

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
"Українська медична стоматологічна академія"

АКУШЕРСТВО

Підручник для студентів
вищих медичних навчальних закладів України
III–IV рівнів акредитації
за редакцією доктора медичних наук,
професора В. К. Ліхачова

Полтава
"Дивосвіт"
2015

УДК 618.2/7(075.8)

ББК 57.16я73

А 44

Рецензенти:

О. В. Булаченко, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова;

В. П. Міщенко, заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету.

Затверджено Міністерством освіти і науки України як підручник для студентів вищих навчальних закладів (Лист МОН України від 04.06.2015 № 1/11-7768).

Акушерство: Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів України III–IV рівнів акредитації / [Ліхачов В. К., Добровольська Л. М., Ляховська Т. Ю., Удовичка Н. О., Макаров О. Г., Тарановська О. О.]; за ред. В. К. Ліхачова. – Полтава : Дивосвіт, 2015. – 336 с., іл

ISBN 978-617-633-138-4.

Підручник написаний згідно навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня "Спеціаліст" кваліфікації "Лікар-стоматолог" у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальністю "Стоматологія", затвердженого МОЗ України 06.07.2010 року та навчальної програми з акушерства для спеціальності 7.12010006 "Стоматологія", що затверджена МОЗ України 28.11.2014 року для вивчення студентами-стоматологами 4-го курсу розділу "Фізіологічний перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду. Перинатальні ускладнення".

Підручник складено відповідно до сучасних клінічних протоколів, затверджених МОЗ України. В ньому наведені дані про організацію акушерської служби в Україні, викладені питання фізіологічного перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, діагностики стану внутрішньоутробного плода, плацентарної недостатності, затримки розвитку і дистресу плода. Представлена інформація щодо перинатальної охорони плода, фізіології і патології періоду новонародженості, фармакотерапії в акушерстві.

Великий розділ підручника присвячений тазовим передлежанням, вузьким та звуженим тазам, аномаліям пологової діяльності, неправильним положенням плода, гіпертензивним розладам при вагітності, акушерським кровотечам. Значна увага надана екстрагенітальній патології у вагітних: захворюванням серцево-судинної, дихальної, нервової систем, нирок, цукровому діабету, наведені клініка, діагностика та сучасні методи лікування цих станів.

Для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України III–IV рівнів акредитації.

УДК 618.2/7(075.8)

ББК 57.16я73

© Колектив авторів, 2015.

© Дивосвіт, 2015.

ISBN 978-617-633-138-4.

ВСТУП

Збереження та зміцнення здоров'я матері і дитини належать до пріоритетних проблем державної політики України. І стоматологи, маючи лікарську спеціальність, повинні мати уявлення щодо організації акушерської служби в Україні, фізіологічного і патологічного перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, діагностики стану внутрішньоутробного плода, його перинатальної охорони, фізіології і патології періоду новонародженості, фармакотерапії в акушерстві.

Тому важливим завданням є створення підручника, який би дозволив студентам-стоматологам ефективно опанувати основні знання з надання акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню України.

Підручник написаний викладачами кафедри акушерства і гінекології № 2 Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія" за редакцією доктора медичних наук, професора В. К. Ліхачова згідно навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня "Спеціаліст" кваліфікації "Лікар-стоматолог" у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальністю "Стоматологія", затвердженого МОЗ України 06.07.2010 року, та навчальної програми з акушерства для спеціальності 7.12010006 "Стоматологія", що затверджена МОЗ України 28.11.2014 року, для вивчення сту-

дентами-стоматологами 4-го курсу розділу "Фізіологічний перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду. Перинатальні ускладнення".

Підручник складено відповідно до сучасних клінічних протоколів, затверджених МОЗ України. Наведені засади організації акушерської служби в Україні, фізіологічного перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, діагностики стану внутрішньоутробного плода, його перинатальної охорони, фармакотерапії в акушерстві. У підручнику описані перинатальні ускладнення, зокрема подана інформація про тазові передлежання, вузькі та звужені тази, аномалії пологової діяльності, неправильні положення плода, гіпертензивні розлади при вагітності, акушерські кровотечі. Велика увага надана екстрагенітальній патології у вагітних: захворюванням серцево-судинної, дихальної, нервової систем, нирок, цукровому діабету, наведені клініка, діагностика та сучасні методи лікування цих станів.

Важливим аспектом у написанні даного підручника є лаконічний виклад матеріалу в доступній формі.

РОЗДІЛ 1

ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ. ПРЕДМЕТ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Акушерство (фр. *accoucher* – народжувати) вивчає фізіологічні та патологічні процеси, які відбуваються в організмі жінки під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді, а також методи лікування й профілактики різних ускладнень, що виникають у цей час. Акушерство є складовою частиною гінекології (від грец. *gynē* – жінка, *logos* – вчення) – науки про анатомо-фізіологічні особливості жіночого організму, пов'язані з репродуктивною функцією, а також про методи лікування та профілактики захворювань жіночих статевих органів.

В останні декілька десятиріч розвиток акушерства і гінекології, репродуктивної медицини, генетики, ультразвукової діагностики сприяли формуванню нової галузі медицини ХХІ ст. – перинатальної медицини, спрямованої на забезпечення фізіологічного перебігу вагітності і пологів, розвитку плода і новонародженого, збереження здоров'я матері та дитини.

Охорона здоров'я жінки, матері і дитини є першочерговим державним завданням. Стратегія розвитку акушерської (перинатальної) та гінекологічної служби в Україні базується на принципах, затверджених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ): забезпечення доступу всіх верств населення до кваліфікованої медичної допомоги, служб планування сім'ї, медико-генетичного консультування з метою покращення ре-

продуктивного здоров'я жіночого населення, зниження рівня материнської та дитячої захворюваності й смертності, ускладнень вагітності і пологів.

Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога надається в жіночих консультаціях, гінекологічних кабінетах ЦРЛ, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських пунктах, оглядових кабінетах поліклінік і здійснюється за принципом дільничного обслуговування населення.

Спеціалізована амбулаторно-поліклінічна допомога представлена спеціалізованими прийомами у великих жіночих консультаціях (з проблем неплідності, гінекологічної ендокринології, патології шийки матки, планування сім'ї та ін.), де застосовується сучасна лікувально-діагностична апаратура, інструментарій та обладнання.

Стаціонарна акушерсько-гінекологічна допомога в Україні є доступною для всіх верств жіночого населення. Госпіталізація вагітних, гінекологічних хворих до акушерсько-гінекологічного стаціонару проводиться за направленням лікарів швидкої медичної допомоги, амбулаторно-поліклінічних лікувально-профілактичних закладів, акушерок, фельдшерів або медичних сестер фельдшерсько-акушерських пунктів. На всі медичні втручання медичні працівники повинні одержати інформовану згоду хворої/вагітної.

Спеціалізовану стаціонарну допомогу здійснюють спеціалізовані відділення пологових будинків, клінічних баз науково-дослідних інститутів, кафедр акушерства та гінекології медичних вузів, Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України. Акушерські стаціонари спеціалізуються на екстрагенітальній патології, невиношуванні вагітності, інфекційно-запальних захворюваннях. Спеціалізована гінекологічна допомога надається за напрямками: ендокринна гінекологія, гнійно-септична гінекологія, гінекологія дитячого та підліткового віку.

Організація акушерсько-гінекологічної допомоги складається з 3-х основних компонентів:

- організація акушерської (перинатальної) допомоги на основі принципів безпечного материнства;
- організація гінекологічної допомоги, що базується на принципах збереження та реабілітації репродуктивного здоров'я і профілактики онкогінекологічних захворювань;
- організація служби планування сім'ї як основи формування та збереження репродуктивного здоров'я.

1.1. Організація надання акушерської (перинатальної) допомоги

Сучасні принципи перинатальної допомоги матерям і новонародженим, рекомендовані ВООЗ та ЮНІСЕФ, спрямовані на забезпечення фізіологічного перебігу вагітності, пологів, правильного догляду за новонародженим, раннього початку грудного вигодовування і раннього необмеженого контакту матері з дитям.

Основним принципом організації перинатальної допомоги на сучасному етапі є регіоналізація, яка базується на концепції перинатального ризику – необхідність визначення чіткої відповідності ступеня ризику пологів для матері та дитини реальним можливостям лікувального закладу.

Регіоналізація перинатальної допомоги передбачає розподіл системи організації медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та малюкам в Україні за трьома рівнями (згідно наявного перинатального ризику).

На I (базовому) рівні амбулаторна перинатальна допомога здійснюється на фельдшерсько-акушерських пунктах, у центрах первинної медико-санітарної допомоги, сільських лікарських амбулаторіях та амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, жіночих консультаціях, кабінетах планування сім'ї. На госпітальному етапі допомогу такого рівня надають пологові відділення центральних районних та міських лікарень.

Допомога на цьому рівні охоплює діагностику вагітності, спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом гестації та їх розродження, спостереження та догляд за здоровими новонародженими аж до виписки, динамічне спостереження за породіллями (включно з питаннями післяпологової контрацепції), профілактичну та інформаційно-просвітницьку роботу (включаючи питання планування сім'ї).

Вагітні з неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням лікаря загальної практики-сімейної медицини/акушерки/фельдшера з обов'язковою консультацією лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації на 19–21 і 30 тижнях вагітності. Додатково консультації акушера-гінеколога підлягають вагітні у разі труднощів у діагностиці або ускладнень у перебігу вагітності (при появі переймоподібного болю унизу живота, кров'янистих виділень із піхви, зміні характеру рухів плода і т. ін.).

Показаннями до направлення вагітних до закладу II рівня перинатальної допомоги є поява акушерської (передчасні пологи в терміні 35–36 тижнів, прееклампсія легкого ступеня, двійня, вагінальна кровотеча) або екстрагенітальної патології (без функціональної недостатності), необхідність проведення неінвазивної пренатальної діагностики, вроджені вади розвитку плода, які не потребують анте- або негайного постнатального хірургічного втручання.

