. Аномалії скоротливої діяльності матки.

ПЕРЕНОШЕНА ВАГІТНІСТЬ.

Вагітністю, що переношується, слід вважати вагітність, яка продовжується більше 41 повного тижня (287 діб або більше) від першого дня останнього нормального менструального циклу. Частота переношування вагітності коливається від 4 до 14%.

Розподіл на переношену та пролонговану вагітність не здійснюється.

Пологи, що відбулися після 41 повного тижня вагітності (на 287 добу або пізніше) називаються **запізнілими пологами**.

Вагітність, що переношується, супроводжується високим рівнем перинатальної захворюваності і смертності, великою кількістю ускладнень в пологах і післяпологовому періоді у матері і новонародженого.

Етіологія. З етіологічних моментів (*факторів ризику*) переношування вагітності виділяють: порушення менструальної функції, вік вагітної (переношування частіше зустрічається у жінок за віком старше 28 років), генетичну схильність, загрозою абортів в ранніх термінах вагітності, гіподинамію, групу крові А(II) негативна, наявність екстрагенітальної патології (артеріальна гіпотонія, вади серця, захворювання печінки та жовчовивідних шляхів, апендектомія в анамнезі, надмірна маса тіла), наявність плоду чоловічої статі, аненцефалія плоду. Певну роль у переношуванні вагітності відіграють також хронічний психоемоційний стрес, шкідливі звички (вживання алкоголю, наркотиків, паління).

Патогенез. Переношування вагітності нерозривно пов'язаний зі складними механізмами, що забезпечують розвиток скорочувальної діяльності матки. Однією із важливих ланок у фізіології розвитку вагітності та початку пологів є естрогени. Основним джерелом утворення естрогенів є клітини синцитію плаценти і велику роль в цьому відіграє діяльність надниркових залоз плода. При переношеній вагітності виникає дискоординація балансу естрогенів, підвищується рівень прогестерону. Переношена вагітність характеризується зменшенням чутливості рецепторного апарату шийки матки,

зниженням кількості актоміозину в м'язах матки, простагландинів та електролітів, що сприяє зниженню чутливості клітин м'язів до збудження. При цьому має місце запізнiле біологічне дозрівання нервово-м'язового апарату матки, у тому числі й шийки матки.

Переношена вагітність часто супроводжується *дисфункцією плаценти*, зі зниженням її транспортної та ендокринної функцій; до 40% плацент мають інфаркти, кальцифікати, фіброзні зміни. Все це призводить до дистресу плода.

Переношений новонароджений – дитина, яка народилася після 41 повних тижнів вагітності (287 діб, або пізніше), має такі ознаки:

- підвищена щільність кісток черепа;
- звуження швів і тім'ячків;
- різке зменшення або відсутність первородної змазки;
- зменшення підшкірно-жирового шару;
- зниження тургору шкіри;
- лущення шкіри, «кінцівки пралі», «банні ступні»;
- збільшення довжини нігтів;
- щільні хрящі вушних раковин і носу.

Характерні зміни посліду:

- ділянки петрифікатів і жирового переродження;
- збільшення маси;
- зменшення товщини;
- склеротичні та дистрофічні зміни;
- вогнища некрозу;
- тонка пуповина.

Фактори ризику перинатальної патології для новонародженого

Перинатальна захворюваність та смертність при переношеній вагітності зростає в декілька разів в порівнянні із доношеною. Це пов'язано з низкою чинників. Так, до 40% переношених новонароджених мають ознаки перезрілості, більшість з них мають нормальну масу тіла, але у 1/4 з них спостерігається макросомія (маса тіла більше 4500 г), що є фактором ризику пологових травм, особливо пошкодження плечового сплетення при дистоції

плечиків. Це ускладнення може спостерігатися як при вагінальному, так і при абдомінальному розродженні. З переношеною вагітністю також завжди пов'язано зменшення об'єму амніотичної рідини - олігогідрамніон, або маловоддя, що супроводжується зростанням ризику виникнення дистресу плода в анте- та інтранатальному періодах.

Діагностика.

У разі переношування вагітності спостерігаються:

- відсутність зростання маси тіла вагітної або зменшення більш ніж на 1 кг;
- зменшення обводу живота на 5-10 см, що пов'язано зі зменшенням кількості навколоплідних вод;
- маловоддя;
- наявність меконію в навколоплідних водах при розриві плодових оболонок;
- виділення молока, а не молозива з молочних залоз;
- дистрес плода;
- незрілість або недостатня зрілість шийки матки.

Характерними ознаками вагітності, що переношується за даними

УЗД є:

- маловоддя;
- відсутність збільшення біпаріетального розміру голівки плода в динаміці;
- відсутність збільшення динаміки росту плода;
- потоншення плаценти;
- III ступінь зрілості плаценти.

Тактика ведення

Госпіталізацію вагітних, що переношують, бажано проводити до стаціонарів III рівня надання акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги. Для попередження переношування вагітності доцільна госпіталізація в терміні 40 тижнів, що надає можливість своєчасно визначити об'єм необхідних заходів щодо підготовки пологових шляхів до пологів.

У пологовому відділенні проводять уточнення терміну вагітності, стан вагітної та плода, оцінюють результати клінічних, лабораторних і інструментальних методів дослідження.

1. При задовільному стані плода і відсутності ознак вагітності, що переноситься, рекомендована очікувальна тактика.
2. За наявності перших ознак вагітності, що переноситься, показана підготовка пологових шляхів з подальшою індукцією пологової діяльності.
3. Підготовка пологових шляхів або/та індукція пологів проводиться після оцінки стану шийки матки за шкалою Бішопа.
4. Підготовка шийки матки до індукції за незрілою шийкою матки в терміні після 40 тижнів проводять одним з наступних методів:

-медикаментозний: простагландини E_1 та E_2 , які застосовуються за наявності обов'язкової реєстрації цих засобів для використання в акушерській практиці.

-немедикаментозний: ламінарії, які використовуються при оцінці ступеня зрілості шийки матки за шкалою Бішопа менш ніж 5 балів. В цервікальний канал вводиться від 1 до 5 ламінарій на 24 години з подальшою оцінкою стану шийки матки. За необхідності процедуру можна повторити.

Заборонено використовувати естрогени та простагландин $F_{2\alpha}$ з метою підготовки пологових шляхів до розродження.

Показання та умови до індукції пологової діяльності:

- термін вагітності 41 тиждень і більше;
- стан плода за біофізичним профілем 7 – 8 балів та більше;
- зрілість шийки матки не менш ніж 6 балів за шкалою Бішопа;
- відповідність розмірів плода і тазу матері;
- відсутність плідного міхура (амніотомія).

Противоказання до індукції пологів такі ж як і для термінових пологів.

Індукція пологів проводиться лише за наявності інформованої згоди жінки.

- Методи індукції пологів:

- Пальцеве відшарування нижнього полюса плідного міхура;
- Амніотомія;
- Крапельне внутрішньовенне введення розчину окситоцину;

- Методом вибору індукції пологів при зрілій шийці матки є амніотомія з наступним краплинним внутрішньовенним введенням розчину окситоцину.

Рекомендації до проведення індукції пологів:

- починати слід з 6 до 8 години ранку;
- амніотомія;
- оцінка якості і кількості навколоплідних вод;
- ведення партограми з моменту проведення амніотомії;
- очікувальна тактика біля 2-3 годин, вільна поведінка пацієнтки, психопрофілактика;
- за відсутності пологової діяльності після 2-3 годин безводного проміжку – окситоцин в/венно крапельно за схемою.

Схема введення окситоцину:

- 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.
- Катетеризації ліктьової вени для забезпечення активної поведінки роділлі.
- Швидкість введення розчину 6–8 крапель/хв (0,5-1,0 мОД/хв).
- У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мОД/хв). Максимальна швидкість введення не має перевищувати 40 крапель у одну хвилину.

Критерієм досягнення ефекту вважається наявність 4–5 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40–50 сек. Родопосилення проводиться зі спостереженням за станом плода. За відсутності ефекту протягом 6 годин – слід переоцінити план ведення та завершити пологи операцією кесаревого розтину.

Загальні зауваження

- Спостереження за жінкою, якій проводиться індукція має бути безперервним.
- Динамічне спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода здійснюється з веденням партограми.
- Знеболювання пологів здійснюється за показаннями та поінформованої згоди жінки.
- Наркотичні анальгетики не використовуються.
- Бажана підтримка членів родини.

Недоцільно використовувати в/венні форми простагландинів для індукції пологів .

Ведення III періоду пологів

З метою профілактики кровотечі пропонується активне ведення III періоду пологів.

Ранній післяпологовий період потребує ретельного спостереження за станом породіллі та новонародженого.

Використання міхура з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовується

При встановленому діагнозі вагітності в терміні 41 та більше тижнів, не ефективності попередніх заходів з підготовки шийки матки до розродження та незадовільному стану плода показано оперативне розродження шляхом операції кесаревого розтину.

АНОМАЛІЇ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Аномалії пологової діяльності – стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів та потуг не забезпечують динамічного, у межах фізіологічних параметрів часу, просування плода та вигнання його без порушення біомеханізму пологів.

Можливі розлади кожного із показників скоротливої діяльності матки – тонуусу матки, ритму, частоти і координації скорочень, інтервалів між переймами, потугами, тривалості пологів.

Клінічна класифікація аномалій пологової діяльності (ВООЗ, 1995)

Первинна слабкість пологової діяльності:

- відсутність прогресуючого розкриття шийки матки;
- первинна гіпотонічна дисфункція матки.

Вторинна слабкість пологової діяльності:

- припинення переймів у активній фазі пологів;
- вторинна гіпотонічна дисфункція матки.

Інші види аномалій пологової діяльності:

- атонія матки;
- хаотичні перейми;
- слабкі перейми.

Стрімкі пологи.

Гіпертонічні, некоординовані і зтяжні скорочення матки:

- дистоція шийки матки;
- дискоординована пологова діяльність;
- гіпертонічна дисфункція матки;
- тетанічні скорочення.

Діагноз аномалій пологової діяльності встановлюється після динамічного спостереження за роділлем протягом 8 годин у латентній фазі і 4 годин у активній фазі у порівнянні із графіком розкриття шийки матки і просування передлеглої частини по пологових шляхах нормальної партограми.

Прелімінарний фізіологічний період характеризується нерегулярними, слабкими переймоподібними болями внизу живота та у попереку, які виникають на фоні нормального тону мати при зрілій шийці матки. Тривалість фізіологічного прелімінарного періоду складає 6 – 8 год.

Удавані перейми (патологічний прелімінарний період)

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 протягом чотирьох годин свідчить про хибні пологи. Патологічний прелімінарний період може безпосередньо переходити у слабкість пологової діяльності.

Причини розвитку патологічного прелімінарного періоду пологів:

- вагітні з лабільною нервовою системою, неврозами, НЦД;
- метаболічними і ендокринними порушеннями (ожиріння, статевий інфантилізм та ін);
- супутньою соматичною патологією (пороками серця, аритмії, артеріальною гіпертензією, захворюваннями нирок, печінки, наднирників);
- запальними змінами матки (ендометрит, цервіцит);
- гестозом, дистрофічними процесами після перенесених абортів.

Крім того, затягування прелімінарного періоду може сприяти негативна налаштування жінки на народження дитини, страх перед пологами, вік жінки молодше 17 або старше 30 років.

До акушерських причин ускладненого прелімінарного періоду пологів відносяться багатоплідна, мало-або багатоводна вагітність, великий плід, передлежання плаценти, неправильні положення плода, анатомічно вузький таз і інші.

Лікування:

- седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг на добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2% розчину промедолу);

- за умови неефективності – однократне застосування токолітичної терапії β_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;

- підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину E_2 .

Слабкість пологової діяльності

Слабкість пологової діяльності - характер пологової діяльності, при якому перейми мають недостатню силу і тривалість, проміжок часу між ними збільшується, при цьому сповільнюються згладжування і розкриття шийки матки та просування голівки плода по пологових шляхах у першому або другому періодах пологів.

Патогенез. Слабкість пологової діяльності зумовлена такими чинниками:

- низька чутливість нервових рецепторів матки щодо препаратів тономоторної дії;
- зменшення синтезу окситоцину, простагландинів, серотоніну, катехоламінів, кінінів та естрогенів(естріолу та естрадіолу);
- підвищена активність гормону жовтого тіла;
- зниження активності синтезу окситоцичних речовин (ацетилхоліну, пітоцину);
- висока активність ферментів, що руйнують зазначені вище біологічно активні речовини.

Встановлено, що під час вагітності в міометрії відбуваються:

- структурні зміни в білковому складі внаслідок збільшення вмісту актоміозину і зменшення кількості білка строми;
- прогресуюче збільшення вмісту глікогену, макроергічних фосфатів (АТФ), серотоніну, катехоламінів;
- збільшення вмісту кальцію, калію й натрію;
- підвищення інтенсивності основних процесів тканинного обміну, що забезпечує ріст м'яза матки і якісну перебудову її білкового складу.

Якщо в якійсь біоенергетичній або нейрогуморальній ланці порушаться складні процеси обміну речовин у матці вагітної, може настати слабкість пологової діяльності.

Первинна слабкість пологової діяльності

Причини, що викликають первинну слабкість пологових сил, можуть бути поділені на такі групи:

1. причини загального характеру;
 - нервово-психічні порушення, інфантилізм, загальне виснаження;
2. функціональні зміни в матці;
 - перерозтягнення матки в разі багатоводдя, багатопліддя, великого плода тощо. При цьому підвищується чутливість α - і пригнічується чутливість β -адренорецепторів міометрія.
3. органічних змін в матці;
 - недорозвиненість матки та вади її розвитку;
 - дегенеративні процеси у м'язі матки, за яких відбувається заміна м'язових волокон сполучнотканинними елементами та патологічна денервація;
 - пухлини матки, зокрема міоми;
 - рубці після операції кесаревого розтину.

Украй негативно впливають на стан матки внутрішньоматкові інструментальні втручання у зв'язку з абортами, що, як правило, руйнують нервово-м'язовий апарат і призводять згодом до стійких нейротрофічних змін у тканинах матки.

Первинна слабкість пологових сил може виникнути і в разі поперечного положення плода, при тазових передлежаннях, передлежанні плаценти, передчасному та ранньому відходженні навколоплідних вод.

Первинна слабкість пологових сил найчастіше розвивається у першороділь, старших за 30 років.

Клінічна картина пологів при первинній слабкості пологових сил досить різноманітна. Перейми можуть бути задовільної сили, але дуже рідкими, досить частими, але слабкими й нетривалими. Слабкість пологових сил часто сприяє затяжному перебігові пологів, нерідко її супроводжує раннє відходження навколоплідних вод. Значне подовження безводного проміжку нерідко призводить до інфікування пологових шляхів та гіпоксії плода.

У послідовий період внаслідок зниженої скоротливої здатності матки виникають аномалії відшарування плаценти і пов'язана з цим кровотеча.

Тривалий перебіг пологів стомлює роділлю, вона втрачає сон і апетит, що, в свою чергу, призводить до виснаження її сил, негативно відбивається на перебігу пологів.

Діагноз первинної слабкості пологових сил встановлюється при спостереженні за роділлю не менше ніж 5—6 год від початку пологів (слабкі, нетривалі, рідкі перейми), за оцінкою швидкості розкриття шийки матки та просуванням передлежачої частини плода. Більш точно силу пологової діяльності можна визначити за допомогою об'єктивних методів дослідження: зовнішньої гістерографії, кардіотокографії.

Діагноз ставиться на підставі характерної клінічної картини — слабкість і непродуктивність перейм, затяжні пологи; якщо минуло 8—10 год від початку пологів у першороділь і 4—6 год у повторнороділь, шийка матки не розкрилася на 6 см (до трьох пальців), можна твердити про первинну слабкість пологових сил.

Вторинна слабкість пологової діяльності

Найчастіше має місце при тривалих пологах в результаті перешкод для родорозрішення :

- при клінічно вузькому тазі,
- гідроцефалії,
- неправильному вставлянні головки,
- поперечному і косому положенні плода,
- при невіддатливості тканин родових шляхів (незрілість і ригідність шийки матки), її рубцевих змінах, стенозі піхви,
- пухлини в малому тазу,
- тазовому предлежанні плода,
- вираженої хворобливості перейм і потуг,
- несвоєчасному розриві плодового міхура через надмірну щільність оболонки,

- невмілому і безладному використанні утеротонічних засобів, спазмолітиків, знеболюючих і інших засобів.

Клінічна картина вторинної слабкості пологової діяльності характеризується тривалістю пологів, головним чином за рахунок періоду вигнання. Перейми, які були на початку досить інтенсивними, тривалими і ритмічними, стають слабше і коротше, а паузи між ними збільшуються. У ряді випадків перейми практично припиняються. Просування плода по родовому каналу різко сповільнюється або припиняється. Пологи затягуються, що призводить до стомлення породіллі. Розкриття шийки матки не прогресує і краї її починають набрякати в результаті ущемлення між голівкою плода та кістками таза матері. Затримана в малому тазі голівка плода, тривалий час, піддається несприятливому впливу, що викликає порушення мозкового кровообігу і крововилив у мозок, що супроводжується не тільки асфіксією, а й навіть загибеллю плоду.

Діагностика вторинної слабкості пологової діяльності ґрунтується на наведеній вище клінічній картині. Велику допомогу при цьому надають дані, отримані об'єктивними методами реєстрації (зовнішньої гістерографії, та кардіотокографії) в динаміці пологів, дані партограми.

Лікування :

за відсутності протипоказань застосовують медикаментозні схеми стимуляції пологової діяльності шляхом внутрішньовенного введення оксітоцину та простагландинів.

Умови призначення утеротонічних засобів:

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

Протипоказання до призначення утеротонічних засобів:

- клінічно та анатомічно вузький таз;
- оперована матка;
- аномальні положення та передлежання плода;
- дистрес плода;

- повне передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально та низько розташованої плацети;
- стриктура піхви;
- відновлений розрив промежини III ступеня;
- дистоція, атрезія, рубцеві зміни шийки матки;
- гіперчутливість.

Ускладнення. Передозування утеротонічних засобів призводить до розвитку гіпертонусу матки, скорочення набувають характеру судом, погіршується матково-плацентарний кровообіг, розвивається гіпоксія плода; зростає загроза відшарування плаценти, ризик родової травми та хірургічного втручання за невідкладними показаннями.

Надмірно сильна пологова діяльність

Надмірно сильна пологова діяльність розвивається раптово. Сильні перейми відбуваються через короткий проміжок часу, частота скорочень матки більше 5 протягом 10 хвилин, що сприяє швидкому та повному розкриттю маткового вічка.

Швидкими вважають пологи, що тривають менше 6 годин у першонароджуючих і менше 4 годин у повторнонароджуючих, стрімкими – відповідно менше 4 та 2 годин.

Причини розвитку надмірно сильної пологової діяльності

Чинники, що викликають надмірно сильну родову діяльність, недостатньо вивчені. Подібне порушення пологових сил зазвичай розвивається на тлі підвищеної загальної збудливості нервової системи:

- при неврастенії,
- істерії,
- базедової хвороби.

Передбачається, що надмірно сильна пологова діяльність обумовлена:

- порушеннями кортико-вісцеральної регуляції родового акту,

- надлишковим утворенням гормонів і медіаторів (окситоцину, адреналіну, простагландинів, ацетилхоліну та ін), стимулюючих скорочувальну активність мускулатури матки.

У деяких породіль бурхлива пологова діяльність може бути обумовлена вродженою патологією міоцитів – їх підвищеною збудливістю.

Сприяти розвитку надмірно сильної пологової діяльності може обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез:

- важкий гестоз,
- ендометрити,
- цервіцити,
- дисфункція яєчників,
- патологічні попередні пологи,
- юний (до 18 років) або пізній (старше 30 років) вік первісток,
- гіпертонус матки і загроза мимовільного переривання вагітності.

Надмірно сильна пологова діяльність може спостерігатися при наявних анатомічних перешкодах до вигнання плоду: поперечному положенні плоду, вузькому тазі матері та ін.

Симптоми надмірно сильної пологової діяльності

Пологи, що протікають з надмірно сильною родовою діяльністю, зазвичай починаються раптово. При цьому розвиваються енергійні, часто наступні один за одним перейми з короткими паузами, що дуже швидко призводить до розкриття маткового зіву. Роділля знаходиться в стані збудження, що виражається в підвищеній руховій активності, тахікардії, підйомі артеріального тиску, збільшенні частоти дихальних рухів.

Слідом за вилиттям навколоплідних вод відразу ж розвиваються бурхливі потуги; народження плоду часто відбувається протягом 1-2-х потуг.

Небезпека надмірно сильної пологової діяльності полягає в високому ризику отримання пологових травм, як у роділь, так і у дитини. Головка плоду не встигає конфігуруватися, піддаючись сильній компресії, що нерідко супроводжується травмами – пошкодженням черепа, внутрішньочерепними крововиливами та ін. Подібна аномалія пологових сил загрожує передчасним

відшаруванням плаценти, виникненням глибоких розривів вульви, промежини, піхви, шийки та тіла матки, розходженні лонних кісток. Наслідком швидкого вигнання плоду може бути гіпотонія матки і загроза інтенсивної післяпологової кровотечі.

Діагностика надмірно сильної пологової діяльності

Встановлення надмірно сильного характеру пологової діяльності проводиться на підставі вищеназваних ознак, результатів піхвового дослідження і кардіотокографії.

Внутрішнє акушерське дослідження дозволяє виявити високу швидкість розкриття маткового зіву. За даними КТГ реєструється бурхлива пологова діяльність.

Надмірно сильну пологову діяльність в процесі діагностики принципово важливо диференціювати від дискоординованої пологової діяльності. В останньому випадку, незважаючи на інтенсивні перейми, шийка матки залишається закритою.

Лікування:

- Полягає в немедикаментозному коригуванні сили і частоти перейм.
- Роділля повинна лежати на боці, протилежному позиції плода.

При розкритті шийки матки менше 6 см та відсутності протипоказань, для зменшення інтенсивності пологової діяльності можливе застосування токолізу β_2 -адреноміметиками, які покращують матково-плацентарний кровотік та стан плода.

Для проведення токолізу гексопреналін 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

Дискоординована пологова діяльність — порушення координації скорочень різних відділів матки. Клінічна картина характеризується гіпертонусом

нижнього сегменту, нерегулярними, сильними, різко болючими переймами і нагадує таку при загрозі розриву матки.

Причини дискоординованої пологової діяльності

Виділяють кілька груп факторів, що обумовлюють розвиток дискоординованої пологової діяльності.

Акушерські фактори:

- раннє вилиття навколоплідних вод;
- переростяження матки, викликане багатоводдям або багатоплідністю;
- невідповідність розмірів пологових шляхів і голівки плоду;
- тазове передлежання плоду;
- аномальне розташування плаценти (передлежання плаценти) і фетоплацентарна недостатність;
- пізні гестози;
- вік жінки молодше 18 і старше 30 років.

Дискоординована пологова діяльність може виникати при внутрішньоутробному інфікуванні плода, вадах розвитку у дитини, гемолітичній хворобі плоду (імуноконфліктній вагітності).

До числа гінекологічних факторів, що провокують дискоординовану пологову діяльність, відносяться різні види патології репродуктивної системи:

- Порушення і дискоординації родового акту сприяють пороки матки (дворога матка, внутрішньоматкова перегородка, гіпоплазія матки та ін);
- Перенесені ендометрити і цервіцити;
- пухлинні (міома матки);
- ригідність шийки матки, обумовлена порушенням іннервації або рубцевими змінами (наприклад, після припікання ерозії шийки матки).
- наявність на матці операційного рубця;
- розлади менструального циклу;
- штучне переривання вагітності в анамнезі.

Розвитку дискоординованої пологової діяльності можуть сприяти загально-соматична патологія:

- інтоксикації,
- інфекції,
- органічні ураження ЦНС,
- ожиріння,
- анемія,
- нейроциркуляторна дистонія.

У рязі випадків аномальна пологова активність провокується зовнішніми впливами – необгрунтованим використанням родостимулюючих засобів, недостатнім знеболюванням пологів, несвоєчасним розтином плідного міхура, грубими маніпуляціями та дослідженнями.

Клінічні ознаки дискоординованої пологової діяльності:

- біль;
- порушення ритму переймів;
- набряк та відсутність динаміки розкриття шийки матки;
- уповільнення або відсутність просування голівки;
- відсутність синхронної хвилі скорочень у різних відділах матки;
- гіпертонус нижнього сегменту матки (зворотний градієнт);
- судомоподібні перейми (тетанія матки);
- дистоція шийки матки.

Клінічно дискоординована пологова діяльність може виражатися в її загальній дискоординації, гіпертонусі нижнього сегмента (зворотному градієнті), тетанії матки, циркуляторній дистонії.

Загальна дискоординація характеризується досить болючими, нерегулярними, різними по силі і тривалості переймами, відсутністю динаміки в згладжуванні і розкритті шийки матки, тривалим затяжним перебігом пологів. У цьому випадку відбувається передчасне вилиття навколоплідних вод, передлегла частина плоду виявляється притиснутою до входу в малий таз або розташовується над входом до нього. Небезпека загальної дискоординованої пологової діяльності полягає в порушенні плацентарного кровообігу та ризику асфіксії плоду. Протягом послідового періоду може бути

розвиток ускладнень з відшаруванням плаценти і затримкою її частин; в післяпологовому періоді висока ймовірність гіпотонічної кровотечі.

При гіпертонусі нижнього сегмента матки його скорочення виражені сильніше, ніж скорочення тіла і дна матки. Такий вид дискоординованої пологової діяльності типовий для незрілості та ригідності шийки матки. Клінічно при гіпертонусі відзначаються хворобливі інтенсивні перейми, але при цьому відсутні розкриття шийки і просування голівки плоду по пологових шляхах.

Про тетанію матки говорять, коли мають місце тривалі, послідовні один за одним маткові скорочення судомного характеру. Така аномалія пологових сил зустрічається при неправильному призначенні скорочуючих препаратів. При тетанії матка стає дуже щільною і болючою, а стан плода стрімко погіршується.

Дискоординована пологова діяльність по типу **циркуляторної дистонії** обумовлена відсутністю скорочення циркулярних м'язових волокон в ділянці шийки. Пологи в цьому випадку зтягуються, що може призводити до асфіксії плоду.

При всіх клінічних варіантах дискоординованої пологової діяльності вроділлі відзначається:

- занепокоєння,
- страх,
- сильні болі в крижах,
- нудота,
- порушення сечовипускання.

Незважаючи на гадану активність перейм, динаміка розкриття шийки матки практично повністю відсутня. Такі непродуктивні перейми стомлюють роділь, що ще більш зтягує пологи.

Діагностика дискоординованої пологової діяльності

Дискоординований характер пологової діяльності діагностується на підставі стану і скарг жінки, результатів акушерських дослідження, кардіотокографії плода.

В ході піхвового дослідження визначається відсутність динаміки в готовності пологових шляхів – потовщення і набряклість країв маткового зіва. Пальпація матки виявляє її неоднакову напругу в різних відділах в результаті дискоординованих скорочень.

Об'єктивно оцінити скоротливу активність матки дозволяє проведення кардіотокографії. При апаратному дослідженні реєструються нерегулярні по силі, тривалості і частоті скорочення; їх аритмічність і асинхронність; відсутність **потрійного спадного градієнта** на тлі підвищення тонуусу матки. Значення КТГ в пологах полягає не тільки в можливості контролювати пологову діяльність, але відстежувати наростання гіпоксії плоду.

Лікування проводять залежно від причини дискоординації пологової діяльності:

- пролонгована епідуральна анестезія;
- проведення токолізу (гексопреналін 25 мкг (5мл))

На всіх етапах лікування аномалій пологової діяльності має проводитись спостереження за станом плода та здійснюватися немедикаментозна профілактика гіпоксії плода (зміна положення тіла роділлі, регуляція дихання).

У третьому періоді пологів застосовують активну тактику ведення. За умови наявності протипоказань до корекції пологової діяльності, при неефективності медикаментозної корекції аномалій пологової діяльності методом розродження є операція кесаревого розтину.

Контрольні запитання.

1. *Яка вагітність вважається фізіологічною?*
2. *Скільки триває доношена вагітність?*
3. *Яка вагітність вважається переношеною?*
4. *Які пологи вважають запізнілими?*
5. *Які ознаки переношеного новонародженого?*
6. *Діагностика переношеної вагітності.*
7. *Тактика ведення переношеної вагітності.*
8. *Профілактика переношеної вагітності.*

9. *Класифікація аномалій пологової діяльності.*
10. *Етіологія та патогенез аномалій пологової діяльності.*
11. *Прелімінарний період (фізіологічний та патологічний).*
12. *Що таке первинна слабкість пологової діяльності?*
13. *Що таке вторинна слабкість пологової діяльності?*
14. *Що таке надмірно сильна пологова діяльності?*
15. *Дискоординована пологова діяльність?*
16. *Профілактика та лікування аномалій пологової діяльності.*
17. *Ведення пологів при аномаліях пологової діяльності.*
18. *Визначення зрілості шийки матки.*
19. *Що таке активне ведення III періоду пологів?*
20. *Як вводиться окситоцин з метою стимуляції пологів?*
21. *Які методи підготовки шийки матки до пологів?*

Тестові завдання:

1. Роділля Н., 33 років, пологи I, термін гестації 41 тиждень. Положення плода повздовжнє, головне передлежання. Вилились навколоплідні води, які забарвлені меконієм. Аускультация: с/б плода аритмічне, приглушене, частота до 170 за хв. Перейми по 20-25 с. через 4-5 хв. При піхвовому дослідженні визначено, що шийка незріла. Яка тактика ведення пологів?
 - А. Пологи вести умовно консервативно, антигіпоксична терапія.
 - Б. Пологи продовжувати вести консервативно.
 - В. Акушерські щипці.
 - Г.* Кесарів розтин.
 - Д. Проводити стимуляцію пологової діяльності.

2. Роділля В., 24 р. поступила зі скаргами на болючі перейми по 50 сек через 1-2 хв. Пологи тривають 10 годин. Роділля кричить, на обличчі вираз жаху. Рс. 105 уд./хв. АТ 120/80 мм рт. ст. t°- 37,3°C. Передбачена вага плоду 4200 г. Контракційне кільце знаходиться на рівні пупка, розміщене косо. При піхвовому дослідженні виявлено набряк піхви та шийки матки. Відкриття

шийки матки повне. Плідний міхур відсутній. Голівка малим сегментом в площині входу в малий таз. Ваша тактика?

- А. Провести родопідсилення.
- Б.* Провести кесарів розтин.
- В. Провести пудендальну анестезію.
- Г. Накласти акушерські щипці.
- Д. Провести епідуральну анестезію.

3. Повторнородяча 32 роки. Перші пологи перебігали без ускладнень, народилася дитина масою 4 кг. Дана вагітність друга. Таз нормальних розмірів. Полги продовжуються 8 годин. Води відійшли 4 години тому назад. II-й період триває 1 годину. Перейми різко болючі, носять потужний характер. При пальпації нижній сегмент різко болючий, контракційне кільце матки на рівні пупка. Передлежить голівка притиснута до входу в малий таз, ознака Генкель-Вастена позитивна. Серцебиття плода приглушене, ритмічне 134 уд/хв. Який метод пологорозрішення?

- А. Вихідні акушерські щипці.
- Б. Вакуум-екстракція плоду.
- В.*Кесарський розтин.
- Г. Консервативне ведення пологів.
- Д. Порожнинні акушерські щипці.

4. Роділля 29 років, пологи тривають 9 годин, безводний проміжок 8 годин. Останні 2 години перейми нерегулярні, болючі, мають дискоординований характер. При вагінальному дослідженні: розкриття шийки матки на 7 см, голівка плода притиснута до входу в малий таз, мис крижів не досяжний, деформації тазу не виявлено. Серцебиття плода ясне, ритмічне до 140 уд/хв. Тактика лікаря?

- А. Родопідсилення окситоцином.
- Б. Блокування дискоординованої пологової діяльності з послідуочим кесарським розтином.

В. Родопідсилення простагландинами.

Г.*Очікувальна тактика.

Д. Блокування дискоординованої пологової діяльності з послідуєчим родозбудженням.

5. Роділля 25 років поступила до пологового будинку в 1-му періоді своєчасних пологів з раннім вилиттям навколоплідних вод. У кінці 1-го періоду пологів перейми тривають по 30-35 с, через кожні 3-4 хв., болісні. За останні 4 години відкриття шийки матки становить 2 см, краї шийки матки м'якої консистенції. Яке ускладнення найбільш ймовірне?

А. Вторинна слабкість пологової діяльності.

Б.*Дискоординована пологова діяльність.

В. Дистоція шийки матки.

Г. Бурна пологова діяльність.

Д. Тетанія матки.

6. Повторнородяча 35 років доставлена в пологовий будинок через 15 годин від початку пологів. Із анамнезу виявлено, що зразу пологова діяльність розвивалась нормально. Через 10 годин від початку пологів при повному розкритті шийки матки відійшли чисті навколоплідні води. Після цього пологова діяльність різко ослабла, потуги короткі, слабкі, нерегулярні, голівка не просувається. Діагноз?

А. Надмірно сильна пологова діяльність.

Б. Дискоординована пологова діяльність.

В.*II період пологів. Вторинна слабкість пологової діяльності.

Г. Дистоція шийки матки.

Д. Первинна слабкість.

Задачі

1. Роділля Н., 33 років, пологи I, термін гестації 41 тижні. Положення плода повздовжнє, головне передлежання. Вилились навколоплідні води, які

забарвлені меконієм. Аускультация: с/б плода аритмічне, приглушене, частота до 170 за хв. Перейми по 20-25 сек. через 4-5 хв. При піхвовому дослідженні визначено, що шийка вкорочена. Встановити діагноз?

2. Першовагітна 40 років, з безпліддям в анамнезі, в терміні вагітності 40-41 тижні. Пологова діяльність слабка. Поздовжнє положення плода, І позиція, передній вид. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 140 в 1 хв, ритмічне, приглушене. Відкриття шийки матки 4 см. Дані амніоскопії – зеленуватий колір вод і плідного міхура. Кістки черепа щільні, шви і мале тім'ячко зменшені в розмірах. Діагноз. Лікарська тактика?

3. У роділлі 33 років (пологи другі). Розміри таза: 25, 28, 31, 20см. Обвід живота 100 см, висота дна матки 40 см. Перейми різко болючі через 1-2 хв по 1 хв. Нижній сегмент болючий, появились потуги при притиснутої голівці до входу в малий таз, набряк зовнішніх статевих органів, контракційне кільце на рівні пупка. Симптом Генкель-Вастена позитивний. Діагноз? Тактика лікаря.

4. Першонароджуюча 26 років поступила у пологовий будинок зі переймами по 20 с через 8-10 хв, які продовжуються на протязі 12 год. 2 години тому вилились навколоплідні води. В анамнезі – 2 аборта, які ускладнилися ендометритом. Головка плоду – над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 140 уд/хв. Піхвове дослідження: шийка матки згладжена. Відкриття 5 см, плідного міхура немає. Діагноз? Що явилось причиною слабності пологової діяльності у данній роділлі?

5. Повторнонароджуюча 26 років, поступила в пологове відділення у зв'язку з початком пологової діяльності в терміні вагітності 40 тижнів. 2 години тому вилились навколоплідні води. Положення плоду повздовжнє, головне передлежання. ОЖ – 100 см, ВСДМ – 42 см. Перейми через 4-5 хвилин, по 25с. При внутрішньому акушерському обстеженні: шийка матки згладжена,

відкриття 4 см. Плідного міхура немає. Головка плоду притиснута до входу в малий таз. Яке ускладнення виникло в пологах?

б. Роділля З., 30 р., доставлена в пологовий будинок зі скаргами на різко болючі, регулярні перейми по 25-30 сек., кожні 1,5-2 хв. Пологова діяльність розпочалась 6 годин тому. Матка в підвищеному тонусі. Головка плоду - над входом в малий таз. Серцебиття плоду 136 уд./хв. Відкриття шийки матки 4 см, маткове вічко спазмується на висоті перейм. Головка в площині входу в малий таз, відштовхується. Діагноз?

РОЗДІЛ IV. Пологовий травматизм. Сучасні підходи до діагностики та лікування пологових травм матері та плода.

Пологові травми займають одне із провідних місць серед причин материнської і дитячої захворюваності і смертності. Пологові травми супроводжуються акушерськими кровотечами, призводять до інвалідності, обумовлюють гнійно-септичні ускладнення, погіршують якість життя.

Акушерський травматизм – травматичні ушкодження тканин і органів матері і плода під час пологів.

АКУШЕРСЬКИЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРІ

Класифікація

За локалізацією процесу:

1. Травми зовнішніх статевих органів та промежини.
2. Розриви піхви.
3. Гематоми вульви, піхви.
4. Розриви шийки матки.
5. Розриви матки.

Травми зовнішніх статевих органів промежини, піхви, шийки матки

Найчастіше в пологах травмуються зовнішні статеві органи, промежина і піхва.

Етіологія

1. Анатомічні особливості (інфантилізм, рубці, ригідність тканин).
2. Акушерські операції (акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, втручання при тазових передлежаннях).
3. Пологи великим плодом, при розгинальних передлежаннях голівки плода тощо.
4. Стрімкі пологи.

Травми зовнішніх статевих органів

До травматичного ушкодження в пологах найбільш вразливі тканини вульви і присінка піхви.

Клініка. Тріщини, поверхневі надриви, садна супроводжуються кровотечею, утворенням гематом. Ураження в ділянці уретри та клітора ускладнюються значною кровотечею, об'єм якої залежить від особливостей васкуляризації в даній зоні.

Діагностика. Діагностуються травматичні ушкодження на підставі огляду тканин.

Лікування – хірургічне. Необхідно накласти шви. Розриви тканин зовнішніх статевих органів зашивають однорядними вузлуватими швами синтетичним матеріалом, що розсмоктується.

Розриви промежини

Розриви промежини є серйозною травмою для жінки. При невдалому зіставленні тканин порушується опорна функція тазового дна, що сприяє розвитку генітального пролапсу. Розриви промежини трапляються в середньому в 7% пологів.

Класифікація.

- загроза розриву;
- завершений розрив;
- вимушені, що трапляються під час акушерських операцій, неправильної техніки «захисту» промежини;
- Мимовільні (спонтанні), які виникають без зовнішнього впливу.

За ступенем тяжкості:

1. Розрив *1-го ступеня* – розрив задньої спайки та стінки піхви, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2 см), 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.

Окремо вирізняють *центральный* розрив промежини (*ruptura perinea centralis*) – несправжній (*artificialis*) хід між задньою спайкою і зовнішнім сфінктером прямої кишки, через який відбуваються пологи.

Діагностика.

Діагностуються розриви промежини під час огляду пологових шляхів.

Діагностичні критерії загрози розриву промежини:

- синюшність шкіри промежини;
- набряк та своєрідний блиск промежини з наступною блідістю шкіри.

Критерії розриву промежини:

- дефект тканин;
- ранова поверхня;
- кровотеча із рани.

Лікування.

Розрив промежини зашивають після народження дитини, відходження посліду й огляду пологових шляхів згідно із загальними правилами хірургії:

- застосування місцевої анестезії при ушиванні розривів 1-2 ступеня, загальної анестезії – при ушиванні розривів 3 ступеня;
- поетапне ушивання спочатку тканин піхви, потім тканин промежини при розривах 2 ступеня;
- накладання першого шва на 0,5 см вище верхнього кута рани;
- прошивання дна рани;
- зіставлення однорідних тканин.
- Особливості накладання швів при неповному розриві промежини 3-го ступеня:
- поетапне ушивання спочатку тканин піхви, потім відновлення цілості сфінктера, в кінці ушивання тканин промежини.

Особливості накладання швів при повному розриві промежини 3-го ступеня накладання швів на м'язово-підслизовий шар прямої кишки

(вузлуватими швами, занурюючи їх в просвіт кишки), потім ушивання сфінктера прямої кишки вузлуватими швами;

- накладання безперервного шва на задню стінку піхви;
- накладання швів на м'язи тазового дна (ніжки леваторів ушивають окремими швами);
- ушивання шкіри промежини.
- *Особливості догляду після після ушивання травм промежини;*
- обробка швів промежини 3 рази на добу та після кожного акту сечовипускання та дефекації;
- застосування для обробки швів розчину калію перманганату або 1% розчину брильянтової зелені;
- ультрафіолетове опромінення рани.

Профілактика розривів промежини включає кваліфіковане ведення вагітності та пологів, своєчасну епізіотомію за згодою роділлі у разі наявності клінічних ознак загрози розриву промежини, а також при акушерських операціях (вакуум - екстракції плода, накладання акушерських щипців тощо).

Розриви піхви

Розриви піхви (rupture colpos) у пологах здебільшого трапляються у нижній, середній і верхній частинах піхвової трубки, переважно в поздовжньому напрямку, що пояснюється анатомічними особливостями будови піхви.

Клініка і діагностика. Розриви піхви проявляються кровотечею з місця розриву, дефектом тканин. Діагностика не становить труднощів. Огляд піхви в дзеркалах допомагає оцінити локалізацію, глибину розриву.

Лікування. Ушивання розривів піхви виконують поетапно, залежно від глибини рани, вузлуватими окремими швами із застосуванням синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Серед розривів піхви іноді спостерігається відрив піхви від матки (colporogexis), який відносять до категорії розривів матки.

Профілактика розривів піхви полягає у раціональному веденні пологів.

Гематоми вульви, піхви.

Гематоми вульви та піхви (hematome vulve, colpos) являють собою крововиливи у клітковину органів внаслідок розриву судин. При цьому слизова оболонка піхви залишається неушкодженою, внаслідок чого кров не виливається назовні і збирається у клітковині.

Етіологія. Утворенню гематом вульви та піхви сприяють механічні ушкодження тканин під час проходження плода попологовому 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.

- при огляді спостерігається пухлиноподібне утворення в піхві або на промежині, синьо-багрового забарвлення, яке іноді пульсує;
- при гематомі вульви – великі та малі губи набряклі, напружені, багрового забарвлення;
- гематоми піхви частіше виникають в нижніх відділах;
- при швидкому збільшенні у розмірах крововиливу з'являється відчуття тиску, розпирання, пекучий біль, при лабораторному дослідженні – ознаки анемії;

Лікування. Терапія залежить від об'єму гематоми. Великі гематоми, а також малі, що продовжують збільшуватися, потребують оперативного лікування. Над гематомою розрізають тканини, видаляють згортки, 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, тампонують піхву, прикладають міхур з льодом до промежини. Одночасно проводять комплекс заходів, спрямованих на профілактику або лікування анемізації організму і гнійно-септичних ускладнень.

Інколи причиною гематом вульви і піхви може стати травма варикозних вузлів вульви і піхви. Клінічний перебіг цієї патології характеризується масивною кровотечею, швидким утворенням прогресуючих гематом. При цьому необхідно чітко орієнтуватися в топографії рани. Припинення кровотечі у таких випадках є складною маніпуляцією. Просте прошивання кровоточивої рани лише ускладнює стан. Варіантом вибору є обережне розкриття рани, відсепарування ураженої судини і перев'язка її ниткою, що розсмоктується з подальшим прошиванням рани і прикладанням міхура з льодом на 30-40 хвилин. У тяжких випадках, особливо при локалізації процесу у піхві, виконують тугу тампонаду піхви стерильною марлею з гемостатичною губкою і тампонаду прямої кишки. Тампони залишають на 24 години під ретельним спостереженням за станом жінки.

У разі наростання гематоми та анемізації організму, при ознаках геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язки внутрішньої клубової артерії. Через 5-6 днів виконують розтинання гематоми та її дренивання для профілактики інфікування.

Профілактика даної патології потребує раціонального ведення пологів, своєчасного визначення показань до розродження шляхом абдомінального кесаревого розтину.

Розриви шийки матки.

Травматичні ушкодження шийки матки – розриви (ruptura coli uteri) – можуть бути від поверхневих до глибоких і супроводжуватись кровотечею.

Класифікація.

I. За патогенетичними ознаками:

- спонтанні (мимовільні);
- насильні.

II. За ступенем тяжкості (за І.Ф. Жорданія):

- 1-й ступінь – довжина рани до 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 яскраво-червоною кров'ю, яка починається після народження дитини. Кров може текти струменем. Розриви шийки матки 1-го ступеня можуть перебігати безсимптомно. Інтенсивність кровотечі зумовлена калібром ураженої судини.

Діагностика. Діагностується розрив під час огляду шийки матки у дзеркалах. Розрив характеризують за ступенем тяжкості, локалізацією, станом країв рани, об'ємом кровотечі. Слід пам'ятати, що довжина розриву шийки матки з зовнішнього боку завжди менша, ніж з боку цервікальної поверхні. Цю особливість потрібно враховувати при ушиванні розривів.

Лікування. Розрив шийки матки ушивають вузлуватими швами синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Важливо оголити верхній край рани з боку porcio vaginalis і переконатися щодо глибини розриву внутрішньої поверхні. Перший шов накладають на 1,0-1,5 см вище верхнього кута рани, подальші – на відстані 0,5-0,7 см з обох боків від країв рани.

Профілактика розриву шийки матки полягає в раціональному веденні пологів (правильне визначення методу розродження, вчасне застосування засобів для знеболювання пологів).

Розриви матки

Розривом матки (*ruptura uteri*) називається травматичне ушкодження цілості органа під час вагітності або пологів.

Розрив матки - надзвичайно тяжка акушерська патологія, що супроводжується інвалідизацією і високою материнською, перинатальною смертністю: материнська летальність при розриві матки досягає 12-18 %, загибель плода – 35-40%.

Етіологія і патогенез

Проблемі вивчення етіології і патогенезу розривів матки присвячено численні праці видатних вітчизняних та іноземних вчених різних часів. Сьогодні визнані механічна і гістопатична теорії розривів матки.

Розриви матки виникають переважно під час пологів, значно рідше - під час вагітності.

До **групи ризику** розриву матки під час вагітності та пологів належать:

- вагітні з рубцем на матці;
- вагітні, що народжували багато разів.

До групи ризику розриву матки під час пологів належать вагітні:

- перелічені в попередньому пункті;
- з плодом великої маси;
- з перерозтягнутою стінкою матки (багатоводдя, багатопліддя);
- з неправильним положенням плода;
- з патологічним вставленням голівки;
- з клінічно вузьким тазом;
- з анатомічними змінами шийки матки (рубцями, деформаціями);
- з пухлинами матки, що блокують вихід з малого тазу;
- з морфологічними змінами міометрію (дегенеративні та запальні процеси після абортів, операцій, вишкрібання стінок порожнини матки; інфантилізм тощо)

Класифікація розривів матки (Рєпіна М.А.,1984).

I. За патогенезом:

1. Спонтанний розрив матки:
 - при морфологічних змінах міометрію;
 - при механічній перешкоді народженню плода;
 - при сполученні морфологічних змін міометрію та механічній перешкоді народженню плода.
2. Примусовий розрив матки:
 - змішаний (при застосуванні розроджуючих операцій на фоні морфологічних змін міометрію).

II. За клінічним перебігом:

1. Ризик розриву матки.
2. Загрожуючий розрив матки.
3. Розрив матки, що відбувся.

III. За характером пошкодження:

1. Неповний розрив.
2. Повний розрив матки.

IV. За локалізацією:

1. Розрив у нижньому сегменті:
 - розрив передньої стінки;
 - боковий розрив;
 - розрив задньої стінки;
 - відрив матки від піхвових склепінь.
2. Розрив у тілі матки:
 - розрив передньої стінки;
 - розрив задньої стінки.
3. Розрив у дні матки.

Клініка розриву матки

Клінічні прояви розриву матки залежать від стадії патологічного процесу та патогенетичного механізму його розвитку.

Ризик розриву матки – процес, що передує 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 таза.

Симптомокомплекс гістопатичного (при морфологічних змінах міометрія) розриву матки характеризуються атиповими проявами:

- патологічний «прелімінарний» період;
- слабкість пологової діяльності, відсутність ефекту від родостимуляції;
- посилення і без того сильного болю в животі між переймами і потугами;
- передчасне, раннє відходження навколоплідних вод;
- клінічні прояви інфекції в пологах;
- домішки крові в сечі;
- прогресуючий дистрес плода.

Розрив матки, що відбувся.

Класичні клінічні ознаки розриву матки в пологах :

- «кинджальний» 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 пологовій діяльності, пологова діяльність може тривати;
- розрив матки при цілому плідному 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 розрив відбувається на фоні слабкості пологової діяльності або її дискоординації;
- виразна клінічна симптоматика спостерігається при розриві великих маткових судин;
- розрив матки по рубцю частіше є неповним.

Ознаки розриву матки, що діагностується в ранньому післяпологовому періоді:

- помірна або надмірна кровотеча із статевих шляхів;
- інколи відсутні ознаки відокремлення плаценти;
- виразна болісність усіх ділянок живота, сильні болі при пальпації матки;
- можливо здуття живота, нудота, блювання;
- симптом «перекритого дна матки»;

- симптоми геморагічного шоку різного ступеня;
- пальпація по ребру матки болісного утворення (гематома);
- гіпертермія.

У практичній медицині трапляються випадки *нерозпізнаного розриву матки*, коли дана патологія діагностується на 2-гу – 3-тю добу після пологів при наростанні явищ акушерського перитоніту.

Алгоритм дії лікаря

Розродження шляхом кесаревого розтину у жінок із ризиком розриву матки виконується при:

- поєднанні вузького тазу I-II ст. та великої маси плоду (3800 г і більше);
- поперечному, косому положенні плода;
- вузькому тазі III-IV ст.;
- блокуванні пологових шляхів пухлинами;
- рубцевих змінах шийки матки, піхви.

Розродження шляхом кесаревого розтину у пологах виконується при:

- перелічених вище показаннях;
- лобному вставленні, високому прямому стоянні 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 кесаревого 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, дренажування 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 надпівової ампутації матки:

- свіжі розриви тіла матки з нерівними розчавленими краями, із збереженим судинним пучком, з помірною кровотечею без ознак синдрому ДВС та інфекції.

Показання до екстирпації матки :

- розрив тіла або нижнього сегменту матки, який перейшов на шийку з розчавленими краями;
- травма судинного пучка;
- неможливість визначення нижнього кута рани;
- розрив шийки матки з переходом на тіло.

Показання до екстирпації матки з матковими трубами:

- попередні показання при тривалому безводному проміжку (понад 10 – 12 годин);
- прояви хоріонамніоніту, ендометриту;
- наявність хронічної інфекції.

При масивній крововтраті виконується перев'язка внутрішніх клубових артерій.

При великій травмі та значній крововтраті перев'язка внутрішніх клубових артерій виконується до початку основного об'єму операції.

Профілактика розриву матки полягає в плануванні вагітності; вчасному визначенні груп ризику за розривом матки; вчасній госпіталізації в акушерські стаціонари; раціональному веденні пологів.

Виворіт матки

Післяпологовим виворотом матки називається патологічний стан, за якого внутрішня поверхня матки вивертається назовні.

В акушерській практиці післяпологовий виворіт матки є надзвичайно рідкісним ускладненням третього періоду пологів. Оскільки матка вивертається саме у третьому періоді пологів, термін «післяпологовий виворіт» не зовсім відповідає часу виникнення пологової травми. Доцільно користуватися терміном «акушерський виворіт матки».

Класифікація

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 тонуусу міометрія. Сприяє скоєнню даної травми нераціональне ведення 3-го періоду пологів.

Клініка

Акушерський виворіт матки супроводжується раптовим сильним болем внизу живота (колапсом); шоківим станом (свідомість затьмарена, шкіра і слизові оболонки бліді, холодний піт на обличчі, зіниці розширені; пульс

частий, слабкого наповнення); матковою кровотечею; наявністю між стегнами роділля пухлиноподібного утворення яскраво-червоного кольору, м'якої консистенції, що кровоточить.

Діагностика

Вивернута матка може розміщуватися у піхві і виходити за статеву щілину. Якщо плацента не відокремилася, то пухлиноподібне утворення містить плаценту, плідних оболонок, пупковий канатик.

Діагноз неповного (часткового) акушерського вивороту матки уточнюється при визначенні висоти дна матки (матка над лобком не визначається). Огляд піхви у дзеркалах підтверджує діагноз і дає змогу диференціювати повний виворіт матки з частковим.

Лікування

Лікування при гострому акушерському вивороті матки направлене на виведення пацієнтки із стану больового, геморагічного шоку та репозиції матки. Дають глибокий наркоз. Вивернуту матку обмивають теплим розчином фурациліну (1:5000). Якщо плацента не відокремилася, її відокремлюють. Переводять жінку в положення Тренделенбурга і виконують репозицію матки. У післяпологовому періоді проводять профілактику гнійно-септичних ускладнень. Несвоєчасна кваліфікована допомога може призвести до защемлення або гангрені матки, що випала. Це потребує екстирпації матки через піхву.

Профілактика гострого акушерського вивороту матки полягає в раціональному веденні пологів, а особливо третього періоду пологів.

Акушерська травма кісткового тазу

Акушерською травмою кісткового тазу називають травматичні ушкодження суглобів і зчленувань, пов'язаних з пологами.

Травма симфізу

Розриви симфізу під час пологів трапляються рідко, частіше (до 4% випадків) спостерігаються розходження лобкових кісток.

Етіологія і патогенез. Травматичному ушкодженню симфізу передують гормональні зміни в організмі жінки під час вагітності. Так, максимальне накопичення гормону релаксину наприкінці вагітності сприяє розм'якшенню хрящової тканини симфізу. За таких умов вставлення голівки 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.

Клініка. Розходження лобкових кісток проявляється болем у ділянці симфізу, крижів. Біль посилюється при спробі встати, ходити, з'являється «качина хода». При травмі лобкового зчленування біль посилюється через 8-12 годин після пологів. Під час пальпації симфізу відмічається різкий біль. Породілля лежить в ліжку у вимушеному положенні: ноги зігнуті у кульшових і колінних суглобах, стегна розвернуті (симптом М.Н. Волковича). Розриви лобкового зчленування іноді супроводжуються травмою сечового міхура, клітора тощо.

Діагностика не становить труднощів. Величина розходження вимірюється на рентгенограмі; УЗД.

Лікування породіллі з розривом симфізу визначається ступенем розходження кісток. Незалежно від тяжкості процесу призначають ліжковий режим, вітаміни групи В, вітамін D – 5000 МО тричі на добу, кальцію гліцерофосфат 0,5г тричі на добу, збалансований комплекс макро- і мікроелементів. У разі розходження лобкових кісток 1-го ступеня призначають ліжковий режим протягом 3-4 тижнів, який включає поперемінне положення тіла то на лівому, то на правому боці. На ділянку великого вертлюга кладуть подушку з піском масою до 5 кг. Розходження лобкових кісток 2-3 ступенів потребує

застосування пов'язки типу «гамак» протягом 4-6 тижнів. За відсутності ефекту від консервативної терапії проводять оперативне лікування.

Профілактика розходження симфізу полягає в запобіганні рахіту та дисбалансу обміну макро-, мікроелементів, фізичному вихованні дівчинки, прогнозуванні та раціональному веденні пологів.

ПОЛОГОВІ ТРАВМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Пологовими травмами новонароджених називаються травматичні ушкодження тканин і органів, що скоїлись під час пологового акту.

Етіологія

До етіологічних факторів виникнення пологових травм відносять:

- затяжні пологи;
- швидкі пологи;
- невідповідність розмірів пологового каналу та плода (вузький таз, макросомія, неправильне вставлення голівки плода);
- акушерські операції, тощо.

Класифікація

- поверхневі ушкодження (поверхневі садна, синці, гематоми, пологова пухлина на передлеглий частині плода);
- важкі ушкодження (розриви шкіри, гематоми, вивихи суглобів, переломи кісток, ушкодження хребта, черепа, тощо).

Ушкодження шкіри та м'яких тканин плода.

Травми шкіри та м'яких тканин клінічно проявляються поверхневими саднами, синцями, важкими рваними ранами шкіри потилиці, тімені, сідниць, статевих органів тощо.

Поверхневі садна та синці особливого лікування не потребують.

Глибокі розриви лікують хірургічним шляхом.

Пологова пухлина

Пологова пухлина на шкірі потилиці, тімені, личку, сідницях виникає практично під час усіх пологів.

Пологова пухлина – це набряк передлеглої частини плода з дрібними крапковими крововиливами, що обумовлені застоєм лімфи і крові у підшкірній клітковині.

Клінічно 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 кефалогематоми розсмоктуються самостійно без терапевтичних заходів.

Кефалогематоми великих розмірів потребують протягом перших 2-3 діб життя підвищеного положення головного кінця ліжечка дитини.

Внутрішня кефалогематома – крововилив і накопичення крові між внутрішньою поверхнею кістки і твердою мозковою оболонкою. Внутрішня кефалогематома виникає при порушенні цілості черепних кісток і може супроводжуватись підвищенням внутрішньочерепного тиску, подразненням мозкових оболонок, паралічем життєво важливих центрів.

Лікування дітей з клінічними проявами внутрішніх кефалогематом проводять у відповідних реанімаційних відділеннях.

Вдавлення кісток черепа

Вдавлення кісток черепа – це пологова травма, що клінічно проявляється наявністю жолобуватого або круглого вдавлення різної глибини, найчастіше у ділянці тім'яної або скроневої кістки.

Глибокі та широкі вдавлення виправляють ручним методом, глибокі – хірургічним.

Переломи кісток кінцівок

Переломи ключиці.

Клінічні ознаки перелому ключиці незначні. Підкісний перелом ключиці та перелом без зміщення виявляються на 5-7 добу після народження, коли на місці перелому утворюється хрящовий мозоль.

Лікування перелому ключиці зводиться до накладання фіксуючої пов'язки на плечовий пояс.

Перелом плечової кістки.

Клінічні ознаки перелому плечової кістки:

- ручка нерухома;
- промацуються уламки кісток;
- відчувається крепітація.

Лікування полягає у накладанні фіксуючої пов'язки, підклавши у пахвову ямку шматочок вати. Хвору ручку, розігнувши у ліктьовому суглобі, прибинтовують до грудної клітки.

Перелом стегнової кістки.

Клінічні ознаки перелому стегнової кістки:

- ніжка нерухома;
- відчувається крепітація;
- добре промацуються уламки кісток.

Лікування: розігнуту у колінному суглобі ніжку прибинтовують до тулуба. Застосовують спеціальне витягання кінцівки.

Ушкодження органів грудної клітки і порожнини живота

Розриви цих органів супроводжується крововиливом у черевну порожнину або легені. Діагностика важка. Характерна клінічна картина внутрішньої кровотечі.

Лікування – негайна лапаротомія, зупинка кровотечі, реанімаційні заходи.

Контрольні запитання

1. *Яке визначення поняття «акушерський травматизм»?*
2. *Яка класифікація пологового травматизму матері за локалізацією процесу?*
3. *Яка класифікація пологового травматизму матері за патогенезом?*
4. *Яка етіологія травм вульви, промежини, піхви, шийки матки?*
5. *Які клініка, діагностика, лікування травм зовнішніх статевих органів?*
6. *Яка класифікація розривів промежини?*
7. *Які клініка, діагностика, лікування розривів промежини?*
8. *Які клініка, діагностика, лікування розривів піхви?*
9. *Які клініка, діагностика, лікування гематом вульви та піхви?*
10. *Яка класифікація розривів шийки матки?*
11. *Які клініка, діагностика, лікування розривів шийки матки?*
12. *Які етіологія і патогенез розривів матки?*
13. *Яка класифікація розривів матки?*
14. *Які фактори ризику розривів матки?*
15. *Які клініка і діагностика загрози розриву матки?*
16. *Яка акушерська тактика при загрозі розриву матки?*
17. *Які клініка і діагностика завершеного розриву матки?*
18. *Яка акушерська тактика при завершеному розриві матки?*
19. *Яка профілактика розриву матки?*
20. *Які фактори ризику післяпологового вивороту матки?*
21. *Які клініка, діагностика, акушерська тактику при післяпологовому вивороті матки?*
22. *Яка профілактика післяпологового вивороту матки?*

23. Які етіологія, патогенез, фактори ризику та класифікація акушерських травм кісткового тазу?
24. Які клініка, діагностика, лікування та профілактика акушерських травм кісткового тазу?
25. Які етіологія, фактори ризику акушерських травм новонародженого?
26. Яка класифікація акушерських травм новонародженого?
27. Які клініка, діагностика, лікування акушерських травм новонародженого?
28. Яка профілактика акушерських травм новонародженого?

Тестові завдання

1. У породіллі в ранньому післяпологовому періоді з'явилися кров'яні виділення із статевих шляхів. При пальпації через передню черевну стінку матка щільна, на 2 поперечні пальці нижче пупка. При огляді пологових шляхів виявлено розрив шийки матки зліва, який кровоточить, завдовжки 4 см, без переходу на склепіння. Який діагноз?
 - A. Розрив шийки матки I ступеню.
 - B.*Розрив шийки матки II ступеню.
 - C. Розрив шийки матки III ступеню.
 - D. Розрив шийки матки IV ступеню.

2. Повторнородяща 35 років доставлена у важкому стані зі скаргами на раптовий, інтенсивний різучий біль в животі. Перейми продовжуються 6 годин. В анамнезі аборт з перфорацією стінки матки. Жіночу консультацію під час вагітності не відвідувала. Шкіряні покриви бліді, вологі. Артеріальний тиск 70/40 мм. Рт .ст., пульс 130 уд/хв. Контури матки нечіткі, під передньою черевною стінкою пальпується голівка плода. Серцебиття плода не прослуховується. Яка найвірогідніша причина розриву матки?
 - A.*Рубець на матці після перфорації.
 - B. Анатомічно вузький таз.
 - C. Великий плід.
 - D. Переношена вагітність.

3. Породілля народила немовля масою 4082 г, серединна епізіотомія ускладнилася розривом промежини II ступеня. Які тканини при цьому залишилися непошкодженими?

- A. Шкіра промежини.
- B. Бічна стінка піхви.
- C. М'язи промежини.
- D.*Слизова оболонка прямої кишки.

4. Першовагітна 32 років. Початок II періоду пологів. Різка болісність у нижньому сегменті матки. Матка набула форму пісочного годинника. Серцебиття плода 140 уд. у хв., ритмічне. Розташування плода поздовжнє, передлежить голівка плода притиснута до входу у малий таз. Контракційне кільце на рівні пупка. Передбачувана маса плода 4600 г. Діагноз?

- A.*Загрожуючий розрив матки.
- B. Розрив матки який здійснився.
- C. Дискоординована пологова діяльність.
- D. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- E. Нормальні пологи.

Задачі

1. Роділля 28 років. Пологи перші, термінові. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Розміри тазу: 24-25-29-18см. Перейми продовжуються 10 годин, в останні 2 години дуже болісні, роділля поводить себе неспокійно. Навколоплідні води відійшли 2 години тому. Круглі зв'язки матки болісні при пальпації, контракційне кільце на 2 пальці вище за пупок, ознака Генкель-Вастена позитивна. Серцебиття плода 160 уд/хв., глухе. Плодовий міхур відсутній, відкриття шийки матки 8 см, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, палькується велике тім'ячко. Який ймовірний діагноз? Яка акушерська тактика?
2. У породіллі 30 років, тривалість I періоду пологів склала 7 год 20 хв, II – 30 хв. Безводний проміжок 3 години. Пологи завершилися народженням живого

доношеного плоду вагою 3800 г. За шкалою Апгар 8 балів, передлежача частина голівки плода в потиличній ділянці була покрита яскраво-червоною кров'ю. Вслід за народженням плода почалася кровотеча яскраво-червоною цівкою, яка продовжувалася і після народження посліду. Яка найвірогідніша причина кровотечі? Яка лікарська тактика?

3. Роділля, 28 років, з доношеною вагітністю. Положення плода повздожне, головне передлежання. Розміри тазу 23-26-28-18 см. Припустима вага плоду 3900 г. Роділля занепокоєна, перейми болючі, сильні. Контракційне кільце на рівні пупка, нижній сегмент матки болючий. Діагноз? Яка лікарська тактика?
4. Роділлі 23 роки. Вагітність 39 – 40 тижнів, положення плода повздожне, головне передлежання. Перейми продовжуються 10 годин, в останні 2 години дуже болісні. Води вилились 2 години тому. Ознака Генкеля – Вастена позитивна. Серцебиття плода 160 уд/хв, глухе. При внутрішньому дослідженні: плідний міхур відсутній, відкриття шийки матки 9 см., передлежить голівка, пальпується велике тім'ячко. Головка притиснута до входу в малий таз. Діагноз? Яка лікарська тактика?

РОЗДІЛ V. Кровотечі в акушерстві. Кровотечі під час вагітності, пологів та післяпологового періоду. Геморагічний шок. ДВЗ - синдром.

Впродовж останніх 5 років акушерські кровотечі стійко займають одне з лідируючих місць в структурі материнської смертності. Їх частота коливається від 2,5 до 8% по відношенню до загальної кількості пологів, при цьому 2–4%,

пов'язані з атонією матки в післяпологовому періодах, а до 1% – з передлежанням плаценти та передчасним її відшаруванням під час вагітності.

Під акушерською кровотечею розуміють будь-яку крововтрату з статевих органів жінки під час вагітності. Маткові кровотечі в пологах та ранньому післяродовому періодах у фізіологічних межах (до 0,3% маси тіла, що становить приблизно 250мл) обумовлені гемохоріальним типом зв'язку між плацентою та маткою, не позначаються на загальному стані породіллі і не потребують включення компенсаторних механізмів організму. Допустима крововтрата складає 250-400мл, що в перерахунку до маси тіла становить 0,3-0,5% і, як правило, переноситься без ускладнень.

Крововтрата більше 0,5% від маси тіла вважається патологічною. Враховуючи, що у вагітних, роділь і породіль знижена толерантність до крововтрати і симптоми шоку можуть розвиватись при її об'ємі 750-1000мл, крововтрата до 1-1,5% маси тіла розцінюється як помірна, а більше 1,8% маси тіла як масивна.

Причини кровотеч у I половині вагітності:

- мимовільний викидень;
- міхуровий занесок;
- позаматкова вагітність (у тому числі шийкова).

Причини кровотеч у II половині вагітності:

- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.

Причини кровотеч під час пологів:

I період:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- передлежання плаценти;
- розрив матки;

- розрив шийки матки;

II період:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки;

III період:

- патологія прикріплення плаценти;
- затримка, защемлення плаценти;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів.

Післяпологова кровотеча:

- гіпотонічна кровотеча;
- затримка частин посліду;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів;
- розрив матки;
- емболія навколоплідними водами;
- коагулопатична кровотеча.

Кровотечі, не пов'язані з вагітністю:

- поліп шийки матки;
- рак шийки матки.

Міхуровий занесок

Міхуровий занесок характеризується гіперплазією обох шарів трофобласта, різким збільшенням і набряком ворсинок хоріона, що нагадують грона винограду (гідропічна трансформація ворсинок хоріона), наявністю міхурців об'ємом до 15мм, виповнених рідиною, яка складається з альбуміну і муцину. Міхурцевий занесок розвивається внаслідок аномальної фертилізації.

Класифікація

Трофобластична хвороба включає:

1. Міхуровий занесок:

- повний (класичний);
- неповний (частковий);

- інвазивний (деструктивний).
2. Хоріонкарцинома (гестаційна трофобластична пухлина, злоякісна гестаційна трофобластична хвороба):
- неметастатична (процес обмежений маткою);
 - метастатична (процес поширюється за межі матки):
 - а) низького ризику (сприятливий прогноз)
 - б) високого ризику (несприятливий прогноз).

Етіологія. Є дві основні теорії виникнення трофобластичної хвороби. Згідно з *однією* з них, захворювання зумовлене патологією хоріального епітелію плідного яйця. Друга теорія пояснює розвиток захворювання патологічними змінами в організмі матері, зниженням захисних сил, гормональними порушеннями.

Виділяють хромосомний набір 46XX, де обидві X-хромосоми мають батьківське походження. Причиною цього може бути запліднення яйцеклітини одночасно двома сперматозоїдами або подвоєння хромосом сперматозоїда за відсутності або неповноцінності материнської X-хромосоми. Приблизно в 20% випадків повний міхуровий занесок трансформується в злоякісні пухлини трофобласта. Частіше трофобластична хвороба виникає в жінок пізнього репродуктивного віку.

Виділяють повний і частковий міхуровий занесок. При частковому міхуровому заносі в матці виявляють плід або його елементи та частково ворсинки. Це зумовлено хромосомними аномаліями, частіше триплоїдією чи трисомією. Така патологія рідко трансформується в злоякісні пухлини трофобласта.

Деструктивна форма міхурового занеску, при якому внаслідок високої протиолітичної активності руйнується децидуальна оболонка, стінка матки, судини, що нагадує ріст пухлини. Інколи такі пошкодження сягають серозного шару і ведуть до внутрішньочеревних кровотеч.

Клінічними проявами є поява симптомів загрози переривання вагітності ранніх або пізніх термінів, можливе виділення крові із статевих шляхів із вмістом міхурців. При гінекологічному обстеженні знаходять значно

збільшенні розміри матки, відповідно до того терміну вагітності, який має жінка, та *лютеїнові кісти яєчників* (патогномонічний симптом). Інколи хворі потрапляють в стаціонар із ознаками внутрішньочеревної кровотечі (деструктивний міхуровий занесок).

Діагностичні заходи:

1. Бімануальне гінекологічне обстеження.
2. Визначення рівня ХГ в крові.
3. УЗД органів малого таза.

Виділення з матки кістозно змінених набряклих ворсинок хоріона — абсолютна ознака міхурового занеску. При пальпації не визначаються частини плода, його серцебиття та рухи. При УЗД — відсутність у порожнині матки плода, натомість — гомогенна дрібнозерниста маса. Підвищення рівня ХГ більше 100 000 МО/л (більше норми в 50—100 разів) при збільшеній матці і кровотечі — ще одна ознака міхурового занеску.

Диференціальну діагностику проводять із позаматковою вагітністю, аномальною матковою кровотечею, завмерлою вагітністю, мимовільним перериванням вагітності, багатоплідною вагітністю, багатоводдям, міомою.

Показання до госпіталізації:

1. Підозра на міхуровий занесок.
2. Кровотечі у I – II триместрі вагітності.
3. Невідповідність розмірів матки терміну вагітності.
4. Кровомазання протягом 1 місяця після евакуації міхурового занеску.
5. Відсутність зниження рівня ХГ у крові.

Обстеження:

- загальний аналіз крові,
- загальний аналіз сечі,
- біохімічне дослідження функції печінки та нирок,
- визначити групи крові і резус-фактор,
- зробити рентгенографію грудної клітки.

Основним методом лікування при міхуровому занеску є обережне випорожнення матки (переважно вакуум-екскохлеація). Під час проведення

маніпуляцій і після них внутрішньовенно вводять утеротонічні препарати.

У випадках значної загрози перфорації матки під час вишкрібання не ставлять собі за мету повністю випорожнити матку, а через 2-3 доби операцію проводять вдруге.

При деструктивному міхуровому занеску існує великий ризик перфорації матки. В цих випадках проводять лапаротомію і екстирпацію матки.

Хіміотерапію проводять тим жінкам, у яких після вишкрібання порожнини матки зберігається її субінволюція, продовжуються кров'яні виділення із піхви та зберігається підвищений рівень хоріонічного гонадотропіну. Призначаються вінбластин, метотрексат, меркаптопурін, рубоміцин, дактиноміцин.

Після закінчення курсу лікування, у зв'язку з можливістю розвитку хоріонепітеліоми, жінки підлягають диспансерному спостереженню.

Диспансеризація

1. Тривалість диспансерного нагляду протягом 1 року:
 - Контроль рівня ХГ один раз в 14 днів (до нормалізації).
 - УЗД органів малого таза в динаміці.
 - Контрацепція (бар'єрні методи) протягом року.
2. При появі позитивної реакції хвора госпіталізується для ретельного обстеження, уточнення діагнозу і лікування. Рекомендована консультація онколога. Виношувати вагітність дозволяється через три роки.

Позаматкова шийкова вагітність

Шийкова вагітність — це один із рідкісних і тяжких варіантів позаматкової вагітності, коли імплантація заплідненої яйцеклітини відбулася в каналі шийки матки.

Діагностика

1. Анамнез, у тому числі гінекологічний. Звертають увагу на кількість абортів і перебіг після абортного періоду, перенесені запальні захворювання внутрішніх статевих органів, у тому числі шийки матки.

2. Огляд шийки матки в дзеркалах. Візуалізація ціанотичної бочкоподібної шийки матки.

3. Обережне бімануальне гінекологічне дослідження. Матка разом із шийкою має вигляд „пісочного годинника“.

4. УЗД органів малого таза.

Ультразвукові ознаки шийкової вагітності:

- відсутність плодового яйця в порожнині матки;
- гіперехогенність ендометрія (децидуальна тканина);
- неоднорідність міометрія;
- матка у вигляді пісочного годинника;
- розширення каналу шийки матки;
- плідне яйце в каналі шийки матки;
- плацентарна тканина в каналі шийки матки;
- закрите внутрішнє маткове вічко.

Диференціальна діагностика. Шийкову вагітність диференціюють від мимовільного абортів, міоми, раку шийки матки, „народження“ субмукозної міоми на ніжці, трофобластичної пухлини, передлежання та низького розташування плаценти. УЗД дає змогу досить чітко провести диференціальну діагностику, виявити відмінності між шийковою вагітністю та іншою акушерсько-гінекологічною патологією.

Лікування

1. У разі діагностованої шийкової вагітності ***категорично забороняється виконувати вишкрібання стінок порожнини матки, яке може призвести до розвитку профузної кровотечі.***

2. Метод лікування шийкової вагітності — ***хірургічний (екстирпація матки).***

Після підтвердження діагнозу шийкової вагітності визначають групу крові та Rh-фактор, установлюють венозний катетер, отримують проінформовану письмову згоду хворої на виконання екстирпації матки.

У відділенні трансфузіології замовляють одноступеневу свіжозаморожену плазму, свіжозаготовлену еритроцитарну масу, готують препарати гідроксиетильованого крохмалю, кровозамінники.

Допологова кровотеча

Допологова кровотеча – це кровотеча, що виникає з 22 тиж., протягом вагітності й до пологів. Допологова кровотеча становить 3-5% від загальної кількості вагітностей і займає одне з перших місць серед причин материнської та перинатальної смертності в усьому світі.

Причини допологової кровотечі включають: передлежання плаценти (20%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (40%) та кровотечі з вульви, піхви, або шийки матки (до 5%). У разі, коли джерело кровотечі встановити неможливо, стан визначають як «неуточнена допологова кровотеча» (35%). Причиною допологової кровотечі може бути розрив матки!

Передлежання плаценти

Передлежанням плаценти (**placenta praevia**) зустрічається у 0,5-0,8% випадків від загальної кількості вагітностей.

Класифікація передлежання плаценти:

1. **Повне (placenta praevia centralis)**, або центральне, при якому плацента повністю перекриває внутрішнє вічко матки.
2. **Неповне (часткове) (placenta praevia parcialis)** – плацента розміщена або біля краю внутрішнього вічка (**крайове передлежання**) (placenta praevia marginalis), або перекриває його до 2/3 (**бокове передлежання**) (placenta praevia lateralis). (мал.1).



мал.1

Клінічні ознаки передлежання плаценти:

- високе розташування передлеглої частини,
- патологічне положення плода,
- кровотеча при відсутності болю або контактна кровотеча
- під час УЗД після 26 тижнів вагітності - край плаценти знаходиться менш ніж на 20 мм від внутрішнього вічка або перекриває його на 20мм.

На сьогодні, класичне визначення передлежання плаценти, яке проводилось за допомогою пальцевого обстеження області внутрішнього вічка під час пологів є недопустимим. Чіткий діагноз має бути встановлений за допомогою УЗД.

У випадку, коли після 35-36 тижнів вагітності край плаценти знаходиться більше ніж на 20 мм від внутрішнього вічка – можна прогнозувати успішні вагінальні пологи.

Будь яке перекриття внутрішнього вічка плацентою після 35-36 тижнів вагітності (>0-20мм) є показанням до кесарського розтину.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП) – це відшарування нормально розташованої плаценти під час вагітності або у I –

II періодах пологів що призводить до кровотечі. Кровотеча може бути зовнішньою (вагінальна кровотеча) та внутрішньою (формування ретроплацентарної гематоми). Частота 1-2% від всіх вагітностей.

Класифікація

(в залежності від ступеня відшарування плаценти)

1. Повне відшарування (відшарування всієї плаценти).
2. Часткове відшарування:
 - крайове;
 - центральне.

Клініка

Клінічний перебіг ПВНРП залежить від:

- ступеню відшарування,
- тяжкості супутньої патології.

Часткове відшарування плаценти на невеликій площі під час родів іноді неможливо діагностувати. Воно розпізнається по наявності старого згортка крові на плаценті, після її народження.

Основними симптомами при ПВНРП є :

- кровотеча
- внутрішня - якщо гематома розташована в центрі плаценти,
- зовнішня - коли відшарування розпочинається з периферії,
- комбінована.

Найбільш загрозливою є внутрішня кровотеча.

- загальний стан жінки погіршується,
- знижується артеріальний тиск,
- з'являється тахікардія,
- слабкість,
- блідніють шкіра та слизових оболонок.

Другим основним симптомом є біль.

- локалізується в місці розташування плаценти,
- виникає в наслідок утворюється ретроплацентарна гематома,
- носе розпираючий характер

Діагностика

При об'єктивному обстеженні відмічається:

- асиметрія,
- напруження,
- гіпертонус матки,
- болючість при пальпації,
- визначення частин плода ускладнене.

При вагінальному дослідженні плідний міхур постійно напружений, навколоплідні води з домішкою крові. Плацента народжується відразу після народження дитини. Відшарування плаценти до 1/3 площі приводить до розвитку дистресу плода, при відшаруванні більше 1/3 площі плаценти настає загибель плода, особливо коли мали місце морфологічні або функціональні ознаки її недостатності.

Велике значення в діагностиці ПВНRP, передлежання плаценти має ультразвукове дослідження.

Тактика при відшаруванні плаценти у II періоді пологів - водночас з проведенням реанімаційних заходів:

- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
- при головному передлежанні плода – завершення пологів шляхом накладання вакуум - екстрактора або акушерських лещат;
- при тазовому передлежанні – терміновий кесарів розтин;
- при поперечному положенні другого з двійні плода виконують акушерський поворот з екстракцією плода;
- ручне відокремлення плаценти та видалення посліду;
- ручна ревізія порожнини матки, вилучення згортків крові;
- утеротонічні засоби (окситоцин 10 ОД на 500 мл фізіологічного розчину) в/в крапельно, 60 крапель/хв, ергометрин 0,5 мг, мізопростолу (800 мкг ректально), в разі наявності- карбетоцин 100 мкг в/в;
- ретельне динамічне спостереження за станом матки у післяпологовому періоді.

Під час кесаревого розтину в зв'язку з передчасним відшаруванням

нормально розташованої плаценти обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення **матково-плацентарної апоплексії** (матки Кувелера (Couvelaire)).

Кровотеча у послідовому (третьому) періоді пологів

Причини:

- патологія прикріплення плаценти (**pl.accreta, increta, percreta**);
- патологія виділення посліду - зацімлення плаценти.

Величина крововтрати залежить від виду порушення прикріплення плаценти:

- повного чи часткового;
- істинного або хибного;
- прирощення або пророщення;
- від затримки плаценти, що відокремилась, у порожнині матки.

Клінічні прояви:

- Кровотеча, що розпочинається після народження дитини, або до народження посліду.
- Відсутність ознак відокремлення плаценти протягом 30 хвилин в разі активного ведення III періоду пологів та очікуваної тактики ведення III періоду пологів.

Але при появі кровотечі в разі активного ведення III періоду пологів та відсутності ознак відокремлення плаценти через 15 хвилин необхідно термінове видалення посліду.

Алгоритм надання медичної допомоги:

1. Перевірка ознак відділення плаценти.
2. При наявності ознак відділення плаценти – застосування контрольованої тракції для народження плаценти.
3. В разі невдачі народження плаценти, шляхом контрольованої тракції
 - ручне відділення плаценти та виділення посліду під внутрішньовенним знеболенням;

4. За відсутності кровотечі, в разі невдалої спроба ручного відділення плаценти, та встановлення діагнозу істинного прирощення плаценти - не намагайтесь відривати частини плаценти. Це може призвести до масивної неконтрольованої кровотечі за рахунок травми матки!

5. За умови неможливості відокремлення плаценти під час ручного обстеження порожнини матки та діагностування істинного прирощення або пророщення плаценти (pl. accreta/increta/percreta) – негайна лапаротомія з проведенням гістеректомії.

Післяпологова кровотеча

Післяпологова кровотеча – кровотеча що перевищує 500 мл або будь-яка кровотеча, що супроводжується порушенням гемодинамічного стану породіллі на протязі 6 тижнів після народження плода.

Види післяпологових кровотеч:

- **Первинні (ранні) післяпологові**, які виникають в ранньому післяпологовому періоді або *протягом 24 годин після пологів*. Приблизно 70% ранніх післяпологових кровотеч пов'язані з атонією матки. Атонія матки – це неспроможність матки адекватно скоротитися після народження дитини.
- **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.

Доказові методи профілактики післяпологової кровотечі

Активне ведення III періоду пологів – зменшує об'єм крововтрати та ризик виникнення післяпологової кровотечі.

Профілактичне рутинне введення утеротонічних препаратів в III періоді пологів у всіх роділь зменшує ризик розвитку післяпологової кровотечі на 60% (окситоцин 10 МО внутрішньом'язево).

У разі розродження шляхом кесаревого розтину внутрішньовенне введення 10 МО окситоцину (шляхом повільної внутрішньовенної інфузії).

Алгоритм надання медичної допомоги при акушерських кровотечах:

1. Визначення об'єму крововтрати.
2. Покликати на допомогу (заручитися підтримкою персоналу).
3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної підтримки, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.
4. **АВС**– діагностика
 - Оцінка стану дихальних шляхів (**A**) та дихання (**B**) (в разі відсутності дихання розпочинайте респіраторну реанімацію),
 - **C** - штучна підтримка кровообігу.
 - непрямий масаж серця: частота компресії: 100 в 1 хв, відношення непрямий масаж серця- ШВЛ: = 30:2,
 - катетеризація 2-ох периферійних вен катетерами достатнього діаметру, а в разі необхідності венесекція або катетеризація центральної вени,
 - катетеризація сечового міхура,
 - забезпечення зігрівання жінки.
 - терміново розпочати інфузійну терапію,
5. Тимчасова зупинка крововтрати:
 - абдомінальна компресія аорти,
6. Клініко-лабораторне обстеження:
 - група крові і Rh-фактор,
 - аналіз крові загальний,
 - час згортання крові,
 - коагулограма,
 - приліжковий тест,
 - забір крові на сумісність.
7. Встановлення причини кровотечі:
 - оцінка тону мати.

Якщо має місце порушення тонуусу матки:

- введення утеротоніків (Окситоцин 10 ОД/500мл фізіологічного розчину зі швидкістю 60 крапель/ хвилину).
- провести зовнішній масаж матки, якщо кровотеча продовжилась - ручне обстеження стінок матки під внутрішньовенним знеболенням, - застосування утеротоніків: ергометрин, простагландини, карбетоцин, в разі продовження кровотечі:
- бімануальна компресія матки або компресія аорти, якщо кровотеча продовжується - в умовах операційної застосування балонної тампонади та призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин за необхідності).
- при величині крововтрати 1,5% і більше від маси тіла - лапаротомія (застосування органозберігаючих технологій– перевязування магістральних судин (покрокова часткова деваскуляризація матки), компресійні шви на матку, білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (за наявності спеціаліста, який володіє методикою маніпуляції, або з заохоченням судинних хірургів). При неефективності гістеректомія без додатків матки.

Якщо матка щільна - виключити травму:

- ручне обстеження стінок матки з метою виключення розриву матки. В разі розриву матки – негайна лапаротомія.
- ретельне обстеження з метою виключення травм (промежина, піхва, шийка матки). Ушивання розривів за умови якісного освітлення та допомоги асистента. Наявність травм є показанням і до призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин при необхідності). У разі відсутності травми можливе порушення згортання крові.
- оцінка згортання крові за допомогою приліжкового тесту, час згортання крові, коагулограма (за можливості).

8. Постійний контроль стану породіллі, показників гемодинаміки та згортання крові.

9. Призначення профілактичної антибіотикотерапії препаратами широкого спектру дії, в разі необхідності – терапія антибіотиками.

10. Спостереження у відділенні інтенсивної терапії впродовж 24 годин після стабілізації стану жінки (АТ не менше 100 мм рт ст, пульс– до 90/хвилину).

- контроль стану матки (в разі збереження);
- оцінка крововтрати;
- оцінка температури, пульса, дихання, АТ, загального стану (колір шкірних покривів, рівень свідомості):
- рекомендовано проводити в/в інфузію збалансованими сольовими розчинами.

Об'єм та темп інфузії корегувати в залежності від наявності ускладнень вагітності (переклампія), супутньої патології, рівня ЦВТ та погодинного діурезу;

- контроль виділення сечі;
- контроль ускладнень гемотрансфузії;
- документування стану жінки та терапії, що проводиться;

Післяпологова вторинна (пізня) кровотеча

Основні причини пізніх післяпологових кровотеч:

- затримка частин посліду;
- гнійно-септичні ускладнення післяпологового періоду;
- не діагностовані своєчасно гематоми піхви;
- розходження швів та рани матки(після кесаревого розтину або розриву матки).
- причини, не пов'язані з вагітністю та пологами (розрив варикозних вузлів вен піхви, рак шийки матки та ін.).

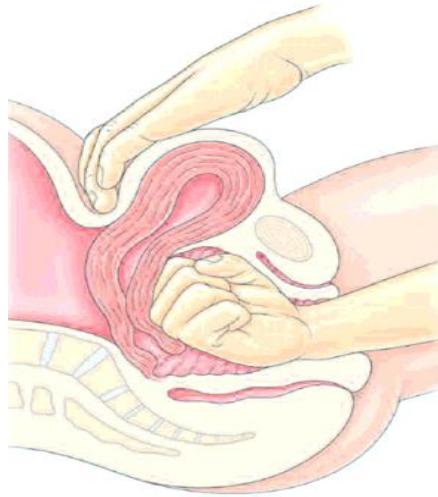
11. Кровотеча внаслідок розходження швів та рани матки потребує негайної лапаротомії.



мал.2 **Компресія черевної аорти**

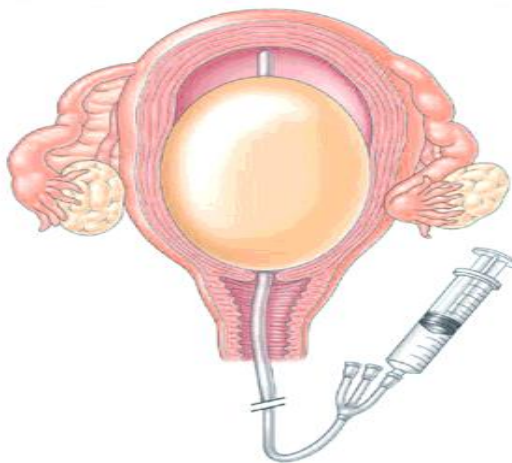
- застосуйте нисхідний тиск кулаком черевної аорти прямо через черевну стінку;
- точка натискання знаходиться прямо над пупком і трохи лівіше;
- в ранньому післяпологовому періоді пульсація аорти може бути легко визначена через передню черевну стінку;
- другою рукою пальпують пульс на стегновій артерії для оцінки ефективності компресії;
- якщо пульс визначається, то тиск кулаком оцінюють як недостатній і навпаки.

Бімануальна компресія матки. Введіть одну руку у піхву і притисніть її до тіла матки. Іншу руку внутрішньою стороною долоні покладіть на живіт на дно матки і притисніть матку до лона як це показано на малюнку. Така бімануальна компресія запобігає продовженню післяпологової кровотечі за рахунок підвищення тонуусу матки і дає можливість значно зменшити крововтрату. Окрім того, вона дозволяє видалити згортки крові з порожнини матки та встановити наявність ознак вивороту матки, прийняти рішення щодо необхідності ручної ревізії матки.



мал. 3 Дворучна компресія

Балонна тампонада матки. Спеціальний балон 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. Балон залишають на 24 години. Потім поступово виводять розчин протягом 2 годин, після чого видаляють балон. Повний балон забезпечує ефект тампонади. Ефективність балонної тампонади – 77.5 – 88.8%, тобто в більшості випадків цей метод дозволяє запобігти подальшого хірургічного лікування. В разі продовження кровотечі після тампонади – уважно переоцініть наявність травм, або інших причин не пов'язаних з атонією матки.