На II (спеціалізованому) рівні перинатальну допомогу вагітним на амбулаторному етапі здійснюють жіночі консультації, а на стаціонарному – міські пологові будинки, перинатальні центри II рівня, у т. ч. на базі міських пологових будинків або багатопрофільних лікарень (центральної районних лікарень), що виконують функції міжрайонних перинатальних центрів із кількістю пологів 1500 і більше на рік і радіусом обслуговування до 60 км. У лікувально-профілактичних закладах II рівня медична допомога надається вагітним, роділлям, породіллям

середнього ступеня акушерського та перинатального ризиків і новонародженим із масою тіла ≥ 1500 г (термін гестації ≥ 34 тижні).

Якщо вагітна, роділля, породілля, новонароджений потребуватимуть госпіталізації на III рівні надання медичної допомоги, необхідно стабілізувати їх стан та викликати спеціалізовану лікарську бригаду із закладу охорони здоров'я III рівня для переведення туди таких хворих.

Показаннями для направлення вагітних до закладу III рівня перинатальної допомоги є:

- передчасні пологи в терміні 22–34 тижні, прееклампсія середнього та тяжкого ступенів, передлежання плаценти;
- екстрагенітальна патологія з порушенням функції органів та розвитком їх недостатності, цукровий діабет, онкологічна, неврологічна патологія, захворювання згортальної системи крові та системні захворювання сполучної тканини;
- стани плода, що потребують проведення інвазивної пренатальної діагностики; вроджені вади розвитку плода, які потребують анте- або постнатального хірургічного втручання;
- недоношеність (до 34 тижнів), мала маса (менше 1500 г) новонародженого, дихальні розлади, а також стани, що потребують невідкладної хірургічної корекції.

На III (високоспеціалізованому) рівні перинатальна допомога надається обласним або міським перинатальним центром. У перинатальному центрі проводиться надання медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям високого ступеня акушерського та перинатального ризиків (за сукупністю факторів): з невиношуванням, багатопліддям, аутоімунними розладами, тяжкими формами екстрагенітальної патології, а також новонародженим із масою тіла до 1500 г і терміном гестації до 34 тижнів. У перинатальних центрах застосовуються високотехнологічні методи лікування акушерської, перинатальної та неонатальної патології.

У разі потреби жінку з високим перинатальним ризиком скеровують на консультацію та дистанційне спостереження до Державного перинатального центру на базі ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України". Відомості про таких пацієнтів мають бути внесені до регіонального та центрального реєстру вагітних високого ризику при першому зверненні. Така необхідність може виникати при тяжкій екстрагенітальній патології, після хірургічного лікування будь-яких соматичних захворювань, проведеного в установах НАМН України під час нинішньої вагітності або при потребі в розродженні в умовах високоспеціалізованої мультидисциплінарної допомоги.

1.2. Організація надання гінекологічної допомоги

Організація амбулаторної гінекологічної допомоги передбачає проведення заходів зі збереження репродуктивного здоров'я, профілактики гінекологічних захворювань, раннього їх виявлення та надання лікувальної і реабілітаційної допомоги. Гінекологічні захворювання виявляють під час звернення жінок у жіночу консультацію або гінекологічні кабінети багатопрофільної поліклініки, до лікаря загальної практики-сімейної медицини, лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку, акушерки ФАП, а також під час проведення профілактичних оглядів у лікувально-профілактичних закладах.

Профілактичними оглядами в оглядових кабінетах забезпечуються дівчата/жінки з 18 років та всі жінки (за їх поінформованою згодою), які звернулися вперше в поточному році до лікувального закладу. Профілактичний огляд у дівчат із 14 років проводиться за показаннями у присутності батьків лікарем-гінекологом дитячого та підліткового віку.

Профілактичні огляди спрямовані на раннє виявлення онкологічної патології у жінок, профілактику інфекцій, які передаються статевим шляхом, та ВІЛ/СНІДу, консультування з

питань планування сім'ї та запобігання небажаних вагітності, збереження репродуктивного здоров'я.

На кожну жінку, яка підлягає диспансерному нагляду, заповнюється "Контрольна карта диспансерного спостереження" (форма 30), де вказують діагноз захворювання, з приводу якого вона поставлена на облік, частоту оглядів, методи обстеження та лікування.

1.3. Організація роботи служби планування сім'ї

Планування сім'ї є невід'ємною частиною надання перинатальної допомоги як на етапі підготовки до вагітності, так і після пологів. Служба планування сім'ї охоплює комплекс медико-організаційної роботи, спрямованої на формування у підлітків та молоді безпечної статевої поведінки, зацікавленості у збереженні та поліпшенні здоров'я, основ відповідального батьківства, тобто на підготовку молоді до створення здорової сім'ї.

На I рівні перинатальної допомоги послуги з вибору методу контрацепції надаються акушерками, фельдшерами, сімейними лікарями, лікарями-акушерами-гінекологами. Вони проводять консультивання з питань здорового способу життя, профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом, вибору сучасної контрацепції.

II рівень надання допомоги забезпечують кабінети планування сім'ї у ЦРЛ, міських лікарнях, жіночі консультації, пологові будинки, акушерські та гінекологічні відділення, служби дитячої та підліткової гінекології, дитячі поліклініки, кабінети медико-соціальної допомоги дітям та молоді. На цьому етапі проводиться формування реєстру жінок з екстрагенітальною патологією тяжкого ступеня, яким протипоказана вагітність за життєвими показаннями, з метою безоплатного їх забезпечення сучасними ефективними видами контрацепції; організація системної підготовки лікарів із питань планування сім'ї; співпраця з обласними дермато-венерологічними, наркологічними диспансерами, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, соці-

альними службами для інтеграції послуг із питань планування сім'ї; співпраця з громадськими організаціями та закладами освіти з питань формування та збереження репродуктивного здоров'я, профілактики небажаної вагітності.

На III рівні надаються перинатальні послуги жінкам із групи високого акушерського та перинатального ризиків, тому консультування з питань попередження незапланованої вагітності для таких жінок надається лікарями акушерами-гінекологами разом зі спеціалістами вузького профілю (центри боротьби з ВІЛ/СНІД, центри медичної генетики, обласні шкірно-венерологічні та наркологічні диспансери).

Спеціалісти центрів та кабінетів планування сім'ї проводять прекоцепційну підготовку до майбутньої вагітності шляхом здійснення просвітницької діяльності серед цільових груп молоді віком 18–35 років, обстеження осіб, що планують одружитися, та призначення фолієвої кислоти з метою попередження вроджених вад центральної нервової системи плода.

Контрольні питання

1. Що таке акушерство?
2. Що таке гінекологія?
3. Які заклади надають амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу?
4. Які заклади надають стаціонарну акушерсько-гінекологічну допомогу?
5. Що таке регіоналізація перинатальної допомоги?
6. Що таке перинатальний ризик?
7. Які види перинатального ризику ви знаєте?
8. Як організована перинатальна допомога на I рівні?
9. Як організована перинатальна допомога на II рівні?
10. Як організована перинатальна допомога на III рівні?
11. Що таке служба планування сім'ї?
12. Охарактеризуйте етапи надання допомоги з питань планування сім'ї.

РОЗДІЛ 2

ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ. МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ. АКУШЕРСЬКА ТЕРМІНОЛОГІЯ

2.1. Фізіологія вагітності, пологів та післяпологового періоду

Вагітність у середньому триває 280 днів, або 10 акушерських місяців, рахуючи від першого дня останньої менструації (тривалість акушерського місяця – 28 днів; 10 акушерських місяців дорівнюють 40 тижням). Протягом цього часу із заплідненої яйцеклітини розвивається зрілий плід, здатний до позаутробного існування.

2.1.1. Будова статевих клітин

Статеве розмноження – це злиття двох статевих клітин (гамет), унаслідок чого утворюється нове життя. Формуванню гамет у людини передують мейоз, у результаті якого утворюються клітини, які мають гаплоїдний набір хромосом.

Процес формування статевих клітин (гамет) відомий під загальною назвою "гаметогенез". Він характеризується низкою важливих біологічних процесів і відбувається з деякими відмінностями при дозріванні сперматозоонів (сперматогенез) і яйцеклітин (овогенез).

Будова статевих клітин. Яйцеклітини та сперматозоїди розвиваються з первинних статевих клітин. Чоловічі первинні

статеві клітини починають утворюватися з настанням статевої зрілості. Процес дозрівання сперматозоїдів триває понад два місяці. Щодня у чоловіка дозріває декілька мільйонів сперматозоїдів. На відміну від чоловіків, у жінок первинні статеві клітини утворюються вже в ембріональному періоді й перебувають у "законсервованому" стані до настання статевої зрілості.

Яйцеклітини нерухомі, мають кулясту форму і містять всі типові клітинні органоїди, але за будовою відрізняються від інших клітин, оскільки пристосовані для реалізації можливості розвитку цілого організму.

У жінок овогенез відбувається у яєчниках циклічно, при цьому протягом оваріального циклу кожні 24–28 днів утворюється, як правило, один овоцит 1-го порядку, а за весь період статевої зрілості – близько 400. Первинні овоцити у дівчаток формуються ще внутрішньоутробно, зберігаються все життя і тільки поступово деякі з них починають дозрівати і дають яйцеклітини. Різні несприятливі фактори, які діють протягом життя на жіночий організм, можуть вплинути на подальший розвиток клітин і потім призводити до порушення нормального розвитку майбутнього потомства.

Овоцит 1-го порядку має діаметр близько 130 мкм і оточений щільною блискучою зоною та вінцем фолікулярних клітин, число яких сягає 3–4 тис. Він підхоплюється фімбріями маткової труби та, просуваючись нею, закінчує своє дозрівання. При цьому в результаті другого поділу дозрівання утворюється овоцит 2-го порядку (яйцеклітина), який втрачає центріолі, а з цим – здатність до поділу. У ядрі яйцеклітини людини міститься 23 хромосоми; одна з них є статевою X-хромосомою.

Чоловічі статеві клітини (сперматозоїди) утворюються у великій кількості протягом усього активного статевого періоду. Тривалість розвитку зрілих сперматозоїдів із родоначальних клітин (сперматогоній) становить 70–74 дні. Сформований сперматозоїд має розмір близько 70 мкм і складається з голівки і хвоста. Голівка має ядро, оточене тонким шаром цитоплазми, і апікальне тільце

(акросому), що виробляє фермент, який сприяє проникненню сперматозоїда в яйцеклітину. У шийці розміщені клітинний центр (центріолі) та велика кількість мітохондрій, енергія яких забезпечує рух хвоста, а отже, і рух самого сперматозоїда до яйцеклітини.

У ядрі сперматозоїда людини міститься 23 хромосоми, одна з яких є статевою (X або Y), решта – аутосоми. 50% сперміїв містять X-хромосому і 50% – Y-хромосому. Доведено, що маса сперміїв, що містять X-хромосоми, більша за масу сперміїв з Y-хромосомами, тому перші менш рухливі.

2.1.2. Запліднення та розвиток плодового яйця. Капацитація, клітинний фактор запліднення

Запліднення являє собою процес злиття двох гамет – чоловічої і жіночої, внаслідок чого утворюється запліднена яйцеклітина – зигота, яка дає початок розвитку нового організму.

Запліднення відбувається в ампулярній частині маткової труби. При осіменінні численні спермії наближаються до яйцеклітини і вступають у контакт з її оболонкою. Яйцеклітина починає робити обертові рухи навколо своєї осі зі швидкістю 4 обертання за хвилину. Такі рухи обумовлені впливом биття джгутиків сперматозоїдів.

У процесі взаємодії чоловічої та жіночої статевих клітин у них відбувається ряд змін. Для сперміїв характерні явища *капацитації* та *акросомальна реакція*. Капацитація являє собою процес активації сперміїв, який відбувається в маткових трубах під впливом слизового секрету їх залозистих клітин. При цьому спермії набуває здатності проникати в яйцеклітину. У механізмах капацитації бере участь прогестерон, який активує секрецію залозистих клітин маткових труб. Після капацитації відбувається акросомальна реакція, внаслідок якої сперматозоїди виділяють ферменти – гіалуронідазу та трипсин, які сприяють проникненню сперматозоїдів у яйцеклітину.

Ядра жіночої та чоловічої статевих клітин перетворюються на пронуклеус, зближуються, виникає зигота і до кінця першої доби після запліднення починається дроблення. Оптимальний час, протягом якого яйцеклітина може бути заплідненою, становить 12–24 год. Період здатності сперматозоїдів до запліднення може сягати 7 діб.

2.1.3. Плацентация. Будова і функції плаценти. Розвиток плодових оболонок. Навколоплодові води

Протягом фази гастрюляції активно формуються *зовнішньо-зародкові органи*: хоріон, амніон, алантоїс та жовтковий мішок.

Хоріон – зовнішня ворсинчаста оболонка зародка на початкових етапах його розвитку, яка є похідним трофобласта (поверхневого шару клітин плодового міхура). Це тимчасовий орган зародка, за допомогою якого відбувається обмін речовин між зародком і навколишнім середовищем. З розвитком плодового яйця хоріон поділяється на лисий хоріон (одна з оболонок плодового міхура) та ворсинчастий хоріон – сформований із ворсинок, у які врастають кровоносні судини зародка. Ворсинки хоріона занурюються в стінку матки, утворюючи плаценту та забезпечуючи гемохоріальний тип плацентации.

Амніон – одна із зародкових оболонок, яка формується із зовнішніх та середніх зародкових листків і утворює амніотичну порожнину, заповнену амніотичною рідиною. Амніотична рідина захищає зародок від струсів, дає змогу плоду рухатись, запобігає зрощенню його частин із суміжними тканинами, перешкоджає проникненню до плода шкідливих агентів. Щоденно протягом вагітності продукується та всмоктується навколоплодова рідина. Повна зміна складу вод у нормі відбувається приблизно за три доби. До закінчення гестаційного періоду кількість навколоплодової рідини сягає 800–1500 мл. До складу амніотичних вод входять білок, солі, сечовина, вуглеводи (цукор) і гормони (фолікулін, гонадотропний гормон), необхідні для нормального обміну речовин і розвитку плода.

Жовтковий мішок – утворений позазародковою ентодермою і позазародковою мезодермою. Головна роль – кровотворна, яка триває до 7–8 тижня вагітності.

Алантаїс – невеликий виріст задньої стінки жовткового мішка, який формується на 16 день розвитку ембріона. Алантаїс бере участь у формуванні судинної системи плаценти, його проксимальний відділ має відношення до формування сечового міхура. На 2-му місяці ембріогенезу алантаїс редукується.

Плацента здійснює зв'язок плода з організмом матері й трансформується з хоріона. Розрізняють плодову (зародкову) частину плаценти та материнську частину плаценти.

Плодова (зародкова) частина плаценти формується з трофобластичного епітелію. Материнська частина плаценти утворюється головним чином за рахунок відпадаючої оболонки – децидуальної оболонки. Навколо бластоцисти, яка занурилась в ендометрій, виникають численні порожнини, заповнені материнськими еритроцитами та секретом маткових залоз, що відповідає преворсинчастій, або лакунарній стадії розвитку ранньої плаценти.

Початок періоду плацентації характеризується посиленою проліферацією примітивного цитотрофобласта, який із стінки зародкового мішка проникає в бік лакун і утворює між ними клітинні колонії, або первинні ворсини (9 день онтогенезу), вкриті спочатку частково, а в подальшому повністю шаром синцитіотрофобласта.

Наприкінці 2 тижня (12–13 день вагітності) з боку хоріона в первинні ворсини врастає сполучна тканина, в результаті чого утворюються вторинні ворсини. З 3-го тижня починається васкуляризація вторинних ворсин, що свідчить про трансформацію вторинних ворсин у третинні (васкуляризовані). Васкуляризація ворсинок хоріона закінчується до 10-го тижня вагітності.

Період появи третинних ворсинок називають плацентацією, внаслідок чого з'являється нова залоза внутрішньої секреції, яка функціонує під час вагітності, виконуючи функції життєзабезпечення плода.

Пупковий канатик утворюється з мезенхіми, що знаходиться в амніотичній ніжці й жовтковій стеблінці. Сформований пупковий канатик являє собою пружне сполучнотканинне утворення, в якому проходять дві пупкові артерії і пупкова вена. Він заповнений типовою драглистою тканиною, в якій міститься велика кількість гіалуронової кислоти. Саме ця тканина, що отримала назву Вартонові драгли, забезпечує тургор і пружність канатика. Покриває поверхню канатика амніотична оболонка, яка зростається з його драглистою тканиною.

2.1.4. Органогенез

Диференціація зародкових зачатків.

Анатомічне формування органів (органогенез) відбувається паралельно з процесами гістогенезу (утворення тканин).

Диференціація ектодерми.

Нейруляція (процес утворення нервової трубки) відбувається в різних частинах зародка не одночасно. Змикання нервової трубки розпочинається в шийному відділі, потім поширюється назад і дещо уповільнюється в краніальному напрямку, де формуються мозкові бульбашки. На 25-ту добу розвитку нервова трубка повністю змикається, залишаючи два отвори – на передньому і задньому кінцях – передній і задній невропори. Через 5–6 діб обидва невропори заростають. При змиканні бічних стінок нервових валиків та нервової трубки з'являється група ектодермальних клітин, які спочатку розташовуються у вигляді поздовжніх рядів по обидва боки між нервовою трубкою та поверхнею ектодерми, утворюючи нервовий гребінь. Клітини нервового гребеня здатні до міграції. Мігруючі клітини утворюють два головних потоки: одні мігрують у поверхневому шарі дерми, інші – в черевному напрямку, утворюючи парасимпатичні й симпатичні ганглії, а також мозкову речовину надниркових залоз. Частина клітин залишається в ділянці нервового гребеня, формую-

чи гангліозні пластинки, які сегментуються і дають початок спинномозковим вузлам.

Виділення кишкової ентодерми розпочинається з моменту появи тулубової складки. Остання, заглиблюючись, відокремлює зародкову ентодерму майбутнього кишківника від позазародкової ентодерми жовткового мішка. У задній частині зародка до складу кишки, яка формується, входить і та ділянка ентодерми, з якої виникає ентодермальний виріст алантоїса. На початку 4-го тижня на передньому кінці зародка утворюється ектодермальне випинання – ротова ямка. Заглиблюючись, ямка доходить до переднього кінця кишки і після прориву розділяючої мембрани перетворюється в ротовий отвір майбутньої дитини.

Кишкова трубка спочатку утворюється як частина ентодерми жовткового мішка, потім до складу її переднього відділу додаються клітини прехордальної пластини. Із тканин прехордальної пластини у подальшому розвивається багаточаровий епітелій переднього відділу травної трубки та її похідних. Мезенхіма кишкової трубки перетворюється в сполучну тканину і гладку мускулатуру.

Диференціація мезодерми починається з 20-ї доби ембріогенезу. Дорсальні ділянки мезодермальних листків поділяються на щільні сегменти, що лежать по обидва боки від хорди – соміти. Процес сегментації дорсальної мезодерми і сомітів розпочинається в головній частині зародка і поширюється в каудальному напрямку. На відміну від сомітів вентральні відділи мезодерми не сегментуються, а розділяються на два листки – вісцеральний і парієтальний.

У процесі диференціації мезодерми з дерматома і склеротома утворюється ембріональний зародок сполучної тканини – мезенхіма. В утворенні мезенхіми беруть участь також інші зародкові листки, хоча головним чином вона виникає з мезодерми. Частина мезенхіми розвивається за рахунок клітин, які мають ектодермальне походження.

Органогенез починається на 4-му тижні вагітності. У цей час утворюються зачатки кінцівок і закладаються основні системи органів.

Серцево-судинна система і кров походять із мезодерми нутрощів ембріона (вісцеральний листок). На 8 тижні вагітності формується чотирикамерне серце. У ембріона існує три системи кровообігу: система жовткового кровообігу, система плацентарного кровообігу, власна система кровообігу плода.

Система гемостазу зароджується на 19 добу гестації – з'являються перші кров'яні островці; на 2 місяці вагітності розпочинається гемопоез у печінці; на 3 місяці – розпочинається гемопоез у селезінці; на 4–5 місяці – у кістковому мозку.