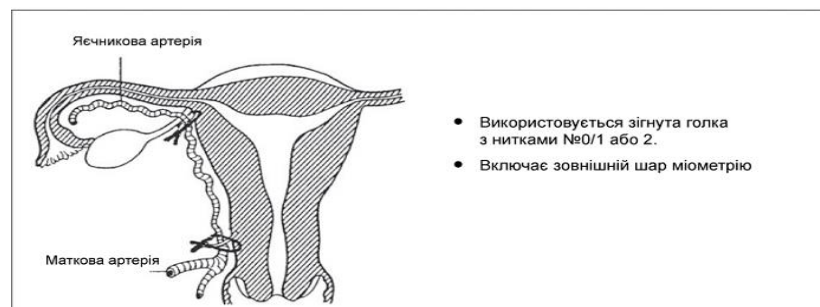


мал. 4 Балонна тампонада матки

Методи хірургічного гемостазу

На сьогодні виділяють декілька методів хірургічного гемостазу щодо припинення масивної акушерської кровотечі з виконанням поетапної часткової деваскуляризації матки, що мають чіткі показання. Необхідно відмітити, що видалення матки з метою зупинення кровотечі виконують тільки в разі неефективності застосування попередніх органозберігаючих методів та продовження кровотечі або в разі діагностування істинного прирощення плаценти. В цілому розрізняють наступні методи хірургічного гемостазу масивної акушерської кровотечі:

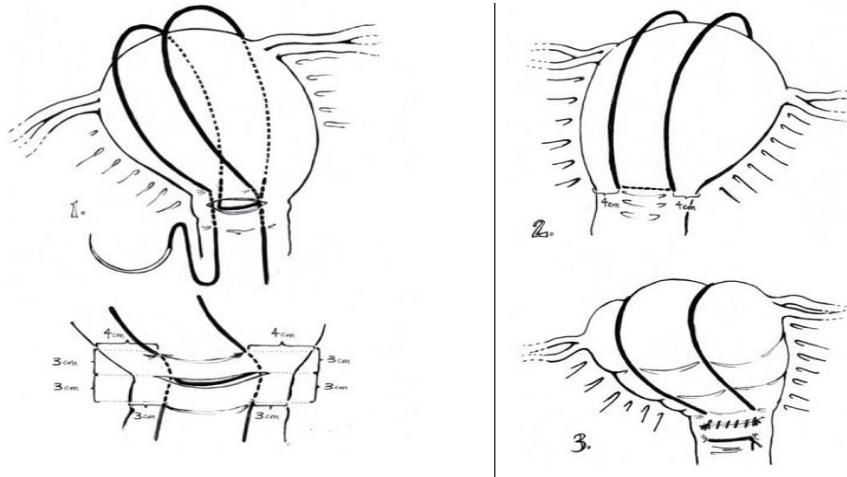
- I. Двостороннє перев'язування маткових судин.
- II. Двостороннє перев'язування яєчникових судин.
- III. Накладання компресійних швів на матку.
- IV. Білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій.
- V. Радикальні операції (субтотальна або тотальна гістеректомія).



мал. 5 **Перев'язування маткових та яєчникових судин**

Компресійні шви за B-Lynch

В останні 10 років для зупинки післяпологової кровотечі стали широко використовувати компресійні шви на матку. Дві найбільш розповсюджені методики – це шви за B-Lynch та множинні квадратні шви, описані Cho зі співавторами. Ефективність накладання компресійних швів складає 70-90%.



мал.6 **Етапи накладання шва за В-Lynch**

Показання до проведення гістеректомії

1. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти з міжм'язовими крововиливами, “матково-плацентарна апоплексія”, та розвитком **матки Кувелера(Couvelaire)**.
2. Атонія матки не чутлива до утеротонічних препаратів та за відсутності ефекту від балонної тампонади, компресійних швів, перев'язування магістральних судин матки (маткових, яєчникових).
3. Розрив матки з відривом судин матки та масивною кровотечею.

Надпихову ампутацію матки (субтотальну гістеректомію) виконують тільки в разі істинного прирощення плаценти без значної крововтрати та ДВЗ-синдрому. В усіх інших випадках розвитку масивної акушерської кровотечі стійких до консервативних та хірургічних органозберігаючих методів зупинення кровотечі необхідно виконувати екстирпацію матки (тотальну гістеректомію) без придатків.

Перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій

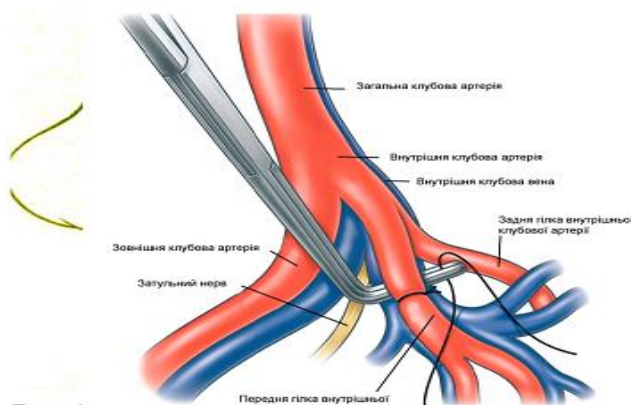
Показання:

- Після гістеректомії – коли кровотеча продовжується.
- В комплексній терапії коагулопатичної кровотечі.
- Дифузна кровотеча з ділянки без чіткого визначення джерела кровотечі та ложа судини.
- Розрив матки з відривом маткової артерії.
- Глибокі розриви шийки матки та склепінь піхви з технічними

труднощами їх ушивання.

Основні етапи операції перев'язування внутрішніх клубових артерій інтраперитонеальним доступом наступні:

1. Лапаротомія– нижньо-середина або інтер-іліакальним розрізом.
2. Поздовжній розріз заднього листка парієтальної очеревини.
3. Дисекція внутрішньої клубової артерії.
4. Підведення лігатури під артерію.
5. Накладання лігатури на гіпогастральну артерію.



мал. 7 Перев'язування внутрішньої клубової артерії

Геморагічний шок в акушерстві

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.

Крововтрата вважається масивною коли:

- втрачається понад 50% ОЦК за 20 хвилин;
- швидкість кровотечі перевищує 150 мл за хвилину;
- одномоментно втрачається понад 1500-2000мл крові або 25-30% ОЦК.

**Таблиця 10. 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
Пульс 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	0,8-1,2	1,0-1,5	1,5-2,0	>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/годину	30-50	25-30	5-15	Анурія
Стан свідомості	Ясна	Ясна	Збудження	Заторможеність
Стадія шока	Компенсо- ваний	Субкомпен- сований	Декомпен- сований	Незворотній

Артеріальна гіпотензія вважається пізнім та ненадійним клінічним симптомом акушерського геморагічного шоку. Завдяки фізіологічній гіперволемічній аутогемодилуції у вагітних АТ може залишатися стабільним до тих пір, доки об'єм крововтрати не досягне 30%. Компенсація гіповолемії у вагітних забезпечується, у першу чергу, за рахунок активації симпатoadреналової системи, що проявляється вазоспазмом та тахікардією. Рано приєднується олігоурія. Оскільки, акушерським кровотечам притаманні раптовість, масивність та рання коагулопатія, визначати об'єм крововтрати потрібно візуально (мал. 8).

мал.8 Візуальна оцінка об'єму крововтрати при кровотечі в акушерстві



Інтенсивна терапія геморагічного шоку.

Загальні принципи лікування гострої крововтрати:

1. Негайна зупинка кровотечі консервативними або хірургічними методами.
2. Забезпечення адекватного газообміну.
3. Поповнення дефіциту ОЦК.
4. Профілактика та лікування коагулопатії.
5. Лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності:
 - лікування серцевої недостатності;
 - профілактика ниркової недостатності;
 - корекція метаболічного ацидозу;
 - стабілізація обміну у клітинах.
6. Рання профілактика інфекції (за загальними правилами).

Першочергові дії при виникненні геморагічного шоку:

1. Оцінюють життєво важливі функції (пульс, артеріальний тиск, частота та характер дихання, психічний статус).
2. Почати інгаляцію O₂ через інтраназальні катетери або носолицьову маску (10-15 –л/хв).
3. При можливості піднімають ножний кінець ліжка (положення Тренделенбурга) на 15 – 20° для підвищення венозного оберту до серця.
4. Повертають вагітну на лівий бік для запобігання розвитку аорто-кавального синдрому, зменшення ризику аспірації при блюванні та забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів.
5. Катетеризують дві периферичні вени катетерами великого діаметру. При зпавшихся венах доцільні венесекція v. Brahialis або катетеризація центральної вени. Катетеризацію третьої вени (одна з них повинна бути центральною) проводити на тлі поповнення крововтрати!
6. Набирають 20 мл крові для визначення групової та резус-належності, перехресної сумісності, виконують тест Лі-Уайта і паралельно починають інфузію збалансованих кристалоїдних розчинів.
7. Здійснюють катетеризацію сечового міхура та налагоджують мінімальний моніторинг гемодинамічних показників: пульсоксиметрія, АТ, пульс. Усі виміри документувати. Уважно враховувати об'єм крововтрати!

Подальше лікування геморагічного шоку

1. Продовжують струминну внутрішньовенну інфузію збалансованих за електролітним складом кристалоїдів (стерофундин - sterofundin iso, розчини Рінгера – solutio Ringeri та колоїдів (гелофузин - Gelofusine). Інфузійну терапію починають з кристалоїдів, паралельно через другий венозний доступ вводять штучні колоїди (ціль– компенсація дефіциту об'єму). У цей час необхідно заказати та розморозити одногрупну плазму, розпочати підготовку еритроцитарної маси до введення.
2. Темп, об'єм та компонентність інфузійної терапії визначається ступенем шоку та величиною крововтрати (див. Таблицю №8).

3. Свіжозаморожену плазму потрібно вводити якомога раніше!
4. Рекомендується введення кріопреципітату за умови зниження фібриногену менше 1г/л. Його вводять внутрішньовенно з розрахунку 1доза на 10 кг маси пацієнтки.
5. Не рекомендовано проводити гемотрансфузію, якщо крововтрата менше 1,5% від маси тіла. Трансфузію крові проводять при крововтраті понад 1500 мл (1,5% від маси тіла) при ознаках геморагічного шоку або профузної незупиненої кровотечі, або при наявності попередньої анемії.
6. Якщо гіпотонія має стійкий характер та не піддається корекції інфузійною терапією, використовують вазоактивні та інотропні препарати: дофамін (Dopamine) (5-20 мкг/кг/хв) або добутамін (2-20 мкг/кг/хв), або адреналін (0,02 – 0,2 мкг/кг/хв) або норадреналін (0,02 -0,5 мкг/кг/хв), або їх поєднання.
7. Якщо жінка знаходиться у шоківому стані, не слід давати рідину перорально.
8. Зупиняють кровотечу консервативними або хірургічними методами у залежності від причини розвитку кровотечі.
9. Зігрівають жінку. Враховуючи великий обсяг розчинів, які вводяться, їх також підігрівають до 36° С.
10. Продовжують інгаляцію 100 % кисню, за показаннями - ШВЛ.

Показання до ШВЛ:

- гіпоксемія (PaO₂ менше 60 мм рт. ст. при FiO₂ понад 0,5);
 - частота дихання понад 40 за хвилину;
 - крововтрата 3 % від маси тіла або понад 35 мл/кг.
11. Лабораторне спостереження: загальний аналіз крові, підрахунок кількості тромбоцитів, час згортання, коагулограма (АЧТЧ, фібриноген, ППТ), електролітний склад крові.
 12. Моніторне спостереження: неінвазивне визначення АТ, ЧСС, пульсоксиметрія, сатурація капілярної крові, ЕКГ, термометрія, контроль погодинного діурезу. За умови розвитку шоку 3 - 4 ст. - контроль ЦВТ.

Таблиця 11. Інфузійно-трансфузійна терапія акушерської крововтрати (Р.О. Ткаченко О.М.Клигуненко,)

Ступінь крововтрати	Об'єм крововтрати			Збалансовані кристалоїди (Стерофундин, р-н Рінгералантата)	Колоїди		Препарати крові					Загальний об'єм трансфузії (у % до деф. ОЦК або у мл)
	у мл	у % від маси тіла	у % від ОЦК		Гелофузин	ГЕК 130/0,42	свіжозаморожена плазма	еритроцитарна маса	кріопреципітат	альбумін 10%	тромбоконцентрат	
Легка	500,0-1000,0	1-1,5%	10-20%	10-15 мл/кг	10 мл/кг	-	-	-	-	-	-	200-300 (до 2,5л)
Помірна	1000,0-1500,0	1,5-2,0%	21-30%	10 мл/кг	10 мл/кг	-	5-10 мл	-	-	-	-	200 (до 3 л)
Тяжка	1500,0-2000,0	2,0-2,5%	31-40%	7 мл/кг	5 мл/кг	5 мл/кг	10-15 мл	10-20 мл	-	200 мл	-	180 (до 4 л)
Вкрай тяжка	2500,0-3000,0	2,5-3,6%	41-70%	7 мл/кг	10 мл/кг	5 мл/кг	15-20 мл	20-30 мл	7-10 доз	300 мл	до 4 од	170 (до 5 л)
Смертельна	понад 3000,0	понад 3,6%	понад 70%	до 10 мл/кг	10 мл/кг	10 мл/кг	до 30	понад 30	понад 10 доз	понад 300 мл	4-10 од	150 (понад 6 л)

Емболія амніотичною рідиною

Емболія амніотичною рідиною – критичний стан, який виникає в разі проникнення елементів навколоплідних вод у кровоток матері та супроводжується розвитком тяжкої системної запальної реакції.

Частота виникнення даної патології коливається від 1:8000 до 1:80.000 пологів і супроводжується високою летальністю до - 86,5%, при цьому 25% жінок помирають впродовж першої години. В структурі материнської летальності емболія амніотичною рідиною складає 1,2 - 16,5%. У 70% випадків виникає під час пологів, у 19% роділь під час кесаревого розтину і у 11% породіль - після пологів.

Клінічна картина залежить від складу та швидкості потрапляння навколоплідних вод до кровоносних судин матері. Патологічний процес, що розвивається в організмі є результатом алергічної реакції материнського організму на антигени амніотичної рідини.

Діагностика емболії амніотичною рідиною базується на оцінці клінічної симптоматики, лабораторному обстеженні та додаткових методах дослідження.

Клінічний перебіг: емболії амніотичною рідиною має дві стадії:

- 1 – стадія циркуляторного колапсу і серцево-легеневої недостатності;
- 2 – стадія коагулопатії і кровотечі.

Клінічні ознаки:

- почуття страху;
- занепокоєння, збудження;
- озноб та гіпертермія;
- кашель;
- раптова блідість або ціаноз;
- різкий біль у грудях;
- задишка, шумне дихання;
- зниження АТ;

- тахікардія;
- кровотеча із пологових шляхів або інших травмованих місць;
- клініка ДВЗ-синдрому через 30 хв – 3 години після виникнення симптомів

Додаткові методи дослідження:

- ЕКГ– синусова тахікардія, гіпоксія міокарду, гостре легеневе серце (SIQIII, P-pulmonale);
- рентгенологічні зміни виявляються відразу або через кілька годин після емболії та характеризуються картиною інтерстиціального зливного пневмоніту,
- мікроскопія крові з легеневої артерії виявляє клітини епідермісу плода.

Диференційна діагностика найчастіше проводиться з наступною патологією:

- інфаркт міокарду: біль, що іррадіює у ліву руку, порушення ритму, зміни на ЕКГ, що не завжди фіксуються при свіжому інфаркті;
- тромбоемболія легеневої артерії: раптовість, різкий ціаноз обличчя, задуха, головний біль, біль за грудиною. Нерідко буває при скомпрометованих венах (варикоз, тромбофлебіт, флебіт), правограма на ЕКГ;
- повітряна емболія (при грубому порушенні техніки внутрішньовенних інфузій);
- синдром Мендельсона (бронхоспазм у відповідь на потрапляння кислого вмісту шлунку у верхні дихальні шляхи) – кислотно-аспіраційний гіперергічний пневмоніт. Трапляється, як правило, під час введеного наркозу при неспорожненому шлунку, коли блювотні маси потрапляють у дихальні шляхи.

Лікувальна тактика:

1. Під час вагітності або пологів– термінове розродження.
2. Лікування гіпоксії: - 100% O₂; - ШВЛ.
3. Лікування гіпотензії та лівошлуночкової недостатності (інфузія кристалоїдів + вазопресори).

4. Корекція коагулопаті (свіжозаморожену плазму або концентрат протромбінового комплексу, кріопреципітат або концентрат фібриногену, рекомбінантний VII а фактор за можливості).
5. Лікування геморагії (трансфузія еритроцитарної маси + тромбоконтрат).
6. Проведення серцево-легеневої реанімації, у разі виникнення клінічної смерті.
7. Своєчасний і адекватний хірургічний гемостаз.

Моніторинг життєво-важливих функцій повинен включати:

- вимірювання АТ кожні 15 хв.;
- ЦВТ;
- ЧСС;
- ЧД;
- пульсоксиметрія;
- ЕКГ;
- погодинний діурез та загальний аналіз сечі;
- термометрія;
- рентгенографія органів грудної порожнини;
- загальний аналіз крові, Нт; тромбоцити;
- коагулограма;
- кислотно-основний стан та гази крові;
- біохімічне дослідження крові та вміст електролітів.

Критерії ефективності інтенсивної терапії:

- усунення ознак периферичної вазоконстрикції;
- нормалізація діурезу > 30 мл/год.;
- нормалізація показників гемостазу;
- зменшення ознак дихальної недостатності (сатурація не менше 90%).

Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в акушерстві

Дисеміноване внутрішньосудинне згортання (ДВЗ) крові патологічний синдром, в основі якого лежить активація судинно-тромбоцитарного або коагуляційного гемостазу (зовнішнього або внутрішнього), внаслідок чого кров спочатку згортається у мікроциркуляторному руслі, блокує його фібрином та клітинними агрегатами, а при виснаженні потенціалу згортаючої і протизгортаючої систем, втрачає здатність до згортання, що проявляється профузною кровотечею та розвитком синдрому поліорганної недостатності.

1. Чинники ризику виникнення ДВЗ-синдрому в акушерстві:

- емболія навколоплідними водами;
- шок (геморагічний, анафілактичний, септичний);
- відшарування плаценти;
- тяжка прееклампсія;
- еклампсія;
- сепсис;
- септичний аборт;
- синдром масивної гемотрасфузії;
- трансфузія несумісної крові;
- внутрішньоутробна смерть плода;
- позаматкова вагітність;
- операція кесарів розтин;
- екстрагенітальні захворювання вагітної (вади серця, злякисні новоутворення, цукровий діабет, тяжкі захворювання нирок та печінки).

2. Класифікація ДВЗ-синдрому:

За клінічним перебігом:

- блискавичний - від 1-2 годин (наприклад, емболія амніотичною рідиною) до 1 доби (наприклад, септичний шок);
- гострий - від 1 доби до 1 тижня (наприклад, масивна крововтрата);
- підгострий – від 1 тижня до 1 місяця (сепсис, прееклампсія);

- хронічний- від 1 місяця до 1 року (злякисні новоутворення тощо).

За клінічними стадіями перебігу:

I - гіперкоагуляція;

II - гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу;

III - гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу;

IV - повне незгортання крові.

3. Діагностика

Діагностика ДВЗ - синдрому базується на аналізі та оцінці клінічної ситуації, лабораторної діагностики, оскільки вони забезпечують раннє та об'єктивне його виявлення і ефективне лікування. Оцінка стану гемостазу (визначення стадії та гостроти процесу) та урахування клінічних проявів ДВЗ синдрому необхідні для вибору тактики терапії, включаючи корекцію гемостазу.

Таблиця 12. Основні клініко-лабораторні ознаки стадій ДВЗ-синдрому

Стадії ДВЗ-синдрому	Клініко-лабораторні прояви
I - гіперкоагуляція	Кров із матки згортається на 3-й хв. і швидше Згортання венозної крові нормальне Хронометрична гіперкоагуляція Етаноловий тест (ЕТ) (+) Гіперагрегація тромбоцитів АРАСНЕ II < 20 балів ГРДС I - II стадії
II - гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу	Кров із матки згортається уповільнено більше ніж за 10 хв. Петехіальний тип кровоточивості Хронометрична гіперкоагуляція, згусток крихкий АРАСНЕ II 20 - 25 балів ГРДС II - IV стадія
III - гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу	Кров із матки не згортається Кров із вени згортається досить повільно, згусток швидко лізується Змішаний тип кровоточивості Хронометрична гіпокоагуляція АРАСНЕ II 25 - 30 балів

IV - повне незгортання крові	Тотальна геморагія Кров із матки та вени не згортається Відсутність потенціальної гіперкоагуляції Виражена хронометрична гіпокоагуляція АРАСНЕ II > 30 балів ГРДС III - IV стадія
------------------------------	--

4.Лабораторна діагностика

Таблиця 13. Лабораторні критерії стадій ДВЗ-синдрому

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

Час згортання крові за Лі-Уайтом. У конічну суху пробірку набирають 1 мл крові (краще, щоб вона витікала із голки самостійно) і визначають час згортання при температурі 37°C.

Активованій час згортання крові (АЧЗК) В нормі АЧЗК становить 2 - 2,5 хв. Тест свідчить про гіпер - або гіпокоагуляційні зрушення і застосовується для контролю проведення гепаринотерапії.

Активований частковий тромбіновий час (АЧТЧ) (норма 25 - 40с.) - визначає дефіцит факторів внутрішнього механізму згортання, таких як XII, XI, IX, VIII. При гіпокоагуляції спостерігається збільшення АЧТЧ. Скорочення АЧТЧ вказує на гіперкоагуляцію.

Тромбіновий час (ТЧ) (норма 16 - 20 с.) - характеризує швидкість переходу фібриногену у фібрин. Збільшення ТЧ обумовлено гіпофібриногенемією, підвищеним вмістом у плазмі ПДФ або присутністю прямих антикоагулянтів.

Протромбіновий час (ПЧ) (норма 11 - 12с.) Визначає активність або дефіцит факторів протромбінового комплексу (V, VII, X, II). Подовження протромбінового часу при нормальному тромбіновому часу вказує на пригнічення зовнішнього механізму згортання крові, тобто дефіцит V і II факторів.

Вміст фібриногену в плазмі (норма 2,0 - 4,5 г/л). Зниження фібриногену спостерігається при прогресуванні ДВЗ-синдрому.

Продукти деградації фібрину (норма менше 20 нг/л). Їх підвищення свідчить про прогресування внутрішньосудинного згортання і активацію фібринолізу.

Кількість тромбоцитів (норма 150 - 300 тис. $\times 10^9$ /л). Зменшення їх вмісту свідчить про виснаження тромбоцитарної ланки гемостазу і розвиток коагулопатії споживання.

5. Профілактика ДВЗ-синдрому

- Своєчасна оцінка крововтрати, адекватне відновлення ОЦК кристалоїдними і колоїдними розчинами.
- Без суворих показань не застосовують препарати, які викликають тромбоцитопенію або порушують функцію тромбоцитів (гепарин, реополіглюкин, дипіридамо́л).
- За показаннями хірургічне втручання виконують своєчасно і у повному обсязі (екстирпація матки) та в максимально короткі строки. При продовженні кровотечі - перев'язка внутрішньої клубової артерії.

6. Лікування

- Етіотропна терапія;
- Посиндромна терапія – підтримання основних параметрів гомеостазу;
- Корекція порушень гемостазу.

Основні принципи лікувальних заходів:

1. Лікування основного захворювання, що спричинило розвиток ДВЗ-синдрому (хірургічне втручання, медикаментозна та інфузійна терапія).
2. Місцева зупинка кровотечі із раньової поверхні проводиться у всіх випадках. Досягається різними методами та способами: коагуляцією, перев'язкою судин, тампонадою рани, застосуванням місцевих гемостатичних засобів.
3. Відновлення коагуляційного потенціалу крові і корекція коагулопатії споживання.
 - Свіжозаморожена плазма до 15-20 мл/кг на добу внутрішньовенно струминно за 4-6 введень. Свіжозаморожена плазма і тромбоцити показані, коли є підтверджений багатофакторний дефіцит коагуляції, асоційований з кровотечею та/або ДВЗ. Кріопреципітат або концентрат фібриногену може бути показаний, якщо рівень фібриногену плазми менше 1 г/л.
 - Тромбоконцентрат використовують у разі зниження тромбоцитів менше $50 \times 10^9/\text{л}$. Дозу тромбоконцентрату обирають у залежності від клінічної ситуації. Враховуючи швидкість переходу стадії гіперкоагуляції у стадію гіпокоагуляції, відсутності можливості чіткої лабораторної діагностики стадії ДВЗ-синдрому від рутинного застосування гепарину слід відмовитися.
4. Лікування синдрому поліорганної недостатності.
5. У крайніх невідкладних випадках (подальше прогресування гіпокоагуляції, кровотечі ($\text{Hb} < 60 \text{ г/л}$, $\text{Ht} < 0,25 \text{ л/л}$), тільки за життєвих показань у відповідності до рішення консилиуму, згоди хворої

або її родичів можливо введення теплої донорської крові у половинній дозі від обсягу крововтрати.

Контрольні запитання

1. Що таке акушерські кровотечі?
2. Допустима і патологічна кровотеча.
3. Причини кровотечі не пов'язаної з вагітністю.
4. Причини кровотеч у I триместрі вагітності.
5. Міхуровий занесок. Класифікація. Етіологія.
6. Міхуровий занеокс. Диференціальна діагностика. Лікування.
7. Шийкова вагітність. Діагностика. УЗД-ознаки.
8. Диференціальна діагностика та лікування шийкової вагітності.
9. Причини кровотеч у II триместрі вагітності.
10. Причини кровотеч у II половині вагітності та під час пологів.
11. Причини післяпологової кровотечі.
12. Допологова кровотеча, причини.
13. Передлеження плаценти, види передлежання, фактори ризику.
14. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
Класифікація.
15. Допомога при відшаруванні плаценти в II періоді пологів.
16. Причини та клінічні прояви кровотечі у послідовому періоді пологів.
17. Алгоритм надання медичної допомоги при кровотечі пов'язаній з патологічним прикріпленням або відділенням плаценти.
18. Післяпологова кровотеча, види, методи профілактики.
19. Покрокова допомога у разі післяпологової кровотечі.
20. Алгоритм надання медичної допомоги при післяпологовій кровотечі.
21. Методи хірургічного гомеостазу при післяпологовій кровотечі.
22. Показання до проведення гістеректомія.
23. Геморагічний шок. Визначення. Причини розвитку.
24. Першочергові дії при виникненні геморагічного шоку.

25. Показання до трансфузії.
26. Критерії початку та припинення ШВЛ при геморагічному шоці.
27. Емболія амніотичною рідиною. Фактори ризику. Клінічний перебіг.
Додаткові методи дослідження.
28. Емболія амніотичною рідиною. Диференціальна діагностика. Лікувальна тактика.
29. Першочергові заходи допомоги та подальша тактика лікування при емболії амніотичною рідиною.
30. ДВЗ-синдром. Чинники ризику. Класифікація.
31. Основні клініко-лабораторні ознаки стадій ДВЗ-синдрому.
32. Лабораторні критерії стадій ДВЗ-синдрому.
33. Профілактика та лікування ДВЗ-синдрому.

Тестові завдання

1. У 32-річної жінки масивна кровотеча після народження двійні через природні пологові шляхи. Послід та пологові шляхи цілі. Дно матки вище пупка, матка при пальпації м'яка. Тонус матки не змінюється після введення засобів, що скорочують матку. Яка причина кровотечі найбільш імовірна?

- А.* Атонія матки.
- В. Розрив матки.
- С. Гіпотонія матки.
- Д. Незгортання крові.
- Е. ДВЗ-синдром.

2. Вагітна в терміні 24 тижні доставлена в пологовий будинок в зв'язку з кровотечею із статевих шляхів, що з'явилась під час сну. На обліку з приводу вагітності не стояла. Болі не турбують. Кровотеча біля 300,0 мл. Попередній діагноз?

- А.* Передлежання плаценти.
- В. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- С. Розрив матки.

- D.** Кровоточива ерозія.
- E.** Розрив судин пуповини.

3. Вагітна Н., 25 років доставлена в пологове відділення з регулярною пологовою діяльністю протягом 7 годин та кров'яними виділеннями з піхви, які з'явилися пів години тому. Навколоплідні води не виливались. Вагітність 4, пологи перші, попередні 3 вагітності закінчилися штучними абортами. ЧСС плода 136 за 1 хв. При дослідженні виявлено згладжену шийку матки, розкриття маткового вічка 6-7 см, передлежить голівка, плідний міхур цілий, збоку пальпується м'яка губчата тканина. Встановлений діагноз - бокове передлежання плаценти. Тактика лікаря?

- A.*** Амніотомія.
- B.** Кесарський розтин.
- C.** Стимулювання пологів.
- D.** Акушерські щипці.
- E.** Плорурійнівна операція.

4. Роділля доставлена в клініку зі скаргами на біль в животі, короткочасну втрату свідомості. Вагітності 40 тижнів. АТ – 80/60 мм рт.ст., пульс 126 уд/хв, слабкого наповнення. Шкіра і слизові бліді. Матка напружена, відмічається випинання в правій її половині, ближче до дна матки. При пальпації болюча. Частини плоду пальпуються погано. Серцебиття плоду 160 уд/хв, глухе. Із зовнішніх статевих органів виділяється кров в незначній кількості. Пологова діяльність помірна, води не виливались. При піхвовому дослідженні розкриття шийки матки 5-6 см. Тканина плаценти не пальпується. Діагноз?

- A.** Передлежання плаценти.
- B.*** Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти.
- C.** Прееклампсія.
- D.** Розрив матки.
- E.** Кровотеча з варикозно розширених вен піхви.

Задачі

1. Породілля 28 років, вагітність шоста, пологи другі, маса новонародженого 4500,0. Послід відокремився і виділився самостійно через 7 хв. після народження плоду, цілий. Крововтрата 350 мл. Через 5 хв. кров'яні виділення підсилюються, при зовнішньому масажі матка м'яка, скорочується і знову розслаблюється, кровотеча продовжується. Ваш діагноз?

2. Вагітна 30 років звернулась в жіночу консультацію зі скаргами на появу кров'янистих виділень з піхви яскравого кольору при вагітності 32 тижні. З підозрою на передлежання плаценти її госпіталізовано в стаціонар.

Які додаткові методи дослідження необхідно провести для підтвердження діагнозу?

3. Протягом 40-ка хвилин після народження плода стан роділлі добрий: матка щільна, куляста, дно її на рівні пупка, кровотечі немає. Затискач, накладений на відтинок пуповини, знаходиться на попередньому рівні, при глибокому вдиху і при натискуванні ребром долоні над симфізом пуповина втягується в піхву. Кров'янистих виділень зі статевих шляхів немає.

Якою подальша тактика лікаря?

4. Роділля доставлена в лікарню зі скаргами на різкі болі внизу живота, які з'явилися раптово після падіння, запаморочення, кров'янисті виділення з піхви; термін вагітності – 39 тижнів. Перейми регулярні, через 5 хвилин по 40 секунд, навколоплідні води не відходили. Об'єктивно: шкіряні покрови та видимі слизові бліді, АТ 80/50 мм. рт. ст., рІ 126 уд./хв, слабкого наповнення. Матка напружена, зліва біля дна визначається вип'ячування та різка болючість цієї ділянки. Серцебиття плода – 170 уд./хв, глухе. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття маткового вічка 5,0 см, плідний міхур цілий, частини плаценти не визначаються, передлежить голівка плода над входом в малий таз. Виділення кров'янисті, згортків немає. Проба Лі-Уайта 15 хв.

Яка тактика ведення роділлі?

РОЗДІЛ VI. Вагітність та пологи при екстрагенітальних захворюваннях.

6.1. Ведення вагітності та пологів при цукровому діабеті.

Ведення вагітності у хворих на передгестаційний цукровий діабет

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

Передгестаційний діабет включає всіх пацієнток з цукровим діабетом типів 1 і 2, діагностованим до вагітності.

Епідеміологія

Частота передгестаційного діабету у вагітних дорівнює близько 1%, але має тенденцію до зростання у зв'язку з покращенням лікування діабету типу 1 і збільшенням популяційної частоти діабету типу 2. Частота вад розвитку у дітей, народжених від матерів хворих на цукровий діабет, коливається від 6 до 13%, тобто в 24 рази вища, ніж у дітей здорових матерів. Найчастіше зустрічаються наступні вади розвитку: кістково-м'язової системи — в 37%, серця та судин — в 24%, аномалії ЦНС — в 14% випадків. Вади, несумісні з життям, зустрічаються в 2,6% випадків. Більшість вад розвитку формуються до 7 тижнів вагітності внаслідок декомпенсації основного захворювання. Планування вагітності у хворих на цукровий діабет — єдиний шлях зниження ризику ускладнень для матері та плода. В цій роботі приймають участь лікарі багатьох спеціальностей (ендокринологи, офтальмологи, генетики, терапевти, акушери-гінекологи, нефрологи та ін.). До вагітності проводиться ретельна санація жінок, які прагнуть до материнства, навчання їх в "школі діабету", лікування судинних ускладнень (лазерна коагуляція та ін.).

Групи ризику по виникненню цукрового діабету:

Про схильності жінок до захворювання діабетом можна думати в наступних випадках:

- якщо обидва батьки жінки хворі на діабет,
- якщо раніше у жінки народжувалися діти з масою тіла більше 4500 г,
- якщо жінка страждає на ожиріння,
- якщо у неї були звичні викидні,
- при багатоводді,
- при глюкозурії (виявленні цукру в сечі).

Про те, що жінка страждає на цукровий діабет, частіше за все буває відомо ще до вагітності, але діабет може вперше проявитися у час виношування малюка.

У матерів із цукровим діабетом ризик мимовільного викидня збільшується в 2 рази, а ризик прееклампсії й еклампсії - в 4 рази. Ризик інфекції, багатоводдя, кесаревого розтину і післяпологових кровотеч також зростає порівняно з пацієнтками без діабету. У новонароджених від матерів з передгестаційним цукровим діабетом ризик перинатальної смерті збільшується в 5 разів, а ризик природжених аномалій розвитку - в 2-3 рази.

Найважливішим фактором, який визначає прогноз для плода при цукровому діабеті матері, є ступінь контролю за рівнем глюкози в материнській крові. Без адекватного контролю за глікемією матері перинатальна смертність при передгестаційному цукровому діабеті перевищує 30%. Але при адекватному веденні вагітності при цукровому діабеті перинатальна смертність може бути зменшена до 1%. Діти від матерів з цукровим діабетом мають збільшений ризик природжених аномалій розвитку, зокрема вад серця та синдрому каудальної регресії. При тяжкому діабеті з судинними ускладненнями зростає ризик ЗВУР і внутрішньоутробної смерті плода.

Таблиця №14. Класифікація діабету при вагітності (за Уайтом)

Група	Характеристика	Група	Характеристика
Клас А1	Гестаційний діабет, контролюється дієтою	Клас D	Початок: до 10 років
Клас А2	Гестаційний діабет, контролюється інсуліном	Клас F	Тривалість > 20 років
Клас В	Початок: до 20 років або пізніше	Клас R	Діабетична нефропатія
Клас С	Тривалість < 10 років Початок: 10-19 років Тривалість 10-19 років	Клас RF	Проліферативна ретинопатія
		Клас H	Ретинопатія і нефропатія
		Клас T	Ішемічна хвороба серця
			Попередня трансплантація нирки

Класифікація:

1. Тип:

- тип 1;
- тип 2.

2. Ступінь тяжкості:

- легкий;
- середній;
- тяжкий.

3. Стан компенсації:

- компенсація;
- субкомпенсація;
- декомпенсація.

4. Ускладнення:

4.1. Гострі:

- кетоацидотична кома;
- гіперосмолярна кома;
- лактацидемична кома;

- гіпоглікемічна кома.

4.2. Хронічні (пізні):

Мікроангіопатії:

-нефропатія;

-ретинопатія;

- мікроангіопатія нижніх кінцівок.

Макроангіопатії:

-ішемічна хвороба серця;

-ішемічна хвороба мозку;

- макроангіопатія нижніх кінцівок;

- інші.

Нейропатії.

Ураження інших органів:

- діабетична катаракта;

- гепатопатія;

- ентеропатія;

- остеоартропатія;

-інші.

Симптоми захворювання

Інсулін впливає на всі види обміну речовин. При нестачі цього гормону порушується засвоєння глюкози, збільшується її розпад, результатом чого є підвищення рівня глюкози в крові (гіперглікемія) - основна ознака цукрового діабету.

Хворі на цукровий діабет скаржаться на сухість у роті, спрагу, споживання збільшеного кількості рідини (більше 2л), рясне сечовиділення, підвищений або знижений апетит, слабкість, схуднення, свербіж шкіри, особливо в області промежини, порушення сну. У них виражена схильність до гнійничкових захворювань шкіри, фурункульозу.

Цукровий діабет протікає з ураженням багатьох органів і систем організму: страждають дрібні судини очей, нирок, шкіри, м'язів, нервової системи, шлунково-кишкового тракту.

При цукровому діабеті спостерігається ослаблення імунної системи, що, можливо, є однією з причин частих бактеріальних ускладнень.

Цукровий діабет вражає і статеві органи. У жінок відзначаються мимовільні аборти, передчасні пологи, внутрішньоутробна загибель плода.

Небезпечним ускладненням вагітності є коматозні стани. Можуть розвинути кетонемічна (інша назва - діабетична) і гіпоглікемічна коми, при яких хвора втрачає свідомість. Причинами ком можуть бути порушення дієти (надлишкове або недостатнє споживання вуглеводів) і неадекватна рівню глюкози крові доза інсуліну - завищена або недостатня.

Розрізняють 3 ступеня тяжкості цукрового діабету:

- **1 ступінь (легка)** : гіперглікемія натще менше 7,7 ммоль/л; нормалізація рівня цукру в крові може бути досягнута за допомогою однієї дієти.
- **2 ступінь (середня)** : гіперглікемія натще менше 12,7 ммоль/л; для нормалізації рівня цукру в крові недостатньо дієти, потрібне лікування інсуліном.
- **3 ступінь (важка)** : гіперглікемія натще більше 12,7 ммоль/л, виражені судинні ураження органів, є ацетон у сечі.

Вагітність протипоказана:

- при діабетичних мікрангіопатіях (ураженні дрібних судин різних органів),
- при інсулінорезистентних формах хвороби (коли лікування інсуліном НЕ допомагає),
- при захворюванні діабетом обох із подружжя (велика небезпека спадкового захворювання дитини),

- при поєднанні діабету і резус-конфлікту (стані, при якому еритроцити резус-позитивного плода руйнуються антитілами, виробленими в організмі резус-негативної матері),
- при поєднанні діабету та активного туберкульозу,
- за наявності в минулому у жінки повторних мертвонароджень або дітей, що народилися з вадами розвитку.

Діагностика.

Для діагностики цукрового діабету до вагітності необхідні лабораторні дослідження, перш за все визначення кількості цукру в крові. Діагноз "цукровий діабет" може бути поставлений при рівні глюкози в крові, взятої натще з вени, вище 7,0 ммоль/л або в крові, взятої з пальця, вище 6,1 ммоль/л. Такий рівень і називається гіперглікемією.

Підозра на наявність цукрового діабету виникає при рівні глюкози в крові натще в межах 4,8-6,0 ммоль/л. Тоді необхідне проведення більш складного глюкозотолерантного тесту - цей тест дозволяє дослідити реакцію організму на введення додаткової кількості глюкози. При початковій гіперглікемії діагноз ясний і тест проводити не потрібно. Визначати цукор у крові слід на початку вагітності, а до кінця вагітності - 2-3 рази на тиждень.

Виражений цукровий діабет порушує не тільки вуглеводний, але і ліпідний обмін. При декомпенсації цукрового діабету з'являється кетонемія (збільшення в крові кількості продуктів жирового обміну - кетонових тіл, у тому числі ацетону), і ацетон знаходять у сечі.

При стабільно нормальному рівні цукру в крові і нормалізації глюкозотолерантного тесту вважають, що цукровий діабет знаходиться в стані компенсації.

Необхідно намагатися досягти ідеальної компенсації за 3-4 місяці до вагітності:

- глікемія натще 3,35,5 ммоль/л;
- глікемія через 2 години після їжі — 5,07,8 ммоль/л;
- концентрація глікозильованого гемоглобіну < 6,5%.

Доцільно у жінок з цукровим діабетом другого типу, які отримують цукрознижуючі препарати та дієтотерапію, здійснити перехід на інсулінотерапію заздалегідь, тобто на етапі плануванні вагітності.

Спеціалізована медична допомога:

1. У першому триместрі вагітності:

- 1.1. Детально ознайомлюються з історією хвороби, спільно з ендокринологом проводиться огляд хворої, призначається комплексне обстеження: глікемія натще та після їжі, добова глюкозурія, ацетонурія, концентрація глікозильованого гемоглобіну A_{1C} ; показники функції нирок, огляд очного дна.
- 1.2. Вирішується питання щодо можливості виношування вагітності.
 - 1.2.1. Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів):
 - діабетична нефропатія IV або V стадії за Mogensen;
 - клінічні прояви діабетичної макроангіопатії (ішемічна хвороба серця, ішемічна хвороба мозку, ішемія нижніх кінцівок);
 - кома або прекоматозний стан у I триместрі;
 - концентрація глікозильованого гемоглобіну A_{1C} у I триместрі $>10\%$.
- 1.3 Хворим з цукровим діабетом типу 2 відміняються пероральні цукрознижуючі засоби і призначається людський інсулін у картриджній формі.
- 1.4 Хворих з цукровим діабетом типу 1 “переводять” з інсуліну тваринного походження на людський інсулін, проводиться корекція (зазвичай, зменшення) дози.
- 1.5 Проводиться УЗД у 10–12 тижнів.

2. У другому триместрі:

2.1. Критерії компенсації вуглеводного метаболізму:

- нормоглікемія натще (3,3–5,6 ммоль/л);
- нормоглікемія упродовж доби (до 8,0 ммоль/л);
- відсутність гіпоглікемій;
- відсутність ацидозу.

2.2. Планова госпіталізація у 22–24 тижні вагітності для корекції інсулінотерапії, виявлення ознак затримки внутрішньоутробного розвитку плода або діабетичної фетопатії, попередження багатоводдя, преєклампсії, інфекційних ускладнень.

2.3. Показання до негайної госпіталізації:

- декомпенсація вуглеводного метаболізму;
- прогресування судинних ускладнень;
- артеріальна гіпертензія;
- ниркова недостатність;
- ускладнення перебігу вагітності (загроза переривання, багатоводдя, преєклампсія);
- порушення стану плода.

2.4. Ознаки діабетичної фетопатії:

- збільшення швидкості щотижневого приросту середнього діаметра живота до 3,6 мм чи більше;
- збільшення швидкості щотижневого приросту середнього діаметра грудної клітки до 3,4 мм чи більше;
- підвищення погодинної екскреції сечі плодом до 7,6 мл чи більше.

3. У третьому триместрі:

3.1. Моніторинг стану плода в стаціонарі – УЗД кожні 2 тижні; кардіотокографія щотижня, актографія двічі на день.

3.2. Ознаки діабетичної фетопатії:

- подвійний контур голівки;
- подвійний контур тулуба;
- багатоводдя;
- макросомія (при нормальних розмірах голівки).

3.3. Ознаки гіпоксії плода:

- зниження індексу дихальних рухів (відношення часу дихальних рухів плода до загальної тривалості дослідження, %) менше 25%;

- дихальні рухи за типом “задуха”, “тикавкоподібні” рухи, періоди апное (>100 с);
- прогресивне зниження індексу рухової активності (відношення часу рухів плода до загальної тривалості дослідження, %);
- базальна брадикардія;
- ареактивний тип кардіотокограми;
- спонтанні децелерації великої амплітуди;
- подовжені децелерації;
- зменшення у динаміці кількості рухів плода на п’ять і більше щодня за даними актографії.

3.4. Оцінка зрілості легень плода проводиться за необхідності передчасного розродження або розродження хворої з поганою компенсацією діабету шляхом визначення співвідношення лецитин/сфінгомієлін, пальмітинова кислота/стеаринова кислота та наявності фосфатидилгліцерину у навколоплідних водах, отриманих трансабдомінальним амніоцентезом.

3.4.1. Критерії зрілості легень плода:

- співвідношення лецитин/сфінгомієлін 3:1;
- співвідношення пальмітинова кислота/стеаринова кислота 4,5:1;
- фосфатидилгліцерин присутній.

3.5. Профілактика респіраторного дистрес-синдрому:

- жорстка компенсація вуглеводного метаболізму у III триместрі;
- пролонгування вагітності до повних 37 тижнів чи більше;
- фосфатидилхолінові ліпосоми 10–15 мг/кг внутрішньовенно повільно або крапельно 10 днів;
- амброксол 1000 мг у 500 мл розчину натрію хлориду 0,9% внутрішньовенно крапельно (40–45 крап./хв) 5 днів.

3.6. Підготовка шийки матки за необхідності проводиться препаратами простагландину E₂ (динопростон).

Розродження.

1. Показання до планового кесаревого розтину:
 - “свіжі” крововиливи у сітківку;
 - прееклампсія середньої тяжкості чи тяжкого ступеня;
 - гіпоксія плода;
 - тазове передлежання;
 - маса плода > 4000 г.
2. Протипоказаннями до планового кесаревого розтину є діабетичний кетоацидоз, прекоматозний стан, кома.
3. Родозбудження за достатньої зрілості шийки матки починається з амніотомії і проводиться внутрішньовенним краплинним введенням окситоцину (5 ОД) або простагландину E₂ (5 мг), розчинених у 500 мл 5% глюкози.
4. Контроль глікемії під час пологів проводиться щогодини.
5. Контроль стану плода здійснюється моніторним спостереженням.
6. Знеболення пологової діяльності – епідуральна анестезія.
7. Ретельний контроль та корекція артеріального тиску.
8. Виведення голівки проводиться в інтервалі між потугами, щоб народження плечового поясу співпало з наступною потугою.
9. У разі відсутності повного розкриття шийки матки упродовж 8 годин вирішується питання про закінчення пологів шляхом кесаревого розтину.

Лікування.

1. Мета лікування цукрового діабету під час вагітності – максимально повна і стійка компенсація вуглеводного метаболізму.
2. Критерії ефективності лікування – див. п. 4.2.1.
 - За лабільного перебігу діабету припускається глікемія натще до 6,1 ммоль/л, а через годину після їжі – до 8,5 ммоль/л.
3. Дієта:
 - 3.1. Добова калорійність раціону – 30–35 ккал/кг ідеальної маси тіла.

3.2. Якісний склад добового раціону:

- білки – 25–30% калорійності;
- вуглеводи – 45–50%;
- жири – 30%.

Легкозасвоювані вуглеводи виключають.

3.3. Їжу приймають 5–6 разів з інтервалами 2–3 години.

4. Інсулінотерапія:

4.1. Середня добова доза:

I триместр 0,5–0,6 ОД/кг,

II триместр 0,7 ОД/кг,

III триместр 0,8 ОД/кг.

4.2. Режими інсулінотерапії:

4.2.1. Інтенсифікований – використовується лише інсулін короткої дії 4 – 5 разів на добу за умови обов'язкового самоконтролю вагітною глікемії індивідуальним глюкометром.

4.2.2. Базис-болусний – інсулін короткої дії (простий інсулін) вводять за 20–30 хв перед трьома основними прийомами їжі, інсулін середньої тривалості дії (напівдобовий інсулін) – перед сніданком та ввечері перед сном.

- 2/3 добової дози (базис) забезпечується пролонгованим інсуліном, 1/3 (болус) – простим.

- 2/3 базис дози вводять зранку, 1/3 – ввечері.

Базис-дозу ділять на три частини, виходячи з кількості вуглеводів, що їх вживає вагітна на сніданок, обід та вечерю. Співвідношення кількості вуглеводів та дози інсуліну (г/ОД) таке:

сніданок 5:1

обід 7:1

вечеря 7:1.

4.3. Мета інсулінотерапії під час пологів – підтримання глікемії в межах 4,5–7,5 ммоль/л.

4.4. Для корекції глікемії під час пологів або операції кесаревого розтину застосовують інсулін короткої дії (підшкірно або внутрішньовенно) та інфузією 5% або 10% глюкози.

Профілактика

Метою ведення пацієток з цукровим діабетом є освіта пацієток, контроль рівня глюкози в крові матері, уважний моніторинг стану матері та плода. Для досягнення сприятливих наслідків вагітності, зменшення материнських і перинатальних ускладнень найважливішою умовою є суворий контроль за рівнем глюкози в крові до запліднення та протягом усього гестаційного періоду.

Таблиця 15. Ускладнення цукрового діабету для матері та плода

Ускладнення для матері	Ускладнення для плода
Акушерські	Макросомія
Багатоводдя	Пологова травма
Прееклампсія	Дистоція плечиків
Невиношування вагітності	Параліч Ерба
Інфекції	Функціональна незрілість органів
Зростання частоти кесаревого розтину	Легень
Післяпологові кровотечі	Печінки
Невідкладні стани при діабеті	Нервової системи
Гіпоглікемія	Гіпофізарно-тиреоїдної системи
Кетоацидоз	Природжені вади розвитку
Діабетична кома	Серцево-судинні
Судинні та інші органні ускладнення	Дефекти нервової трубки
Серцеві	Синдром каудальної регресії
Ниркові	Декстрапозиція органів
Офтальмологічні	Подвоєння сечовода
Периферичні судинні	ЗВУР
Неврологічні	Аntenатальна смерть плода

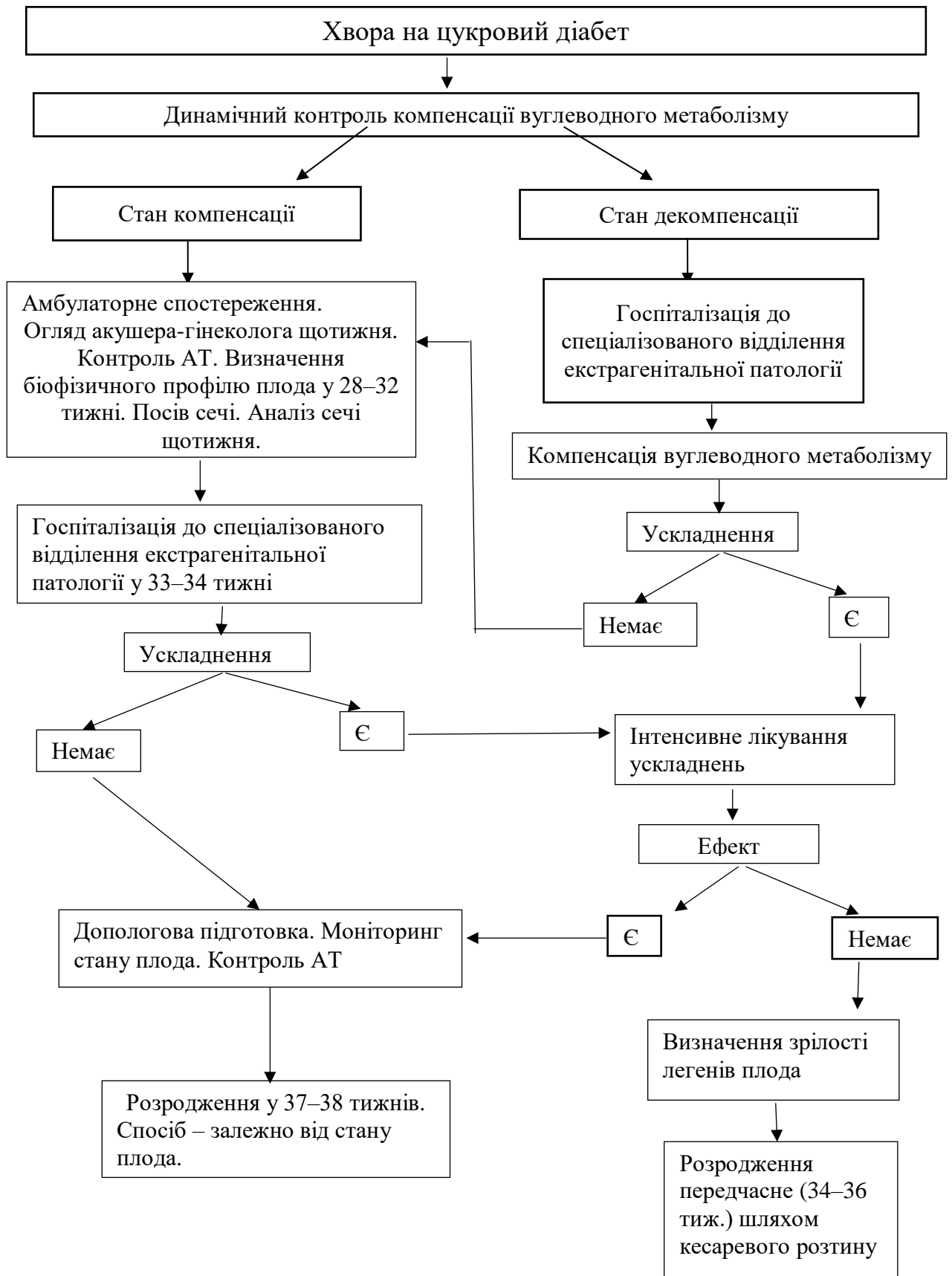
Для досягнення стану еуглікемії призначають діабетичну дієту, адекватні дози інсуліну та спеціальний режим фізичних вправ.

Пацієнтки з цукровим діабетом можуть не усвідомлювати тяжкості свого стану і необхідності суворого дотримання режиму, дієти та дози інсуліну. Бажано, щоб такі пацієнтки отримали доконцепційну консультацію щодо ускладнень вагітності при цукровому діабеті, збільшенні ризику вроджених аномалій розвитку плода при недостатньому контролі за рівнем HgbA1C. Супутні хронічні захворювання нирок при цукровому діабеті можуть перейти у стан декомпенсації під час вагітності і значно погіршують наслідки вагітності. При декомпенсації або субкомпенсації діабету пацієнткам рекомендують відкласти вагітність і запланувати її після досягнення оптимального глікемічного контролю. Всім пацієнткам із цукровим діабетом на доконцепційному етапі рекомендують щоденне вживання 4 мг фолієвої кислоти, що може зменшити ризик народження дітей з вадами нервової трубки. Американська діабетична асоціація рекомендує пацієнткам із цукровим діабетом застосовувати дієту загальною калорійністю 2200 ккал/день. Але основну увагу слід приділяти вуглеводній дієті, тому пацієнток інструктують щодо вживання не більше 30-45 г вуглеводів на сніданок, 45-60 г вуглеводів на обід і вечерю і 15 г вуглеводів на перекуси. Кількість білків і жирів пацієнтки можуть самостійно збільшувати або зменшувати залежно від необхідних калорій для підтримання або зниження маси тіла. Вагітні з цукровим діабетом повинні дотримуватися цієї дієти протягом вагітності з додатковим вживанням 300 ккал/день для потреб плода.

**АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ХВОРОЇ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ
У ІІ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ**



АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ХВОРОЇ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ У ІІІ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ



ГЕСТАЦІЙНИЙ ДІАБЕТ

Гестаційний діабет (ГД) – це порушення толерантності до глюкози будь-якого ступеня, що виникає під час вагітності і зникає після пологів. Зазвичай повна нормалізація вуглеводного метаболізму настає протягом перших 2 тижнів післяпологового періоду, але зрідка затягується до 6 тижнів. Лише після закінчення цього періоду можна з упевненістю стверджувати, що в жінки був гестаційний діабет, а не маніфестація під час вагітності цукрового діабету типу 1 чи 2. Можливо також, що порушення толерантності до глюкози мало місце й до вагітності, однак було вперше виявлене під час вагітності. У будь-якому випадку порушення вуглеводного метаболізму, що виникло чи вперше виявлене під час вагітності, має позначатися як гестаційний діабет (ГД), і лише після пологів цей діагноз може бути ретроспективно переглянутий.

Поширеність ГД у популяції вагітних, за даними різних авторів, коливається від 1,5 до 12%. Однак дуже рідко, особливо у випадках активного скринінгу цієї патології, наводяться цифри менші ніж 3%. Таку ж частоту ГД – 3% – названо Всесвітньою організацією охорони здоров'я в 1995 році.

Фізіологічні особливості вуглеводного обміну у вагітних. Енергетичні потреби плода, що розвивається, і плаценти забезпечуються в основному глюкозою матері. Глюкоза проникає крізь плаценту до плода шляхом полегшеної дифузії. У нормі глікемія у плода на 0,55-1,1 ммоль/л нижче, ніж у матері, тому глюкоза до нього надходить постійно. Материнський інсулін через плаценту не проходить, а з 10-го тижня вагітності (за деякими даними, з 8-9-го тижня) підшлункова залоза плода починає інкретувати інсулін і глюкагон. Амінокислоти, зокрема аланін, проходять крізь плаценту шляхом активного переносу. Це призводить до того, що в печінці вагітної знижується інтенсивність глюконеогенезу (через зменшення кількості субстрату). Отже, два чинники – посилене поглинання глюкози плодом і гальмування глюконеогенезу – ведуть до помірної гіпоглікемії натще.

Гіпоглікемія, зв'язане з нею зниження рівня інсуліну, а також плацентарний лактоген призводять до активації ліполізу. Власне цей процес

має пристосувальний характер, тому що через гіпоглікемію виникає потреба в альтернативних джерелах енергії. Внаслідок ліполізу утворюються вільні жирні кислоти, тригліцериди та кетонові тіла. Таким чином, для нормальної вагітності характерною є схильність до кетозу. Інша причина посилення кетогенезу – дія плацентарних гормонів на гепатоцити матері. Кетонові тіла, що утворюються, – β -оксималяна та ацетооцтова кислоти – вільно проходять крізь плаценту і використовуються печінкою і мозком плода як джерело енергії, що може мати негативні наслідки у вигляді порушення психомоторного розвитку новонародженої дитини.

Поряд з тенденцією до гіпоглікемії натще, при вагітності спостерігається більш високий рівень глікемії після їжі й уповільнена його нормалізація (повернення до вихідного). Це явище також носить адаптаційний характер і спрямоване на задоволення постійно зростаючих з терміном вагітності потреб плода. Воно зумовлене не дефіцитом інсуліну, а інсулінорезистентністю, викликаною такими причинами.

У II і III триместрах вагітності повною мірою виявляється контрінсулярна дія плацентарних гормонів – естрогенів, прогестерону, пролактину і, особливо, плацентарного лактогену, що пригнічують утилізацію глюкози тканинами матері. Постійна, легка постпрандіальна гіперглікемія, а також підвищена концентрація циркулюючих у крові вільних жирних кислот знижують чутливість рецепторів до інсуліну, що додатково сприяє інсулінорезистентності.

Певне значення має активація в II половині вагітності механізмів природного метаболізму інсуліну в нирках і поява інсулінази плаценти. Зазначимо, що наприкінці вагітності саме плацента в основному бере на себе функцію гідролізу інсуліну. Крім того, значно зростає концентрація глюкокортикоїдів, що також робить деякий внесок у формування інсулінорезистентності за вагітності.

Таким чином, неважко помітити, що під час вагітності в нормі настають зрушення обміну речовин, дуже схожі з багатьма ключовими проявами

цукрового діабету. Проте, у здорових жінок рівень глікемії підтримується досить жорстко і становить у плазмі натще менше ніж 5,0 ммоль/л, через годину після прийому їжі – менше ніж 7,8 ммоль/л.

Фактори ризику гестаційного діабету:

- гестаційний діабет в анамнезі;
- звичне невиношування вагітності;
- внутрішньоутробна смерть плода;
- народження дітей з природженими аномаліями (серця, нервової трубки, скелета);
- народження дітей з масою тіла > 4000 г в анамнезі;
- рецидивуюча преєклампсія в анамнезі;
- рецидивуюча кандидозна інфекція;
- діабет у найближчих родичів;
- наявність поліурії, полідипсії або глюкозурії;
- ожиріння (ІМТ > 27 кг/м²);
- розвиток багатоводдя і/або макросомії плода під час вагітності;
- надмірне збільшення маси тіла протягом вагітності;
- вік матері > 30 років;

Розрізняють 3 ступеня тяжкості цукрового діабету:

- 1 ступінь (легка): гіперглікемія натще менше 7,7 ммоль/л; нормалізація рівня цукру в крові може бути досягнута за допомогою однієї дієти.
- 2 ступінь (середня): гіперглікемія натще менше 12,7 ммоль/л; для нормалізації рівня цукру в крові недостатньо дієти, потрібне лікування інсуліном.
- 3 ступінь (важка): гіперглікемія натще більше 12,7 ммоль/л, виражені судинні ураження органів, є ацетон у сечі.

Ускладнення цукрового діабету, які прогресують при розвитку вагітності:

- 1) гіпоглікемічні коми
- 2) гіперглікемічні коми:
 - кетоацидотическая кома
 - гіперосмолярна кома

3) діабетична ангіопатія:

- діабетичний гломерулосклероз
- ретинопатія.

Гіпоглікемічна кома.

Відбувається різке зниження рівня глюкози в крові.

Виникає при:

- передозуванні інсуліну;
- неправильному підборі дози інсуліну;
- відсутності надходження вуглеводів в момент максимальної дії інсуліну.

Клініка:

- 1) блідість;
- 2) занепокоєння;
- 3) почуття страху;
- 4) загальна слабкість;
- 5) різке відчуття голоду;
- 6) пітливість;
- 7) тремор;
- 8) парестезії;
- 9) почастищення пульсу⁴
- 10) афазія;
- 11) судоми
- 12) помутніння свідомості
- 13) кома, яка розвивається дуже швидко.

Гіперглікемія.

Кетоацидоз.

У крові відбувається підвищення рівня глюкози, ацетону, ацетооцтової кислоти, бета-оксимасляної кислоти.

Розвивається прекома.

Клініка:

- 1) спрага;
- 2) блювання;
- 3) сонливість;
- 4) адинамія;
- 5) запах ацетону у видихуваному повітрі.

Якщо кетоацидоз не компенсує, то розвивається:

- значне зневоднення;
- втрата електролітів;
- розвивається гостра ниркова недостатність;
- гостра печінкова недостатність.

Кетоациidotическая кома.

- 1) олігоурія
- 2) м'які очні яблука
- 3) зниження тургору шкіри
- 4) сухість шкіри і слизових
- 5) зниження сухожильних рефлексів
- 6) адинамія
- 7) почастішання пульсу
- 8) зниження АТ
- 9) гучне дихання (типу Куссмауля)
- 10) втрата свідомості
- 11) кома
- 12) рідко - болі в животі.

Гіперосмолярная кома.

- 1) різке підвищення рівня глюкози
- 2) підвищена осмолярність
- 3) дегідратація
- 4) нормальний вміст кетонів у крові.

Діабетична ангіопатія.

Відбуваються генералізовані зміни в базальних мембранах дрібних судин, які містять багато мукополісахаридів.

Особливо характерне ураження ниркових клубочків.

Найчастіше при цукровому діабеті уражаються:

- 1) судини очного дна - діабетична ретинопатія;
- 2) судини нирок - діабетичний гломерулосклероз;
- 3) нервові волокна і закінчення – поліневрити.

Під час вагітності цукровий діабет протікає дуже лабільно. Характерно чергування періодів поліпшення і погіршення стану вагітної. Відзначається підвищена схильність до розвитку кетоацидозу і гіпоглікемії. Характерно, що плід краще переносить гіпоглікемію, ніж кетоацидоз, при якому є ризик внутрішньоутробної загибелі плоду.

Перебіг цукрового діабету у другій половині вагітності: лабільний, відбувається різке погіршення загального стану, з'являються діабетичні скарги: полідипсія, поліфагія, поліурія, шкірний свербіж, особливо характерна поява свербіжу в ділянці статевих органів, це пов'язано з тим, що відбувається синтез великої кількості контрінсулярних гормонів на 24 тижні вагітності.

Перебіг цукрового діабету у третьому триместрі вагітності: відбувається поліпшення загального стану, це пов'язано з тим, що відбувається поліпшення толерантності до вуглеводів за рахунок синтезу плідного інсуліну; у плода розвивається гіперінсулінізм - гіперплазія острівців Лангерганса.

Діагностика

Найкращим періодом для скринінгу діабету під час вагітності є другий триместр між 24 і 28-м тижнями гестації, але пацієнтки з наявністю 1-2 факторів ризику розвитку гестаційного діабету повинні пройти обстеження при їх першому візиті в I триместрі, а також контрольні обстеження в кожному наступному триместрі вагітності.

Існують різні методи скринінгової діагностики діабету при вагітності. Найчастіше застосовується тест із навантаженням глюкозою: прийом 50 г глюкози орально з подальшим вимірюванням рівня глюкози у плазмі крові через 1 год. Якщо рівень глюкози в плазмі крові через 1 год > 7,8 ммоль/л, тест вважається позитивним і свідчить про необхідність проведення тесту толерантності до глюкози.

Пацієнткам з позитивним тестом з навантаженням глюкозою виконують 3-годинний тест толерантності до глюкози для оцінки вуглеводного метаболізму. При гестаційному діабеті рівень глікозильованого гемоглобіну (HgbA1C) звичайно є нормальним. Тест полягає в оральному призначенні 100 мг глюкози після 8-годинного сну натщесерце після 3-4-денної спеціальної вуглеводної дієти. Рівень глюкози в крові вимірюють відразу після прийому глюкози і через 1, 2 і 3 годин після цієї дози. Якщо рівень глюкози натщесерце або 1-2 показники після навантаження глюкозою є підвищеними, виставляється діагноз гестаційного діабету.

Скринінговий тест толерантності до глюкози при вагітності:

Таблиця №16 Тригодинний тест толерантності до глюкози як критерій гестаційного діабету*

Час визначення рівня глюкози	Нормальний рівень глюкози у венозній крові, ммоль/л	Нормальний рівень глюкози у плазмі венозної крові, мг/дл
Натщесерце	4,99	5,83
Через 1 год	9,16	10,55
Через 2 год	8,05	9,16
Через 3 год	6,94	8,05

Примітка * Результати показують верхню нормальну межу рівня глюкози.

Лікування

При визначенні діагнозу гестаційного діабету вагітній призначають дієтичну дієту. Загальна калорійність раціону не повинна перевищувати 2200 ккал/день, із розрахунку 30-45 ккал/кг ідеальної маси тіла. Важливе значення має час і характер харчування. Пацієнток навчають рахувати вуглеводи і вживати 35-45 г вуглеводів на сніданок, 45-60 г вуглеводів на обід і вечерю і 15 г на перекуси. Протягом цієї дієти визначають рівень глюкози в крові 4 рази на день - натщесерце і три рази після прийому їжі. Якщо застосування дієти дозволяє контролювати рівень глюкози в крові натщесерце < 90 мг/дл (5,83 ммоль/л), через 1 год після їжі < 140 мг/дл (7,7 ммоль/л) і через 2 год після їжі < 6,66 ммоль/л, рекомендують дотримання дієти протягом усієї вагітності. Такі пацієнтки належать до класу А1 (діабет, що контролюється дієтою), згідно з класифікацією Уайта (див. табл. 17.1). Ця класифікація діабету при вагітності має прогностичне значення щодо тяжкості діабету і його впливу на перебіг вагітності та перинатальні наслідки. У 25-30 % пацієнток при дотриманні дієти спостерігається підвищення рівня глюкози, що вимагає призначення інсуліну для контролю діабету. Такі пацієнтки належать до класу А2 за класифікацією Уайта (гестаційний діабет, що контролюється призначенням інсуліну). При справжньому гестаційному діабеті рівень глюкози натщесерце зазвичай є нормальним, а підвищені лише рівні глюкози після приймання їжі. Цим пацієнткам призначають інсулін короткої дії в комбінації з інсуліном середньої тривалості дії (NPH) на сніданок і обід з інсуліном короткої дії (хумалог, хумулін, ліспро) на вечір.

Раніше застосування оральних гіпоглікемічних препаратів вважалося протипоказаним при вагітності у зв'язку з ризиком розвитку гіпоглікемії у плода. Згідно з останніми дослідженнями, ці препарати допомагають досягти адекватного контролю рівня глюкози при гестаційному діабеті без суттєвого ризику для плода. Завдяки зручностям застосування ці препарати можуть бути застосовані при вагітності (наприклад глібурид, який лише незначною мірою

проходить через плаценту), але віддалені результати їх застосування ще не визначені.

Моніторинг стану плода

Оцінку стану плода проводять за допомогою щотижневого контролю нестресового тесту (НСТ), біофізичного профілю або модифікованого біофізичного профілю з 32-го тижня гестації і продовжують до пологів. Ультразвукову фетометрію повторюють у терміні 34-37 тиж для виявлення можливої макросомії плода. Частота проведення тестів антенатальної оцінки стану плода залежить від ступеня контролю діабету.

Розродження

Інтранатальне ведення пацієток із контрольованим гестаційним діабетом при нормальній масі плода не відрізняється від такого самого у загальній популяції. Слід уникати надмірного введення глюкози, щоб не спричинити гіпоглікемію у новонародженого в ранньому неонатальному періоді.

У пацієток з гестаційним діабетом класу А2 звичайно виконують індукцію пологів при доношеній вагітності (39-40 тиж). У цих пацієток існує ризик гіпоглікемії при зниженні функції плаценти наприкінці вагітності. Тому в день пологів їм не призначають інсулін тривалої дії і проводять моніторинг рівня глюкози щогодини. Для корекції глікемії використовують декстрозу (глюкозу) та інсулінові краплі, або інсулін короткої дії.

У пацієток з недостатнім контролем за рівнем глюкози звичайно виконують індукцію пологів між 37 і 39-м тижнями вагітності після підтвердження зрілості легенів плода. У пацієток з очікуваною масою плода понад 4000 г уважно контролюють перебіг пологів, проводять профілактику дистоції плечиків плода або виконують плановий кесарів розтин. При очікуваній масі плода понад 4500 г показано оперативне розродження шляхом планового кесаревого розтину.

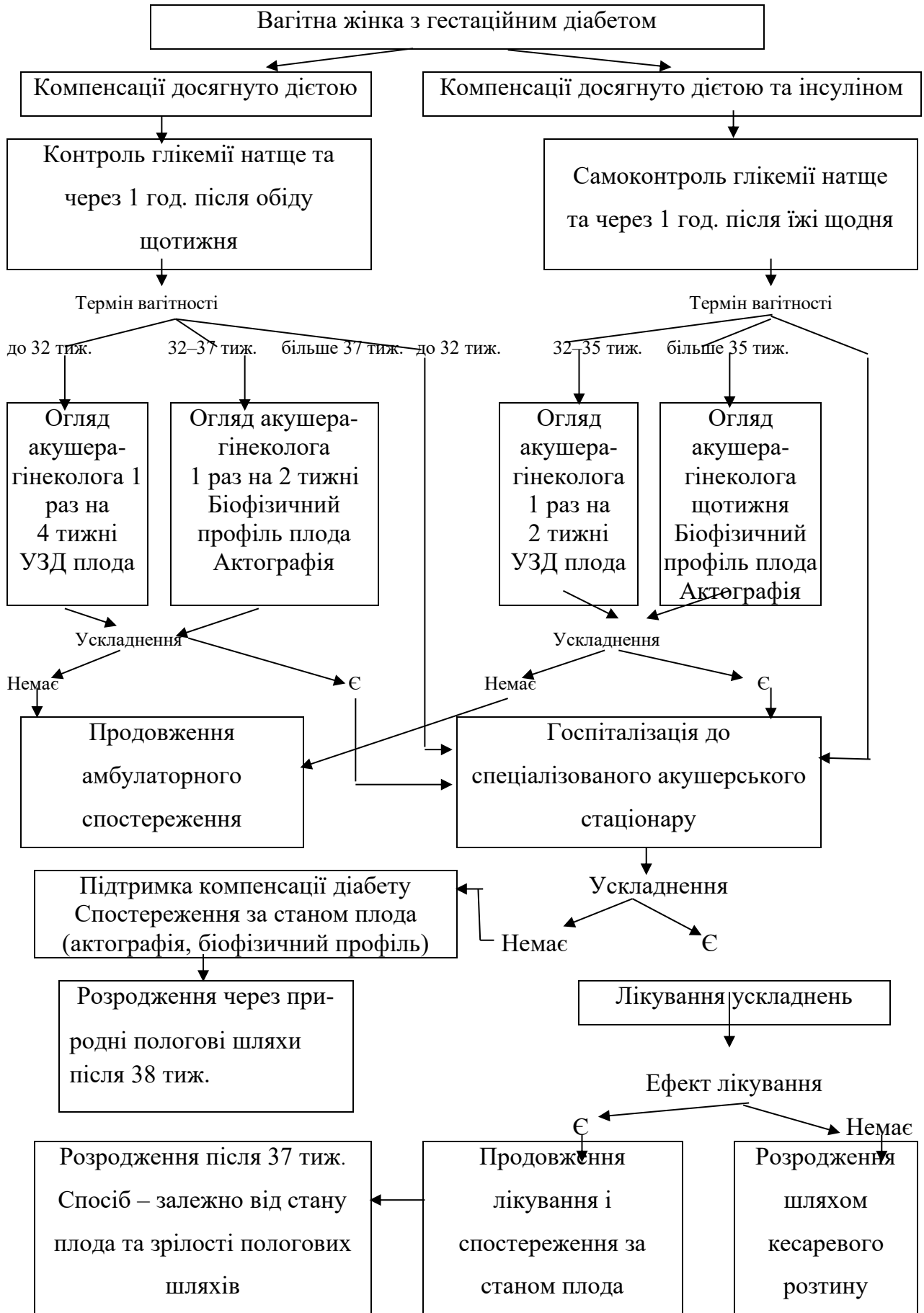
При розродженні пацієток з гестаційним діабетом акушерські щипці і вакуум-екстракцію звичайно не застосовують у зв'язку з ризиком дистоції

плечиків плода, за винятком накладання вихідних щипців при гострій гіпоксії плода. При очікуванні дистоції плечиків у пологовій залі повинні бути присутніми додатково щонайменше 1 досвідчений лікар акушер-гінеколог і 1 акушерка. Це дозволить одній акушерці виконувати натиснення над лобком, тимчасом як друга допомагатиме народженню плода.

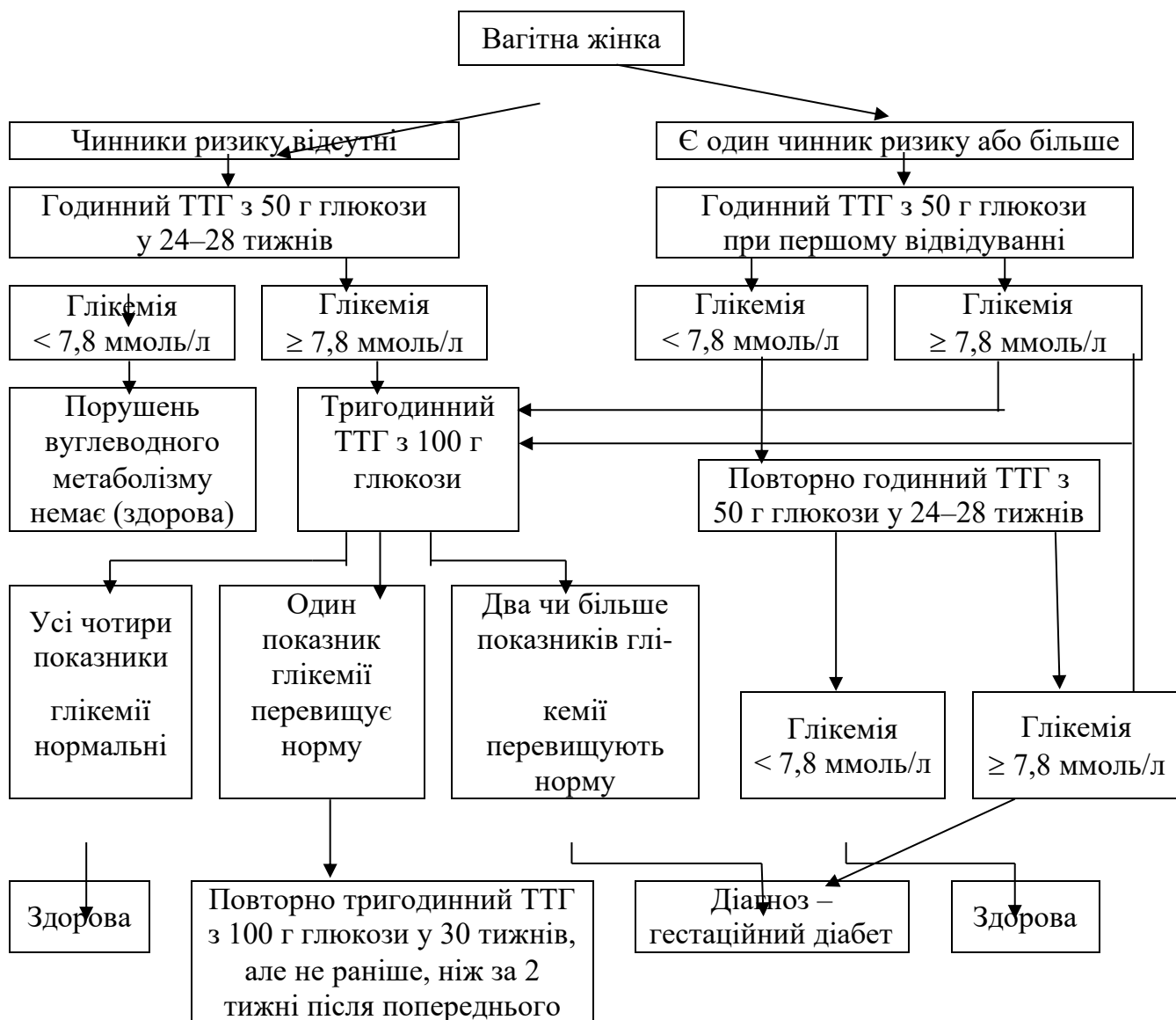
Профілактика:

- 1) Раціональний вибір часу і способу розродження
- 2) Ретельне виходжування та лікування новонародженого
- 3) Організація ендокринологічного спостереження за дітьми, народженими від хворих на цукровий діабет матерів.

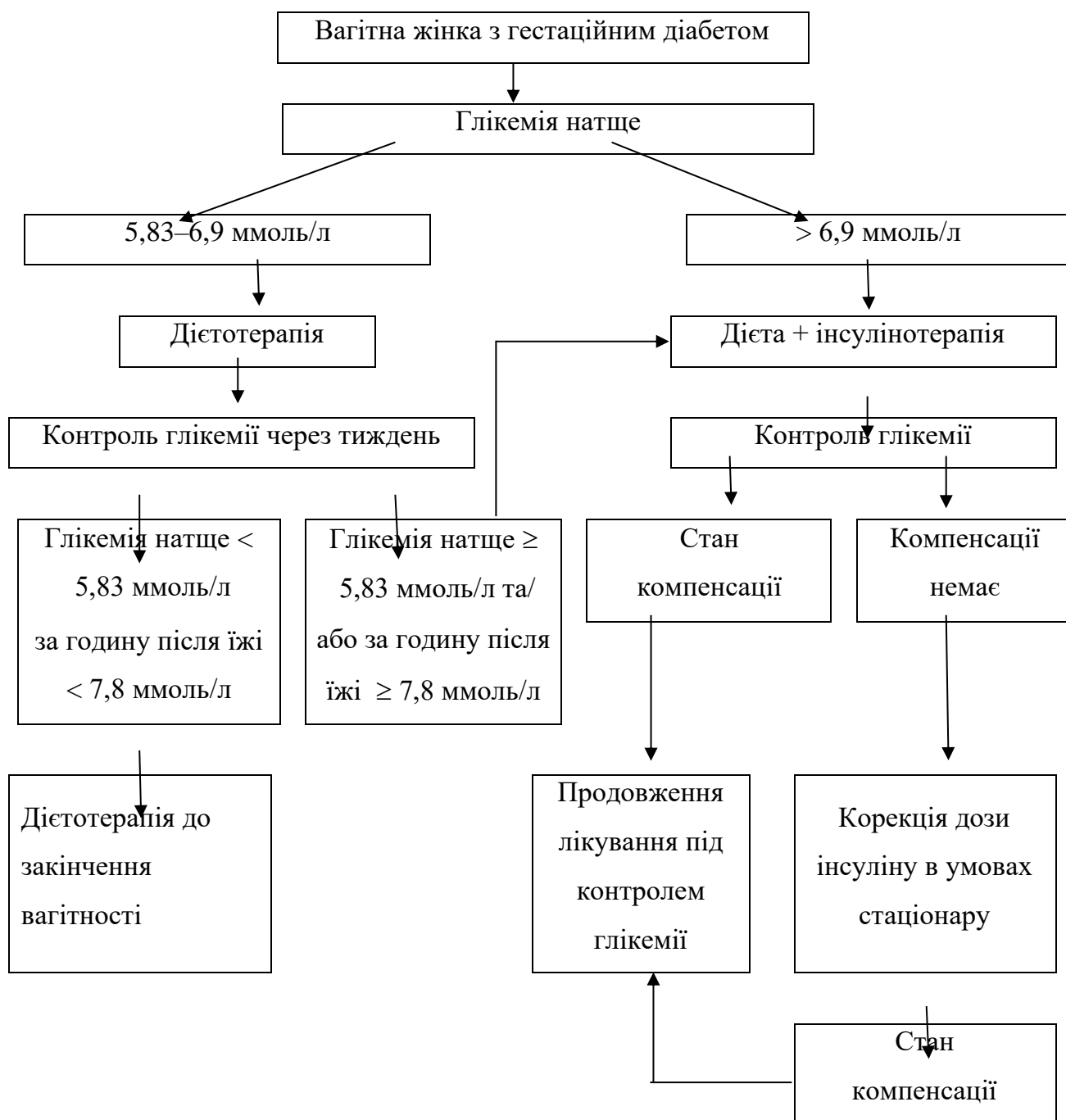
АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ХВОРОЇ НА ГЕСТАЦІЙНИЙ ДІАБЕТ



АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ГЕСТАЦІЙНОГО ДІАБЕТУ



АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ХВОРОЇ НА ГЕСТАЦІЙНИЙ ДІАБЕТ



Контрольні запитання:

1. Поясніть механізм виникнення цукрового діабету.
2. В якому разі цукровий діабет вважають гестаційним?
3. Клінічна картина цукрового діабету вагітних.
4. В яких умовах проводиться лікування цукрового діабету вагітних?
5. Методика харчування вагітної з цукровим діабетом.
6. Які симптоми цукрового діабету вагітних.
7. Головні принципи лікування вагітних з набряками.
8. На підставі чого виставляється діагноз цукрового діабету вагітних?
9. Класифікація цукрового діабету вагітних.
10. Лікування вагітних з цукровим діабетом.
11. Який ефект проявляє інсулін при лікуванні цукрового діабету вагітних?
12. Які акушерські ускладнення можуть виникнути у вагітної з цукровим діабетом?
13. Який механізм виникнення діабетичної коми?
14. Ознаки діабетичної коми.
15. В якому разі виникають діабетична кома?
16. Сучасна методика лікування вагітних з цукровим діабетом.
17. Невідкладна допомога при діабетичній комі.
18. Акушерська тактика при цукровому діабеті.
19. Принципи ведення пологів при цукровому діабеті.
20. Профілактика цукрового діабету.

Тестові завдання:

1. До жіночої консультації звернулася вагітна з супутнім цукровим діабетом. Що має очікувати та враховувати лікар при веденні такої пацієнтки?
 - A. Тенденція до розвитку гіперглікемії на ранньому етапі вагітності.
 - B. Зменшення плацентарного транспорту глюкози у результаті гіперглікемії.
 - C.* Підвищена потреба в інсуліні на пізній стадії вагітності.
 - D. Тенденція до розвитку ацидозу на ранньому етапі вагітності.

Е. Підвищена потреба в інсуліні на ранньому етапі вагітності.

2. Жінка 25 років, вагітність 10 тижнів. Хворіє на цукровий діабет 11 років. Добова доза інсуліну 84 од. Глікемія за добу 15-18 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: протеїнурія 1,65 г/л, глюкозурія. Вагінальне дослідження: матка м'яка, обмежено рухома, помітно болюча, збільшена до 10 тижнів вагітності. Яка тактика акушер-гінеколога?

А. Виношування вагітності до 34-36 тижнів

В. Переривання вагітності у терміні до 12 тижнів.

С. Переривання вагітності у терміні 27-28 тижнів.

Д. Виношування вагітності до 32 тижнів.

Е.* Термінове переривання вагітності.

3. У жіночу консультацію звернулась вагітна П. зі зкаргами на затримку менструації до 2 місяців, спрагу, загальну слабкість, погіршення зору. З анамнезу з'ясовано, що жінка з 15 років хворіє на цукровий діабет важкої форми. За заключенням окуліста порушення зору зумовлене цукровим діабетом. Мала 2 вагітності, які закінчилися мертвонародженням. Вміст цукру у крові – 15 ммоль/л при бімануальному дослідженні встановлено, що матка збільшена до 7 тижнів. Діагноз: III вагітність 7 тижнів. Цукровий діабет 1 тип, важка форма. Діабетична ретинопатія. Обтяжений акушерський анамнез. Яка тактика лікаря?

А. Захисна гормональна терапія.

В.* Показано переривання вагітності.

С. Інсулінотерапія.

Д. Пролонгування вагітності в умовах стаціонару.

Е. Корекція глікемії цукрознижуючими препаратами.

4. Вагітна 22 років звернулась в жіночу консультацію з діагнозом: перша

вагітність 10 тижнів, цукровий діабет. В анамнезі зворіє діабетом 10 років. У чоловіка також цукровий діабет. Яку тактику ведення вагітності має вибрати дільничий лікар жіночої консультації?

- A.*** Переривання вагітності до 12 тижнів.
- B.** Пролонгування вагітності.
- C.** Госпіталізація в ендокринологічний стаціонар для обстеження.
- D.** Підбір дози інсуліна сумісно з ендокринологом.
- E.** Клінічне обстеження.

5. У вагітної 24 років діагноз: « Вагітність 1 , 36 тижнів. Прееклампсія середнього ступеня тяжкості. Цукровий діабет 1 типу, середнього ступеня тяжкості, компенсований. Дистрес плода». Тактика?

- A.** Комплексна терапія гестозу протягом доби з наступним розродженням.
- B.** Інтенсивна терапія протягом декількох годин з наступним кесаревим розтином.
- C. *** Розродження шляхом кесаревого розтину в плановому порядку.
- D.** Передопераційна підготовка з ШВЛ протягом декількох годин з наступним кесаревим розтином.
- E.** Терапія гестозу, зберігаюча терапія.

6. Хвора на діабет вагітна в терміні 16-17 тижнів скаржиться на слабкість, анорексію, шум у вухах, нудоту. В аналізах глікемія 19,4 ммоль/л, кетонемія 5,2 ммоль/л. Яка стадія кетоацидозу?

- A.*** Помірна.
- B.** Субкомпесованого.
- C.** Декомпесованого.
- D.** Прекоми.
- E.** Кетоацидотичної коми.

Задачі:

1. Жінка 25 років, вагітність 10 тижнів. Хворіє на цукровий діабет 11 років. Добова доза інсуліну 84 од. Глікемія за добу 15-18 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: протеїнурія 1,65 г/л, глюкозурія. Вагінальне дослідження: матка м'яка, обмежено рухома, помітно болюча, збільшена до 10 тижнів вагітності. Яка тактика акушер-гінеколога?

2. Первістка 21 року, що страждає на цукровий діабет, надійшла до пологового будинку в терміні вагітності 26 тижнів зі скаргами на блювання, нудоту, зневоднення, гострий біль в животі. Стан важкий, свідомість порушена. АТ 90/60 мм рт.ст., температура тіла 35,8°C, пульс 108 в хв, слабкий. Знижений тонус очних яблук, зіниці звужені. Тонус матки не підвижений, серцебиття плоду ритмічне, глухе, 170-180 уд в хв. Діагноз?

3. Хвора М., 23 років поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на тягнучі болі внизу живота, мажучі кров'яністі виділення. Після обстеження поставлено діагноз: «2 вагітність 8 тижнів. Загроза переривання вагітності. Цукровий діабет тип 1. Важка форма, лабільний перебіг». Перша вагітність перервана в терміні 22 тижні в зв'язку з вадами розвитку плода. На момент знаходження в стаціонарі діабет некомпенсований. Цукор крові 17,3 ммоль/л. Тактика лікаря.

6.2 Ведення вагітності та пологів при захворюваннях серцево-судинної системи.