Нервова система розвивається з ектодерми із 17-го дня вагітності.

Органи чуття розвиваються з ектодерми.

Залози внутрішньої секреції закладаються на 1–2 місяці вагітності й починають функціонувати до кінця 20–21 тижня вагітності.

Травна система походить із ектодерми та мезодерми.

Дихальна система подібно до травної системи має подвійне походження – із ектодерми та мезодерми.

Сечова система утворюється із проміжної мезодерми.

Статеві залози походять від потовщення мезонефроса, що має назву статевого горбика.

Скелет, м'язи і кінцівки розвиваються з приосьової мезодерми.

Імунна система розвивається з 20-го тижня вагітності, коли плід починає отримувати через плаценту від матері імуноглобулін G, який забезпечує плодовий пасивний імунітет.

Етапи розвитку плода.

Протягом I місяця (4 тижні) відбувається дроблення зиготи, імплантація, розвиток зародка, зачатків найважливіших органів і зародкових оболонок.

У кінці II місяця (8 тижнів) довжина плода становить 3–3,5 см, тіло його сформоване, з'являються зачатки кінцівок, голівка дорівнює довжині тулуба, на ній визначаються зачатки очей, носа, рота, розпочинається формування статевих органів.

Наприкінці III місяця вагітності (12 тижнів) довжина плода дорівнює 8–9 см, вага – 48 г, голівка велика, помітна відмінність у будові зовнішніх статевих органів, кінцівки здійснюють рухи, видно пальці рук і ніг, у хрящовому зачатку скелета з'являються перші точки окостеніння.

У кінці IV місяця вагітності (16 тижнів) довжина плода – 13,5 см, вага – 120–180 г, відбувається окостеніння черепа, закінчується формування м'язової системи, рухи кінцівок активнішають, але жінкою не відчувуються, стать плода розрізняється чітко.

Наприкінці V місяця вагітності (20 тижнів) плід досягає довжини 18,5 см, ваги – 280–300 г. Шкіра червона, покривається пушковими волоссям (lanugo). Сальні залози починають виділяти жирову речовину, яка змішується з лусочками епідермісу й утворює сироподібну змазку (vernix caseosa). У кишечнику утворюється меконій. Жінка починає відчувати рухи плода.

Відповідно до Наказу МОЗ України № 179 від 12.04.2006 р. "Інструкція з визначення критеріїв перинатального періоду, живонароджуваності та мертвонароджуваності" з 22 тижня вагітності плід, що народився, вважається недоношеною дитиною і при створенні особливих умов догляду із сучасним медикаментозним забезпеченням має життєздатність. Чітко виявляються *ознаки недоношеності дитини*: підшкірний жир слабозвинений, шкіра вкрита сироподібною змазкою, на всьому тілі пушкове волосся, вушні й носові хрящі м'які, нігті не доходять до кінців пальців; у хлопчиків яєчка не спустилися в мошонку, у дівчаток малі статеві губи не прикриті великими. Народжена дитина здійснює досить активні рухи кінцівками, видає слабкий крик.

У кінці VI місяця (24 тижні вагітності) довжина плода становить 25 см, вага – 600–680 г.

У кінці VII місяця (28 тижнів) плід має довжину 32 см, вагу – 1000–1500 г.

Наприкінці VIII місяця (32 тижні) довжина плода становить 40–42 см, вага – 1500–2200 г.

У кінці ІХ місяця вагітності (36 тижнів) довжина плода дорівнює 45–48 см, вага – 2400–3000 г, товщина підшкірно-жирового шару збільшується, шкіра гладенька, рожева, кількість пушкового волосся на тілі меншає, довжина волосся на голівці збільшується. Плід, що народився в цей термін, голосно кричить, відкриває очі, має виражений смоктальний рефлекс.

До кінця Х місяця вагітності (38–40 тижнів) ознаки недоношеності зникають, плід досягає зрілості до кінця 39 тижня вагітності.

2.1.5. Критичні періоди розвитку ембріона і плода. Вплив на ембріон і плід шкідливих факторів навколишнього середовища

Критичні періоди розвитку ембріона і плода.

Періоди, які характеризуються підвищеною чутливістю ембріона до впливу шкідливих факторів із наступним формуванням відхилень у розвитку, називають критичними періодами ембріогенезу (табл. 2.1).

Вроджені вади можуть виникати в результаті: а) гаметопатій; б) бластопатій; в) ембріопатій; г) фетопатій.

Гаметопатії – ураження статевих клітин (гамет). У походженні вад найбільше значення мають гаметопатії, що супроводжуються порушеннями спадкових структур.

Бластопатіями називають ураження бластоцисти, тобто зародка перших 15 днів після запліднення (до моменту завершення диференціації зародкових листків і початку матково-плацентарного кровообігу). До них відносять анембріонію, яка формується внаслідок ранньої загибелі й резорбції ембріобласта, аплазію жовткового мішка, порушення глибини імплантації зародка та інші. Відповідна реакція ембріона на дію шкідливого фактора в цей період реалізується за принципом "все або нічого", тобто зародок або гине, або завдяки підвищеній стійкості і здатності до відновлення продовжує свій нормальний роз-

виток. Значна частина зародків, пошкоджених у період бластогенеза, а також ті, які утворилися з дефектних статевих клітин та мають мутації, в цей період елімінується шляхом спонтанних абортів.

Уроджені вади, які виникли в результаті ушкодження ембріона, називають *ембріопатіями*. До ембріопатій відносяться лише ті вади, що виникли в результаті впливу шкідливих факторів у період від 20-го до 70-го дня після запліднення, коли відбувається закладка та формування всіх життєво важливих органів і систем майбутньої дитини, формується плацентарний кровообіг, зародок набуває "людського вигляду". Існують талідомідні, діабетичні, алкогольні й медикаментозні ембріопатії, вади, зумовлені вірусом краснухи.

Фетопатії – ушкодження плода. Плодовий період триває від 9-го тижня вагітності до закінчення пологів. Вади цієї групи рідкісні й виникають у результаті впливу тератогенних чинників у антенатальному періоді (персистування ембріональних структур – урахуса; збереження початкового розташування органів – крипторхізм, пренатальна гіпоплазія органа або всього плода). До фетопатій відносяться вади, пов'язані з деякими ендокринними хворобами, наприклад цукровим діабетом.

Залежно від послідовності виникнення розрізняють первинні і вторинні уроджені вади розвитку плода. *Первинні вади* безпосередньо зумовлені впливом тератогенного чинника (генетичного або екзогенного). *Вторинні вади* – ускладнення первинних і поєднані з ними патогенетично, тобто є "вадами вад" (наприклад, атрезія водоводу мозку, яка призвела до гідроцефалії, буде первинною вагою, а гідроцефалія – вторинною).

Патогенез впливу екзогенних пошкоджуючих плід факторів складається з цитопшкоджуючої дії, порушення диференціації клітин у зачатках органів та виникнення мутації (генетичні соматичні ураження).

Екзогенні фактори, що негативно впливають на розвиток плода:

- *радіаційні впливи* викликають пряме ушкодження внутрішньоутробного плода; порушення обміну речовин та ферментативних процесів; найбільш часто іонізуюче опромінення ініціює вади нервової системи, ока і черепа;
- *механічні впливи* на плід призводять до формування його вроджених вад розвитку шляхом надмірного тиску матки, пухлин або амніотичних зрощень, які сприяють утворенню перетяжок на шкірі, гіпоплазії дистальних частин кінцівок або уродженої їх ампутації; однобічні аномалії та каудальні дисплазії можливі при аномаліях розвитку матки та лейоміомах матки;
- вплив на плід *хімічних речовин* залежить від стадії розвитку ембріона, його генетично обумовленої чутливості, стану організму матері, хімічної будови речовини та її спроможності проходити через плацентарний бар'єр, дози речовини, введеної в організм вагітної, швидкості метаболізму;
- *біологічні чинники*, а саме віруси краснухи, герпесу та цитомегалії – мають доведений тератогенний ефект.

Таблиця 2.1

Клінічні прояви впливу шкідливих факторів на ембріон та плід

Період гестації	Можливі наслідки дії шкідливого фактора
Передімплантаційний (перші 6 днів після запліднення)	Загибель зиготи
Ембріо- та плацентогенез (з 7-го дня до 8-го тижня)	Загибель ембріона, вади розвитку, формування плацентарної дисфункції, невиношування вагітності
Ранній фетальний (з 9-го до 22-го тижня)	Порушення функцій різних органів та систем, невиношування вагітності
Пізній фетальний (після 22 тижнів)	Розвиток фетопатій або специфічного інфекційного процесу, невиношування вагітності

2.1.6. Критерії перинатального періоду, живонароджуваності та мертвонароджуваності

Відповідно до Наказу МОЗ України № 179 від 29.03.2006 р. "Інструкція з визначення критеріїв перинатального періоду, живонароджуваності та мертвонароджуваності" *перинатальним називають період*, який починається з 22-го повного тижня вагітності (із 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу – термін гестації, якому в нормі відповідає маса плода 500 г) і закінчується після 7 повних діб життя новонародженого (168 годин після народження).

Передчасні пологи – пологи, що відбулись у період із 22-го повного тижня до закінчення 37-го тижня вагітності (154–259 діб).

Пологи в строк (термінові) – пологи, що відбулися у період із 37 повного тижня до закінчення 42-го тижня вагітності (260–293 доби).

Запізнілі пологи – пологи, що відбулися після 42-го повного тижня вагітності (на 294 добу або пізніше).

Плід – внутрішньоутробний продукт зачаття, починаючи з повного 12-го тижня вагітності (з 84 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) до вигнання/вилучення з організму матері.

Живонародження – вигнання або вилучення з організму матері плода, який після вигнання/вилучення дихає або має будь-які інші ознаки життя (серцебиття, пульсація пуповини, рухи скелетних м'язів).

Мертвонародження – вигнання або вилучення з організму матері плода з 22-го повного тижня вагітності або масою 500 г та більше, який не дихає та не виявляє будь-яких інших ознак життя, таких як серцебиття, пульсація пуповини або рухи скелетних м'язів.