У вагітних можуть зустрічатися будь-які хвороби серця — від незначного пролапса мітрального клапана, який практично не впливає на перебіг та наслідки вагітності, до синдрому Ейзенменгера, за якого вкрай високим є ризик материнської смерті. Найчастішими клінічно значущими видами кардіологічної патології в акушерській практиці є:

- вроджені вади серця,
- набуті вади серця,
- кардіоміопатії,
- інфекційний ендокардит.

Вагітність у більшості випадків призводить до погіршення перебігу хвороб серця, виникнення ускладнень, яких не було до вагітності (серцева недостатність, аритмії). Кардіологічні ускладнення (аритмії, тромбоемболії, порушення мозкового кровообігу, розшарування аорти) інколи трапляються під час вагітності у раніше здорових жінок. Окрім того, вагітність може спричиняти перипартальну кардіоміопатію, що проявляється серцевою недостатністю. Іноді хвороба, що раніше перебігала приховано, вперше клінічно проявляється і відтак діагностується у вагітної.

Розповсюдженість органічних хвороб серця серед вагітних становить 10 – 20 на 1000.

Прегравідарна підготовка

Прегравідарна підготовка кардіологічної хворої включає:

- комплексне обстеження з метою встановлення причини та ступеня ураження структур серця, стадії серцевої недостатності, функціонального класу пацієнтки (за NYHA), діагностики можливих ускладнень, визначення показань до хірургічного лікування;
- радикальне хірургічне лікування основного захворювання та/або його ускладнень (за наявності показань);

- адекватне медикаментозне лікування, спрямоване на ліквідацію причини захворювання та зменшення ступеня його ускладнень;
- корекцію станів, що обтяжують перебіг кардіологічної патології (анемія, порушення системи гемостазу, тиреоїдна дисфункція тощо);
- санацію вогнищ хронічної інфекції;
- нормалізацію маси тіла;
- підвищення толерантності до фізичних навантажень.

Преконцепційне консультування має на меті інформувати хвору, яка перебуває на диспансерному обліку, щодо таких питань:

- ступінь ризику майбутньої вагітності для здоров'я та життя жінки;
- необхідність продовження медикаментозного лікування під час вагітності і можливий його негативний вплив на плід;
- ризик вродженого захворювання серця у майбутньої дитини;
- очікувана тривалість життя жінки і здатність її здійснювати догляд за дитиною.

Після проведення прекоцепційного консультування хвора і лікар спільно приймають рішення щодо **планування** вагітності та проведення відповідної підготовки чи контрацепції.

Обстеження кардіологічної хворої під час вагітності обов'язково включає:

- вивчення скарг і анамнезу хвороби;
- ЕКГ у 6 стандартних та 6 грудних відведеннях;
- трансторакальну двомірну ехокардіографію.

За спеціальними показаннями згідно з рекомендаціями кардіолога можуть також бути проведені:

- холтеровське моніторування ЕКГ;
- трансезофагальна ехокардіографія;
- доплерехокардіографія;
- рентгенографія органів грудної клітки (обов'язково з екрануванням черевної порожнини, бажано після 12 тижнів);

- черезшкірна оксиметрія.

Інвазивні та радіоізотопні методи дослідження під час вагітності застосовують лише за життєвими показаннями у випадках підготовки до кардіохірургічної операції.

Після обстеження, отримання інформації з попередньої медичної документації та уточнення діагнозу вирішується питання щодо можливості виношування вагітності.

За стабільно задовільного стану хворої спостереження проводять амбулаторно. Мета амбулаторного спостереження — профілактика та раннє виявлення кардіологічних та акушерських ускладнень перебігу вагітності, порушень стану плода.

Основні завдання амбулаторного етапу спостереження включають:

- надання у доступній формі переконливої інформації щодо повноцінного раціонального харчування, кількості уживаної рідини, режиму праці та відпочинку, адекватних дозованих фізичних навантажень;
- попередження зумовлених вагітністю станів, що провокують погіршення перебігу основного захворювання: анемії, гіпотиреозу, гіпертензії/пreeклампсії;
- виявлення та санація вогнищ інфекції;
- забезпечення планової госпіталізації у відповідні терміни і до відповідного закладу охорони здоров'я;
- раннє виявлення декомпенсації/прогресування основного захворювання, розвитку ускладнень і екстрене скерування вагітної до стаціонару;
- моніторинг стану плода;
- психофізичну підготовку до пологів.

Динамічне спостереження вагітної здійснюють, залежно від встановленого ступеня ризику, спільно акушер-гінеколог і терапевт або кардіолог. За необхідності вагітну консультиє кардіохірург.

Санаторне оздоровлення — важливий етап ведення кардіологічної хворої під час вагітності, здійснюється у спеціалізованому відділенні для вагітних.

Тривалість курсу санаторного оздоровлення — не менше 24 днів, оптимальний термін — від 16 до 32 тижнів.

Протипоказання до санаторного оздоровлення:

- IV ступінь ризику;
- декомпенсація/прогресування основного захворювання, наявність гострих ускладнень;
- загроза викидня чи передчасних пологів;
- прееклампсія;
- термін вагітності більше 36 тижнів.

Госпіталізація вагітної із захворюванням серця залежно від ступеня ризику здійснюється у плановому порядку 1–3 рази.

Планова госпіталізація:

- у I триместрі (III і IV ступені ризику) — вирішення питання переривання вагітності в умовах кваліфікованого мультидисциплінарного забезпечення (за згоди хворої);
- у 26–32 тижні (II–IV ступені ризику) — забезпечення компенсації кровообігу;
- у пізньому терміні вагітності (I–IV ступені ризику) — підготовка і проведення розродження в умовах кваліфікованого мультидисциплінарного забезпечення.

Показання до екстреної госпіталізації:

- гостра серцева недостатність;
- поява або прогресування хронічної серцевої недостатності;
- виникнення чи почастішання пароксизмів гемодинамічно значущих порушень ритму, життєзагрожуючі аритмії;
- гостра коронарна патологія;
- інфекційний ендокардит;
- тромбоемболічні ускладнення;
- легенева кровотеча;

Екстрену госпіталізацію за переліченими вище кардіологічними показаннями здійснюють:

- до 22 тижнів — до профільного (кардіологічного, ревматологічного, кардіохірургічного) стаціонару;
- у 22–36 тижнів — до спеціалізованого відділення екстрагенітальної (серцево-судинної) патології акушерського стаціонару;
- після 36 тижнів — до спеціалізованого відділення екстрагенітальної (серцево-судинної) патології акушерського стаціонару.

У стаціонарі хворій забезпечують постійне спостереження і надання допомоги акушером-гінекологом і терапевтом (кардіологом).

Медикаментозне лікування проводять за суворими показаннями посиндромно.

Показання до призначення та склад лікарських засобів визначає **кардіолог**.

Антиаритмічна терапія

Аритмії, що трапляються під час вагітності частіше, ніж поза вагітністю, нерідко не зумовлюють небезпеки для здоров'я матері та дитини, а отже не потребують лікування. Питання щодо доцільності призначення антиаритмічних препаратів або інших методів терапії вирішує кардіолог.

Лікування аритмій під час вагітності та пологів у цілому не відрізняється від такого поза вагітністю. Проте, відсоток лікувальних невдач та ризик токсичних ефектів антиаритмічних засобів у вагітних вище. Тому призначення цих медикаментів має відбуватися за суворими показаннями, а контроль під час проведення лікування має бути максимально ретельним.

Електрична кардіоверсія та дефібриляція під час вагітності не протипоказані.

Антикоагулянтна терапія

Антикоагулянтна терапія під час вагітності може проводитися у постійному режимі (штучні механічні клапани серця, див. нижче) або упродовж певного періоду (пароксизм фібриляції передсердь, що триває більше 48 год., нестабільна стенокардія, інфаркт міокарда, дилатаційна кардіоміопатія, ін.).

Антикоагулянти також застосовують профілактично перед абдомінальним розродженням у жінок з високим ризиком тромбоемболії легеневої артерії.

Безпечними для плода є стандартний гепарин та низькомолекулярні гепарини (еноксапарин, надропарин кальцію, далтепарин), що можуть застосовуватися без обмежень у будь-які терміни вагітності.

Введення гепарину слід припинити за 4 год до кесаревого розтину або з початком переймів і відновити через 6 год після пологів.

Побічні ефекти гепарину у разі тривалого застосування — тромбоцитопенія та остеопороз у матері.

Непрямі антикоагулянти (варфарин, аценокумарол, феніндіон), попри їх несприятливу дію на плід, застосовують для постійної антикоагулянтної терапії у вагітних зі штучними клапанами серця, підтримуючи міжнародне нормалізоване відношення 2,5-3,0 або протромбінний індекс 50-60%. Непрямі антикоагулянти доцільно відмінити у період від 5 до 13 тижнів вагітності та обов'язково за 2-3 тижні до очікуваного терміну пологів, призначивши нефракціонований гепарин або низькомолекулярний гепарин (НМГ).

Після пологів продовжують введення стандартного гепарину або НМГ, а починаючи з третьої доби призначають непрямий антикоагулянт. Упродовж трьох діб (3-5-а доба післяпологового періоду) одночасно вводять прямий і непрямий антикоагулянти. Досягнувши цільового рівня міжнародного нормалізованого відношення (3,0-3,5) або протромбінного індексу ($\approx 50\%$), прямий антикоагулянт відмінюють.

Хірургічне лікування хвороб серця під час вагітності застосовують у плановому (має великі переваги) або екстреному порядку.

Цілком безпечними для плода та перебігу вагітності є кардіохірургічні втручання, що виконуються без застосування штучного (екстракорпорального) кровообігу. Операції, що потребують штучного кровообігу, часто призводять до самовільного переривання вагітності/передчасних пологів або антенатальної загибелі плода.

Окрім торакотомічних операцій, під час вагітності широко застосовують малоінвазивні черезшкірні ендovasкулярні втручання (балонна дилатація, катетерна абляція тощо), імплантацію електрокардіостимулятора та інші прийоми «агресивної кардіології».

Якщо хвороба серця є операбельною, і операція не потребує штучного кровообігу, хірургічне лікування — найкраща альтернатива перериванню вагітності у пізньому терміні.

Планову операцію на серці проводять у період між 16 та 26 тижнями вагітності. Цей оптимальний термін характеризується безпечністю для плода, найменшим ризиком переривання вагітності та залишає достатньо часу для реабілітації хворої до настання пологів.

Особливі умови проведення хірургічного лікування під час вагітності:

- проведення медикаментозної профілактики довільного переривання вагітності;
- забезпечення ретельного спостереження за станом плода у післяопераційному періоді;
- організація спільного нагляду хворої кардіохірургом та акушером-гінекологом.

Показання до планової операції на серці під час вагітності:

- мітральний стеноз,
- клапанний стеноз легеневої артерії,
- стеноз устя аорти,
- коарктація аорти,
- відкрита артеріальна протока,
- констриктивний перикардит,
- порушення ритму та провідності серця.

Якщо операцію на серці проведено в оптимальні терміни, і ефект її гарний, вагітність пролонгують до фізіологічного строку родів і ведуть їх згідно з акушерською ситуацією без укорочення періоду потуг.

Екстрене кардіохірургічне втручання, що має на меті врятування життя хворої, проводять у будь-якому терміні вагітності та під час пологів.

Якщо екстрену операцію на серці виконують під час пологів, то розродження має бути проведено відразу після операції. Спосіб розродження залежить від акушерської ситуації, і за наявності умов до накладання акушерських щипців виконують цю операцію, за відсутності таких умов — кесарів розтин.

Одночасне проведення операції на серці та кесаревого розтину в плановому порядку не рекомендується. Якщо, з огляду на тяжкий стан хворої, існує високий ризик настання набряку легень або інших гострих кардіологічних ускладнень, як виключення приймається рішення про одночасне проведення кардіохірургічної та розроджувальної операцій, першим виконують кесарів розтин, потім — операцію на серці.

Розродження

Розродження вагітних групи I ступеня ризику проводять у родопомічному закладі II рівня акредитації; II ступеня — у закладі III рівня, III та IV ступенів — у спеціалізованому закладі.

Вагітні груп I та II ступенів ризику народжують у фізіологічному терміні після спонтанного початку пологової діяльності.

Хворі груп III та IV ступенів ризику нерідко потребують планової індукції пологів, аби медичну допомогу їм надавала мультидисциплінарна бригада найдосвідченіших і кваліфікованих спеціалістів. Термін розродження таких хворих визначають індивідуально залежно від характеру патології та наявності ускладнень у матері і стану плода.

Показання до дострокового розродження з боку матері:

- прогресування хронічної серцевої недостатності за неефективності медикаментозної терапії;
- прогресування коронарної патології;
- розшарування аорти;
- приєднання прееклампсії, що обтяжує перебіг основного захворювання.

Показання до дострокового розродження в інтересах плода:

- наявність ціанозу (вроджені вади серця синього типу);
- легенева гіпертензія крайнього ступеня (синдром Ейзенменгера);
- затримка внутрішньоутробного росту, незалежно від характеру основного захворювання.

В усіх випадках, коли немає акушерських або спеціальних кардіологічних показань до кесаревого розтину, пологи починають вести через природні пологові шляхи.

Роділлей групи II ступеня ризику, окрім лікар-акушера-гінеколога, спостерігає лікар-терапевт, груп III та IV ступенів — лікар-кардіолог та лікар-анестезіолог.

Упродовж усього пологового акту у хворих високого та вкрай високого ризику проводять моніторинг артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, ЕКГ; мобілізують периферичну вену.

Знеболення пологової діяльності може здійснюватися різними немедикаментозними та медикаментозними засобами у тому числі наркотичними анальгетиками.

Оптимальний спосіб знеболення пологової діяльності у кардіологічних хворих — епідуральна анестезія.

Як утеротонічний засіб використовують окситоцин. Похідні ергометрину кардіологічним хворим протипоказані.

Хворі групи I ступеня ризику народжують самостійно. Питання щодо необхідності укорочення другого періоду у хворих II ступеня ризику вирішує терапевт залежно від стану роділлі. У разі III чи IV ступеня ризику потуги обов'язково вкорочують за допомогою акушерських щипців або вакуум-екстракції.

Кардіологічними показаннями до планового кесаревого розтину є:

- аневризма аорти будь-якого генезу;
- коарктація аорти;
- значна систолічна дисфункція лівого шлуночка (фракція викиду <40%);

- констриктивний перикардит.

Рішення щодо планового розродження абдомінальним шляхом приймають також у випадках відсутності умов до вкорочення потуг (сідничне передлежання, вузький таз, ін.) у хворих III та IV ступенів ризику, а також за необхідності дострокового розродження (див. п. 8.3) у разі недостатньої зрілості шийки матки (алгоритм акушерської тактики ведення вагітності у жінок з хворобами серця).

таблиця 20 Ступені ризику вагітності при захворюваннях серця

Ризик	Ознаки захворювання	Коментарі
I ступінь Не підвищений	Серцева недостатність клінічно відсутня Функціональний клас I Нормальний тиск у легеневій артерії (< 25 мм рт.ст.) Гіпертрофії та дилатації серця немає	Вагітність не протипоказана, ймовірність ускладнень не перевищує таку в популяції. Пологи — згідно з акушерською ситуацією
II ступінь Помірно підвищений	Серцева недостатність I стадії Функціональний клас II Тиск у легеневій артерії помірно підвищений (>25 мм рт.ст., але < 50 мм рт.ст.) Початкова чи помірна гіпертрофія відділу (відділів) серця Невелика дилатація відділу (відділів) серця	Вагітність є припустимою, хоча зумовлює певний ризик погіршення стану хворої. У більшості випадків можливе природне розродження, інколи виникає необхідність укорочення періоду потуг
III ступінь Високий	Серцева недостатність IIIA стадії Функціональний клас III Активність ревматизму II–III ступеня Гемодинамічно значущі порушення ритму Легенева гіпертензія (тиск у легеневій артерії >50 мм рт.ст., проте не досягає системного) Значна гіпертрофія, перевантаження відділу	Ризик вагітності значно підвищений, перебіг її супроводжується багатьма кардіологічними та акушерськими ускладненнями. Вагітність протипоказана і має бути перервана до 12 тижнів. Питання щодо пізнього переривання вирішується у кожному випадку індивідуально. Якщо характер захворювання припускає його хірургічне лікування,

	<p>(відділів) серця</p> <p>Велика дилатація відділу (відділів) серця</p> <p>Коронарна патологія (із синдромом стенокардії чи без нього)</p> <p>Обструкція вихідного тракту шлуночка (шлуночків)</p> <p>Аневризма аорти</p> <p>Інфекційний ендокардит</p> <p>Необхідність постійної антикоагулянтної терапії</p>	<p>операція на серці є альтернативою перериванню вагітності. У пологах — планове вкорочення періоду потуг чи кесарів розтин (за показаннями)</p>
<p>IV</p> <p>ступінь</p> <p>Вкрай високий</p>	<p>Серцева недостатність ІІБ чи ІІІ стадії</p> <p>Функціональний клас IV</p> <p>Легенева гіпертензія крайнього ступеня (тиск у легеневій артерії дорівнює системному або перевищує його)</p> <p>Ціаноз</p> <p>Значна систолічна дисфункція лівого шлуночка (фракція викиду < 40%)</p> <p>Розшаровуюча аневризма аорти</p>	<p>Висока ймовірність материнської смерті. Показане переривання вагітності як у ранні, так і у пізні терміни. У пологах — планове виключення потуг чи кесарів розтин (за показаннями)</p>

таблиця 21 Основні загальні питання тактики ведення вагітних із захворюваннями серця

Ступінь ризику	Переривання вагітності		Лікарське спостереження	Планова госпіталізація	Пологи		Лактація	Виписка
	до 12 тиж.	у 13–22 тиж.			заклад	спосіб		
I	не показане	не показане	сімейний лікар або акушер-гінеколог і терапевт	у 39 тижнів	II рівня	згідно з акушерською ситуацією	не протипоказана	3–5 доба
II	не показане	не показане	акушер-гінеколог і терапевт	28–32 тиж. 37–38 тиж.	III рівня	згідно з акушерською ситуацією під спостереженням терапевта, у разі кардіологічних ускладнень — укорочення II періоду	не протипоказана	6–7 доба

III	показане	питання вирішується індивідуально залежно від динаміки стану хворої під час вагітності	акушер-гінеколог і кардіолог, кардіохірург	I триместр 28–32 тиж. 36 тиж.	спеціалізований центр	з обов'язковим укороченням II періоду, за показаннями — кесарів розтин	питання вирішується індивідуально залежно від стану хворої після пологів	8–10 доба
IV	показане	показане	акушер-гінеколог і кардіолог, кардіохірург	I триместр 26–32 тиж.	спеціалізований центр	з обов'язковим виключенням потуг, за показаннями — кесарів розтин	протипоказана	питання вирішується індивідуально, ймовірна необхідність переведення до профільного стаціонару

Контрольні запитання:

1. Які існують ступені ризику вагітності при захворюваннях серця?
2. Яке обов'язкове обстеження у вагітної з кардіологічною патологією?
3. Основні завдання амбулаторного етапу спостереження за вагітними з кардіологічною патологією.
4. Який оптимальний термін санаторного оздоровлення для вагітних з кардіологічною патологією?
5. Протипоказання до санаторного лікування для вагітних з кардіологічною патологією?
6. В які терміни вагітності проводиться планова госпіталізація вагітних з кардіологічною патологією?
7. Які показання до екстреної госпіталізації вагітних з кардіологічною патологією?
8. Особливості лікування вагітних з аритміями.
9. Особливості проведення антикоагулянтної терапії під час вагітності з наявністю кардіологічної патології.
10. У який термін вагітності проводять планові операції на серці?
11. Показання до планової операції на серці під час вагітності.
12. Показання до дострокового розродження з боку матері при наявності кардіологічної патології.
13. Які показання до дострокового розродження з боку плода при наявності кардіологічної патології у вагітної?
14. Оптимальний спосіб знеболення пологової діяльності у вагітних з кардіологічною патологією?
15. Які кардіологічні показання до планового кесаревого розтину?

Тестові завдання

1. Вперше вагітна 21 років в 15 років перенесла гостру атаку ревматизму. В 18 років було діагностовано ваду серця. Під час обстеження встановлено: вагітність 9 тижнів. Ревматизм, активна фаза. Ендоміокардит. Комбінована мітральна вада. ХНК ПБ. Яка подальша тактика лікаря?

А. Продовження вагітності на фоні оперативного лікування вади серця.

- В.** Виношування вагітності.
- С.** Продовження вагітності на фоні лікування ревматизму.
- Д.*** Лікування активної фази ревматизму з наступним перериванням вагітності.
- Е.** Переривання вагітності.

2. Вперше вагітна 24 років поступила в пологовий будинок в першому періоді своєчасних пологів. Перебіг вагітності без ускладнень. Розміри тазу: 26-28-30-20 см. Передлижить голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 136/хв. Півтора роки тому перенесла операцію на серці - мітральну комісуротомію з позитивним результатом. Яка подальша тактика ведення пологів?

- А.** З виключенням II періоду пологів.
- В.** Рання амніотомія.
- С.** Консервативне пологорозв'язання.
- Д.** Кесарський розтин.
- Е.*** Вакуум-екстракція.

3. В жіночу консультацію звернулась жінка 23 років астеничної тілобудови з ціанозом губ та носо-губного трикутника. Страждає вродженою вадою серця синього типу – тетрада Фалло. Менструації з 17 років, негулярні через 3-4 місяці. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 7 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції, склепіння вільні, додатки не визначаються. Діагноз: Вагітність 7 тижнів. Вроджена вада серця. Яка тактика лікаря?

- А.*** Переривання вагітності за медичними показаннями.
- В.** Госпіталізація в терапевтичне відділення для обстеження і вирішення питання про можливість виношування вагітності.
- С.** Госпіталізація в відділення патології вагітності ранніх термінів для збереження вагітності.
- Д.** Доношування вагітності під диспансерним наглядом лікаря жіночої консультації.

Е. Рекомендувати оперативне лікування вади серця під час вагітності.

4. Вагітна 30 років, поступила з першою вагітністю 36-37 тижнів для визначення тактики родорозрішення. В 5 річному віці проведена хірургічна корекція вродженої вади серця – дефект міжпередсердної перегородки. На даний час порушень з боку серцево-судинної системи не виявлено. Вкажіть тактику родорозрішення.

А. Кесарський розтин в терміні пологів.

В.* Родорозрішення через природні пологові шляхи в терміні пологів.

С. Кесарський розтин із стерилізацією.

Д. Пологи через природні пологові шляхи з виключенням потужного періоду.

Е. Термінове родорозрішення.

5. У першовагітної жінки 25 років з мітральним стенозом у 32 тижні вагітності з'явилися ознаки серцевої недостатності. Після проведеного курсу терапії в стаціонарі, явного поліпшення стану вагітної не відбулося. Яка тактика?

А.* Дострокове розродження.

В. Оперативне втручання на серці.

С. Дослідження на ревматизм.

Д. Зберігати вагітність та кардіальна терапія.

Е. Призначити естрогенний фон.

Задачі

1. В жіночу консультацію звернулась молода жінка з приводу вагітності 4-5 тижнів. Вагітність бажана. З анамнезу встановлено, що в дитинстві перенесла ревматизм, має комбіновану мітральну ваду серця з перевагою недостатності мітрального клапану. В які терміни вагітності потребує стаціонарне лікування?

2. Вагітна В., 26 років, хворіє на ревматизм з дитинства. Діагностована вада серця. Вагітність перша, термін – 10 тижнів. Із настанням вагітності стан здоров'я погіршився: посилилась задишка, з'явилися набряки на ногах. Об'єктивно: Пульс 86 за 1 хв., ціаноз губ, аускультативно систоло-діастолічний шум на верхівці серця, печінка виступає з-під реберної дуги на 4 см. Який найбільш вірогідний діагноз?

3. Першовагітна 24 років хворіє ревматизмом. При огляді спільноно із терапевтом встановлено діагноз: вагітність 8 тижнів, ревматизм активна фаза, мітральна хвороба з переважанням стенозу лівого атріовентрикулярного отвору, недостатність кровообігу ІІБ ст. Яка тактика ведення вагітної?

4. Першовагітна 26 років поступила у відділення патології вагітних із терміном вагітності 32 тижні, скаргами на серцебиття, загальну слабкість, задуху. Стоїть на диспансерному обліку з дитинства з приводу ревматизму, мітрального стенозу. Об'єктивно: на нижніх кінцівках набряки, АТ – 140/90 мм рт.ст., дефіцит пульсу. Аускультативно: систолічний шум над верхівкою, хлопаючий І тон, акцент ІІ тона над легневим стовбуром. ЕКГ – пароксизм миготливої аритмії, тахісистолічна форма. Який з симптомів обумовлений суто серцевою недостатністю?

6.3. Ведення вагітності та пологів при захворюваннях нирок

Серед екстрагенітальної патології у вагітних захворювання нирок і сечовивідних шляхів займають друге місце після хвороб серцево-судинної системи і становлять небезпеку, як для матері, так і для плода.

Захворювання нирок, під час вагітності, привертає увагу внаслідок порушення уродинаміки, обумовленого зміною топографоанатомічного співвідношення через збільшення розмірів матки, вплив прогестерону на рецептори сечовивідних шляхів. Спостерігається гіпотонія і розширення чашково-мискової системи і сечоводів (ємність мисок разом з сечоводами замість 3-4 мл до вагітності досягає в другій її половині 20-40, а іноді і 70 мл). Крім того, матка в другій половині вагітності відхиляється вправо (ротіруючи в цю ж сторону) і тим самим створює більший тиск на ділянку правої нирки, чим можна, судячи з усього, пояснити велику частоту правостороннього ураження сечовивідної системи. Зниження тонусу і амплітуди скорочень сечоводу починається після III місяця вагітності і досягає максимуму до VIII місяця. Відновлення тонусу починається з останнього місяця вагітності і триває протягом III місяців післяпологового періоду. Зниження тонусу верхніх сечових шляхів і застій сечі в них при вагітності веде до того, що в нирковій мисці підвищується тиск - це має значення у розвитку пієлонефриту. Цьому сприяє:

- ослаблення зв'язкового апарату нирок, що сприяє патологічній рухливості нирок;
- збільшення частоти міхурово-сечовідного рефлюксу;
- збільшення секреції естрогену і прогестерону, глюкокортикоїдів, гормонів плаценти-хоріогонічний гонадотропін і хоріонічний соматомаммотропін.

Інфекція проникає в сечові шляхи висхідним, низхідним – лімфогенним та гематогенним шляхом. Збудники - кишкова паличка, грамнегативні ектеробактерії, синьогнійна паличка, протей, ентерокок, золотистий стафілакок, стрептокок, гриби типу Candida.

Слід зазначити, що часто зустрічаються клінічні форми – пієлонефриту,

гідронефрозу, безсимптомної бактеріоурії. Рідше - гломерулонефрит, туберкульоз нирок, сечокам'яна хвороба, аномалії розвитку сечовивідних шляхів.

Пієлонефрит

Пієлонефрит - це найбільш часте захворювання при вагітності (від 6 до 12%), при якому страждає концентраційна здатність нирок. Пієлонефрит має негативний вплив на перебіг вагітності і стан плода. Найбільш часте ускладнення - пізній гестоз, невиношування вагітності, внутрішньоутробне інфікування плода. Грізними ускладненнями є гостра ниркова недостатність, септицемія, септикопіємія, бактеріальний шок. Найчастіше пієлонефрит виявляють у терміні вагітності - 12-15 тижнів, 24-29 тижнів, 32-34 тижнів, 39-40 тижнів, в післяпологовому періоді на 2-5 і 10-12 добу. Пієлонефрит у вагітних може виникнути вперше, або проявитися (загостритися), якщо жінка хворіла ним до вагітності. Вагітні, хворі на пієлонефрит, повинні бути госпіталізовані при кожному загостренні захворювання, при появі ознак пізнього гестозу, погіршенні стану плода.

Збудниками пієлонефриту є грамнегативні мікроорганізми кишкової групи, синьогнійна паличка, протей, гриби типу кандиди, стафілококи. Інфекція поширюється гематогенним шляхом з вогнища запалення - глоткових мигдалин, зубів, геніталій, жовчного міхура. Можливий і висхідний шлях - з уретри і сечового міхура.

Класифікація

Розрізняють:

- гострий,
- хронічний ,
- латентно протікаючий;
- гестаційний пієлонефрит.

Клініка

Гострий пієлонефрит у вагітних та породіль проявляється наступними ознаками: раптовий початок захворювання, температура (39-40°C), болі в ділянці нирок, загальне нездужання, головний біль, озноб, що змінюються профузним потом, адинамія, біль у всьому тілі, інтоксикація. Посилення болю в попереку пояснюють переходом запального процесу на капсулу нирки і навколо ниркову клітковину. Біль - по ходу сечоводу, розлад сечовипускання, вимушене положення на боці з приведеними нижніми кінцівками. Симптом Пастернацького позитивний. Набряки - не характерні, діурез - достатній, АТ - нормальний. В осаді сечі - лейкоцити, еритроцити, різні циліндри і клітини епітелію. Поява циліндрів свідчить про ураження паренхіми нирок. Дослідження сечі по Нечипоренко - в нормі співвідношення лейкоцитів і еритроцитів 2: 1 (в 1 мл сечі 4000 лейкоцитів і 2000 еритроцитів (вказана норма для вагітних)). При пієлонефриті кількість лейкоцитів у сечі може бути нормальною, а в аналізах по Нечипоренко спостерігають лейкоцитурію. Бактеріурія - важливий симптом при пієлонефриті. У сечі за Зимницьким - зменшення відносної щільності і порушення співвідношення денного та нічного діурезу в бік останнього, що говорить про зниження концентраційної здатності нирок. Гемограма вагітних, які страждають на пієлонефрит, - лейкоцитоз, збільшення паличкоядерних форм, зменшення гемоглобіну. Біохімія крові - зміна загальної кількості білка і білкових фракцій за рахунок зменшення альбумінів.

Хронічний пієлонефрит - поза загостренням бувають тупі болі в попереку, в сечі невелика кількість білка, злегка збільшена кількість лейкоцитів. Під час вагітності може загострюватися, іноді двічі, тричі. При кожному загостренні жінка повинна бути госпіталізована.

Важливо знати 3 ступеня ризику вагітності та пологів у хворих з пієлонефритом:

- до 1 ступеня відносять хворих з неускладненим пієлонефритом, які виникли під час вагітності;

- до 2 ступеня - хворих на хронічний пієлонефрит, існуючим до вагітності;
- до 3 ступеня - жінки з пієлонефритом і гіпертензією або анемією, пієлонефритом єдиної нирки.

Хворим 1 і 2 ступеня ризику можна дозволити пролонгувати вагітність з постійним динамічним наглядом у терапевта, нефролога. Хворим з третім ступенем ризику вагітність протипоказана.

Диференційний діагноз - з гострим апендицитом, гострим холециститом, нирковою та печінковою колікою, загальними інфекційними захворюваннями. Утруднення представляє диференційний діагноз з нефропатією, гіпертонічною хворобою. Виражена протеїнурія, зміни на очному дні - ангіоретинопатія, нейроретинопатія, крововиливи і набряк сітківки вказують за приєднання гестозу.

Лікування

Лікування пієлонефриту вагітних та породіль проводять за загальними принципами терапії запального процесу нирок під контролем посіву сечі і чутливості до антибіотиків. У комплекс лікувальних заходів входить наступне: призначення повноцінної вітамінізованої дієти, колінно-ліктьового положення на 10-15 хвилин кілька разів на день і сон на здоровому боці, діатермія навколо ниркової ділянки, пиття мінеральних вод (Єсентуки № 20). Антибіотики 8-10 днів. Дезінтоксикаційна терапія. Спазмолітики - баралгін 5 мл в / м, авісан по 0,05.. 3 рази на день; супрастин або димедрол по 1 табл. 1 раз в день, сечогінні засоби - збір трав мучниці, нирковий чай.

Якщо терапія не дає результатів, роблять катетеризацію сечоводів. Розродження проводять через природні пологові шляхи. Кесарів розтин в умовах інфікованого організму вкрай небажаний і його виконують за суворо акушерськими показаннями. У 10% випадків виконують дострокове розродження, коли пієлонефрит поєднується з важким гестозом і при відсутності ефекту від проведеної терапії. У післяпологовому періоді лікування пієлонефриту продовжують протягом 10 днів. Жінку виписують з пологового будинку під спостереження уролога.

Гломерулонефрит

Гломерулонефрит вагітних - від 0,1% до 9%. Це інфекційно-алергічне захворювання, що призводить до імунокомплексного ураження клубочків нирок. Збудник - гемолітичний стрептокок. Найчастіше це захворювання виникає після ангіни, грипу.

Клініка

Болі в попереку, головні болі, зниження працездатності, прискорене сечовипускання. Основний симптом при вагітності - набряки на обличчі під очима, на нижніх кінцівках, передній черевній стінці. Підвищення артеріального тиску, ретіноангіопатія. У сечі - білок, еритроцити, лейкоцити, циліндри. В аналізах сечі по Нечипоренко кількість еритроцитів переважає над кількістю лейкоцитів. При тяжкому перебігу - збільшення креатиніну, сечовини, залишкового азоту. Анемія.

Диференційний діагноз - із серцево-судинними захворюваннями, пієлонефритом, пізнім гестозом. Гломерулонефрит не є абсолютним показанням для переривання вагітності. Однак треба пам'ятати, що прогноз для матері та плода може бути дуже серйозним. Рано розвивається пізній гестоз і протікає дуже важко. У 11% жінок спостерігають мимовільні викидні, у 29% - передчасні пологи. Можливі такі ускладнення, як енцефалопатія, серцева, ниркова недостатність, які можуть призвести до загибелі жінки, внутрішньоутробної гіпотрофії плода, аж до його антенатальної загибелі. Велика загибель недоношених дітей після пологів. Можливі кровотечі під час вагітності, в пологах і післяпологовому періоді, так як розвивається тромбоцитопенія, зміни в коагуляційному ланцюзі, характерні для 1 фази ДВС. В подальшому може бути важка гіпокоагуляція за типом 2-ї і навіть 3-ї фази синдрому ДВС.

У ранні терміни вагітності необхідно виконати обстеження і вирішення питання про можливість збереження вагітності. Гострий гломерулонефрит є показанням до переривання вагітності. Після перенесеного гострого гломерулонефриту вагітність можлива не раніше ніж через 3-5 років.

Хронічний гломерулонефрит в стадії загострення з вираженою гіпертензією та азотемією є протипоказанням для пролонгації вагітності.

Ведення і лікування жінок з гломерулонефрит проводять спільно акушер-гінеколог і нефролог. Крім первинної госпіталізації в ранні терміни вагітності, показано стаціонарне лікування в будь-які її терміни при погіршенні загального стану, ознаках загрози переривання вагітності, пізнього гестозу, дистресу та гіпотрофії плода.

У терміні 36-37 тижнів необхідна планова госпіталізація у відділення патології вагітних для підготовки до пологів і вибору методу розродження. Показанням для дострокового розродження вважають загострення хронічного гломерулонефриту, що супроводжується порушенням функції нирок (зменшення добового діурезу, клубочкової фільтрації, ниркового кровотоку, порушення білкового обміну, наростання азотемії, підвищення артеріального тиску, приєднання важких форм пізнього гестозу, відсутність ефекту від проведеного лікування). Призначають підготовку пологових шляхів і загальноприйнятні схеми родовозбуждення. II період пологів ведуть в залежності від цифр АТ, стану плода (керована гіпотонія, акушерські щипці, перінеотомія). Кесарів розтин у вагітних з гломерулонефритом роблять рідко, в основному, по акушерським показаннями. У післяпологовому періоді при погіршенні стану породіллю переводять у спеціалізований стаціонар, надалі вона перебуває під наглядом терапевта або нефролога.

Лікування

Лікування гострого гломерулонефриту починають з антибіотиків, використовують гіпотензивні засоби в поєднанні з сечогінними. При гіпертонічній формі гломерулонефриту використовують периферичні вазодилататори, гангліоблокатори, засоби, що зменшують навантаження на серце. Діадинамічний струми, гальванізація комірцевої зони, УЗ на ділянку нирок в імпульсному режимі; в/в білкові препарати: альбумін - 20% - 75-100 мл, вітаміни, десенсибілізуючі засоби. При гострій нирковій недостатності слід вдаватися, насамперед, до катетеризації сечоводів з діагностичною та лікувальною метою.

Сечокам'яна хвороба (СКХ)

Дана патологія зустрічається у 0,1-0,2% вагітних та породіль. У розвитку СКХ відіграють роль: зміна фосфорно-кальцієвого обміну, порушення обміну сечової і щавлевої кислоти, розширення сечоводів і мисок, зниження їх тону, утруднення відтоку і підвищення концентрації сечі - все це сприяє утворенню каменів. Велика роль належить інфекції.

Хронічний пієлонефрит ускладнюється сечокам'яною хворобою у 85% вагітних, у 80% до сечокам'яної хвороби приєднується пієлонефрит. Зміни уродинаміки і гіпертрофія сечоводів призводять до просування каменів, тому перебіг сечокам'яної хвороби при вагітності погіршується. Нерідко захворювання вперше виявляють під час вагітності.

Клініка

Клініка характеризується класичної тріадою - біль, гематурія, відходження конкрементів. Напад виникає раптово - біль у попереку з іррадіацією в пахові ділянці, статеві губи, в ногу, епігастрій. Хворі намагаються знайти зручне положення - колінно-ліктьове, на боці. У вагітних - частіше виникає правобічна коліка. Симптом Пастернацького позитивний. Аналіз крові в нормі, в аналізах сечі - еритроцити, лейкоцити, кристали солей. Приступ призводить до загрози переривання вагітності, передчасних пологів. У деяких випадках доводиться проводити дострокове розродження, якщо напад не вдається лікувати.

Діагностика

Діагностика СКХ при вагітності складна. Рентгенологічне дослідження в першій половині вагітності - неприйнятно, у другій - небажано, ось тому важливо розпізнати цю хворобу до вагітності. Допускають застосування радіоізотопної ренографії, хромоцистоскопії, катетеризації сечоводів або мисок, ультразвукове сканування, тепlobачення.

Лікування

Оперативне лікування СКХ в плановому порядку у вагітних не проводять. Екстрено оперують жінок з наявністю ниркової коліки, що довго не

припиняється, наявністю анурії, атаки гострого пієлонефриту і, коли шляхом катетеризації мисок, не вдалося відновити відтік сечі.

З метою припинення нападу ниркової коліки застосовують такі медикаментозні засоби: 2% розчин промедолу 1,0 в / м, 50% розчин анальгіну 2,0 мл в/м, баралгін 5 мл, 2% розчин папаверину, 2% розчин но-шпи 2 мл, 1% розчин димедролу. Призначення дієти, що перешкоджає утворенню каменів.

Вади розвитку нирок і вагітність

Клінічні форми аномалій: дістопія нирок, подвоєна нирка, аплазія однієї нирки, підковоподібна нирка. У всіх вагітних, які страждають пороком розвитку матки, необхідно обстежити сечовидільну систему для виявлення можливих аномалій розвитку нирок. Встановлення діагнозу не представляє великого утруднення завдяки в/в урографії. Питання про ведення вагітності вирішують залежно від виду аномалії нирок і ступеня збереження їх функції.

Найнесприятливішою формою аномалії вважають полікістозну нирку. Вона буває вкрай рідко, але, при ній, як правило, порушена функція, тому питання про збереження вагітності повинні вирішувати індивідуально з урахуванням ступеня порушення функції нирок.

При аплазії однієї нирки повинна бути добре обстежена функція другої нирки. Якщо вона повністю збережена, вагітність можна залишити. Така ж тактика повинна бути при встановленні у вагітної підковоподібної або подвоєної нирки. При дистопічній нирці ведення вагітності та пологів залежить від її локалізації. Якщо вона розташована вище безіменної лінії, тобто в області великого таза, цілком припустимі самостійні пологи природним шляхом. Якщо нирка розташована в малому тазу, то вона може стати перешкодою для нормального перебігу пологів, або в процесі пологів піддатися травмі. Тому завчасно вирішують питання про ведення вагітності та пологів.

Безсимптомна бактеріурія

Спостерігається у вагітних жінок за даними різних авторів від 10 до 45%. Це такий стан, коли значна кількість вірулентних мікроорганізмів знаходять в сечі жінки без будь-яких клінічних симптомів інфекції сечових шляхів. До

безсимптомної бактеріурії відносять ті випадки, коли виявляють 100 000 або більше бактерій в 1 мл сечі, взятої з допомогою катетера. Найбільш часто - це кишкова паличка, клебсієла, ентеробактерії, протей. Вагітні з безсимптомною бактеріурією повинні бути ретельно обстежені на предмет виявлення латентно протікаючих захворювань сечової системи. На тлі безсимптомної бактеріурії приблизно у 25% розвивається гострий пієлонефрит, тому необхідно таким вагітним проводити своєчасне лікування.

Контрольні запитання:

- 1. Актуальність теми.*
- 2. Етіологія.*
- 3. Патогенез.*
- 4. Пієлонефрит. Клініка, діагностика, класифікація, тактика.*
- 5. Гломерулонефрит. Клініка, діагностика, класифікація, тактика.*
- 6. Сечокам'яна хвороба. Клініка, діагностика.*
- 7. Вади розвитку нирок та вагітність.*
- 8. Безсимптомна бактеріурія.*
- 9. Ускладнення вагітності при захворюваннях нирок.*
- 10. Тактика ведення вагітності при захворюванні нирок.*

Тестові завдання

1. Вагітна 39 тижнів скаржиться на болі в правій поперековій ділянці ниючого характеру, підвищення температури тіла до 38⁰С, загальну слабкість. За даними УЗД - розширення порожнистої системи правої нирки. В загальному аналізі сечі - лейкоцити на все поле зору, бактерії ++. Яка подальша тактика лікаря?

А. Встановлення катетера-стента.

В. Консервативне лікування (антибактеріальна та дезінтоксикаційна терапія).

С. Колінно-ліктьове положення.

Д. Оперативне втручання та нефректомія.

Е. Пункційна нефротомія.

2. У вагітної жінки, термін вагітності 24 тижні, діагностовано пієлонефрит. Які антибактеріальні переперти показані при пієлонефриті вагітних?

А. Пеніцилін і його напівсинтетичні похідні.

В. Тетрацикліни.

С. Фторхінолони.

Д. Аміноглікозиди.

Е. Сульфаніламід.

3. Першовагітна 40 років, 38-39 тижнів, вага плода 4200, ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода. На тлі гострого пієлонефриту і катетеризації сечоводів пасаж сечі недостатній, скарги на посилення головного болю, нудоту, блювоту, болі в крижах, що посилюються при диханні та іррадіюють в пахову ділянку, статеві губи. Тактика лікаря.

А. Нефротомія, екстраперітонеальний кесарів розтин.

В. Нефротомія, пологи через природні пологові шляхи.

С. Лікування пієлонефриту, пологи через природні пологові шляхи.

Д. Інтраперітонеальний кесарів розтин, лікування пієлонефриту.

Е. Кесарів розтин.

4. Вагітна в терміні 20 тижнів доставлена у відділення патології вагітних зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5°C, біль у попереку зліва, дизуричні розлади. В анамнезі захворювань нирок не було. Симптом Пастернацького позитивний зліва. В загальному аналізі сечі – білок 0,066 г/л, лейкоцити покривають все поле зору. Який найбільш ймовірний діагноз?

А. Пієлонефрит вагітних.

В. Загострення хронічного пієлонефриту.

С. Сечо-кам'яна хвороба.

Д. Прееклампсія.

Е. Загроза переривання вагітності.

5. Вагітна Д., 24 років звернулась в жіночу консультацію для обліку з 1-ю

вагітністю в терміні 11-12 тижнів. Ця вагітність планована. Соматичний анамнез обтяжений хронічним пієлонефритом єдиної нирки. При поглибленому обстеженні залишковий азот крові 2,8 ммоль/л, сечовина 3,86 ммоль/л, сечова кислота 0,165 ммоль/л, креатинін 0,010 ммоль/л, натрій 132 ммоль/л, калій 4,2 ммоль/л, в сечі – залишковий азот не виявлений, сечовина 26 г/добу, сечова кислота – 9 г/добу, креатинін 2 г/добу. Яка подальша тактика ведення цієї вагітності?

- А. Штучно перервати вагітність негайно.
- В. Штучно перервати вагітність при загостренні хронічного пієлонефриту.
- С. Штучно перервати вагітність при розвитку акушерських ускладнень.
- Д. Штучно перервати вагітність при розвитку гострої ниркової недостатності.
- Е. Пролонгувати вагітність до терміну пологів.

6. У вагітної М., 20 років в терміні вагітності 21-22 тижні при УЗД обстеженні виявлено гідронефроз обох нирок. При біохімічному дослідженні крові виявлено наростання сечовини і креатинину. Чим може ускладнитись подальший перебіг вагітності?

- А. Нирковою недостатністю.
- В. Печінковою недостатністю.
- С. Пізнім гестозом.
- Д. Гострим пієлонефритом.
- Е. Нирковою колікою.

Задачі

1. У вагітної В., 25 років, з оперованою ниркою термін вагітності 19-20 тижнів. Виявлено ознаки ниркової недостатності: креатинін до 280 ммоль/л, сечовина до 12,8 ммоль/л. Яка подальша тактика ведення вагітності?

2. У вагітної В., 19 років у терміні вагітності 28 тижнів виявлено: наростання гіпертензії, зниження діурезу, азотемію. При УЗД обстеженні діагностовано полікістоз нирок. При біохімічному дослідженні крові креатинин 290 ммоль/л, сечовина 10,8 ммоль/л. Яке ускладнення виникло у вагітної? Яка тактика ведення вагітної?

3. У вагітної Д, 28 тиж., через 2 тижні після ангіни з'явився головний біль, болі в попереку, набряки, підвищення t до $37,8^{\circ}\text{C}$, незначна задуха. Об-но: набряки ніг і обличчя, більш виражені зранку; АТ 140/90 мм рт.ст, с-м Пастернацького позитивний з обох боків; аналіз сечі L- 2-3 в п/з, Е- 10-15 в п/з, білок-4 г/л, гіалінові циліндри. Найбільш ймовірний діагноз? Тактика?

4. В жіночу консультацію звернулась вагітна в терміні 18 тижнів із скаргами на дизуричні прояви: біль та кров'янисті виділення під час сечовиділення. Після обстеження аналіз сечі за Нечипоренко – норма, за Зимницьким – норма, загальний аналіз сечі: лейкоцити – 20-30 в п/з, еритроцити – 5-10 в п/з. Яку патологію можна запідозрити? Що робити?

6.4 АНЕМІЯ ВАГІТНИХ

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

Частота анемії у вагітних досягає 80%. Анемії у вагітних поділяються на дві основні групи:

1. Анемії, що виникли під час вагітності, або внаслідок вагітності (гіпохромна або залізодефіцитна або мегалобластична).
2. Анемії, що існували ще до вагітності (апластична або гіпопластична, гемолітична тощо) .

Анемія вагітних – анемія, яка розвивається під час вагітності (переважно II-III триместрі) в наслідок незадовільнення підвищеної потреби організму матері і плоду у субстанціях, необхідних для кровотворення.

Класифікація

1. За етіологією (ВООЗ, 1992)

Анемії, пов'язані з харчуванням:

- залізодефіцитна;
- В₁₂-дефіцитна;
- фолієводефіцитна;
- інші, пов'язані з харчуванням.

Гемолітичні анемії:

- внаслідок ферментних порушень;
- таласемія;
- серпоподібні порушення;
- інші спадкові гемолітичні анемії;
- набута гемолітична анемія.

Апластичні анемії:

- набута чиста червоноклітинна аплазія (еритробластопенія);
- інші апластичні анемії;
- гостра постгеморагічна анемія.

Анемії при хронічних хворобах:

- новоутвореннях;
- інших хронічних хворобах;
- *Інші анемії.*

Таблиця № 19. *За ступенем тяжкості** (ВООЗ, 1991)

Ступінь тяжкості	Концентрація гемоглобіну (г/л)	Гематокрит (%)
Легкий	109–90	37–31
Середній	89–70	30–24
Тяжкий	69–40	23–13
Дуже тяжкий	<40	<13

*Наведені критерії тяжкості анемії рекомендовані виключно для вагітних жінок.

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

Залізодефіцитна анемія (ЗДА)

За оцінкою ВООЗ залізодефіцитна анемія – найбільш розповсюджене захворювання в світі. ЗДА реєструється більш як у 51% жінок дітородного віку, що пов'язано з щомісячними крововтратами та вагітностями.

Під час вагітності депо заліза в організмі жінки (феритин, гемосидерин) достатньо швидко виснажується – приблизно до початку II триместру вагітності. Залізо інтенсивно використовується на ріст плода, формування матково-плацентарного комплексу, збільшення маси еритроцитів вагітної.

В I триместрі джерелом заліза для вагітної є переважно депо (всмоктування заліза в кишківнику в цей період змінюється мало). На початку II триместру депо спустошується. В подальшому забезпечення залізом вагітної, потреби якої суттєво зростають, відбувається тільки за рахунок кишківника, а інтенсивність всмоктування у вагітної збільшується до 10 разів. Далі настають пологи, під час яких має місце крововтрата, а також наступна лактація, яка знову підвищує потреби у залізі і відновлюються щомісячні менструальні

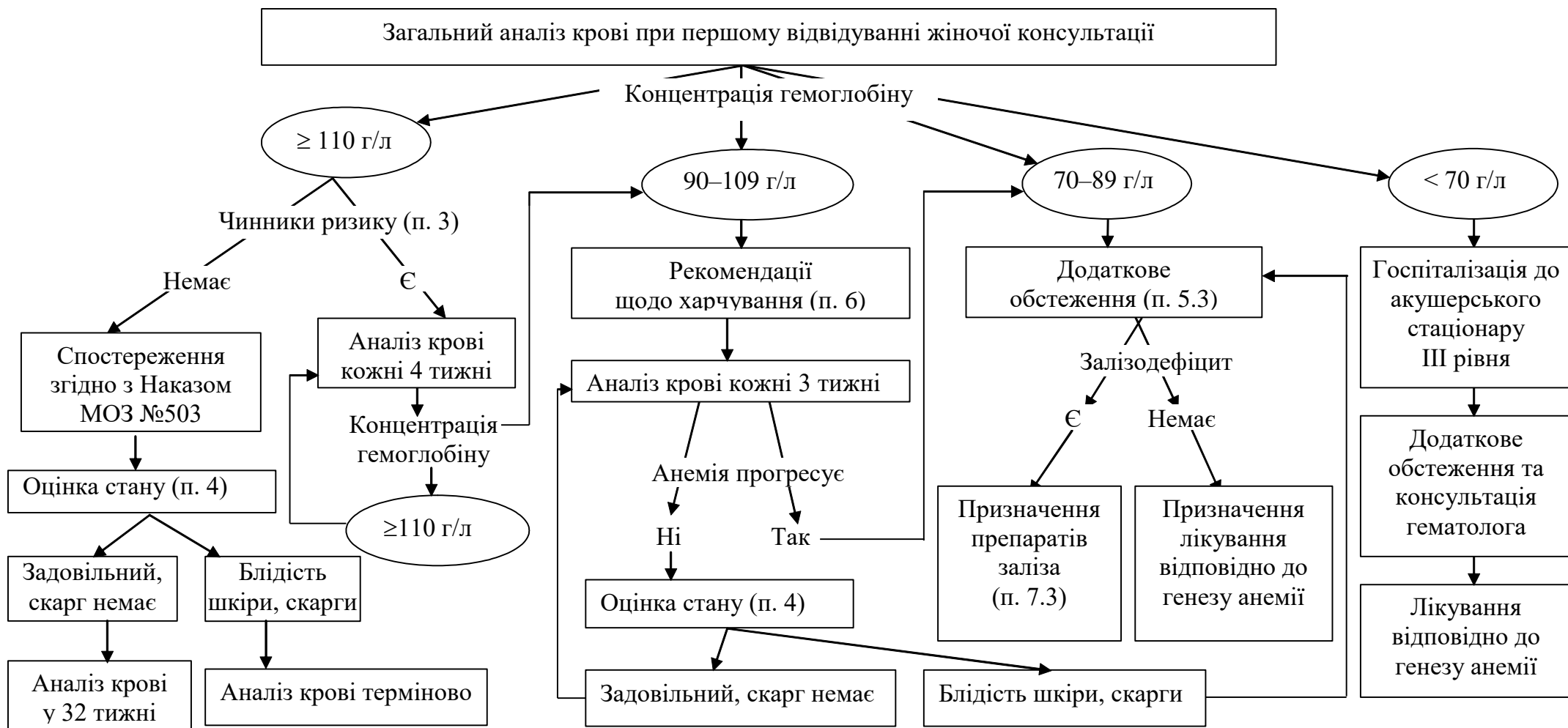
крововтрати. Таким чином, практично всі жінки під час вагітності і грудного вигодовування стикаються з дефіцитом заліза.

Чинники ризику:

- недостатнє або неповноцінне харчування;
- гіперполіменорея;
- інтервал після попередніх пологів менше 2 років;
- багатоплідна вагітність;
- четверо чи більше пологів у минулому;
- кровотечі під час вагітності (маткові, носові, з травного тракту, гематурія тощо), геморагічні діатези;
- хвороби з порушенням всмоктування заліза (стан після гастректомії або субтотальної резекції шлунка, стан після резекції значної частини тонкого кишечника, синдром мальабсорбції, хронічний ентерит, амілоїдоз кишечника), постійний прийом антацидних препаратів;
- Хвороби з перерозподілом заліза (системні захворювання сполучної тканини, гнійно-септичні стани, хронічні інфекції, туберкульоз, злоякісні пухлини). Паразитарні та глистяні інвазії.

А Л Г О Р И Т М

профілактики та лікування ЗДА у вагітних



Клінічні прояви.

Ознаки анемічної гіпоксії (власне анемічний синдром):

- блідість шкіри та слизових оболонок;
- тахікардія;
- скарги на загальну слабкість, запаморочення, болі у ділянці серця тощо;
- задуха при фізичних навантаженнях.

Ознаки дефіциту заліза (сидеропенічний синдром):

- втомлюваність;
- погіршення пам'яті;
- спотворення смаку;
- випадіння, ламкість волосся;
- ламкість нігтів;
- "заїди";
- блакитні склери (зрідка, за тяжкої анемії);
- сухість шкіри;
- гіпо- чи антацидність.

Діагностика.

З'ясування генезу анемії.

Зниження концентрації гемоглобіну не є доказом залізодефіциту, тому проводять додаткове обстеження. Лабораторними ознаками залізодефіциту є:

- мікроцитоз еритроцитів (зазвичай у поєднанні з анізо- та поїкілоцитозом);
- гіпохромія еритроцитів (колірний показник $<0,86$);
- зниження середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті (<27 пг);
- зниження середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті ($<33\%$);
- зниження середнього об'єму еритроцитів (<80 мкм³);
- зниження сироваткового заліза ($<12,5$ мкмоль/л);
- зменшення концентрації феритину сироватки (<15 мкг/л);
- підвищення загальної залізо зв'язувальної здатності сироватки (>85 мкмоль/л);

- зниження насичення трансферину залізом (<15%);
- підвищення вмісту протопорфіринів у еритроцитах (<90 мкмоль/л).

Найбільш інформативними показниками є: визначення рівня гемоглобіну, кількості еритроцитів, показник гематокриту капілярної крові, рівня сироваточного ферітину, відсотка гіпохромних еритроцитів, колірного показника та виявлення мікроцитозу у мазку крові (найпростіші та найдоступніші методи)

Рекомендації щодо харчування.

Основним джерелом заліза для вагітної жінки є м'ясо. З метою поліпшення всмоктування заліза до раціону харчування корисно включати фрукти, ягоди, зелені овочі, соки та морси, мед (темні сорти). Вживання м'яса та продуктів, які сприяють найповнішому всмоктуванню заліза з нього, слід розділити за часом з чаєм, кавою, консервованими продуктами, зерновими, молоком та молочними продуктами, які містять сполуки, що пригнічують абсорбцію заліза. У разі наявності анемії рекомендовані відвари або настої плодів шипшини, бузини, чорної смородини, листя суниці, череди, кропиви.

Лікування.

Основою лікування ЗДА є призначення препаратів заліза, але легкий ступень анемії можна ліквідувати шляхом збалансованого та раціонального харчування, застосуванням полівітамінів (елевіт, прегнавіт тощо)

Показання до призначення препаратів заліза під час вагітності – середній, тяжкий та дуже тяжкий ступені анемії.

Принципи феротерапії.

- Усунути, за можливості, причину залізодефіциту (кровотечі шлункові, кишкові, носові, із статевих шляхів, гематурію, порушення згортувальної системи крові тощо).
- Препарати заліза незалежно від ступеня тяжкості анемії, призначати per os.
- Пероральні препарати заліза поділяються на іонні та неіонні. Серед іонних препаратів перевагу слід віддавати тим, що містять двовалентне залізо, біодоступність якого значно вища, ніж тривалентного.

- Лікувальна добова доза елементарного заліза при пероральному застосуванні має складати 2 мг/кг маси тіла (у середньому 100-200 мг/добу).
- Застосовувати препарати з високим вмістом заліза (1-2 таблетки відповідають добовій потребі) і сповільненим його вивільненням (ретардні форми, slow release), що дозволяє стабільніше підтримувати достатню концентрацію заліза сироватки та зменшити кількість гастроінтестинальних побічних ефектів .
- Доцільно застосовувати комбіновані препарати, додаткові компоненти яких:
 - перешкоджають окисленню двовалентного заліза у тривалентне (аскорбінова, янтарна, щавлева кислоти);
 - сприяють всмоктуванню заліза в кишківнику (амінокислоти, поліпептиди, фруктоза);
 - попереджають подразнювальну дію іонів заліза на слизову оболонку травного тракту (мукопротеаза);
 - зменшують прооксидантну дію двовалентного заліза в організмі (аскорбінова кислота, інші антиоксиданти);
 - підтримують щіткову облямівку слизової оболонки тонкого кишківнику в активному стані (фолієва кислота).

Протипоказання до прийому препаратів заліза per os:

- непереносимість заліза (постійна нудота, блювання, діарея);
- стан після резекції тонкого кишківнику;
- ентерит;
- синдром мальабсорбції;
- загострення виразкової хвороби, неспецифічного виразкового коліту або хвороби Крона.

За наявності протипоказань до прийому заліза per os призначають парентеральні препарати, які містять тривалентне залізо. У разі парентерального застосування добова доза заліза елементарного не повинна перевищувати 100 мг.

При проведенні феротерапії, особливо парентеральними препаратами, слід ретельно стежити за можливими побічними ефектами залізомістких засобів.

Побічні ефекти пероральних препаратів заліза:

- нудота;
- біль в епігастральній ділянці;
- діарея;
- закріп;
- нетяжкі алергічні реакції (шкірні висипи тощо).

Побічні дії парентеральних препаратів заліза:

- артеріальна гіпотензія;
- артралгія;
- збільшення лімфатичних вузлів;
- лихоманка;
- головний біль;
- запаморочення;
- інфільтрати на місці ін'єкцій;
- анафілактоїдні реакції, анафілактичний шок.

ПРЕПАРАТИ ЗАЛІЗА

Таблиця № 20 І. Для перорального застосування

Торгова назва	Лікарська форма	Вміст заліза елементарного (мг)	Пролонговані	Аскорб. кислота	Амінокислоти/поліпептиди	Фолієва кислота
Іонні						
<i>Заліза сульфат (Fe²⁺)</i>						
Актиферин	Капс.	34,5	–	–	+	–
	Краплі	95/10 мл				
	Сироп	34/10 мл				
	Р-н	9,8/мл				
Сорбіфер Дурулес	Табл.	100	+	+	–	–
Тардиферон	Табл.	80	+	+	+	–
Гіно-Тардиферон	Табл.	80	+	+	+	+
Фенотек	Капс.	45	–	+	+	–
Фероплект	Табл.	10	–	+	–	–
Ферофол	Табл.	30	–	+	–	+
Ферроградумет	Табл.	105	+	–	–	–
Ферроплекс	Драже	10	–	+	–	–
<i>Заліза глюконат (Fe²⁺)</i>						
Мегаферин	Табл. шипучі	80				

Плюс залізо + С	Табл. шипучі	35	-	+	+	-
Тотема	Р-н	50/10 мл	-	-	-	-
Ферронал	Табл.	300				
<i>Заліза хлорид (Fe^{2+})</i>						
Гемофер	Р-н	45 мг/мл	-	-	-	-
<i>Заліза фумарат (Fe^{2+})</i>						
Вітафер	Капс.	?	-	+	-	+
Глобірон-Н	Капс.	100	-	-	-	+
Ранферон-12	Капс.	100	-	+	-	+
	Еліксир	41/5 мл				
Хемсі	Капс.	65	-	-	-	+
Хеферол	Капс.	100	-	-	-	-
<i>Заліза сахарат (Fe^{3+})</i>						
Залізне вино	Р-н	40/10 мл	-	+	-	-
<i>Заліза аспарагінат (Fe^{3+})</i>						
Феррамін-Віта	Табл.	60	-	-	-	+
Неіонні						
<i>Гідроксидно-карбоксиметилцелюлозний комплекс (Fe^{3+})</i>						
Феростат	Табл.	28	-	-	-	-
<i>Гідроксидно-полімальтозний комплекс (Fe^{3+})</i>						
Біофер	Табл. жув.	100	-	-	-	+
Глобірон	Сироп	50/5 мл	-	-	-	-
Мальтофер	Краплі	50/мл	-	-	-	-
	Сироп	10/мл				
	Табл. жув.	100				

Мальтофер Фол	Табл. жув.	100	–	–	–	+
Ферролек-Здоров'я	Амп.	50 (2 мл)	–	–	–	–
Феррум Лек	Сироп Табл. жув.	10/мл 100	–	–	–	–

II. Для парентерального застосування

Торгова назва	Склад	Лікарська форма	Вміст заліза (мг/мл)
Венофер	Комплекс гідроксиду заліза з сахарозою	Амп. 5 мл	20
Мальтофер	Комплекс гідроксиду заліза з мальтозою	Амп. 2 мл	50
Ферролек-плюс	Комплекс гідроксиду заліза та низькомолекулярного декстрану	Амп. 2 мл	50

- У випадках резистентної до монотерапії залізом ЗДА додатково призначають людський рекомбінантний еритропоетин (В).
- Якщо у пізньому терміні вагітності (≥ 37 тижнів) має місце тяжка симптомна анемія розглядається питання щодо трансфузії еритроцитарної маси або відмитих еритроцитів.

Тактика ведення вагітності та пологів.

ЗДА не впливає на тактику ведення вагітності та пологів.

Упродовж останнього десятиліття на підставі результатів контрольованих клінічних досліджень, принципу доказової медицини, переглянуто ставлення до попередження та лікування ЗДА у вагітних, клінічного значення цієї патології.

Додаткове призначення заліза вагітним жінкам веде до підвищенні рівня феритину та сироваткового заліза, зниження частоти анемії у пізні терміни вагітності, але не впливає на перебіг вагітності та пологів, стан плода і

новонародженого (не змінюється частота преекламписії, кровотеч під час вагітності та після пологів, передчасних пологів, інфекційно-запальних ускладнень у матері; не змінюються частота народження дітей з низькою масою, мертвонароджень, неонатальної захворюваності й смертності).

На сьогодні не доведено шкідливість рутинного додаткового прийому заліза вагітними, які мають повноцінне харчування, проте відсутність істотної користі є безсумнівною.

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

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

Фолієводефіцитна анемія

1. Преконцепційна підготовка.

1.1. Повноцінне харчування з достатнім вмістом зелених овочів.

1.2. Призначення жінці, що планує вагітність, фолієву кислоту 0,4 мг/добу у другій половині кожного менструального циклу.

1. Чинники ризику.

1. Гемоліз будь-якого генезу.

2. Багатопліддя.

3. Постійний прийом протисудомних препаратів.

4. Стан після резекції значної частини тонкого кишківника.

2. Профілактика:

1. Додатковий прийом фолієвої кислоти по 0,4 мг/добу показаний усім вагітним, починаючи з самих ранніх термінів.

2. Вживання достатньої кількості фруктів та овочів, багатих на фолієву кислоту (шпинат, спаржа, салат, брокколі, капуста, картопля, помаранчі, диня тощо) у сирому вигляді (оскільки під час термічної обробки більша частина фолатів втрачається).
3. Прийом великої дози фолієвої кислоти (3-5 мг/добу), упродовж усієї вагітності якщо жінка постійно приймає антиконвульсанти або інші антифолієві засоби (сульфасалазин, тріамтерен, зидовудин, ін.).

3. Діагностика.

1. Виявлення макроцитів, анізо- та пойкилоцитозу у мазку крові.
2. Встановлення дефіциту фолієвої кислоти в еритроцитах.

4. Лікування.

Призначення фолієвої кислоти 1-5 мг/добу.

- Потреба у фолієвій кислоті від самого початку вагітності зростає у 2,5-3 рази і сягає 0,6-0,8 мг/добу.
- Додатковий прийом фолієвої кислоти під час вагітності зменшує частоту дефіциту фолатів та анемії, але не впливає на перебіг вагітності, пологів, стан плода і новонароджених.
- Додатковий прийом фолієвої кислоти жінками у прекоцепційному періоді та у I триместрі вагітності веде до зниження частоти вроджених вад розвитку ЦНС у 3,5 рази у порівнянні з загальнопопуляційною (А). Прийом фолієвої кислоти, розпочатий після 7 тижнів вагітності не впливає на частоту дефектів невральної трубки.

Інші види анемії

В₁₂-дефіцитна анемія

1. **Причина** – недостатність синтезу внутрішнього фактору Касла, необхідного для всмоктування вітаміну В₁₂ (це спостерігається після резекції або видалення шлунку, при автоімунному гастриті); порушенням процесів всмоктування у клубовій кишці (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, гельмінтози, стан після резекції клубової кишки); недостатнім вмістом вітаміну В₁₂ у їжі (відмова від тваринних продуктів). В₁₂-дефіцитна анемія є

макроцитарною, гіперхромною і супроводжується неврологічною симптоматикою.

2. Діагностика базується на визначенні вмісту вітаміну В₁₂ (знижується до 50 пг/мл і нижче) за наявності в крові гіперхромних макроцитів.

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

Таласемія

1. Спадково обумовлена (аутосомно-рецесивний тип) кількісна недостатність синтезу α - або β -ланцюга молекули гемоглобіну. В Україні зустрічається надзвичайно рідко.

2. У разі легкої форми α -таласемії вагітність перебігає без ускладнень, лікування не проводять. Тяжкі форми вимагають призначення препаратів заліза per os, нерідко трансфузії еритроцитарної маси.

3. Особлива форма α -таласемії, що розвивається за умови мутації усіх чотирьох α -глобінних генів, майже завжди призводить до водянки плода і зрештою до його внутрішньоматкової загибелі. Ця форма також асоціюється з частим розвитком прееклампсії.

4. Якщо α -таласемія супроводжується спленомегалією, розродження проводять шляхом кесаревого розтину, в усіх інших випадках – через природні статеві шляхи.

5. Легкі форми β -таласемії зазвичай не перешкоджають виношуванню вагітності. Остання перебігає без ускладнень. Лікування передбачає призначення фолієвої кислоти, інколи виникає необхідність у трансфузії еритроцитарної маси. Хворі з тяжкою β -таласемією не доживають до дитородного віку.

Гемолітичні анемії

1. Зумовлені посиленням руйнуванням еритроцитів, яке не компенсується активацією еритропоезу. До них відносяться серпоподібноклітинна анемія, що є проявом спадково обумовленої структурної аномалії β -ланцюга молекули гемоглобіну; спадковий мікросфероцитоз – аномалія структурного білка мембран еритроцитів - спектрину; анемії, обумовлені вродженими

ферментативними порушеннями, найчастіше недостатністю глюкозо-6-фосфатдегідрогенази еритроцитів.

2. Вагітні з гемолітичними анеміями в усіх випадках потребують кваліфікованого ведення спеціалістом гематологом. Рішення щодо можливості виношування вагітності, характеру лікування, терміну і способу розродження вирішує гематолог.

3. Призначення препаратів заліза протипоказане.

Апластична анемія

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

Контрольні питання:

1. *Які види анемії найбільш частіше зустрічаються у вагітних жінок?*
2. *Чинники ризику анемії у вагітних.*
3. *Який об'єм обстеження застосовується для виявлення анемії вагітних?*
4. *Висвітлити алгоритм профілактики та лікування анемії під час вагітності.*
5. *Складіть схему лікування залізодефіцитної анемії у вагітної.*
6. *Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями кровотворних органів?*

Тестові завдання

1. Вагітна, 23 років, поступила до відділення патології вагітних в терміні 32 тижні зі скаргами на слабкість, запаморочення, головний біль, постійну сонливість, мерехтіння перед очима, стомленість. В анамнезі:

хронічний гастрит і гепатохолецистит. Об'єктивно: шкіряні покрови і слизові оболонки бліді, Ps – 86 уд/хв, ритмічний, слабого наповнення. АТ – 110/70 мм рт.ст. Положення плода повздовжнє, передлегла голівка, серцебиття плода 138 уд/хв. Аналіз крові: Нв – 90 г/л, еритроцитів- $3,1 \cdot 10^{12}/л$, кольоровий показник – 0,8. Яке ускладнення виникло під час вагітності?

- А.*Гіпохромная анемія.
- В.Гестоз.
- С.Порушення функції печінки.
- Д.Порушення системи гемостазу.
- Е. Загроза передчасних пологів.

2. Вагітна, 25 тижнів вагітності впродовж останніх 2-х місяців відмічає слабкість, підвищену ламкість волосся і нігтів; при лабораторному дослідженні крові: еритроцити – $2,8 \cdot 10^9/л$, Нв – 88 г/л, ШОЕ – 20 мм/г.

Призначте лікування

- А.* Препарати, що містять залізо.
- В. Переливання еритроцитарної маси.
- С. Вітамінотерапія.
- Д. Лікувальне харчування.
- Е. Імуномодулятори.

3. Вагітна перебуває у відділенні патології вагітності у терміні 27 тижнів із скаргами на перманентні скудні кров'яністі виділення із статевих шляхів протягом 1 місяця в наслідок підозри на передлежання плаценти. Захворювань кровотворних органів до вагітності не мала. Який тип анемії може розвинуться у даної пацієнтки?

- А. Апластична анемія.
- В. Фолієводефіцитна.
- С. Таласемія.
- Д.* Залізодефіцитна.

Е. Гемолітична.

4. Вагітна у терміні вагітності 30 тижнів з анемією середнього ступеню тяжкості отримує Сорбіфер-Дурулес; при цьому скаржиться на нудоту, іноді рідкі випорожнення, відсутність апетиту. Яку подальшу лікарську тактику потрібно вибрати?

А. Припинити прийом зазначеного препарату.

В. Призначити додатково сорбенти.

С. Продовжити прийом зазначеного препарату.

Д.* Замінити препарат із двохвалентним залізом на препарат із трьохвалентним залізом + вітамін С + фолієву кислоту.

Е. Консультація гастроентеролога.

Задачі

1. На прийом до акушер-гінеколога звернулась невагітна жінка 25 років за порадою, як правильно підготуватися до вагітності. З дитинства страждає на хронічний ентероколіт, у віці 15 років перенесла резекцію тонкого кишковика, перебуває на обліку з приводу залізодефіцитної анемії. Яке обстеження необхідно провести для прегравідарної підготовки?

2. До відділення патології вагітних поступила вагітна у терміні 38 тижнів вагітності з метою допологової підготовки. За даними амбулаторного обстеження – зміни у загальному аналізі крові: Нв – 85 г/л, кольоровий показник – 0,78. Який клінічний діагноз? Яка тактика ведення хворої?

3. Жінка 30 років після перенесеної черепно-мозкової травми у віці 20 років страждає на епілепсію, постійно приймає протисудомні препарати. Який тип анемії може розвинутися у пацієнтки і яке обстеження вона повинна пройти у разі планування вагітності?

4. Складіть раціон харчування для вагітної у третьому триместрі вагітності з анемією легкого ступеня.

Розділ VII. Показання, протипоказання, умови та технічні особливості оперативних втручань в акушерстві.

Патологічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду інколи зумовлює необхідність застосування оперативних втручань. Рішення про проведення тієї чи іншої операції приймає лікар чи консилиум лікарів, виходячи з акушерської ситуації і керуючись інтересами матері та плода.

Класифікація акушерських операцій

I. Операції, що зберігають вагітність

II. Операції, що готують пологові шляхи

1. Амніотомія:

- рання амніотомія;*
- своєчасна амніотомія;*
- запізніла амніотомія.*

2. Розширення шийки матки:

- пальцеве розширення шийки матки;*
- розширення шийки матки за допомогою розширювачів Гегара;*
- насічки на шийці матки.*

3. Розтин промежини:

- перінеотомія;*
- епізіотомія.*

III. Операції, що виправляють положення плода

Зовнішній поворот плода на голівку:

- при тазовому передлежанні;*
- при поперечному та косому положенні плода.*

Класичний зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку

IV. Розроджуючі операції

1. Акушерські щипці:

- вихідні;*
- порожнинні.*

2. Вакуум-екстракція плода

3. Вилучення плода:

– за ніжку;

– за паховий згин.

4. Кесарів розтин

V.Плодоруйнівні операції:

1. Краніотомія.

2. Декапітація.

3. Клейдотомія.

4. Спонділотомія.

5. Евісцерація.

VI.Операції, що виконуються у третьому періоді пологів та в ранньому післяпологовому періоді:

1. Ручне відокремлення плаценти та виділення посліду.

2. Ручне обстеження (ревізія) порожнини матки.

3. Інструментальна ревізія порожнини матки.

4.Зашивання розривів шийки матки і промежини.

5. Надпихова ампутація матки.

6. Екстирпація матки.

I. Операції, що зберігають вагітність

Однією з основних причин невиношування вагітності є істміко-цервікальна недостатність. При цій патології плідне яйце позбавлене необхідної опори у нижньому сегменті матки у зв'язку з анатомічною чи функціональною неповноцінністю шийки матки та перешийка. Під час вагітності у таких хворих шийка матки укорочується, зовнішнє та внутрішнє вічка розкриваються. Плідні оболонки випинаються у цервікальний канал, інфікуються та розриваються, що призводить до передчасного переривання вагітності. Для запобігання цьому під час вагітності застосовують оперативне втручання.

Хірургічне лікування істміко-цервікальної недостатності (ІЦН) у II триместрі вагітності. Лікування полягає у накладанні циркулярного шва на шийку матки на рівні її внутрішнього зіву для звуження цервікального каналу (операції Макдональда, Любимової, Широкара, Сценді). Використовують шовний матеріал, що не розсмоктується.

Метод Широкара полягає у накладанні циркулярного шва на шийку матки у ділянці внутрішнього вічка після попереднього розтину слизової оболонки піхви та зміщення сечового міхура вгору.

Метод Макдональда - звуження внутрішнього вічка досягають накладанням кісетного шовкового шва у ділянці склепінь піхви без розтину слизової оболонки.

Метод А.І.Любимової полягає у накладанні циркулярного шва (із мідного дроту з поліетиленовою оболонкою) у ділянці внутрішнього вічка шийки матки і фіксації шва вузловими швами в ділянці склепінь піхви.

Метод Сценді — повне зшивання зовнішнього вічка шийки матки. Попередньо зтинають тонку (0,5 см) смужку слизової оболонки цервікального каналу навколо зовнішнього вічка і накладають вузлові кетгутіві або шовкові шви. Після загоєння утворюється рубець, який перед пологами розтинають пальцями, браншею корнцанга або скальпелем.

Умови:

- оптимальні терміни операції 12-16 тижнів, хоча можливе накладання шва і в більш пізні терміни. При діагностування ІЦН до вагітності шов накладається і в більш ранні терміни – у 8-10 тижнів;
- бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження матеріалу з сечостатевих шляхів жінки в період підготовки до операції, при необхідності – санація;
- токолітична терапія під час операції і в післяопераційному періоді;

Протипоказання до операції:

з боку матері – відносні: виражений гіпертонус матки, кольпіт;

абсолютні: неможливість виношування вагітності за станом здоров'я матері, внутрішньоматкова інфекція;

з боку плода – аномалії розвитку.

Ведення післяопераційного періоду.

—Після операції ліжковий режим протягом 1-2 діб. Шов знімається в 37-38 тижнів, при відходженні навколоплідних вод або на початку передчасних пологів.

—Після операції показане крапельне внутрішньовенне введення партусистену (0,5 мг на 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію) з метою зниження збудливості матки.

—Для досягнення нормотонусу матки показано за 30 хв до припинення внутрішньовенного введення партусистену перейти на пероральний прийом цього препарату.

—Зрошення піхви розчином перекису водню або фурациліну впродовж 5 - 7 днів.

—Обмежити піхвові дослідження чи огляд шийки матки в дзеркалах без крайньої необхідності протягом 2 - 3 тижнів.

— За 2 тижні перед очікуваними пологами жінка повина бути госпіталізована з метою зняття шва.

II. Операції, що готують пологові шляхи

1. Амніотомія — це штучний розтин плідного міхура.

– рання амніотомія – здійснюють у першому періоді пологів при розкритті шийки матки до 7 см;

– своєчасна амніотомія – здійснюють при розкритті шийки матки на 7 см і більше;

– запізнiла амніотомія – після повного розкриття шийки матки та невилитті вод.

Показання до амніотомії

- запізнiлий розрив плідного міхура при надмірно щільних його оболонках;

- плоский плідний міхур (як можлива причина передчасного відшарування плаценти);
- слабка пологова діяльність;
- багатоводдя;
- низьке розташування плаценти;
- затримка народження другого плода при двійні;
- тяжкі форми пізнього гестозу;
- при застосуванні акушерських щипців.

Техніка операції: після обробки зовнішніх статевих органів дезинфікуючими розчинами у піхву вводять вказівний і середній пальці й розривають ними оболонки напруженого під час переймів плідного міхура. Якщо цей прийом не вдається, міхур розривають кульовими щипцями або корнцангом. Це роблять під контролем зору (в піхву вводять дзеркала) або пальців (інструмент вводять уздовж пальців і під їх контролем розривають оболонки). Рукою, введеною у піхву, стримують потік води, щоб запобігти випаданню дрібних частин плода і пуповини.

2. Розширення шийки матки

Показання до розширення шийки матки:

1. Захворювання матері під час вагітності, які потребують її переривання.
2. Патологічні зміни шийки матки, що перешкоджають її розширенню:
 - ригідність шийки матки;
 - рубцеві звуження шийки матки;
 - *vaginofixatio uteri* — після цієї операції шийка матки відхилена назад, між тілом матки і шийкою є перегин, який перешкоджає правильному розширенню цервікального каналу.
3. Судомне звуження шийки матки в пологах, що може призвести до розриву шийки матки.

Умови для проведення цих операцій:

- згладжування шийки матки;

- розкриття шийки матки хоча б на 2 см.

Пальцеве розширення шийки матки

Техніка операції. Після обробки зовнішніх статевих органів дезінфікуючим розчином у піхву вводять руку, а два пальці — у шийку матки, розтягуючи край цервікального каналу. Після цього виконують гвинтоподібні рухи і вводять руку в порожнину матки.

Розширення шийки матки за допомогою розширювачів Гегара

Техніка операції. Після дезінфекції зовнішніх статевих органів шийку матки оголюють широкими піхвовими дзеркалами і підіймають, край фіксують кульовими щипцями. Кульові щипці акушер бере в ліву руку, а правою розширює цервікальний канал бужами Гегара.

Насічки на шийці матки

Техніка операції. Шийку матки оголюють широкими піхвовими дзеркалами і підіймають, край фіксують кульовими щипцями. Під контролем двох пальців підводять тупокінцеві зігнуті ножиці до вічка матки. Одну браншу вводять у цервікальний канал і розрізають шийку матки не більш ніж на 1 см у напрямку 10-, 13-, 19- годин відповідно до циферблата годинника. Розсікати шийку матки по середній та бокових лініях не можна через можливість поранення сечового міхура, маткових артерій або розтину позаматкового простору при самовільному продовженні розриву під тиском передлеглої частини плода в пологах.

3. Розтин промежини

Операції, при яких проводять розтин промежини:

- перинеотомія;
- епізіотомія.

Показання до розтину промежини

- загроза розриву промежини або ознаки розриву, що почався;
- дистрес плода;
- аномальні стани промежини (висока промежина, рубцеві її зміни, ригідна промежина).

Техніка операції. Зовнішні статеві органи обробляють дезінфікуючим розчином. Після місцевої анестезії Sol Novocaini 0,5%, браншу тупокінцевих ножиць поза потугою вводять між передлеглою частиною плода та стінкою піхви по лінії розрізу. Розтин проводять на висоті потуги. Довжина та глибина його повинна бути не менша 2 см.

При епізіотомії розріз роблять на 2 - 3 см вище задньої злуки у напрямку до сідничного горба.

При перинеотомії розріз виконують від задньої злуки у напрямку до анусу. Довжина його не повинна перевищувати 3 - 3,5 см, бо довший розріз може перейти у розрив промежини III ступеня.

III. Операції, що виправляють положення плода

Акушерський поворот (*versio obstetrica*) – операція, за допомогою якої можна перевести неправильне або невідповідне положення плода на інше, більш вигідне, але завжди на повздожнє.

- *Зовнішній поворот плода на голівку*

– при тазовому передлежанні

– при поперечному та косому положенні плода

- *Класичний зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку*

Зовнішній акушерський поворот

Операцію проводять при поперечному, косому та тазовому передлежанні плода з метою повернути плід на голівку

Умови для операції:

- вагітність 34-36 тижнів, живий плід;
- податливість і відсутність напруження черевної стінки та стінок матки;
- нормальні розміри таза вагітної;
- рухомість плода (достатня кількість навколоплідних вод);
- згода вагітної.

Протипоказання:

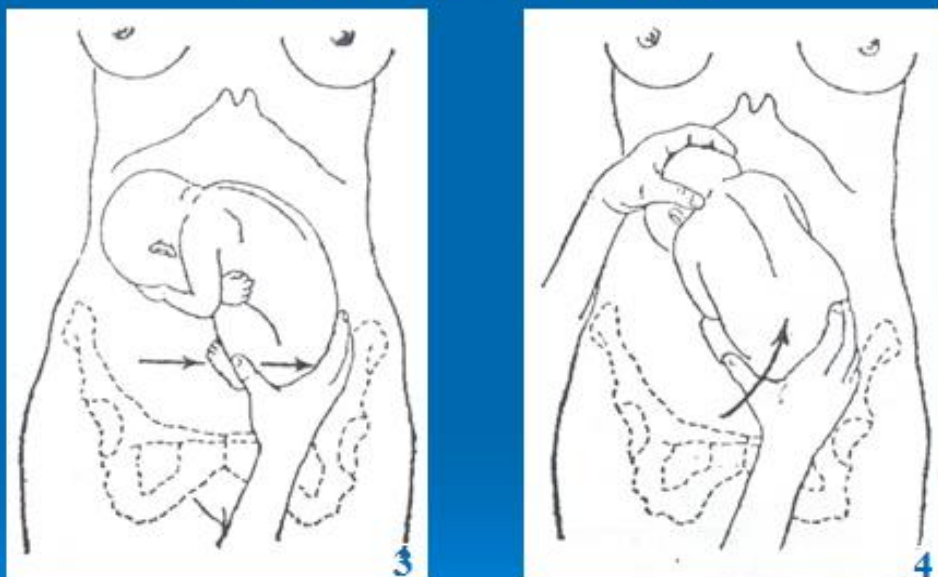
- ускладнення вагітності кровотечею;

- самовільний викидень або передчасні пологи в анамнезі;
- багатоводдя та маловоддя;
- багатоплідність;
- вузький таз, рубці або пухлини піхви, що не дають можливості самовільного розродження;
- ускладнення вагітності та екстрагенітальна патологія в стадії декомпенсації;
- рубець на матці;
- аномалії розвитку матки та плода.



мал.8

ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЇ



- 3 – зміщення сідниць убік (другий етап)
4 – третій етап

мал.9

Класичний комбінований зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку при повному розкритті шийки матки

Показання:

- поперечне та косо положення плода;
- головні передлежання та вставлення, які несприятливі для розродження;
- стани матері та плода, що вимагають термінового розродження.

Протипоказання:

- запущене поперечне положення плода;
- загроза розриву матки;
- розрив матки;
- невідповідність між розмірами таза і плода;
- гідроцефалія плода;
- рубець на матці після будь-яких операцій або перфорації матки;
- мертвий плід.

Умови:

- повне розкриття шийки матки;

- цілий навколоплідний міхур або води вилились нещодавно;
- плід достатньо рухливий у порожнині матки;
- розміри таза відповідають розмірам плода;
- живий плід.



мал.10



мал.11

IV. Розроджуючі операції

Акушерські щипці

- вихідні;
- порожнинні

Вакуум-екстракція плода

Вилучення плода:

- за ніжку;
- за паховий згин

Кесарів розтин

Акушерські щипці



мал.12

Показання для операції накладання акушерських щипців 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 пологів, яка не піддається медикаментозному лікуванню.

5. Емболія навколоплідними водами та інші невідкладні стани.

Б. Тяжка екстрагенітальна патологія, яка вимагає виключення або скорочення другого періоду пологів:

1. Декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи (пороки серця, порушення серцевого ритму, стенокардія, інфаркт міокарду, гіпертонічний криз, тощо).
2. Загроза або початок відшарування сітківки ока.
3. Крововилив в мозок (інсульт).
4. Гостра дихальна, печінкова, ниркова недостатність.
5. Тромбоемболія легеневої артерії.
6. Кровохаркання, набряк легенів та інші.

Показання до накладання щипців з боку плода:

Дистрес II-III ступенів тяжкості, що може виникати в пологах при випадінні і передавлюванні петлі пуповини, оболонковому її прикріпленні, обвиттю пуповиною частин плода при натягуванні, в зв'язку з кровотечею при передчасному відшаруванні чи частковому передлежанні плаценти.

Операція накладення акушерських щипців вимагає наявності всіх перерахованих умов. За відсутності хоч би однієї з цих умов операція протипоказана.

Умови для накладання щипців:

- живий доношений плід
- голівка плода має відповідати середнім розмірам
- плідний міхур повинен бути розірваним
- повне розкриття шийки матки
- відповідність між розмірами таза і голівки
- спорожнений сечовий міхур
- голівка плода повинна бути розміщена у виході таза або у площині вузької частини порожнини таза
- анестезія повинна бути адекватною
- акушер повинен бути компетентним у застосуванні щипців

Протипоказання для застосування акушерських щипців:

1. Мертвий плід.
2. Недоношений (вага менше 2000 г) або гігантський плід (вага більше 5000г). Це пов'язано з розмірами щипців, які найбільш підходять для голівки доношеного плода середніх розмірів, застосування їх інакше стає травматичним для плода і для матері.
3. Аномалії розвитку плоду (гідроцефалія, аненцефалія).
4. Анатомічно вузький таз (II, III і IV ступенів) та клінічно вузький таз.
5. Розгинальні вставлення голівки (передній вид передньо-головного, лобного, лицевого).
6. Голівка плода знаходиться над входом в малий таз, притиснута, вставилася малим або великим сегментом в площину входу в малий таз.
7. Високе пряме стояння голівки.
8. Тазове передлежання плода.
9. Неповне відкриття шийки матки.
10. Велика родова пухлина на голівці плода.

Техніка операції:

1. Введення ложок.
2. Замикання щипців.
3. Пробна тракція.
4. Власне тракція виведення голівки.
5. Зняття щипців.

Правила і техніка накладання акушерських щипців

Якщо голівка плода знаходиться в площині виходу з малого тазу, накладають вихідні акушерські щипці (типові) в поперечному розмірі тазу, а якщо голівка ще знаходиться у вузькій частині порожнини малого тазу - накладають порожнинні акушерські щипці (атипові) в одному з косих розмірів тазу.

Операція екстракції акушерськими щипцями проводиться в такому порядку:

Підготовка до операції:

- 1) Катетеризація сечевого міхура;
- 2) дезинфекція зовнішніх статевих органів;
- 3) проведення наркозу;
- 4) перед операцією проводиться ретельне вагінальне дослідження з метою підтвердження наявності умов для накладення щипців: виявлення повного відкриття шийки матки, відсутності плодового міхура, рівня розташування голівки, визначення швів та тім'ячків. Залежно від положення голівки визначається, який варіант операції буде застосований: порожнинні акушерські щипці при голівці, що знаходиться у вузькій частині порожнини малого тазу, або вихідні акушерські шпилі, якщо головка опустилася на тазове дно, тобто у вихід з малого тазу.
- 5) розміщення щипців у складеному вигляді, визначення лівої та правої гілок.