Викидень (аборт) – народження продукта зачаття до повного 22-го тижня вагітності із зростом меншим за 25 см та масою меншою за 500 г незалежно від наявності ознак життя.

Новонароджений – живонароджена дитина, яка народилася або вилучена з організму матері після повного 22-го тижня вагітності (із 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу).

Антенатальна смерть – загибель плода, що настала у період із 22-го повного тижня вагітності (із 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) до початку пологів.

Інтранатальна смерть – загибель плода, що настала у I або II періоді пологів.

Рання неонатальна смерть (постнатальна) – смерть народженої живою дитини упродовж перших 7 діб життя.

Антенатальна, інтранатальна та рання неонатальна смерть поєднуються у поняття "перинатальна смерть плода".

Неонатальна смерть – смерть народженої живою дитини упродовж перших 28 повних діб життя.

Пізня неонатальна смерть – смерть народженої живою дитини, яка настала у період після 7 повних діб життя (із 169-ї години) до закінчення 28 діб життя.

Недоношений новонароджений – живонароджена дитина, що народилася у терміні вагітності з 22-го повного до 37-го повного тижня вагітності (154–258 діб).

Доношений новонароджений – живонароджена дитина, що народилася у терміні вагітності від 37-и повних тижнів до закінчення 42-го тижня вагітності (259–293 доби).

Переношений новонароджений – живонароджена дитина, що народилася після 42-х повних тижнів вагітності (294 доби або пізніше).

Зрілий новонароджений – новонароджений, який має зріст 47 см і більше та/або масу 2500 г і більше.

Додаткові ознаки зрілості новонародженого: розвинений підшкірний жировий шар; рожево-білий колір шкіри; пушок, збережений лише на плечовому поясі, верхніх відділах спини та плечах; складки, що займають усю підшву, досягають п'яти; яєчка, що розташовані нижче лінії зрощення; мошонка повніс-

тю вкрита складками; великі статеві губи прикривають клітор і малі статеві губи; вушні раковини розправлені й мають гострі краї; тканина молочної залози – 5 мм і більше; нігті ледь виступають на кінчиках пальців; очі відкриті; місце відходження пуповини розташоване посередині між лоном та мечоподібним відростком або дещо нижче; фізіологічні рефлекси; розвинені рефлекси смоктання та ковтання; наявна реакція на світло; активні рухи кінцівок; голосний крик.

Незрілий новонароджений – новонароджений, який має зріст менше 47 см та/або масу менше 2500 г.

Додаткові ознаки незрілості новонародженого: морфофункціональна невідповідність органів і систем гестаційному віку.

2.1.7. Плід як об'єкт пологів

На голівці плода розрізняють шви: (лобний, стрілоподібний, вінцевий, лямбдоподібний) та тім'ячка (велике, мале та по два бічних із кожного боку).

Лобний шов знаходиться між лобними кістками, стрілоподібний – між тім'яними, вінцевий – між обома лобними та обома тім'яними, а лямбдоподібний – між двома тім'яними та потиличною кісткою.

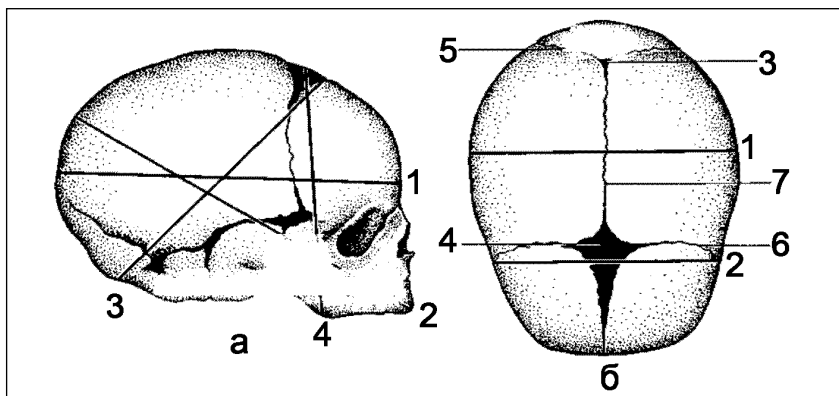
Велике тім'ячко (переднє) знаходиться між задніми частинами обох лобних та передніми частинами обох тім'яних кісток і являє собою сполучнотканинну пластинку ромбоподібної форми. Мале тім'ячко (заднє) має форму трикутника і знаходиться між задніми частинами обох тім'яних кісток та потиличною кісткою.

Велике і мале тім'ячка з'єднує стрілоподібний шов.

Бокові тім'ячка знаходяться: передні – між лобною, скроневою і клиноподібною кістками, заднє – між скроневою, тім'яною та потиличною кістками. У зрілого плода вони закриті.

На голівці плода розрізняють розміри і відповідні їм обводи (мал. 2.1):

- прямий розмір (d. fronto-occipitalis) – від перенісся до найбільш виступаючої точки потилиці, дорівнює 12 см (обвід голівки *circumferencia fronto-occipitalis* дорівнює 35 см);



Мал. 2.1. Будова черепа плода: а – вид збоку: 1 – прямий розмір, 2 – великий косий розмір, 3 – малий косий розмір, 4 – вертикальний розмір; б – вид зверху: 1 – великий поперечний розмір, 2 – малий поперечний розмір, 3 – заднє (мале) джерельце, 4 – переднє (велике) джерельце, 5 – лямбдоподібний шов, 6 – вінцевий шов, 7 – сагітальний шов.

- великий косий розмір (d. mentooccipitalis) – від підборіддя до найбільш віддаленої точки потилиці, дорівнює 13,5 см (відповідний йому обвід дорівнює 41 см);
- малий косий розмір (d. subboccipito-bregmaticus) – від підпотиличної ямки до середини великого тім'ячка, дорівнює 9,5 см (відповідний йому обвід дорівнює 32 см);
- середній косий розмір (d. subboccipito-frontalis) – від потиличної ямки до межі волосистої частини лоба, дорівнює 10 см (відповідний йому обвід дорівнює 33 см);
- вертикальний розмір (d. sublingvabregmaticus) – від середини великого тім'ячка до під'язикової кістки, дорівнює 9,5 см (обвід голівки при цьому дорівнює 32 см);

- великий поперечний розмір (d.biparietalis) – між найбільш віддаленими точками тім'яних горбиків, дорівнює 9,5 см;
- малий поперечний розмір (d.bitemporalis) – між найбільш віддаленими точками вінцевого шва, дорівнює 8 см.

На тубубі плода клінічне значення мають 2 розміри і відповідні їм обводи:

- поперечник тазової ділянки (d.intertrochanterica) дорівнює 9,5 см (відповідний обвід дорівнює 28 см);
- поперечник плечового пояса (d.biacronialis) дорівнює 12 см (обвід цього розміру 35 см).

2.1.8. Фізіологічні зміни в організмі жінки, які виникають під час вагітності

Під час вагітності в усіх органах і системах жінки відбуваються значні зміни, які в післяпологовому періоді поступово набувають зворотнього розвитку.

Психологічний стан вагітної характеризується емоційною лабільністю, дратівливістю, схильністю до депресії.

За час виношування вагітності **вага тіла** жінки збільшується на 10–12 кг (у третьому триместрі вагітності щотижнева вага збільшується на 350–400 г).

На шкірі в ділянці пупка, ореоли молочних залоз та білої лінії живота з'являється гіперпігментація, а на нижніх ділянках живота, молочних залозах і стегнах – смуги розтягнення. У другій половині вагітності пупок згладжується, наприкінці вагітності – випинається.

У **молочних залозах** розвиваються вивідні протоки й альвеоли, вони збільшуються в розмірах, починає продукуватись молозиво.

При прогресуванні вагітності в **кістково-м'язовій системі** відбуваються пристосувальні зміни: внаслідок зміни центру ваги з III триместру вагітності збільшується компенсаторний лум-

бальний лордоз, під дією релаксину і прогестерону виникає відносна слабкість зв'язок, через що приблизно на 28–30 тижні вагітності лонне склепіння набуває рухливості, що призводить до нестійкої ходи; можливе виникнення гризових дефектів у ділянці пупка та по середній лінії (діастаз прямих м'язів живота).

Імунна система під час вагітності набуває особливої толерантності внаслідок імунодепресивного впливу хоріонічного гонадотропіну людини, прогестерону, плацентарного лактогену, альфа-фетопротеїну, трофобласт специфічного глобуліну.

Функціонування **ендокринної системи** під час вагітності характеризується посиленням утворенням у *гіпоталамусі* окситоцину та вазопресину, збільшується передня доля гіпофізу за рахунок гіперплазії та гіпертрофії його клітин, зростає секреція гонадотропних гормонів, підвищується продукція пролактину, пригнічується синтез соматотропного гормону.

Щитоподібна залоза збільшується в розмірах, на фоні збереження еутиреозу та рівня вільного T_4 активується її функція: підвищується продукція тироксинзв'язуючого глобуліну, загального T_3 та T_4 .

Паращитоподібні залози вагітної функціонують із підвищеною активністю. Зниження їх функції сприяє розвитку гіпокальціємії, наслідком чого є пілороспазм, поява астматичних явищ.

Вагітність сприяє підвищенню **інсулінорезистентності** (чутливість до інсуліну знижується на 50–80%).

Наднирники вагітної підсилюють продукцію глюкокортикоїдів, що регулюють вуглеводний та білковий обмін, а також мінералокортикоїдів.

Розвиток плодового яйця в матці з перших днів вагітності відбувається завдяки **прогестерону**, який продукується в жовтому тілі яєчника і забезпечує формування домінанти вагітності: зниження збудливості та скоротливої можливості матки, створення умов адекватного перебігу гестаційного періоду.

З перших днів вагітності хоріон продукує **хоріонічний гонадотропін людини**, стимулюється синтез **естрогенів**, підвищу-

ється енергетичний обмін, відбувається накопичення глікогену та АТФ. *Плацентарний лактоген* утворюється синцитіотрофобластом із 5–6 тижня вагітності, його вміст прямо корелює з масою плода і різко знижується у випадку порушень розвитку та внутрішньоутробних захворювань плода.