Виконання операції:

Операція накладення акушерських щипців складається з наступних моментів:

1. Введення і розміщення ложок щипців.
2. Замикання гілок щипців.
3. Пробна тракція.
4. Робоча тракція - екстракція плода;
5. Зняття щипців.
6. Народження плечиків.

Правила накладання акушерських щипців

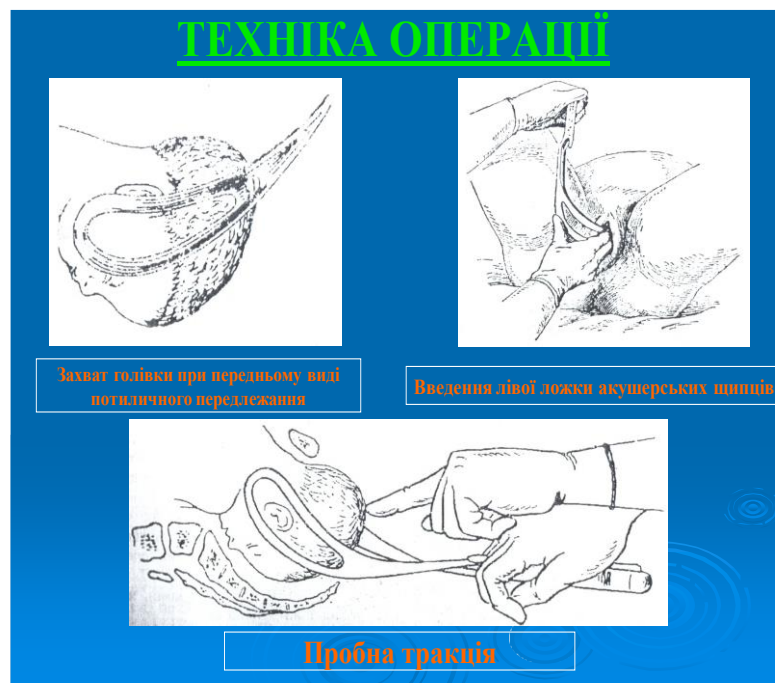
При вивченні техніки операції треба керуватися потрійним правилом М.С.Малиновського.

Перше потрійне правило — "три ліворуч — три праворуч". Першою вводиться ліва ложка, лівою рукою в ліву половину тазу. Другою вводиться права ложка, правою рукою в праву половину тазу.

Друге потрійне правило — "три осі": при накладанні щипців повинні збігтися три осі — поздовжня вісь таза, голівки, щипців. Для цього введення щипців має бути спрямованим верхівками вгору, ложки повинні лягти на голівку біпаріетально, ведуча точка повинна перебувати в одній площині з замковою частиною щипців.

Третє потрійне правило — "три позиції — три тракції".

- I позиція — голівка плода при вході до малого таза малим або великим сегментом. Тракції спрямовані на носки сидячого акушера. Щипці, накладені при такому положенні голівки, називаються високими і в теперішній час не застосовуються,
- II позиція — голівка в порожнині малого таза. Тракції спрямовані на коліна стоячого акушера. Щипці, накладені при такому положенні голівки, називаються порожнинними.
- III позиція — голівка у виході з малого таза. Тракції спрямовані на себе, а після утворення точки фіксації — вгору. Щипці, накладені при такому розміщенні голівки, називаються вихідними.



мал.14

ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЇ



Виведення голівки в щипцях
та захист промежини



Зняття щипців

мал.15

Можливі ускладнення при використанні акушерських щипців

1. Травмування м'яких тканин родових шляхів роділлі.
2. Крововилив у мозок новонародженого.
3. Асфіксія новонародженого.
4. Ушкодження кісток черепа, очей, нервів, ключиць новонародженого.

Вакуум-екстракція плода

Вакуум-екстракція плода - розроджуюча операція, при якій плід штучно витягують через природні родові шляхи за допомогою вакуум-ексTRACTОРА. Принцип роботи апарата вакуум-ексTRACTОРА ґрунтується на створенні вакуумметричного тиску між внутрішньою поверхнею чашечки і голівкою плода. При цьому виникає сила зчеплення, яка створює можливість робити тракції, потрібні для витягання плода.

Основні показання для операції вакуум-екстракції плода:

- I. З боку матері** — ускладнення вагітності, родів або соматична патологія, які вимагають скорочення другого періоду пологів:
 - слабкість пологової діяльності в другому періоді пологів;
 - інфекційно-септичні захворювання з порушенням загального стану жінки, високою температурою тіла;

II. З боку плода: прогресуюча гостра гіпоксія (дистрес) плода в другому періоді пологів при неможливості виконати кесарів розтин.

Протипоказання для операції вакуум-екстракції плода:

1. Невідповідність розмірів голівки плода і тазу матері, зокрема: гідроцефалія; вузький таз ступеню або клінічно вузький таз.
2. Мертвий плід.
3. Лицеве або лобне вставлення голівки плода.
4. Високе пряме стояння голівки.
5. Тазове передлежання плоду.
6. Неповне відкриття шийки матки.
7. Недоношений плід (менше 30 тижнів).
8. Акушерська або екстрагенітальна патологія, при якій необхідне виключення другого періоду пологів.

Умови:

- живий плід
- відсутність плідного міхура
- повне розкриття шийки матки
- відповідність розмірів голівки плода і таза жінки
- потиличне передлежання плоду
- Активна участь роділля.
- Голівка плода повинна бути розташована в порожнині малого тазу або в площині виходу з малого тазу.
- Знеболення: пудендальна анестезія.

Можливі ускладнення

1. Зісковзування чашки вакуум-ексTRACTора. При повторних зісковзуваннях тракції необхідно припинити і за наявності умов закінчити пологи операцією акушерських щипців.
2. Черепномозкова травма плода (крововилив), кефалогематома.

Екстракція плода за тазовий кінець

Вилучення плода за ніжку(и) застосовується при неповному ножному передлежанні.

Вилучення плода за паховий згин проводиться при сідничному передлежанні, якщо сідниці стоять непосувно, вколотились у таз або знаходяться на тазовому дні.

Показання з боку матері:

- слабкість пологової діяльності
- важкі форми гестозу
- інфекційні захворювання з $\uparrow t^{\circ}$ тіла
- ендометрит у пологах
- екстрагенітальні захворювання у стадії декомпенсації
- важкі форми нервово-психічних розладів
- після класичного повороту плода за ніжку

Показання з боку плода:

- дистрес плода II-III ступеня

Умови:

- повне розкриття шийки матки
- відсутність плідного міхура
- правильне співвідношення розмірів голівки плода і таза жінки
- живий плід

КЕСАРІВ РОЗТИН

Кесарів розтин - це операція, під час якої хірургічним шляхом розтинають вагітну матку та з неї вилучають плід з усіма його додатковими ембріональними утвореннями.

Розповсюдженість: частота кесаревого розтину значно зросла протягом останніх десятиріч, як в наслідок розширення показань до операції з боку плода так і зменшення протипоказань до неї, і складає в акушерських закладах України рівня акредитації 10-20% від загальної кількості пологів.

Дещо з історії.

- Згідно Корану, забороняється розтин мертвої матері з ціллю вилучення дитини.
- В Римській імперії заборонялось поховання вагітних без попереднього вилучення дитини.
- Початком наукової історії кесаревого розтину можна вважати кін. XVII ст., коли Леврет описав методику операції і пряме показання для неї – абсолютне звуження тазу.
- Вважається, що походження терміну «кесарів розтин» (секціон цезареа) пов'язано з ім'ям Юлія Цезаря, який був сам вилучений абдомінальним шляхом, за що й отримав таке ім'я.
- Перше (історично достовірний факт) проведення кесаревого розтину на живій жінці було виконано 21 квітня 1610 р. хірургом Траутманом з Віттенберга.
- В Росії ця операція була виконана в 1756 році Еразмусом.
- У 1780 році Данило Самойлович захистив першу дисертацію, присвячену кесаревому розтину.



мал.16

Показання до планового кесаревого 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
 - Попередній Т та J-подібний розріз на матці
 - Розрив матки в анамнезі
 - Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія, міомектомія із проникненням у порожнину матки в анамнезі, лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом
 - Більше одного КР в анамнезі (Серед жінок, що мають в анамнезі два КР, можуть бути відібрані як кандидати для спроби вагінальних пологів після КР, тільки такі, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи.
 - Відмова жінки від спроби вагінальних пологів
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 І плода при багатоплідній вагітності
5. Поперечне положення плода
6. Моноамніотична двійня (найкращим методом розродження є операція КР у 32 тижні вагітності після проведення профілактики РДС), у 30-33 тижнів
7. Синдром затримки росту одного із плодів при багатоплідній вагітності
8. ВІЛ-інфіковані
 - Жінки, які приймають антиретровірусну терапію трьома препаратами, та мають вірусне навантаження більше 50 копій в 1 мл;
 - Жінки, які приймають монотерапію зидовудином;
 - Ко-інфіковані жінки ВІЛ та вірусним гепатитом С .

Операція має бути виконана у 38 тижнів вагітності до початку пологової діяльності та/або розриву навколоплідних оболонок.

9. Первинний генітальний герпес за 6 тижнів до пологів.
10. Екстрагенітальна патологія (після встановлення діагнозу профільним експертом):
 - кардіологічна - артеріальна гіпертензія III стадії, коарктація аорти (без оперативної корекції вади), аневризма аорти чи іншої крупної артерії, систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду < 40%, констриктивний перикардит ;
 - офтальмологічна - геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, «свіжий» опік (інша, окрім вищепереліченої, патологія органу зору не є показанням до КР);
 - пульмонологічна - захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча менш ніж за 4 тижні до розродження;
 - органів травлення - портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу та шлунку, спленомегалія, діафрагмальна кила;
 - неврологічна - гіпертензійно-лікворний синдром, стан після геморагічного інсульту, артеріо-венозні мальформації мозку .
11. Пухлини органів малого тазу або наслідки травми тазу, що перешкоджають народженню дитини.
12. Рак шийки матки.
13. Стани після розриву промежини III ступеню або пластичних операцій на промежині.
14. Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць
15. Гастрошизис, діафрагмальна кила, spina bifida, тератома у плода, зрощення близнюків - за умови можливості надання оперативної допомоги новонародженій дитині (за наявності рішення перинатального консилиуму або консультативного висновку профільного експерта) .

КР за бажанням жінки за відсутності перелічених показань не проводиться.

У разі відмови жінки від показаної операції вона має власноручно підписати поінформовану відмову .

За відмови пацієнтки від документування власного рішення, даний факт документується в історії пологів медичними працівниками у складі не менше трьох осіб

Терміни виконання планового кесаревого розтину

- 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 навколоплодових 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 Ш рівня

Ургентний кесарів розтин

Ургентний КР виконується відповідно до клінічної ситуації за наявності показань та інформованої згоди пацієнтки.

Показання до операції ургентного кесарева розтину

1. Кровотеча до пологів або в першому періоді пологів за відсутності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи.
2. Розрив матки, що загрожує або почався.
3. Тяжка прееклампсія або еклампсія за відсутності умов для екстреного розродження через природні пологові шляхи.
4. Дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами обстеження (КТГ, рН передлеглої частини, фетальна пульсоксиметрія за наявності умов, доплерометрія), за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
5. Випадіння пульсуючих петель пуповини.
6. 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
7. Аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються медикаментозній корекції
 8. Невдала спроба індукції пологів
 9. Агональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

Умови виконання операції

- Живий плід (окрім масивної кровотечі при повному передлежанні плаценти, передчасного відшарування плаценти, звуження тазу 4 ступеня).
- Цілий плідний міхур або безводний період тривалістю до 12 годин.
- Відсутність станів лихоманки у жінки.

Організаційні умови проведення кесаревого розтину

- Згода вагітної або її родичів на проведення оперативного розродження.
- Вибір оптимального часу для проведення планової операції (доношена вагітність, проведення операції з початком пологової діяльності).
- Визначення типу антибіотику для антибактеріальної профілактики.
- Наявність умов та спеціалістів відповідної кваліфікації.

Анестезіологічне забезпечення операції

- Загальна анестезія.
- Регіонарна анестезія:
 - спінальна анестезія;
 - епідуральна анестезія.
- Ендотрахеальний наркоз.
- Епідуральна анестезія.
- У виключних випадках – місцева інфільтраційна анестезія.

Передопераційне обстеження та підготовка:

Обстеження:

1. Визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів у аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцію КР 2,3 ступеню ургентності .

У разі ургентного КР лабораторне обстеження проводиться під час операції .

2. Група крові та резус-фактор
3. Додаткове клініко-лабораторне обстеження проводяться лише за наявності показань;

Підготовка до КР:

1. Катетеризація периферичної вени
2. Катетеризація сечового міхура за показаннями

Схема медикаментозного лікування

1. Профілактика інфекції
2. Профілактика аспіраційного пневмоніту
3. Профілактика тромбоемболії
4. Профілактика гіпотензії у матері
5. Анестезіологічне забезпечення кесарева розтину.

Методи операції кесаревого розтину

- Інтраперитонеальний:
 - корпоральний;
 - в нижньому сегменті матки поперечним розрізом.
- Кесарів розтин у нижньому сегменті матки з тимчасовою ізоляцією черевної порожнини.
- Екстраперитонеальний кесарів розтин.
- Метод Старка.

Вибір методу операції визначається конкретною акушерською ситуацією, станом вагітної, плода, кваліфікацією хірурга.

Показання до проведення корпорального кесаревого розтину

- Недоступність нижнього сегменту матки внаслідок щільних спайок від попереднього кесаревого розтину.
- Поперечне положення плода зі спинкою оберненою донизу.
- Вади розвитку плода (зрощені близнюки).
- Великий інтрамуральний міоматозний вузол в нижньому сегменті матки.
- Виражена васкуляризація нижнього сегменту матки через передлежання плаценти, карциному шийки матки.

Підготовка до проведення оперативного втручання

- Обробка піхви місцевими вагінальними антисептиками.
- Положення вагітної на операційному столі для профілактики синдрому нижньої порожнистої вени: операційний стіл дещо нахилиється вліво (15-20°) або підкладається подушка (згорнуте простирадло) під нижню частину спини жінки (справа).
- Мобілізація вени та налагодження внутрішньовенної інфузії кровозамінників.
- Виведення сечі катетером. При повторній операції, при передбаченні можливого розширення об'єму оперативного втручання – встановлення постійного катетера.
- Обробка рук операційної бригади.
- Обробка операційного поля.

При проведенні кесаревого розтину перевага надається методу здійснення хірургічного втручання шляхом розтину в нижньому сегменті матки поперечним розрізом.

Поперечна гістеротомія в нижньому сегменті матки

- Проводять частіше за все
- Менша крововтрата
- Краще загоєння рубця

Вертикальна гістеротомія в нижньому сегменті

- Проводять рідко
- Переваги: менший ризик пошкодження кровоносних судин матки

- Можливі показання: багатоплідна вагітність, неправильне положення плода, дуже маленький плід, планується гістеректомія в післяродовому періоді.

«Класична» гістеротомія

- Виконується лише у виключних випадках
- Велика крововтрата
- Можливі показання: неможливість доступу в нижньому сегменті матки, погано виражений нижній сегмент або його відсутність, щільно стиснутий в порожнині матки плід в поперечному положенні, передлежання плаценти, великий плід з наявною патологією (гідроцефалія), планова гістеректомія

Кровотеча як ускладнення під час операції

- проводиться масаж матки;
- продовжується вливання окситоцину і введення ергометрину 0,2 мг в/м та простагландинів. Ці препарати можуть бути застосовані разом або послідовно;
- при необхідності проводиться інфузія кровозамінників, гемотрансфузія крові;
- при відсутності ефекту та наявності атонії матки, здійснюється перев'язка магістральних судин матки, гістеректомія.

Післяопераційний догляд у ранньому післяопераційному періоді

- контроль стану матки;
- контроль кількості виділеної крові з піхви;
- контроль гемодинаміки;
- адекватне знеболення.

Перев'язка маткових труб при кесаревому розтині

Перев'язка маткових труб може бути проведена за поінформованим бажанням жінки з дотриманням правил оформлення медичних документів згідно з чинним законодавством.

Техніка стерилізації за Померосом:

- захоплюється найменш васкуляризована середня частина фаллопієвої труби затискачем Бебкока або Алліса;
- на основу виділеної труби накладається судинний затискач, який замінюється на лігатуру з синтетичного шовного матеріалу, який розсмоктується;
- проводиться резекція виділеної труби вище місця перев'язки лігатурою (видалений сегмент має бути довжиною 1 см). Аналогічно проводяться маніпуляції з другої сторони.

ПЛОДУРУЙНІВНІ ОПЕРАЦІЇ (ЕМБРІОТОМІЇ)

Застосування плодоруйнівних операцій у наш час зумовлено необхідністю вибору найбільш безпечного шляху для народження плода після його вн)трішньоутробної смерті або при наявності життєздатного плода з тяжкими вадами розвитку.

Плодуруйнівними операціями прийнято вважати такі операції, за допомогою яких зменшуються частини плода до розмірів, які надають йому можливість проходити через природні пологові шляхи.

Плодуруйнівні операції поділяються на 3 групи:

1. операції, які зменшують об'єм плода за рахунок зменшення об'ємних частин: краніотомія, евентерація;
2. операції розчленування плода на частини і витягання плода по частинах: декапітація, спондилотомія, екзартикуляція;
3. операції, які зменшують об'єм тіла за рахунок максимального збільшення рухомості між окремими частинами тіла плода: клейдотомія, пункція черепа при гідроцефалії, переломи кісток кінцівок.

Прийнято виділяти операції за положенням плода, при якому вони проводяться:

—при повздовжньому головному передлежанні (краніотомія, клейдотомія);

—при повздовжньому тазовому передлежанні[^](перфорація послідувочої голівки);

- при запущеному поперечному положенні (декапітація);
- при поперечному або косому положенні (евісцерація, евентерація, спондилотомія).

До операцій, які застосовуються найчастіше, належить віднести краніотомію, декапітацію і клейдотомію, інші операції зустрічаються дуже рідко.

Краніотомія — це зменшення об'єму голівки та наступне її вилучення у зменшеному стані.

Декапітація — відокремлення голівки плода при запущеному поперечному положенні.

Клейдотомія — розсікання однієї або обох ключиць для зменшення об'єму плечового поясу.

Спондилотомія — розсічення хребців.

Евісцерація та евентерація — видалення внутрішніх органів грудної клітки та черевної порожнини.

Краніотомія, декапітація і клейдотомія відносяться до типових ембріотомій; спонділотомія та евісцерація (евентерація) — до атипівих ембріотомій.

Краніотомія

Операція, за допомогою якої досягається зменшення об'єму передлеглої або послідувочої голівки з наступним її видаленням у зменшеному стані. Ця операція може бути виконана на мертвому, у виняткових випадках — на живому плоді.

Показання для проведення краніотомії:

- наявність мертвого або нежиттєздатного плода з тяжкими вадами розвитку при клінічно або анатомічно вузькому тазі, слабкості пологової діяльності, рубцевих звуженнях піхви, пухлинах піхви, що призводить до надмірного зтягування пологів;
- загроза для життя матері при мертвому плоді, несприятливому вставленні голівки, лобному передлежанні, літцманівському вставленні голівки (задній асинклітизм) і відсутності умов для кесаревого розтину, вакуум-екстракції плода або накладання акушерських щипців;

- стан матері, що вимагає негайного розродження (серцево-судинні захворювання, еклампсія, деякі випадки передчасного відшарування плаценти та ін.) за умов мертвого плода.

Показання для краніотомії при живому плоді виникають при гідроцефалії плода та в тих ситуаціях, коли показане негайне розродження, а виконати кесарів розтин немає умов. До них відносять ті ж показання, що й при мертвому плоді.

Умови для виконання краніотомії:

- розкриття маткового вічка не менше, ніж на 6 см;
- відсутність плодового міхура;
- мертвий плід;
- розмір істинної кон'югати не менше 6,5 см;
- голівка плода фіксована до входу в малий таз.

Необхідний інструментарій: вагінальні дзеркала, кульові щипці або щипці Мюзю, ложечки Фолькмана або кюретки, перфоратор Бло, краніокласт, ножиці Зібольда або Феноменова (довгі і тупі).

Операція проводиться під загальним знеболенням. Перед операцією необхідно випорожнити сечовий міхур і продезинфікувати зовнішні статеві органи і піхву.

Техніка операції складається з трьох етапів:

1. Перфорація голівки.
2. Ексцеребрація.
3. Краніоклазія.

Перфорація голівки виконується в такому положенні жінки, яке використовується для усіх вагінальних операцій, і складається з наступних моментів:

- введення дзеркал у піхву та оголення голівки.
- захвачування шкіри голівки щипцями та її фіксація.
- власне перфорація.

Ексцеребрація

В перфораційний отвір вводять велику тупу ложку (ложка Феноменова) або велику кюретку, якою руйнують та видаляють мозок.

Краніоклазія

Краніоклазія - це операція, при якій зменшену перфоровану голівку плода витягують за допомогою краніокласта.

Перфорація наступної голівки при тазовому передлежанні плода. При тазовому передлежанні плода перфорацію наступної голівки проводять в місці переходу потилиці в шию, ближче до великої потиличної ямки або через великий потиличний отвір. Наступні етапи операції подібні до таких, що при головному передлежанні. Перфоровану і зменшену голівку дістають простим натискуванням на голівку згори, рідко за допомогою краніокласта.

Декапітація

Декапітація — це операція, при якій проводять відокремлення голівки в ділянці шийних хребців від тулуба плода з наступним їх вилученням через природні пологові шляхи.

Показання: запусчене поперечне положення плода.

Умови для декапітації:

- повне відкриття шийки матки;
- доступність шиї плода;
- розміри таза, достатні для проходження плода.

Необхідний інструментарій: гачок Брауна, ножиці Зібольда або Феноменова, щипці Мюзю.

Операція обов'язково виконується під наркозом. Перед операцією повинен бути випорожнений сечовий міхур.

Клейдотомія

Клейдотомія (Cieicisiotia) виконується для зменшення об'єму плечового поясу шляхом розсічення ключиць.

Суть операції полягає у розтині однієї або обох ключиць для зменшення об'єму плечового поясу.

Показання: великий плід при нормальному тазі або плід середніх розмірів при звуженому тазі.

Окружність плечового пояса при односторонній клейдотомії зменшується до 2,5-3 см, при двосторонній - на 5-6 см.

Умови: народження голівки.

Спонділотомія - розтин хребта.

Спонділотомія — операція, під час якої розтинається хребет плода у грудній чи поперековій ділянці. Вона рідко має самостійне значення. Виконується у випадках, коли декапітація не може бути виконана або як попередній чи наступний етап при евісцерації.

Показання: запущене поперечне положення плода, коли не можна досягти його шиї.

Умови: повне розкриття шийки матки, мертвий плід.

Необхідні інструменти: гачок Брауна, ножиці Зібольда, щипці Мюзю.

Евісцерація (евентерація)

Евентрація - видалення внутрішніх органів черевної чи грудної порожнини.

Операція спрямована на зменшення об'єму плода шляхом вилучення зруйнованих внутрішніх органів.

Показання: мертвий плід при поперечному положенні, коли не можна досягти його шиї. Далеко не завжди при запущеному поперечному положенні плода досягають шию плода; вона може бути розташована дуже високо, так що декапітація неможлива. В цьому випадку повинно бути зменшення об'єму тулуба плода з видаленням органів черевної або грудної порожнини, після чого плід витягають у складеному вигляді (сопсіпрісаіо согроге).

В виняткових випадках є необхідність після евентрації зробити розтин хребта на будь-якому рівні - спонділотомію.

Умови:

- повне розкриття шийки матки.

Після кожної плодорушної 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.

Імовливі ускладнення (наслідні травми, які виникають під час трування):

1. Травми зовнішніх статевих органів та промежини.
2. Травми піхви.
3. Гематоми вульви та піхви.
4. Травми шийки матки.
5. Перфорація матки.
6. Травма сечовивідного каналу, сечового міхура.
7. Травма кісткового тазу.

VI. Операції, що виконуються у III періоді пологів і у ранньому післяпологовому періоді (операції виконуються під загальним знеболюванням із дотриманням всіх правил асептики і антисептики.)

- Ручне відокремлення плаценти та виділення посліду
- Ручне обстеження порожнини матки
- Інструментальна ревізія порожнини матки
- Зашивання розривів шийки матки і промежини
- Надпихова ампутація матки
- Екстирпація матки

Ручне відокремлієтя плаценти та виділення посліду

Показання: кровотеча в третьому періоді пологів, якщо плацента не відокремлена;

затримка виділення посліду, якщо інший спосіб виявився неефективним.

Ручне обстеження порожнини матки

Показання:

- затримка частин плаценти або сумнів щодо її цілісності;
- маткові кровотечі;
- після акушерських операцій;
- після плодоруйнівних операцій;
- розрив матки або сумнів щодо її цілісності;
- розрив шийки матки III ступеня.

Інструментальна ревізія порожнини матки

- Інструментальна ревізія порожнини матки проводиться за допомогою великої (акушерської) кюретки під загальним знеболюванням із дотриманням всіх правил асептики і антисептики.

Надпихова ампутація матки**Показання до проведення операції:**

- після кесаревого розтину при гіпотонії м'язів матки;
- за наявності міоми матки і вагітності;
- у разі гіпотонічної субкомпенсованої кровотечі в послідовому періоді;
- при виконанні кесаревого розтину в умовах інфікування організму жінки.

Екстирпація матки**Показання:**

- гіпо- і афібриногенемічна маткова кровотеча;
- акушерський перитоніт;
- розрив матки.

Контрольні запитання

1. *Класифікація акушерських операцій.*
2. *Назвіть операції, що зберігають вагітність.*
3. *Назвіть операції, що готують пологові шляхи.*
4. *Назвіть показання для застосування амніотомії.*
5. *Назвіть показання для проведення розтину промежини.*
6. *Види акушерських поворотів.*

7. *Класичний комбінований зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку при повному розкритті шийки матки: показання, протипоказання та умови до операції.*
8. *Показання до накладання акушерських щипців.*
9. *Умови для накладання акушерських щипців.*
10. *Назвіть моменти операції накладання акушерських щипців.*
11. *Показання до застосування вакуум-екстракції.*
12. *Протипоказання до застосування вакуум-екстракції.*
13. *Дайте визначення операції екстракції плода за тазовий кінець.*
14. *Показання та умови для проведення екстракції за тазовий кінець.*
15. *Класифікація операцій кесаревого розтину.*
16. *Показання для проведення кесаревого розтину.*
17. *Ведення післяопераційного періоду.*
18. *Краніотомія. Показання, умови.*
19. *Декапітація. Показання, умови.*
20. *Спондилотомія. Показання, умови.*
21. *Евісцерація та евентерація. Показання, умови.*
22. *Ускладнення під час плодоруйнівних операцій.*
23. *Які операції виконують у третьому періоді пологів і у ранньому післяпологовому періоді?*
24. *Показання до ручного обстеження порожнини матки.*
25. *Показання до надпихової ампутації та екстирпації матки.*

Тестові завдання

1. Вагітна В., 24 років з обтяженим акушерським анамнезом поступила у відділення патології вагітних. На 12 тижні вагітності знаходилася на стаціонарному лікуванні з приводу загрози викидня. Після проведеного лікування виписана зі збереженою вагітністю. Вагітність четверта, перші три закінчилися мимовільними абортами на 14, 16 та 20 тижні вагітності. Матка знаходиться на середині між пупком і лобком. Піхвове дослідження: шийка матки вкорочена до 2,0 см, цервікальний канал вільно пропускає палець. Матка відповідає 16 тижню вагітності. Виділення слизові. Діагноз?

- A** * Істміко-цервікальна недостатність
- B** Загроза передчасних пологів
- C** Загроза мимовільного аборту
- D** Мимовільний аборт, що розпочався
- E** Неповний самовільний аборт

2. Вагітна Н., 25 років доставлена в пологове відділення з регулярною пологовою діяльністю протягом 7 годин та кров'яними виділеннями з піхви, які з'явилися пів години тому. Навколоплідні води не виливались. Вагітність 4, пологи перші, попередні 3 вагітності закінчилися штучними абортами. ЧСС плода 136/хв. При дослідженні виявлено згладжену шийку матки, розкриття маткового вічка 6-7 см, передлежить голівка, плідний міхур цілий, збоку пальпується м'яка губчата тканина.. Встановлений діагноз - бокове передлежання плаценти. Тактика лікаря?

- A*** Амніотомія
- B** Кесарський розтин
- C** Стимулювання пологів
- D** Акушерські щипці
- E** Плорурійнівна операція

3. Роділля 18 років поступила в пологове відділення на початку II періоду пологів зі скаргами на сильний головний біль, погіршення зору, болі у епігастрії. Через 3 хвилини стався напад судом з втратою свідомості. Дані обстеження: Загальний стан тяжкий. Шкіра блідо-сірувата, набряки верхніх та нижніх кінцівок, передньої черевної стінки, обличчя. А\т – 180\130 мм рт ст., 150\110 мм рт ст., серцеві тони при аускультатії послаблені, ритмічні. Положення плода поздовжне, передлежить голівка, у порожнині малого тазу. Серцебиття плоду вислуховується 176/хв., глухе. Повне відкриття шийки матки. Плідний міхур відсутній. Голівка у вузькій частині малого таза. Мис не досягається. Екзостозів не має. Тактика?

- A** *Закінчити пологи шляхом накладання порожнинних акушерських

щипців

- В** Зробити кесарський розтин
- С** Призначити стимуляцію пологової діяльності
- Д** Плороруйнівна операція
- Е** Зробити перінеотомію, вакуум-екстракцію плоду

4. Вперше вагітна, 22 років. Вагітність 35-36 тижнів. Плід живий. Розміри тазу: 25-26-31-20. Без пологової діяльності, з'явилась кровотеча з статевих органів в кількості 80-100мл. При внутрішньому дослідженні: шийка матки вкорочена, маткове вічко пропускає 1 палець. За внутрішнім вічком відчувається м'яка тканина. Голівка плода рухома над входом в малий таз. Під час дослідження кровотеча збільшилась.

Визначте об'єм акушерської допомоги.

- А *** Кесарів розтин
- В** Строгий ліжковий режим
- С** Амніотомія
- Д** Строгий ліжковий режим та токолітична терапія
- Е** Строгий ліжковий режим та гемостатична терапія

5. Протягом 2-х годин після народження плода стан роділлі добрий: матка щільна, куляста, дно її на рівні пупка, кровотечі немає. Затискач, накладений на відтинок пуповини, знаходиться на попередньому рівні, при глибокому вдиху і при натискуванні ребром долоні над симфізом пуповина втягується в піхву. Кров'янистих виділень зі статевих шляхів немає.

Якою буде подальша тактика лікаря?

- А *** Провести ручне відокремлення плаценти
- В** Застосувати спосіб Абуладзе
- С** Застосувати спосіб Креде-Лазаревича
- Д** Провести кюретаж порожнини матки
- Е** Внутрішньовенно ввести окситоцин

6. У жінки Д. відбулись пологи в 39 тижнів вагітності. В анамнезі штучний аборт, який ускладнився ендометритом. Протягом 40 хв. ознак відділення плаценти немає. Ознаки зовнішньої та внутрішньої кровотечі відсутні. При спробі зробити ручне відділення плаценти з'явилися значні кров'яні виділення. Крововтрата склала 400 мл. Плаценту відділити від матки не вдалося. Яка тактика лікаря?

- А *Зробити надпихову ампутацію матки
- В Провести вишкрібання стінок порожнини матки
- С Призначити утеротоніки
- Д Продовжувати ручне відділення плаценти
- Е Провести екстирпацію матки

7. Пологи завершилися народженням дитини масою 4500 г, зрістом 52 см. Через 10 хвилин почалась маткова кровотеча. Плацента відокремлена рукою, проведений масаж матки на кулаці, внутрішньовенно введено розчин окситоцину. Через 10 хвилин кровотеча повторилась. Консервативні методи підвищення скоротливої діяльності матки не дали ефекту. Крововтрата за 40 хвилин боротьби з кровотечею склала понад 1200 мл. Яка тактика подальшого ведення пологів?

- А * Лапаротомія. Екстирпація матки
- В Повторне введення розчину окситоцину
- С Вишкрібання матки
- Д Зовнішній масаж матки
- Е Накладання швів на шийку матки

Типові ситуаційні задачі

1. Пологи ІІ в 30 років. Перші дві вагітності закінчились штучними абортами, третя -терміновими пологами (вага плода 2900 г). Теперішні пологи продовжуються 20 годин. Води відійшли 6 годин тому. Таз 25-26-29-17 см. Перейми регулярні, болючі. Положення плода повздовжнє, голівка притиснута до входу в малий таз. Ознака Вастена позитивна. Праворуч

пальпується напружена болюча кругла зв'язка. Нижній сегмент матки болючий при пальпації. Контракційне кільце на рівні пупка. Серцебиття плода зліва нижче пупка, приглушене. Сечовиділення утруднене. Вагінальне дослідження: відкриття шийки матки повне, голівка притиснута, сагітальний шов у поперечному розмірі входу в малий таз. Діагональна кон'югата 10 см. У загальному аналізі крові НЬ - 118 г/л; Нт - 35; ШОЕ -32 мм/год. в аналізі сечі - еритроцити на $\frac{1}{2}$ поля зору. Діагноз? Що робити?

2. Пологи перші на 43 тижні вагітності. Розміри тазу 24-26-29-18,5 см. Індекс Соловйова 14 см. Пологи почалися 18 годин тому. Годину тому відійшли навколоплідні води. Пульс 94 за 1 хв., АТ - 120/80 мм рт. ст. Положення плода повздовжнє, І позиція. Голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, 126 уд. за 1 хв. Вагінальне дослідження: розкриття шийки матки повне, плідного міхура немає. Голівка притиснута до входу в малий таз, пальпується лоб плода. Діагональна кон'югата 10,5 см. Діагноз? Що робити?

3. Пологи треті, почалися 12 годин тому. Стан задовільний, пульс - 90 за 1 хв., АТ - 120/80 мм рт. ст. Поперечне положення плода, голівка зліва, передній вид. Серцебиття плода ясне, на рівні пупка, 130 за хв. Плід рухливий. Розкриття шийки матки повне. Плідний міхур цілий. Таз: 25-28-31-20 см. Передбачувана маса плода 2900 г.
Діагноз? Що робити?

4. Пологи II, термінові. Стан жінки задовільний, пульс - 96 за 1 хв., АТ - 115/70 мм рт. ст. Положення плода повздовжнє, біля дна матки визначається голівка плода. Відійшли навколоплідні води. Серцебиття плода ритмічне, 70-80 за 1 хв. Вагінальне дослідження: в піхві пальпується стопа плода. Відкриття шийки матки повне.
Діагноз? Що робити?

5. Пологи перші, термінові, двійня. Після народження обох плодів почалася кровотеча. Ознаки відокремлення плаценти негативні. Крововтрата - 400 мл. Шкіра бліда, пульс 110/ хв., АТ - 100/70 мм рт. ст. Кровотеча продовжується. Діагноз? Тактика?

6. Пологи другі. Поперечне положення плода. Голівка праворуч. Ручка, яка випала, набрякла. Пологи продовжуються 31 годину. Контракційне кільце на 4 см нижче пупка. Круглі зв'язки напружені. Серцебиття плода не вислуховується. Діагноз? Терапія?

Розділ VIII. Післяпологові септичні захворювання.

Післяпологові септичні захворювання безпосередньо пов'язані з вагітністю та пологами, мають розвиток в період від 2-3 доби після пологів до кінця 6-го тижня й обумовлені бактеріальною та вірусною інфекцією.

Етіологія

Післяпологові запальні захворювання часто бувають викликані умовно патогенними мікробами, які населяють організм але за певних умов викликають захворювання. Пологи, особливо якщо вони супроводжуються великою крововтратою, що призводить до анемії, до зниження захисних сил організму, можуть стати цією сприятливою умовою для активізації мікроорганізмів. Також причиною можуть бути інфекції, що передаються статевим шляхом (гонококи, уреоплазми, хламідії, вірус герпеса та інші), що негативно впливають на місцевий та загальний імунітет. Зустрічаються також асоціації з 2-3- мікробів, які посилюють властивості один одного.

Ускладнення післяпологового періоду інфекційного генезу можна поділити на три групи захворювань:

- власне післяпологові септичні захворювання, що виникли внаслідок попадання інфекції на пологові рани;
- інтеркурентні захворювання інфекційного характеру (грип, ГРЗ, ангіна тощо);
- екстрагенітальні післяпологові інфекції, при яких геніталії можуть і не ушкоджуватися (мастит, цистит, пієлонефрит).

Патогенез

Провідне значення при післяпологовій інфекції належить, як правило, макроорганізму, його реактивності і захисним властивостям. Значне зниження реактивності організму вагітної жінки спостерігається при наявності екстрагенітальної патології. Перебіг захворювання залежить також від вірулентності мікроорганізму. Патофізіологічна відповідь на інфекцію полягає в активації низки механізмів на локальному та системному рівнях, що реалізуються в неконтрольовану запальну реакцію, яка включає:

- активацію нейтрофілів та моноцитів;
- вивільнення медіаторів запалення;
- дифузну вазодилатацію та збільшення проникності ендотелію;
- активацію факторів згортання крові.

Післяпологовий ендометрит

Запалення внутрішньої оболонки матки.

Клініка. Ознаки ендометриту виникають на 3-5 добу після пологів (інколи на 10). Спостерігається підвищення температури, симптоми інтоксикації: слабкість, головний біль, біль у м'язах, озноб, пітливість. Температура частіше гіпертермічна (вище 39°C), виявляється тахікардія до 100 уд./хв. Може бути затримка лохій або навпаки їх рясне виділення, лохії стають мутними, мають неприємний запах. Породіллю турбує біль внизу живота. При бімануальному дослідженні: шийка матки не сформована, церві кальний канал відкритий, матка болюча, м'яка, збільшена та не відповідає добі післяпологового періоду. У загальному аналізі крові наявний лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, збільшена ШОЕ, може бути анемія. При обстеженні таких хворих, обов'язковими є бактеріологічні дослідження виділень з піхви, сечі, молока та крові.

Лікування

Включає системну антибактеріальну, інфузійну, детоксикацію терапію та місцеве лікування. Перевага віддається цілеспрямованій антибіотикотерапії, що можливо при використанні прискорених методів ідентифікації збудника, використовуючи систему мультімікротестів. Якщо лихоманка триває протягом 48-72 годин після початку лікування, варто запідозрити резистентність збудника до застосовуваних антибіотиків. Лікування внутрішньовенними антибіотиками повинне тривати 48 годин після зникнення гіпертермії й інших симптомів. Таблетовані антибіотики варто призначати ще на найближчі 5 днів. Дози основних антибактеріальних засобів при післяпологових септичних захворюваннях: **Цефтриаксон:** 1 г в/в кожні 6–12 годин.

Цефотаксим: 1–2 г в/в кожні 4 години.

Цефепім: 1–2 г в/в кожні 12 годин, при синьогнійній інфекції дози збільшуються.

Ципрофлоксацин: 400 мг в/в кожні 12 годин.

Левовфлоксацин: 500 мг в/в кожні 24 години.

Кліндаміцин: 600–900 мг в/в кожні 8 годин.

Метронідазол: навантажуюча доза — інфузія 15 мг/кг в/в впродовж 1 години (1 г на 70 кг); підтримуюча доза — інфузія 7,5 мг/кг в/в впродовж 1 години кожні 6–8 годин (500 мг на 70 кг), починаючи через 6 годин після навантажуючої дози, не більше 4 г за 24 години.

Ванкоміцин: 1 г чи 15 мг/кг в/в кожні 12 годин.

Імпінем з циластатином: 500 мг в/в кожні 6 годин.

Тикарцилін/клавуланат: 3–5 г в/в кожні 4–6 годин.

Піперацилін/тазобактам: 3,375 г в/в кожні 6 годин (максимальна загальна доза — 18 г піперациліну/2,25 г тазобактаму на добу в 3–4 прийоми).

При призначенні а/б, припиняють грудне годування немовляти.

Для дезінтоксикації застосовують розчини Рінгера, 5% глюкози, 0,9% натрію хлорид.

Для підвищення імунітету, використовують кіпферон або віферон. Якщо хвороба супроводжується вірусною інфекцією, то призначають противірусні медикаменти, що відрізняються швидкої ударною хвилею дії.

Місцевою терапією при ендометриті є проточно-промивне дронування порожнини матки. Застосовують *внутрішньо маткові інфузії*. Перед початком проведення процедури породіллю вкладають на гінекологічне крісло; роблять обробку зовнішніх статевих органів; шийку матки оголюють за допомогою дзеркал, обробляють антисептичним розчином; шприцом Брауна відсмоктують вміст порожнини матки для бактеріологічного дослідження; проводять обережне зондування для визначення довжини порожнини матки; дренажну і припливну трубки, з'єднані разом, вводять через шийного каналу в порожнину матки. Важливо, щоб припливна трубка була введена до днаматки, що сприяє повноцінному і рівномірному зрошенню поверхні ендометрію. У хворих з післяпологовим ендометритом після кесарева перетину трубки слід проводити з

особливою обережністю по передній стінці матки, щоб не пошкодити шви в області нижньогосегмента. Після введення припливної трубки до дна матки отвори для відтоку на дренажній трубці повинні розташовуватися вище області внутрішнього зіву. Використовують охолоджені $+4^{\circ}\text{C}$ 0,02% розчин хлоргексидину, 0,9% ізотонічний розчин хлориду натрію зі швидкістю 10мл/хв. Протипоказанням до аспіраційно-промивного дренивання матки є: неспроможність швів на матці після операції кесарського розтину, поширення інфекції за межі матки, а також перші дні (до 3-4 доби) післяпологового періоду. Якщо патологічні включення (згортки крові, залишки плодових оболонок) в порожнині матки шляхом промивного дренивання відмити не вдається, їх необхідно видалити вакуум-аспірацією або обережним кюретажем на тлі антибактеріальної терапії та нормальної температури тіла. При відсутності даних умов кюретаж проводиться тільки за життєвими показаннями (кровотеча при наявності залишків плаценти).

До оперативного лікування прибігають у випадку неефективності консервативної терапії й при наявності негативної динаміки в перші 24-48 годин лікування, розвитку синдрому системної запальної відповіді. Хірургічне лікування полягає в лапаротомії й екстирпації матки з матковими трубами.

Післяпологовий метроендометрит.

Якщо запальний процес поширюється за межі ендометрію, вражаючи м'язовий шар, виникає метроендометрит. Клінічні прояви ті самі, що й при ендометриті, але більш виражені. Температура тіла підвищується до $38-39^{\circ}$, прискорюється пульс, але відповідає температурі тіла. Спостерігатись озноб. Більше, ніж при ендометриті, виражені явища інтоксикації — погане самопочуття, слабкість, біль голови. Частіше зустрічається лохіометра.

Лікування аналогічне, як при ендометриті з об'ємом інфузійної терапії, відповідно до тяжкості стану хворої.

Післяпологовий параметрит. При поширенні інфекції з матки лімфатичними шляхами виникає параметрит — запалення навколоматкової клітковини. Захворювання розпочинається через 5-10 діб після пологів. Підвищується температура тіла до $39-40^{\circ}$, з'являється виражений озноб, біль

голови, прискорюється пульс до 120 уд./хв. Спостерігається біль внизу живота, що віддає у поперек та нижні кінцівки.

При піхвовому дослідженні матка і шийка матки (див.ендометрит), з обох боків від матки пальпуються різко болючі інфільтрати. При нагноєнні інфільтрату може визначатись розм'якшення.

Лікування захворювання проводиться на загальних правилах антибактеріальної та інфузійної терапії. Призначають холод на низ живота. Якщо спостерігається нагноєння інфільтрату, проводять дренування.

Післяпологовий пельвіоперитоніт

(запалення очеревини малого тазу). Початок захворювання гострий, супроводжується, підвищенням температури тіла до 38-40°, що має ремітуючий характер, тахікардією, пульс стає слабкого наповнення. З'являється біль внизу живота, що часто іррадіює в пряму кишку, нижні кінцівки, живіт вздутий, може бути нудота, блювання, виражена загальна слабкість, виявляється позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. В аналізі крові — лейкоцитоз із різким зсувом формули вліво та прискорена ШОЕ.