Зміни в *центральної нервовій системі* вагітної жінки пов'язані з формуванням у корі головного мозку гестаційної домінанти, яка забезпечує певну загальмованість вагітної та спрямування її інтересів на виношування вагітності. З ранніх термінів вагітності змінюється активність вегетативної нервової системи, внаслідок чого виникає сонливість, підвищена дратівливість, плаксивість, запаморочення. Напередодні пологів збуджуваність спинного мозку і нервових елементів матки зростає, це формує домінанту пологів.

Серцево-судинна система вагітної характеризується зниженням адаптаційних можливостей до фізичних навантажень. Унаслідок підняття діафрагми серце займає більш горизонтальну позицію, зменшується кут дуги аорти, що призводить до збільшення навантаження на лівий шлуночок. Центральна гемодинаміка характеризується збільшенням об'єму циркулюючої крові переважно за рахунок збільшення об'єму циркулюючої плазми. Серцевий викид чи хвилинний об'єм серця, починаючи з ранніх термінів вагітності, підвищується і сягає максимуму в 24–28 тижнів вагітності. У першій половині вагітності серцевий викид збільшується переважно за рахунок зростання ударного об'єму серця, у другій – за рахунок підвищення частоти серцевих скорочень. Це пояснюється дією на міокард плацентарних гормонів, а також додатковим навантаженням, пов'язаним із формуванням матково-плацентарного кола кровообігу.

З ранніх термінів вагітності через судинорозширюючу дію прогестерону відбувається зниження систолічного і діастолічного АТ, зниження системного судинного опору та опору легеневих судин.

Зміни в **системі крові**. Під час вагітності знижується гематокрит до 30%, рівень гемоглобіну – до 110–120 г/л, що обумовлено фізіологічною гемоделюцією, пов'язаною зі збільшенням майже на 45% об'єму плазми. Кількість лейкоцитів у периферичній крові збільшується і може сягати $15 \times 10^9 / \text{мм}^3$, тромбоцитів – практично не змінюється, ШОЕ зростає до 40–50 мм/год. Вагітності властивий стан гіперкоагуляції: на фоні зниження фібринолітичної активності крові майже у 2 рази збільшується рівень фібриногену.

При прогресуванні вагітності **обмін речовин** набуває суттєвих змін: основний обмін зростає на 20%, потреба у кілокалоріях збільшується до 2000–3200 ккал на добу, процеси анаболізму переважають над процесами катаболізму. Підвищується асиміляція жирів, знижується процес їх окислення, що може призводити до накопичення в крові кетонових тіл. Для вагітності притаманні зміни у вуглеводному обміні, що проявляється нестабільним вмістом цукру в крові та можливою періодичною появою цукру в сечі.

Нирки за період вагітності збільшуються в розмірі на 1–1,5 см, розширюється чашково-ложковий комплекс, збільшується діаметр сечівників (переважно правого – за рахунок зміщення матки вправо), що підвищує ризик захворювання пієлонефритом.

Під впливом естрогенів та прогестерону **матка** збільшується з 50–60 г у невагітному стані до 1000 г напередодні пологів (гіпертрофія та гіперплазія міометрія). Матковий кровотік зростає більш ніж у 10 разів, що забезпечує матково-плацентарно-плодовий кровообіг. Зв'язки матки значно потовщуються і подовжуються. **Яєчники** за час вагітності дещо збільшуються, циклічні процеси в них припиняються. Жовте тіло після 16 тижня вагітності зазнає інволюції.

2.1.9. Гігієна і дієтичне харчування вагітної

Гігієна і дієтичне харчування вагітної обговорюються із жінкою під час першої явки в жіночу консультацію відповідно до

Наказу МОЗ України № 417 "Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги" від 15.07.2011 р. (Додаток 11).

I. Рекомендації щодо здорового способу життя.

1. Відмова від тютюнопаління під час вагітності та грудного вигодовування, відмова від тютюнопаління у дитячій кімнаті.

2. Відмова від вживання алкоголю (особливо перед зачаттям та в I триместрі вагітності).

3. Відмова від вживання наркотичних речовин під час вагітності.

4. Заборона зловживання кофеїном.

5. Відпочинок та фізичне навантаження:

- уникати перевтоми;
- не рекомендується фізичне навантаження з підніманням важких предметів;
- за відсутності акушерських ускладнень не протипоказані фізичні вправи та заняття аеробікою.

II. Раціональне харчування.

Рекомендується дотримання 12 принципів раціонального харчування, запропонованих ВООЗ:

1. Здорове харчування має бути різноманітним та помірним.

2. Хліб, круп'яні та макаронні вироби, рис, картоплю рекомендується їсти кілька разів на день.

3. Овочі та фрукти рекомендується їсти кілька разів на день (більше 500 г/день). Співвідношення овочів до фруктів – 2:1.

4. Щоденно вживати молоко та молочні продукти з низьким вмістом жиру (1,5–2,5% жирності): кефір, кисле молоко, сир, йогурт.

5. Вживати нежирні сорти м'яса та м'ясних продуктів, птицю, рибу, яйця та бобові продукти.

6. Обмежити вживання "видимих" жирів у кашах, на бутербродах.

7. Обмежити вживання цукру, кондитерських виробів, десертів.

8. Загальне вживання солі не повинне перевищувати 1 чайну ложку (6 г) на день. Рекомендується вживати йодовану сіль.

9. У випадку вживання спиртних напоїв, загальна кількість чистого спирту в них не повинна перевищувати 20 г на день.

10. Дотримуватись ідеального індексу маси тіла (норма 20–25).

11. Надавати перевагу приготуванню їжі паровим способом, у мікрохвильовій пічці та відварюванню. Частота прийомів їжі – 3 основних та 2 проміжних, що знижує вживання жиру, масла, солі та цукру.

12. Дотримуватись грудного вигодовування протягом перших 6 місяців, яке може бути продовжене до 2 років.

III. Вітамінні та інші біологічно активні комплекси.

Фолієва кислота.

Добова потреба здорової вагітної у фолієвій кислоті становить 400 мкг. Фолієва кислота надходить в організм із продуктами харчування. Найбільша кількість її міститься у фруктах, овочах, шпинаті, спаржі, салаті, броколі, динях, бананах.

При дефіциті фолієвої кислоти розвивається фолієводефіцитна анемія та вади розвитку центральної нервової системи плода.

Рекомендується щоденний прийом 400 мкг фолієвої кислоти (для жінок із екстрагенітальною патологією – 800 мкг) до настання вагітності та в ранні її терміни (до 12 тижнів) для профілактики вад розвитку центральної нервової системи плода.

Полівітаміни та мінерали (поєднання вітаміну А, рибофлавіну, цинку, магнію, кальцію, йоду) перед заплідненням та в ранні терміни вагітності попереджують виникнення вад розвитку у плода та поліпшують стан матері.

Для вагітних важливим є якісний сон, тривалість якого має становити не менше 8 год на добу. Статеве життя здоровій вагітній не заборонене, але рекомендується користуватися презервативом із метою попередження можливого висхідного інфікуван-

ня плода, пов'язаного зі зниженням місцевого вагінального імунітету внаслідок обумовленої прогестероном імундепресії.

Вагітна має уникати контакту з хворими на гострі інфекційні захворювання, оскільки це може спричинити внутрішньоутробне інфікування плода.

Особлива увага приділяється догляду за шкірою, яка виконує захисну роль, дихальну і видільну функції. Вагітній рекомендується щодня митися теплою водою з милом (бажано під душем). Одяг вагітної має бути зручним, просторим, бажано бавовняним, часто змінюватись. У другій половині вагітності рекомендується носити спеціальний бандаж, взуття має бути зручним, на низьких або невисоких підборах.

2.2. Методи обстеження вагітних

2.2.1. Діагностика вагітності ранніх термінів

У ранніх термінах вагітність визначають на підставі оцінки комплексу сумнівних та ймовірних ознак.

Сумнівні ознаки з'являються у вагітних через і загальні зміни в організмі і проявляються суб'єктивними відчуттями до яких належать:

- зміни смаку (підвищена схильність до споживання кислої та солоної їжі, відраза до деяких страв);
- диспептичні розлади (нудота, ранкова блювота);
- зміни нюху (відраза до деяких запахів);
- емоційна лабільність (часті та швидкі зміни настрою, дратівливість);
- пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, сосків, навколососкових ділянок.

Ймовірні (вірогідні) ознаки – це об'єктивні зміни з боку статевих органів і молочних залоз:

- припинення менструації;
- загрубіння молочних залоз і виділення молозива із сосків;

- ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки;
- збільшення розмірів матки;
- ознаки вагітності, що виявляються при бімануальному дослідженні:
 - *ознака Горвіца–Гегара*: розм'якшення перешийка матки, що дає змогу при дворучному дослідженні зблизити кінчики пальців;
 - *ознака Снегірьова*: під час дворучного дослідження матка внаслідок механічного подразнення скорочується і стає щільнішою;
 - *ознака Піскачека*: у ранні терміни вагітності нерідко визначається асиметрія матки, в одному з її рогів (місце імплантації плодового яйця) з'являється куполоподібне випинання;
 - *ознака Губарева*: легке зміщення шийки матки, що зумовлене розм'якшенням її перешийка;
 - *ознака Гентера*: виражена антефлексія матки внаслідок розм'якшення її перешийка, а також утворення гребенеподібного виступу по середній лінії передньої поверхні матки.

Для діагностики вагітності не слід керуватися одним із зазначених симптомів, потрібно враховувати їх сукупність, а також дані анамнезу та наявність сумнівних ознак.

З метою діагностики вагітності ранніх термінів застосовують *біологічні, імунологічні, ехографічні* та інші методи дослідження. Суть біологічних та імунологічних методів діагностики вагітності полягає у визначенні в біологічному матеріалі (плазмі крові та сечі) специфічних для вагітності речовин, зокрема хоріонічного гонадотропіну. Специфічна для вагітності бета-субодиниця хоріонічного гонадотропіну з'являється в крові в день імплантації бластоцисти, приблизно на 8-й день після овуляції. Кількість гормону сягає максимуму в крові на 60–70 день вагітності.