При пельвеоперитоніті верхня межа сформованого запального конгломерату зазвичай проходить вище рівня лона і утворюється припаяними петлями кишківника. Вона порівняно легко встановлюється шляхом поверхневої пальпації. Перкусія цієї зони дає тимпанічний або приглушений тимпанічний звук. Сам випіт при перкусії визначається нижче у вигляді притуплення. Верхня межа притуплення («перкуторная кордон») не збігається з верхньою межею, яка встановлюється при пальпації («пальпаторно межа»). Це розбіжність пальпаторной і перкуторной кордонів є одним з характерних діагностичних ознак пельвіоперитоніту.

При загрозовому прориві гнійника в пряму кишку або сечовий міхур з'являються відповідні характерні симптоми. За 1-2 дні до прориву гною в пряму кишку відзначаються пронос зі слизом, тенезми. При загрозовому прориві в сечовий міхур спостерігаються дизуричні явища.

При вагінальному дослідженні матку та придатки чітко пальпувати не вдається із-за болючості та напруження м'язів.

Лікування складається з комбінації трьох антибіотиків та масивної дезінтоксикаційної терапії. На початку захворювання, поки немає стійкого відмежування запального процесу в черевній порожнині, необхідні строгий спокій, положення з піднятою верхньою частиною тіла. При проведенні лікування слід передбачити призначення льоду на низ живота, анальгетиків, при здутті кишечника - клізми і газовідвідної трубки. Гнійні осередки повинні бути спорожнені. Якщо не спорожнити своєчасно гнійний вогнище, то він може прорвати у пряму кишку або сечовий міхур, рідше спостерігається прорив у черевну порожнину (головним чином при гнійних утвореннях придатків матки). Вид і обсяг втручання при загрозливому прориві гнійника залежать від його локалізації, величини і злукового процесу. При гнійних утвореннях придатків матки, при наявності серозного ексудату в матково-прямокишковому просторі користуються методом аспірації з подальшим введенням в осередок ураження антибіотиків.

При скупченні гнійного ексудату в матково-прямо-кишковому просторі проводять задню кольпотомію. Через кольпотомний отвір входять вказівним пальцем в порожнину гнійника, обстежують її і обережно розкривають додаткові гнійники, а потім вводять гумовий дренаж. При неможливості випустити гній за допомогою кольпотомії, у зв'язку з тим, що очеревина прямої кишки спаяна з задньою поверхнею матки, проводять лапаротомію. Серединним розрізом над лоном розкривають черевну порожнину, обережно просуваються до гнійника, прагнучи не пошкодити спайок сальника з петлями кишок, щоб не торкнутися верхнього, ще здорового відділу черевної порожнини, розкривають гнійник і дренують нижній відділ черевної порожнини.

Для дренажу користуються тонкими гумовими трубками, через які проходить відток гнійного вмісту та вводять антибіотики. При неможливості спорожнити гнійник маткової труби за допомогою аспірації, при виникненні гнійника яєчника їх видаляють шляхом лапаротомії.

Післяпологовий перитоніт

Важке гнійне запалення очеревини, виникає внаслідок поширення інфекції з матки. Частіше перитоніт виникає при переході інфекції на очеревину при нагноєнні швів на матці чи розривах гнійників маткових труб і яєчників. Слід підкреслити, що найвища ступінь ризику розвитку перитоніту після кесарева розтину, особливо при загостренні хронічних інфекційних захворювань, тривалістю пологів більше 12 год та безводним проміжком більше 6 ч. Починається рано, іноді вже на 2-3-й день після пологів (кесарського розтину). Підвищується температура тіла, значно прискорюється пульс, виникає біль в животі, нудота, блювання, затримка випорожнень та газів. Вираз обличчя хворої страждальницький. Язик, губи сухі, вкриті нальотом, живіт різко здутий, болісний, м'язи передньої черевної стінки напружені, симптом Щоткіна-Блумберга – позитивний.

Перистальтика кишківника на початку захворювання уповільнена, згодом припиняється зовсім. З'являються зміни з боку серцево-судинної системи. Пульс 100/хв. і більше, слабого наповнення, може бути аритмічний. АТ знижується. Дихання прискорене, поверхневе. Живіт обмежено приймає участь в диханні.

В черевній порожнині може бути ексудат – серозний, серозно-фібринозний, гнійний та геморагічний.

При вагінальному дослідженні можна виявити випіт у матково-прямокишковому заглибленні (випуклість, нависання заднього склепіння піхви).

У крові значний лейкоцитоз, еозино-лімфо-моноцитопенія. Посів крові практично стерильний.

Лікування перитоніту включає антибактеріальну терапію, детоксикаційну терапію, засоби, що усувають парез кишок — усунення гіпопротеїнемії. При відсутності ефекту від консервативної терапії показане оперативне лікування. Метою операції при акушерському перитоніті є видалення джерела інфекції - інфікованої матки і дренивання черевної порожнини. Матку необхідно видаляти разом з матковими трубами. Видалення

яєчників виправдано лише при наявності піовара або тубооваріального гнійного освіти.

До технічних особливостей виконання операції належать:

- аспірація патологічного випоту з черевної порожнини (видалення ексудату при дренованні необхідно, тому що в ньому міститься велика кількість біологічно активних речовин, які обумовлюють порушення мікроциркуляції, системигемостазу);
- відновлення нормальних анатомічних взаємовідносин між органами черевної порожнини і малого таза (поділ спайок тупим і гострим шляхом);
- ревізія органів черевної порожнини;
- трансназальної інтубації тонкої кишкисондом при великому спаєчнот процесі для запобігання кишкової непрохідності;
- ретельна санація черевної порожнини розчинами антисептиків (Діоксидин, хлоргексидин, озоноване ізотонічний розчин хлориду натрію, гіпохлорит натрію);
- ушивання передньої черевної стінки окремими швами через всі шари в два поверхи (очеревина - апоневроз і підшкірна жирова клітковина - шкіра) для профілактики розвитку післяопераційної евентерацію і гриж;
- дреновання черевної порожнини; основні дренажі (2) завждивводять трансвагінально, додатково до них, трансабдомінально через контрапертури в мезогастральной та епігастральной ділянці до місць найбільшої деструкції проводять 2-3 додаткових дренажу.

Післяпологовий тромбофлебіт - запалення стінки вени з наступним утворенням на цій ділянці тромбу, повністю або посудини, що частково закриває просвіт. Іноді тромбофлебіту передує асептичний тромбоз, т. е. мікроби, що поступають в кров, осідають на тромбі, інфікують його, а з тромбу інфекція поширюється на стінку вени. По локалізації післяпологовий тромбофлебіт ділиться на тромбофлебіт вен матки, вен тазу і глибоких вен ніг.

Метротромбофлебіт є ускладненням метроендометриту. Відмежований тромбофлебіт розпізнати важко. Загальний стан хворих звичайно задовільний.

Температура тіла тримається у межах 37-38,5", пульс прискорений і не відповідає температурі. Іноді буває одноразовий озноб. В аналізі крові — незначний лейкоцитоз, помірний зсув формули вліво, порівняно незначне збільшення ШОЕ. Звертає на себе увагу субінволюція матки, довготривалі і значні кров'янисті виділення з матки.

При бімануальному дослідженні поверхня матки пальпується іноді у вигляді «фасетки». Якщо процес поширюється на вени тазу, то пальпують побільшену матку і болючі звивисті тяжі — запалені вени. Метротромбофлебіт розвивається у перші 6-13 днів післяпологового періоду, а тромбофлебіт глибоких вен тазу — не раніше 2 тижня. При тромбофлебіті вен тазу підвищується температура тіла, з'являється озноб, прискорюється пульс, іноді буває біль у ділянці матки, блювання (внаслідок подразнення очеревини). Вени промацуються спочатку, як звивисті щільні шнури ("дощові хробаки"), згодом — як болісні інфільтрати.

Тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок розвивається на 2-3 тижні після пологів. З'являється сильний біль у нижніх кінцівках, озноб, підвищується температура тіла. Через 1-2 дні з'являється набряк кінцівки, її похолодіння. При тромбофлебіті стегнової вени першим симптомом є згладжування пахової складки, болючість у ділянці скарпівського трикутника, у глибині його пальпуються потовщені судини.

Прогресуючий тромбофлебіт характеризується тим, що одночасно із запаленням судинної стінки і утворенням тромба патологічний процес поширюється далі веною. Тромби іноді розпадаються і заносяться током крові у легені, викликаючи емболію гілок легеневої артерії. Емболія великих гілок легеневої артерії проявляється різким болем у грудній клітці, зниженням АТ, тахікардією. Найбільш постійною ознакою тромбоемболії легеневої артерії є колючий біль під час дихання. Підвищується температура тіла, спостерігається лейкоцитоз.

Лікування. Постільний режим, при тромбофлебіті нижніх кінцівок піднесене положення ніг; антибіотики, сульфаніламід, препарати, що володіють протизапальними властивостями (ескузан, бутадіон,

ацетилсаліцилова кислота). Лікування антикоагулянтами не можна починати раніше 3-го дня після пологів (небезпека маткової кровотечі). Призначають гепарин під контролем показників згортання крові, антикоагулянти непрямої дії під контролем протромбінового індексу (його величина не повинна бути нижче 40- 50%). Застосовують промедол, папаверин, новокаїн в свічках. При гостро виниклому тромбозі вен нижніх кінцівок в першу добу призначають в / в крапельно фібринолізин або стрептокиназу (стрептодеказу) і гепарин. В період одужання хворий дозволяють встати, якщо температура нормальна протягом тижня, ШОЕ не вище 30 мм / год, відсутні відчуття повзання мурашок в кінцівках.

Сепсис.

За сучасних умов визначають такі поняття, як синдром системної запальної відповіді, сепсис, тяжкий сепсис та септичний шок.

Синдром системної запальної відповіді (Systemic Inflammatory Response Syndrom -SIRS) на різноманітні важкі клінічні пошкодження, яка маніфестується двома чи більше наступними проявами:

- 1) температура тіла більше 38°C або нижче 36°C;
- 2) ЧСС понад 90 уд/хв.;
- 3) частота дихання понад 20 за хвилину або Pa CO₂ нижче 32 мм рт.ст.;
- 4) кількість лейкоцитів понад 12000/ммі, менше 400/ммі або більше 10% юних форм.

Сепсис - запальна відповідь на достовірно виявлену інфекцію при відсутності інших можливих причин для подібних змін, які характерні для SIRS. Клінічна маніфестація включає два чи більше наступні прояви:

- 1) температура тіла більше 38°C або нижче 36°C;
- 2) ЧСС понад 90 уд/хв.;
- 3) частота дихання понад 20 за хвилину або Pa CO₂ нижче 32 мм рт.ст.;
- 4) кількість лейкоцитів понад 12000/ммі, менше 400/ммі або більше 10% юних форм.

Тяжкий сепсис/SIRS - супроводжується дисфункцією органів, гіперперфузією або гіпотензією. Гіперперфузія і перфузійні порушення можуть включати (але не

обмежуватися лише ними) ацидоз у результаті накопичення молочної кислоти, олігоурію або гостре порушення психічного статусу. Сепсис - індукована гіпотензія: систолічний тиск крові нижче 90 мм рт.ст. або зниження АТ на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня за умови відсутності інших причин для гіпотензії.

Септичний шок (SIRS - шок) - це ускладнення важкого сепсису і визначається як: сепсис - індукована гіпотензія, що не піддається корекції адекватними поповненнями рідини; перфузійні порушення, які можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз, олігоурію або гостре порушення психічного статусу. Пацієнти, які отримують інотропні препарати або вазопресори можуть не мати гіпотензії, але тим не менш зберігають ознаки гіперперфузійних порушень та дисфункції органів, які відносять до проявів септичного шоку.

Клінічні прояви септичного шоку, який розвивається на тлі наявного інфекційного вогнища ураження, досить типові: гіпертермія до 39-40°C, озноб. З перших годин відзначається частий, але ритмічний пульс, в легенях вислуховуються сухі, а іноді вологі хрипи. У більш пізній період прогресує легенева недостатність, що супроводжується розвитком набряку легенів. Одночасно з'являються парестезії, найжорстокіші м'язові болі, що посилюються при дотику постільної білизни. З перших годин змінюється психіка хворих: виникають спочатку збудження, почуття занепокоєння через 4-6 год змінюються байдужістю до навколишнього, некритичним ставленням до свого стану, ейфорією. У перші години шоку багряно-червоний колір шкірних покривів різко контрастує з синюшною забарвленням губ, нігтьових лож і кінчиків пальців. Через 6-12 год на шкірі хворих можуть з'явитися висипання геморагічного і гіпертонічного характеру. Зазвичай вони локалізуються на губах, носі, мочці вуха. Артеріальний тиск у більшості випадків буває низьким: 40-60/20-0 мм рт.ст. Однак може спостерігатися нормальний або підвищений артеріальний тиск у поєднанні з іншими явними ознаками септичного шоку (порушення або повне випадання функції життєво важливого органу). Спочатку межі печінки та селезінки можуть бути не збільшені. Принаймні наростання тяжкості шоку у цих хворих з'являються переймоподібні болі в животі, через 6-

8 год може з'явитися частий рясний стілець з характером мелени. Сеча кров'яниста, з великим вмістом білка і зруйнованих еритроцитів. Пізніше вона стає бурою, а в наступні дні колір її звичайний. Розвиваються олігоанурія і гостра ниркова недостатність. Клінічна картина шоку багато в чому визначається порушеннями мікроциркуляції, зумовленими ДВС-синдромом: блідість, акроціаноз, олігурія і порушення функції печінки, дихальна недостатність, порушення свідомості, клінічно виражені гемоліз і геморагічний діатез. Останній проявляється шлунково-кишковими кровотечами, підшкірними геморагіями, носовими кровотечами, крововиливами в склери очей і метрорагіями. Незалежно від причин шоку прояви його носять зазвичай вкрай важкий характер і відсувають на задній план симптоми захворювання, що послужили джерелом його розвитку. У розвитку септичного шоку **виділяють дві стадії**: 1)гіпердинамічна - зниження периферичного опору, рефлексорно зростає робота серця, тобто серцевий викид;

2)гіподинамічна - порушення перфузії та оксигенації, вторинні у відношенні до регіональної вазоконстрикції і дисфункції міокарда.

Діагностика

У разі розвитку *тяжкого сепсису* спостерігаються:

- тромбоцитопенія $< 100 \cdot 10^9/\text{л}$, яку неможливо пояснити іншими причинами;
- підвищення рівня С-реактивного протеїну (В);
- підвищення рівня прокальцитоніну $> 6,0$ нг/мл (А);
- позитивний посів крові з виявленням циркулюючих мікроорганізмів(А);
- позитивний тест на ендотоксин (LPS-тест) (В).

Діагноз *септичного шоку* встановлюється, при приєднанні клініко-лабораторних ознак:

- артеріальна гіпотензія (систолический тиск менше 90 мм рт. ст. або знижений більше ніж на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня);
- тахікардія більше 100 уд/хв.;
- тахіпное більше 25 за хвилину;
- порушення свідомості (менше 13 балів за шкалою Глазго);

- олігурія (діурез менше 30 мл/год);
- гіпоксемія (PaO₂ менше 75 мм рт. ст. при диханні атмосферним повітрям);
- SpO₂ < 90%;
- підвищення рівня лактату більше 1,6 ммоль/л;
- петехіальна висипка, некроз ділянок шкіри.

Лабораторні дані відображають наявність важкого запалення і ступінь поліорганної недостатності: у більшості випадках зустрічається анемія; нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво; лейкоцитоз > 12000/мл, в окремих випадках може відмічатися лейкомоїдна реакція з кількістю лейкоцитів до 50-100 тис. і вище (інколи може зустрічатися лейкопенія); морфологічні зміни нейтрофілів включають токсичну зернистість, появу тілець Доле і вакуолізацію; тромбоцитопенія, лімфопенія.

Принципи лікування

Лікування септичного шоку має бути комплексним, спрямованим на боротьбу з шоком, інфекцією, на профілактику гострої недостатності нирок, дихання та кровотечі.

Основні принципи інтенсивної терапії септичного шоку:

- 1.Негайна госпіталізація у відділення інтенсивної терапії
- 2.Корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії та адекватної інфузійної терапії з постійним моніторингом геодинаміки
- 3.Підтримання адекватної вентиляції та газообміну
- 4.Хірургічна санація вогнища інфекції
- 5.Нормалізація функції кишківника та раннє ентеральне харчування
- 6.Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем
- 7.Антибактеріальна терапія під постійним мікробіологічним контролем
- 8.Антимедіаторна терапія

Для проведення інфузії застосовують похідні гідроксиетиленкрохмалю (венофундин, рефортан) та кристалоїди (0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рингера) у співвідношенні 1:2.

З метою корекції гіпопротеїнемії призначають концентровані розчини альбуміну – 20-25%. Застосування 5% альбуміну при критичних станах сприяє підвищенню летальності хворих.

До складу інфузійних середовищ необхідно включати свіжозаморожену плазму (600-1000 мл), яка є донатором антитромбіну В. Антитромбін є інгібітором активації лейкоцитів і запобігає ушкодженню ендотелію судин, завдяки чому зменшуються прояви системної запальної відповіді і ендотоксемії. Крім того, введення свіжозамороженої плазми необхідно і для лікування ДВЗ-синдрому, який, як правило, розвивається при прогресуванні септичного шоку.

Враховуючи роль бета-ендорфінів у патогенезі септичного шоку, із симпатоміметиками виправдано одночасне застосування налоксону до 2,0 мг, який сприяє підвищенню АТ.

У разі неефективності комплексної геодинамічної терапії можливе застосування глюкокортикостероїдів (гідрокортизон 2000 мг/добу).

Хірургічна санація вогнища інфекції.

Покази до лапаротомії та екстирпації матки з трубами:

1. Відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії
2. Наявність в матці гною
3. Маткова кровотеча
4. Гнійні утворення в ділянці придатків матки
5. Виявлення при УЗД наявності залишків плідного яйця

Нормалізація функції кишківника та раннє ентеральне харчування є одним із важливих завдань при лікуванні хворих з сепсисом та септичним шоком, оскільки відновлення бар'єрної функції кишківника є запорукою подальшої транслокації мікроорганізмів у кров'яне русло та зменшення проявів системної запальної відповіді. Це досягається ентеральним крапельним введенням 0,9% розчину натрію хлориду чи негазованої мінеральної води 400-500 мл на добу через шлунковий зонд.

Доцільно також одночасне застосування прокінетиків (метоклопрамід) та глютамінової кислоти, оскільки вона нормалізує обмін речовин у ворсинках кишківника.

Після стабілізації стану хворої для подальшої профілактики бактеріальної транс локації можливо проведення селективної деконтамації кишківника: 4 рази на добу в кишківник вводять суміш поліміксину – 100 мг, тобраміцину – 80 мг і амфотеріцину – 500 мг.

Лактаційний мастит - це запалення молочної залози (переважно однобічне) під час лактації в післяпологовому періоді. Частіше розвивається через 2-3 тижні після пологів.

Найчастіше вхідними воротами інфекції є тріщини сосків, інтраканаккулярне проникнення збудника інфекції через молочні протоки залози при годуванні грудьми або зціджуванні молока, у край рідко збудник поширюється з ендогенних вогнищ. Фактори ризику:

- тріщини сосків;
- лактостаз.

Тріщини сосків можуть бути при пороках розвитку сосків, при пізньому прикладанні дитини до грудей, неправильній техніці годування грубому зціджуванні молока, індивідуального стану епітеліального покриву сосків, порушенні санітарно-епідеміологічних норм післяпологового періоду. При лактостазі може бути підвищення температури тіла тривалістю до 24 годин, якщо більше 24 годин - тоді цей стан необхідно розглядати як мастит.

Класифікація.

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, субареолярним, інтрамамарним, ретромамарним і тотальним.

Клінічна картина маститу характеризується: гострим початком, вираженою інтоксикацією (загальна слабкість, головний біль), підвищенням температури тіла до 38-39°C, дрожжю, болем в області молочної залози, що підсилюються при годуванні або зціджуванні. Молочна залоза збільшується в об'ємі, відзначається гіперемія й інфільтрація тканин без чітких меж. Ця картина характерна для *серозного* маститу. При неефективному лікуванні протягом 1-3 діб серозний мастит переходить в *інфільтративний*. При пальпації визначається щільний, різко хворобливий інфільтрат, лімфаденіт. Тривалість цієї стадії 5-8 днів. Якщо інфільтрат не розсмоктується на тлі проведеного лікування, відбувається його нагноєння - *гнійний* мастит (абсцедуючий). Спостерігається посилення місцевих симптомів запалення, значне збільшення й деформація молочної залози, якщо інфільтрат розташований неглибоко, то при нагноєнні визначається флуктуація. Нагноєння інфільтрату відбувається протягом 48-72 годин. У тих випадках, коли в молочній залозі нагноюється кілька інфільтратів, мастит називають *флегмонозним*. Температура тіла при цьому 39-40°C, дрижи, виражена слабкість, інтоксикація. Молочна залоза різко збільшена, хвороблива, пастозна, добре виражена поверхнева венозна мережа, інфільтрат займає майже всю залозу, шкіра над ураженою ділянкою набрякла, блискуча, червона із синюшним відтінком, часто з лімфангітом. При флегмонозному маститі можлива генералізація інфекції з переходом у сепсис.

Діагностика заснована на наступних даних:

- клінічні: огляд молочної залози (див. у тексті), оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу;
- лабораторні: загальний аналіз крові (лейкограма), загальний аналіз сечі, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження ексудата, імунограма, коагулограма й біохімія крові;

- інструментальні: ультразвукове дослідження (УЗД) - є одним із важливих методів діагностики маститу.

Комплексне лікування післяпологового ендометрита

Включає не тільки системну антибактеріальну, інфузійну, детоксикаційну терапію, але й місцеве лікування. Антибіотикотерапія може бути емпірична й цілеспрямована. Перевага віддається цілеспрямованій антибіотикотерапії, що можливо при використанні прискорених методів ідентифікації збудника, використовуючи систему мультімікротестів. Якщо лихоманка триває протягом 48-72 годин після початку лікування, варто запідозрити резистентність збудника до застосовуваних антибіотиків. Лікування внутрішньовенними антибіотиками повинне тривати 48 годин після зникнення гіпертермії й інших симптомів. Таблетовані антибіотики варто призначати ще на найближчі 5 днів.

Необхідно враховувати, що антибіотики попадають у материнське молоко. Незріла ферментна система немовляти може не впоратися з повним виведенням антибіотиків, що може привести до кумулятивного ефекту. Ступінь дифузії антибіотика до грудного молока залежить від характеру антибіотика. В обмеженій кількості переходять до грудного молока пеніциліни, цефалоспорини, в значній кількості - аміноглікозиди, тетрацикліни, макроліди. Тому при їх призначенні припиняють грудне годування немовляти.

Місцевою терапією при ендометриті є проточно-промивне дренивання порожнини матки, із застосуванням двопросвітнього катетеру, через який роблять зрошення стінок матки розчинами антисептиків, антибіотиків. Використовують охолоджені +4 °С 0,02% розчин хлоргексидину, 0,9% ізотонічний розчин хлориду натрію зі швидкістю 10мл/хв. Протипоказанням до аспіраційно-промивного дренивання матки є: неспроможність швів на матці після операції кесарського розтину, поширення інфекції за межі матки, а також перші дні (до 3-4 доби) післяпологового періоду. Якщо патологічні включення (згортки крові, залишки плодових оболонок) в порожнині матки шляхом промивного дренивання відмити не вдається, їх необхідно видалити вакуум-аспірацією або обережним кюретажем на тлі антибактеріальної терапії та нормальної температури тіла. При відсутності даних умов кюретаж

проводиться тільки за життєвими показаннями (кровотеча при наявності залишків плаценти).

До оперативного лікування прибігають у випадку неефективності консервативної терапії й при наявності негативної динаміки в перші 24-48 годин лікування, розвитку синдрому системної запальної відповіді. Хірургічне лікування полягає в лапаротомії й екстирпації матки з матковими трубами.

Правильне лікування післяпологового ендоміометриту становить основу профілактики розповсюджених форм інфекційних захворювань у породіль.

Лікування післяпологового маститу може бути консервативне й хірургічне.

Антибіотикотерапію варто починати з перших ознак захворювання, що сприяє запобіганню розвитку гнійного запалення. При серозному маститі питання про грудне вигодовування вирішується індивідуально. Необхідно враховувати: думка породіллі, анамнез (приміром, гнійний мастит в анамнезі, численні рубці на молочній залозі, протезування молочних залоз), проведену антибіотикотерапію, дані бактеріологічного й бактеріоскопічного дослідження ексудату, наявність і виразність тріщин сосків. Починаючи з інфільтративного маститу годівля дитини протипоказана через реальну загрозу інфікування дитини й кумулятивного накопичення антибіотиків в організмі дитини, але при цьому лактація може бути збережена, шляхом зцідження. При відсутності ефекту від консервативної терапії маститу протягом 2-3 діб та розвитку ознак гнійного маститу показане хірургічне лікування. Хірургічне лікування полягає в радикальному розрізі і адекватному дрениванні. Паралельно продовжують проводити антибіотикотерапію, дезінтоксикацію й десенсибілізуючу терапію. Своєчасне хірургічне лікування дозволяє попередити прогресування процесу, розвиток системної загальної відповіді.

Медикаментозні препарати, які застосовують для лікування сепсису та шоку:

Розчини кристалоїдів (ізотонічний розчин натрію хлориду, Рінгер-лактат)

Дозування: 1–2 л початково з подальшою оцінкою гемодинамічної відповіді, титрувати подільними болюсами по 500 мл кожні 15 хвилин до досягнення діурезу $>0,5$ мл/кг на годину (30–50 мл на годину у більшості дорослих) чи ЦВТ

>8–12 мм рт.ст.; у дітей — 20 мл/кг в/в, введені швидко, зазвичай протягом 20–30 хвилин, впродовж перших кількох годин ресусцитації, необхідний об'єм може сягати 40–60 мл/кг в/в.

Особливості застосування: потенційним ускладненням є інтерстиційний набряк. Набряк мозку чи легень мають потенційну загрозу для життя, тому важливо ретельно спостерігати за серцево-судинною та дихальною системами. Інфузію припиняють, коли отримано бажану гемодинамічну відповідь чи спостерігаються ознаки набряку легень.

Колоїди містять осмотично-активні речовини, що дозволяє збільшувати ОЦК. Можливе зменшення вірогідності розвитку набряку легень та мозку. **Альбумін 20%**

Застосування підвищує летальність.

З метою корекції гіпопротеїнемії призначають концентровані розчини **альбуміну - 20 - 25%.**

До складу інфузійних середовищ необхідно включати свіжозаморожену плазму (600 - 1000 мл), яка є донатором антитромбіну. *Антитромбін є інгібітором активації лейкоцитів і запобігає ушкодженню ендотелію судин, завдяки чому зменшуються прояви системної запальної відповіді і ендотоксемії. Окрім того, введення свіжозамороженої плазми необхідно і для лікування ДВЗ-синдрому, який, як правило, розвивається при прогресування септичного шоку.*

Застосування вазопресорів

Вазопресори призначаються у пацієнтів зі стійкою гіпотензією (АТс <90 мм рт.ст. чи САТ <65 мм рт.ст. та ознаками гіперфузії), що не корегується за допомогою адекватної інфузійної терапії. У пацієнтів з критичною гіпотензією можливе раннє призначення вазопресорів. Вазопресори підвищують САТ, посилюючи вазоконстрикцію (α 1-адреноміметичний ефект) і покращуючи серцевий викид (β 1-адреноміметичний ефект). Вазопресин має інший механізм дії на ендотелій судин, спричиняючи вазоконстрикцію.

Норадреналін

Дозування: 2–20 мкг на хвилину в/в; у дітей — 0,1–2 мкг/кг на хвилину в/в.

Особливості застосування: стимулює α -адренорецептори, викликаючи сильну вазоконстрикцію. Також має певний β -адреноміметичний ефект, чим спричиняє мінімальну позитивну інотропну дію на серце з підвищенням серцевого викиду. Має мінімальний вплив на ЧСС. Вважається препаратом вибору при рефрактерному до волемічної ресусцитації септичному шоку. По можливості перед застосуванням необхідно скоригувати волемічний стан. Позасудинне введення може спричинити гострий некроз тканин, тому необхідно вводити у велику вену та обережно — при стенозуючих судинних захворюваннях.

Дофамін

Дозування: 1–20 мкг/кг на хвилину в/в; у дітей застосовується, як у дорослих.

Особливості застосування: ендogenous катехоламін, що стимулює β - та α -адренергічні та дофамінергічні рецептори з дозозалежною дією, стимулює виділення норадреналіну. У низьких дозах (2–5 мкг/кг на хвилину) діє на дофамінергічні рецептори у нирках та судинах внутрішніх органів, спричиняючи вазодилатацію. У середніх дозах (5–15 мкг/кг на хвилину) діє на β -адренергічні рецептори, підвищуючи ЧСС та скоротливість міокарда. У високих дозах (15–20 мкг/кг на хвилину) впливає на α -адренергічні рецептори, підвищуючи системний судинний опір та САТ. Може використовуватися як вазопресор першої лінії під час септичного шоку. Підвищує САТ, в основному — за рахунок β -адренергічного ефекту і підвищення ударного об'єму. Порівняно з норадреналіном суттєво підвищує ЧСС.

До призначення дофаміну важливо корегувати гіповолемію кристалоїдами чи компонентами крові. При корекції гіповолемії використовується моніторинг ЦВТ чи тиску наповнення лівого шлуночка. У пацієнтів, що приймали інгібітори моноамінооксидази (МАО) за 2–3 тижні, початкова доза має бути не більше 1/10 звичайної початкової дози. У хворих, що застосовують циклопропан та галогенізовані вуглеводневі анестетики, на фоні призначення дофаміну можливий розвиток шлуночкових аритмій і артеріальної гіпертензії.

Адреналін

Дозування: 1 мкг на хвилину в/в, титруючи відповідно до гемодинамічної відповіді; зазвичай доза коливається в межах 1–10 мкг на хвилину; у дітей — 0,1–1 мкг/кг на хвилину в/в, титруючи відповідно до гемодинамічної відповіді.

Особливості застосування: використовується для лікування гіпотензії, рефрактерної до дофаміну та норадреналіну.

Вазопресин

Дозування: 0,01–0,1 Од на хвилину в/в, титруючи згідно з відповіддю; у дітей — не встановлено.

Особливості застосування: ендогенний гормон пептидної структури (антидіуретичний), що у фізіологічних концентраціях підвищує всмоктування води епітелієм дистальних канальців нефрона. Також стимулює скорочення гладеньком'язових клітин ниркових, порталних та внутрішньопечінкових, коронарних, мозкових, легневих та інших вісцеральних та периферичних судин. Концентрація вазопресину знижується під час септичного шоку. У малих дозах екзогенний вазопресин забезпечує значну вазоконстрикцію, проте можлива рефлекторна депресія міокарда (подібно до фенілефрину).

Кортикостероїдні препарати можуть підтримувати судинний тонус при шоківих станах.

Гідрокортизон

Дозування: 100 мг в/в кожні 8 годин впродовж 24–48 годин; після стабілізації стану пацієнта переводять на пероральне введення гідрокортизону (50 мг кожні 8 годин впродовж наступних 48 годин; можливе поступове зниження дози до 30–50 мг на добу);

Особливості застосування: ендогенний кортизол (гормон стресу), який може підвищити САТ і покращити результат лікування пацієнтів із септичним шоком у випадках гіпотензії, резистентної до адекватної ресусцитації кристалоїдами і вазопресорної підтримки.

Антимедіаторна терапія базується на сучасних знаннях патогенезу септичного шоку і є досить перспективною. Існують переконливі докази

застосування багатоклональних імуноглобулінів у поєднанні з пентоксифіліном. Враховуючи відсутність в Україні багатоклональних імуноглобулінів доцільним є застосування пентоксифіліну у комплексній терапії септичного шоку та сепсису. З цією ж метою виправдано застосування діпірідамолу.

Застосування методів **екстракорпоральної детоксикації** можливо після стабілізації стану пацієнтки.

Хірургічна санація вогнища інфекції.

Показання до лапаротомії та екстирпації матки з матковими трубами: відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії; наявність у матці гною; маткова кровотеча; гнійні утвори у ділянці придатків матки; виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плідного яйця.

Підтримка адекватної вентиляції та газообміну. У тяжких випадках дихальної недостатності на фоні прогресування поліорганної дисфункції необхідно негайно вирішувати питання про переведення хворої на ШВЛ.

Показання до ШВЛ:

- $PaO_2 < 60$ мм рт.ст.;
- $PaCO_2, > 50$ мм рт.ст. або < 25 мм рт.ст.;
- $SpO_2 < 85\%$;
- Частота дихання більше 40 за хвилину. Потік кисню повинен бути мінімальним, забезпечуючи PaO_2 не менше 80 мм рт.ст..

Респіраторна терапія септичному шоку також повинна включати і режим позитивного тиску у кінці видиху (3 - 6 см водн.ст.), але при умові адекватного відновлення ОЦК.

Реакцію гемодинаміки оцінюють наступним чином: якщо ЦВТ збільшилось більше, ніж на 5 см вод. ст., то інфузію припиняють і проводять інотропну підтримку; якщо ЦВТ збільшилось не більше, ніж на 2 см водн. ст., то продовжують інфузійну терапію без інотропної підтримки. Рекомендовано наступну програму інфузійної терапії у разі септичного шоку. Спочатку рідину вводять зі швидкістю 10 мл/хв. на протязі 15 - 20 хв., а потім -

у звичайному темпі, у залежності від показників гемодинаміки, дихання, діурезу та інше.

Для проведення інфузії застосовують похідні гідроксиетилкрохмалю (венофундин, рефортан, ХАЕС-стеріл) та кристалоїди (0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рингера) у співвідношенні 1 : 2. *На відміну від інших колоїдів розчини гідроксиетилкрохмалю зменшують ступінь ушкодження ендотелію капілярів, покращують функцію легень та зменшують прояви системної запальної реакції.*

Контрольні запитання

1. *Що таке післяпологові інфекційні захворювання?*
2. *Яка етіологія післяпологових інфекційних захворювань?*
3. *Назвіть основні моменти патогенезу післяпологових інфекційних захворювань?*
4. *Які основні клінічні прояви післяпологового ендометриту?*
5. *Які бімануальні ознаки при післяпологовому ендометриті?*
6. *Які бімануальні ознаки при післяпологовому параметриті?*
7. *Вкажіть основні клінічні прояви післяпологового пельвіоперитоніту?*
8. *Перерахуйте прояви синдрому системної запальної відповіді.*
9. *Вкажіть основні етапи лікування септичного шоку.*
10. *Класифікація лактаційного маститу.*
11. *В чому полягає хірургічне лікування лактаційного маститу?*
12. *Які показання для ШВЛ при септичних післяпологових захворюваннях?*

Тестові завдання

1. У породіллі на десяту добу після пологів загальний стан погіршився, з'явився озноб, біль в правій молочній залозі, т тіла підвищилась до 39°C. Об'єктивно: права молочна залоза дещо більша, в верхньо-зовнішньому квадраті пальпується болісний щільний інфільтрат розмірами 5x7 см з ділянкою розм'якшення в центрі, шкіра над ним гіперемійована з синюшним відтінком. Пахвові лімфатичні вузли справа збільшені, болісні під час пальпації. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гнійний мастит
- B. Серозний мастит
- C. Рак молочної залози
- D. Фіброаденома молочної залози
- E. Лактостаз

2. На 10 добу післяпологового періоду породілля скаржить на болі й почуття тяжкості у лівій молочній залозі. Температура тіла – 38,8°C, Пульс – 94 у хвилину, права молочна залоза з набряком, у зовнішньо-верхньому квадранті шкіра гіперемована. Симптом флюктуації відсутній. При натисненні із сосків виділяються крапельки молока. Тактика лікаря?

- A. Антибіотикотерапія, іммобілізація й зцідження молочної залози
- B. Фізіотерапевтичне лікування
- C. Розкриття абсцесу й дронування молочної залози
- D. Компрес на молочні залози
- E. Пригнічення лактації

3. Роділля була доставлена каретою швидкої допомоги в пологовий будинок. Пологи перші. Навколоплідні води відійшли 16 годин тому. Лобне передлежання плода, загроза розриву матки. Проведено кесарів розтин. Витягнутий плід має масу 3800,0. Післяопераційний період протягом першої доби після пологів середньої тяжкості. З'явилась гикавка, блювота, головний біль. Живіт болісний вздовж очеревини. З'явилися симптоми подразнення очеревини. Об'єктивно: шкірні покриви бліді з сірим відтінком, загострилися риси обличчя, губи та язик сухі. Температура 38,5 градусів; ЧСС 120 уд. за хв; АТ 110/60 мм рт. ст. При аускультатії кишок — перистальтика відсутня.

Яка лікарська тактика?

- A. Релапаротомія. Екстирпація матки
- B. Інфузійна терапія
- C. Антибактеріальна терапія
- D. Кюретаж матки

Е. Внутрішньоматкова інфузія

4. Породілля знаходиться у фізіологічному відділенні. Пологи перші. Народився плід масою 4350,0, зростом 50 см. При огляді м'яких статевих шляхів знайдено розриви шийки матки 2-ого ступеня, накладені шви. На 4 добу після пологів у породіллі підвищилась температура до 39°C; ЧСС 88 уд. за хв; АТ 120/60 мм рт. ст.; лейкоцитоз з сувом в ліво. Молочні залози м'які, не болісні. Живіт м'який, не болбчій. Дно матки на 4 см нижче пупка. Симптомів подразнення очеревини немає. Лохії кров'янисто-серозні, незначні, з неприємним запахом. Аналіз сечі без патологічних змін. Який імовірний діагноз?

- А. Післяпологовий ендометрит
- В. Післяпологовий пельвіоперітоніт
- С. Субінволюція матки
- Д. Нормальний післяпологовий період
- Е. Нориця

5. Породілля. Переведена із фізіологічного акушерського відділення в обсерваційне на 4 добу після пологів. Перші 2 доби проходили без ускладнень. На третю добу післяпологового періоду температура підвищилась до 38°C; ЧСС 88 уд. в хв; АТ 120/80 мм. рт. ст.; значний лейкоцитоз із суволом в ліво. З боку внутрішніх органів патологічних змін немає. Живіт м'який, безболісний. Дно матки нижче пупка на 3 поперечні пальці. Лохії гнійно-сукровичні. Гази відходять. Випорожнення самостійне. УЗД: порожнина матки розширена, візуалізуються позитивні включення. Проведена інструментальна ревізія порожнини матки, під час якої статус породіллі значно погіршився: АТ 60/0 мм рт.ст., ЧСС — 120 уд. за хв. До якого ускладнення призвели дії лікаря.

- А. Сепсис
- В. Синдром системної запальної відповіді
- С. Септичний шок
- Д. Розлитий перітоніт
- Е. Ендометрит

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК

1. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Кулаков В.И., Савельева Г.М. Акушерство : национальное руководство /; Российское общество акушер-гинекологов, Ассоциация медицинских обществ по качеству. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013-1197с. Глава 55.
2. Баскакова П.М. Патологічне і оперативне акушерство: підручник/— К: ВСВ «Медицина», 2012. – С. 63-71.
3. Беловол А.Н., Князькова И.И. Дифференциальная диагностика анемий на современном этапе // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2014. - № 4 (79) – С.60-68
4. Венцківського Б.М., Сенчук А.Я., Зелінський О.О. Невідкладні стани в акушерстві: підручник для студентів / — К.: "Здоров'я матері і дитини", 2013. — С. 5-17.
5. Вернигородский В.С., Вдовиченко Н.Н. Современные проблемы сахарного диабета и беременности. Винница, 2003. 128 с.
6. Грищенко В.И., Щербина Н.А. «Акушерство и гинекология» в 2 книгах. Книга 1. Акушерство, 2012 г. 416 стр.
7. Громова А.М. Акушерство і гінекологія: підручник/- Полтава: Полтава, 2000.-284с., іл.
8. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. М.: Триада-Х, 2004. - 176с
9. Гусева Н.К. Болезни системы крови. - М.: МЕДпресс-инф., 2004. - 488 с
10. Запорожан В.М., Цегельський М.Р., Рожовська Н.М., Підручник: У 2 томах. Т.1.-Одеса: Одес. Держ. Мед.ун-т, 2005-472с.
11. Запорожана В.М. Акушерство та гінекологія: У 4 т.: національний підручник / — К.: ВСВ “Медицина”, 2013. — 840с.
12. Запорожан В.М., Нізова Н.М. Вагітність високого ризику при цукровому діабеті. Одеса, 2001. 178 с.
13. Ипастова И. Д. Невынашивание и недонашивание: единство профилактики // Status Praesens. – 2014. - №2 [19]. – С.15-20
14. Лихачев В.К «Оперативное акушерство с фантомным курсом», 2014-496с.

15. Мазорчук Б.Ф., Жученко П.Г. Акушерство і гінекологія: в 2-х т. т.2 : підручник для сімейних лікарів / - К.: Просвіта, 2007. - 464 с.
16. Медвідь В.І. Цукровий діабет у вагітних: особливості проблеми в Україні // Ендокринологія. - 2003. - №1. - С.4-9.
17. Назарова І.Б, Самойленко В.Б., Муштенко Н.П., соавт. Патологічне і оперативне акушерство: підручник /— К.: ВСВ «Медицина», 2012. – С. 248-254.
18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.03.14 № 205
Клінічний протокол "Акушерські кровотечі"
19. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.11.2008 № 624
Клінічний протокол з акушерської допомоги "Невиношування вагітності"
20. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.11.2008 № 624
Клінічний протокол з акушерської допомоги "Невиношування вагітності"
21. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2006 № 901
Клінічний протокол з акушерської допомоги "Переношена вагітність"
22. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.12.2004 № 676 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги
23. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2003 № 582 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги
24. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.01.2011 № 42 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської допомоги „ Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця “
25. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2011 № 977
Клінічний протокол з акушерської допомоги " Кесарів розтин "
26. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.07.2011 № 417 Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні
27. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2005 № 782
Клінічний протокол з акушерської допомоги " Анемія у вагітних "

28. Сидельникова В. М., Сухих Г. Т. Невынашивание беременности. – М: МИА, 2010. – 536
29. Словянова Изабелла «Акушерство и гинекология», 2014г-573 стр.
30. Шатило В.Й., Практикум з фантомного акушерства: навч. Посібник./В.Й.Шатило,П.В.Яворський.-К.:ВСВ «Медицина»,2010-112 с.
31. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: Интел Тек, 2003. – 430 с.
32. Шляпников С.А., Кожевников В.Б. Антибактериальная профилактика инфекционно-воспалительных осложнений в хирургии//Материалы 3-й Российской науч.-практ. конференции. С.-Пб. -2003.- С.222-224.
33. Яковлев С.В. Современное значение цефалоспоринов при лечении инфекций в стационаре//Российский медицинский журнал. 2005. -Том.13, №10. - С.720-724.
34. Bellomo R., Baldwin I., Ronco C. Extracorporeal blood purification therapy for sepsis and systemic inflammation: its biological rationale//Contrib Nephrol. - 2001. №132. - P. 367-374
35. Brunkhorst F.M., Wegscheider K., Forycky Z.E., Brunkhorst R. Procalcitonin for early diagnosis and differentiation of SIRS, sepsis, severe sepsis, and septic shock//Intensive Care Med. 2000. - №26. - P. 148-152.
36. Brugnara C. Iron deficiency and erythropoiesis: new diagnostic approaches. Clin Chem 2003; 49:1573–1578
37. Casey B.M., Lucas M.I., McIntire D.D., Leveno K.I. Pregnancy outcomes in women with gestational diabetes compared with general obstetric population // Obstet. Gynaecol. 1997,90, №6, 869-873.
38. Litchiner N., Frazer R., Heller S. The St. Vincent declaration and pregnancy - how close we to achieving its aims?//Abstr. Of the XIV Eur. Congr. Gynaecol. Obstet. Granada, 1999, p. 192.
39. Li T. C., Macris M. Recurrent miscarriage: etiology, management and prognosis // Journal of Human Reproduction Update. – 2002. - Vol. 8, p.463-481.

40. Smith J.L., Brooker S. Impact of hookworm infection and deworming on anaemia in non-pregnant populations: a systematic review. // Trop. Med. Int. Health.- 2010 May
41. Tsokos M., Reichelt U., Jung R., Nierhaus A., Pischel K. Interleukin-6 and C-reactive protein serum levels in sepsis-related fatalities during the early postmortem period//Forensic Sci I