Для діагностики вагітності використовують тести на бета-хоріонічний гонадотропін. Чутливість методів у більшості ви-

падків дозволяє діагностувати вагітність при затримці менструації на 1–2 дні. Достовірність тестів становить 92–99,8%.

Показанням для проведення і оцінки експрес-методу на вагітність є: діагностика вагітності; диференційний діагноз при аномальних маткових кровотечах (між мимовільним абортом малого терміну та лейоміомою матки невеликих розмірів з геморагічним синдромом, між позаматковою вагітністю та аномальними матковими кровотечами, які виникають на фоні функціональних кіст яєчників та ін.); підозра на трофо-бластичну хворобу.

Ультразвукове дослідження (УЗД) вагітності малих термінів.

Вагітність можна визначити на 5–6-й тиждень від 1-го дня останньої менструації або з 4-го тижня при трансабдомінальній і з 3-го – при трансвагінальній ехоскопії.

Діагностична здатність УЗД в ранні терміни вагітності:

- з'ясування факту вагітності;
- локалізація плодового яйця – маткова або позаматкова вагітність;
- гестаційний вік плода;
- реєстрація серцевої діяльності плода – із 4-го тижня;
- рухова активність плода – із 8-го тижня;
- розміри та об'єм плода;
- вагітність, що не розвивається;
- багатоплідна вагітність;
- загроза самовільного викидня;
- міхуровий занесок.

Дослідження базальної температури базується на власності прогестерону впливати на центр терморегуляції, внаслідок чого виникає гіпертермічний ефект. Температура в прямій кишці вимірюється зранку натще в ліжку одним і тим самим термометром протягом 5 хв. Якщо базальна температура стійко тримається в межах 37,2–37,9°C 18 днів і більше або 7 днів після затримки менструації, а менструальний цикл до цього

був регулярним, можна думати про настання вагітності. При неускладненій вагітності базальна температура у перші 4 місяці продовжує залишатися підвищеною. Зниження температури часто вказує на загрозу переривання вагітності.

Дослідження властивостей цервікального слизу. Метод базується на змінах фізико-хімічних властивостей цервікального слизу під впливом прогестерону. Починаючи з ранніх термінів вагітності, цервікальний слиз згущується, зникає симптом зіниці – діаметр каналу шийки матки зменшується до 0,2 см. У висушеному на повітрі вмісті цервікального каналу не визначаються великі кристали хлориду натрію (кількість великих кристалів хлориду натрію є естрогенозалежною), унаслідок чого симптом "папороті" при вагітності ранніх термінів стає негативним.

Дослідження піхвових мазків. Клітинний склад піхвового мазка при вагітності ранніх термінів відповідає такому що й при лютеїновій фазі нормального менструального циклу: переважають проміжні клітини, індекс каріопікнозу не вищий 12–15%.

2.2.2. Діагностика вагітності пізніх термінів. Акушерська термінологія

Акушерське дослідження вагітних пізніх строків проводить-ся з метою:

- уточнення або визначення терміну вагітності;
- визначення стану пологових шляхів;
- визначення розмірів, положення та стану плода;
- визначення стану плаценти та навколоплодових вод.

Для уточнення або визначення строку вагітності на пізніх термінах використовують **аналіз анамнестичних та об'єктивних даних**. У другій половині вагітності з'являються достовірні ознаки, кожна з них, зокрема, вказує на наявність плода в матці:

- визначення частин плода (голівка, тазовий кінець, дрібні частини) при пальпації живота жінки (прийоми Леопольда);

- відчуття рухів плода самою вагітною та рукою акушера під час пальпації живота (першовагітні відчувають рухи плода на 19–20 тиждень, а повторновагітні – на 17–18 тиждень).
- вислуховування серцевих тонів плода;
- ультразвукове підтвердження вагітності;
- електро- і фонокардіографія плода;
- рентгенологічне дослідження вагітної (практично не застосовується).

Для характеристики розміщення плода у матці користуються спеціальними термінами.

- **Членорозміщення** (*habitus*) – це співвідношення окремих частин плода (голови, кінцівок, тулуба). Фізіологічним вважається згинальне членорозміщення плода (*habitus flexus*), коли тулуб зігнутий, голівка нахилена до грудної клітки, верхні кінцівки схрещені на грудях, ніжки зігнуті в колінних і кульшових суглобах і притиснуті до живота.
- **Положення плода** (*situs*) – це відношення осі плода до вертикальної осі матки. Вісь плода – це лінія, що проходить по його спинці від потилиці до куприка. Розрізняють поздовжнє, косе і поперечне положення.
 - Поздовжнє положення (*situs longitudinalis*) – вісь плода співпадає з вертикальною віссю матки.
 - Поперечне положення (*situs transversus*) – вісь плода і вісь матки перетинаються під прямим кутом.
 - Косе положення (*situs obliquus*) – вісь плода і вісь матки перетинаються під гострим кутом.
- **Позиція плода** (*positio*) – розташування спинки плода відносно правого або лівого боків матки. Розрізняють першу та другу позиції:
 - перша позиція – спинка плода обернена до лівого боку матки;
 - друга позиція – спинка плода обернена до правого боку матки.

При поперечних і косих положеннях плода позицію визначають за голівкою.

- **Вид позиції** (visus) – розміщення спинки плода відносно передньої чи задньої стінки матки. Розрізняють передній та задній вид. При передньому виді спинка плода обернена до передньої стінки матки, при задньому – до задньої.
- **Передлежання плода** (praesentatio) – розташування крупної частини плода (голівки чи таза) відносно площини входу в таз. Відповідно розрізняють головне і тазове передлежання.

Передлегла частина – це частина плода, яка знаходиться ближче до входу в малий таз і першою проходить через родові шляхи.

При зовнішньому обстеженні вагітних і роділь для визначення розташування плода в матці застосовується пальпація, яку проводять послідовно, використовуючи 4 прийоми, запропоновані **Леопольдом і Левицьким**.

Перший прийом Леопольда: лікар стоїть збоку вагітної або роділлі обличчям до її обличчя, долоні обох рук кладе горизонтально на ділянку дна матки, щільно охоплюючи її (пальці при цьому зближені). Обережно натискає на дно. Визначають при цьому рівень стояння дна матки і частину плода, розташовану в дні (мал. 2.2).

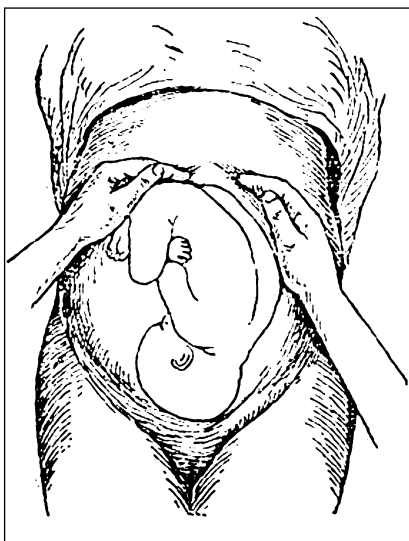
Другий прийом Леопольда: лікар обидві руки розміщує на бокових поверхнях матки на рівні пупка. Почергово правою і лівою рукою проводить пальпацію частин плода. Обережно натискаючи долонями і пальцями рук на бокові поверхні матки, визначає з одного боку щільну гладеньку широку частину – спинку плода, з протилежного – дрібні частини (ручки, ніжки).

Цим прийомом визначають положення, позицію, вид, а також тонус матки, кількість вод і рухи плода (мал. 2.3).

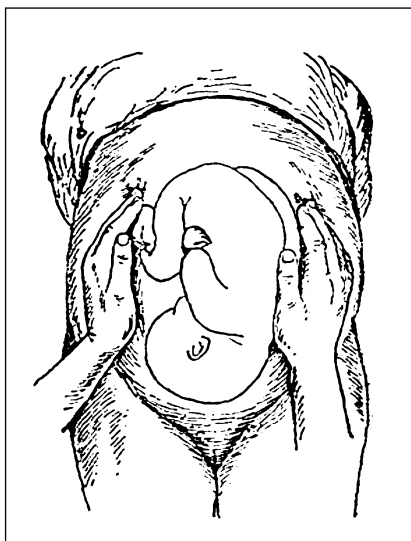
Третій прийом Леопольда: лікар правою рукою охоплює передлеглу частину плода (великий палець з одного боку і чотири з протилежного боку нижнього сегмента матки). Визначає характер передлеглої частини і її розміщення відносно до входу в малий таз. Голівка при цьому пальпується у вигляді щільного кулеподібного утворення з чіткими контурами. Намагається змістити голівку праворуч і ліворуч. Якщо голівка ще не увійшла в малий таз, вона легко переміщується, балотує. При тазовому передлежанні визначається об'ємна частина м'якуватої консистенції, не здатна до балотування (мал. 2.4). При поперечному і косому положенні плода передлегла частина не пальпується.

Четвертий прийом Леопольда: застосовується для визначення розміщення передлеглої частини відносно площини малого таза. Лікар чи акушерка стає праворуч від вагітної обличчям до її ніг. Долоні обох рук кладе на бокові поверхні нижнього сегмента матки й обережно кінчиками пальців намагається проникнути між передлеглою частиною і боковими відділами входу в малий таз. Якщо при цьому пальці рук підводяться під голівку, то вона знаходиться над входом у малий таз. Якщо це не вдається – голівка фіксована у вході в малий таз малим або великим сегментом (мал. 2.5).

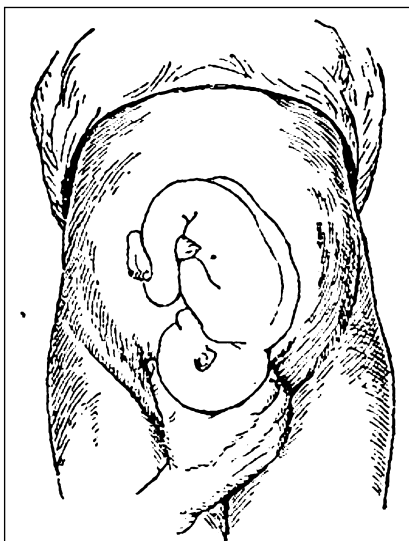
Серцева діяльність плода акушерським стетоскопом визначається після 20 тижнів вагітності. Стетоскоп ставиться у місце найбільш чіткого вислуховування серцебиття плода перпендикулярно до передньої черевної стінки. Широкий кінець лійки стетоскопа щільно притискається до живота вагітної, до другого кінця стетоскопа обстежувач прикладає вухо (в момент вислуховування стетоскоп руками не тримати).



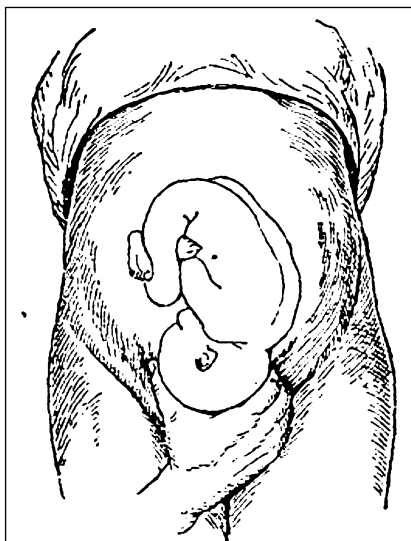
Мал. 2.2. Первый прием Леопольда.



Мал. 2.3. Другой прием Леопольда.



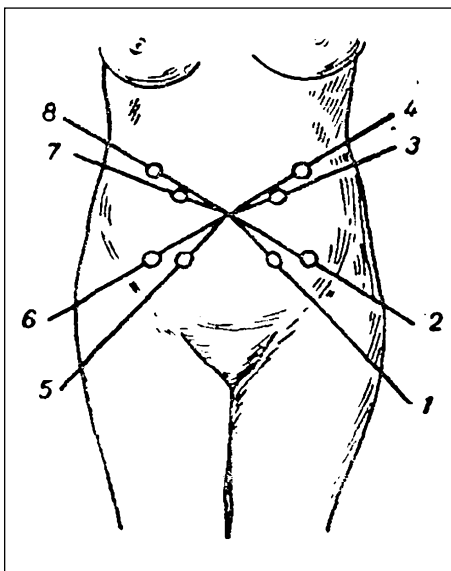
Мал. 2.4. Третий прием Леопольда.



Мал. 2.5. Четвертый прием Леопольда.

Серцебиття найвиразніше прослуховується з боку спинки плода (мал. 2.6.):

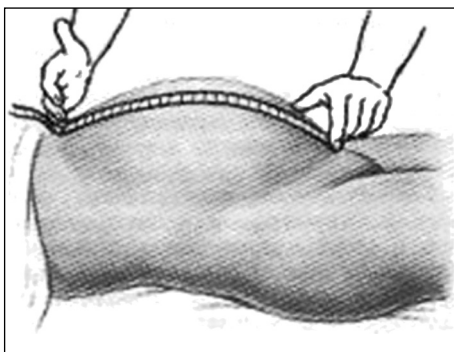
- при першій позиції та головному передлежанні плода – зліва нижче пупка;
- при другій позиції та головному передлежанні плода – справа нижче пупка;
- при першій позиції і тазовому передлежанні плода – зліва вище пупка;
- при другій позиції і тазовому передлежанні плода – справа вище пупка;
- при поперечному положенні плода і першій позиції – зліва на рівні пупка;
- при поперечному положенні плода і другій позиції – справа на рівні пупка.



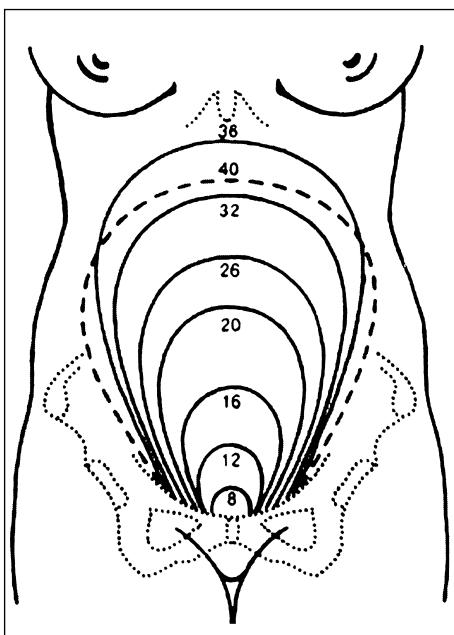
Мал. 2.6. *Вислуховування серцебиття плода.*

Підрахування кількості серцевих ударів плода проводиться протягом 1 хв. Частота серцевих скорочень плода в нормі становить 110–170 уд./хв. Тони серця подвійні, ритмічні, не співпадають із пульсом вагітної.

Окружність живота (ОЖ) вимірюють у сантиметрах сантиметровою стрічкою, що прокладається спереду через пупок, ззаду – через середину поперекової ділянки. Для цього початок сантиметрової стрічки беруть у ліву руку, протягують стрічку під спиною вагітної на рівні задньо-верхніх остей клубових кісток, перехоплюють її правою рукою і змикають на рівні пупка.



Мал. 2.7. Вимірювання висоти стояння дна матки.



Мал. 2.8. Висота дна матки над лобком при одноплідній вагітності в різні її терміни.

Висоту стояння дна матки (ВДМ) вимірюють у сантиметрах сантиметровою стрічкою від верхнього краю симфізу до найбільш виступаючої точки дна матки. Щоб визначити ВДМ, правою рукою фіксують початок сантиметрової стрічки на середині верхнього краю лобка, стрічку розміщують по середній лінії живота. Лівою рукою проводять вздовж стрічки по передній стінці матки до найбільш виступаючої точки дна матки (мал. 2.7).

Висота дна матки над лобком при одноплідній вагітності орієнтовно складає (мал. 2.8):

- у 12 тижнів вагітності – на рівні симфізу;
- у 16 тижнів вагітності – на 6–7 см вище симфізу (між симфізом і пупком);
- у 20 тижнів вагітності – на 12–13 см вище симфізу (на 1,5–2 поперечних пальці нижче пупка);

- у 24 тижні вагітності – на 20–24 см над симфізом (на рівні пупка);
- у 28 тижнів вагітності – на 25–28 см вище симфізу (на 2–3 пальці вище пупка);
- у 32 тижні вагітності – на 28–30 см вище симфізу, посередині між пупком і мечоподібним відростком; обвід живота при цьому – 80–85 см; пупок вагітної згладжений;
- у 36 тижнів вагітності – на 32–34 см вище симфізу, на 2 см нижче мечоподібного відростка;
- у 40 тижнів вагітності дно матки опускається і розміщується на 28–32 см вище симфізу. Обвід живота – 95–98 см, пупок вагітної випнутий.

Визначення висоти стояння дна матки у II–III триместрах вагітності проводиться під час кожного візиту вагітної до жіночої консультації. На підставі отриманих даних ведеться гравідограма (рис. 2.9).

У нормі до 30 тижня приріст ВДМ складає 0,7–1,9 см на тиждень; у 30–36 тиж. – 0,6–1,2 см на тиж.; 36 і більше – 0,1–0,4 см.

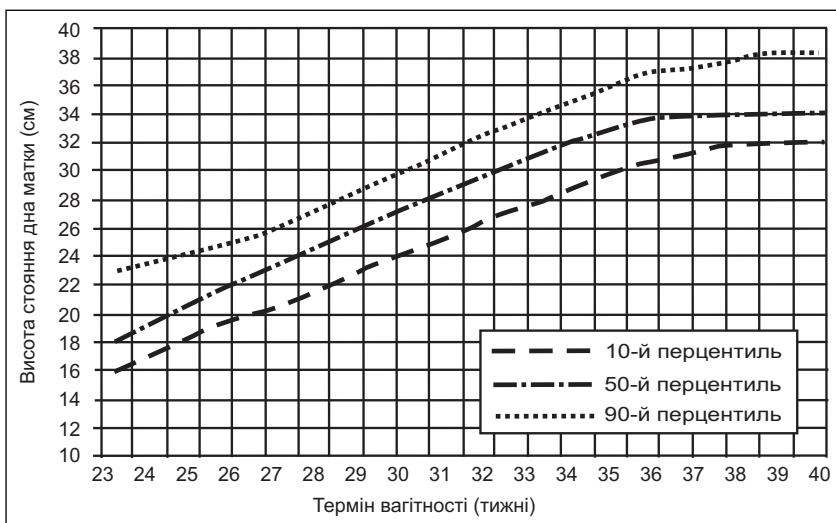


Рис. 2.9. Гравідограма.

Відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту протягом 2–3 тижнів при динамічному спостереженні дає підставу запідозрити затримку внутрішньоутробного розвитку плода.

2.2.3. Визначення терміну вагітності та очікуваної дати пологів

Визначити точну дату пологів у кожному конкретному випадку практично неможливо. Дату майбутніх пологів припускають із точністю до кількох тижнів у той чи інший бік (37–41 тиждень).

При визначенні терміну вагітності та очікуваної дати пологів слід ураховувати такі орієнтовні показники:

- **Дата 1-го дня останньої менструації:**
 - за даними ВООЗ датою пологів вважається дата, яку отримують, відрахувавши 3 календарних місяці назад від 1-го дня останньої менструації;
 - за способом Негеле: від 1-го дня останньої менструації відрахувати 3 календарних місяці й додати 7 днів.
- **Дата одноразового статевого акту.** Якщо до числа, коли відбувся статевий акт, додати 273 дні (39 тижнів), то отримане число вважатиметься датою очікуваних пологів.
- **Дата овуляції.** Для визначення терміну пологів потрібно від першого дня очікуваної менструації, яка не настала, відняти 14 днів і до отриманого числа додати 273 дні (39 тижнів).
- **Дата першого відчуття рухів плода.** Щоб отримати дату пологів у першовагітних, до дня першого відчуття рухів плода додати 20 тижнів, а у повторновагітних – 18 тижнів. Цей метод може дати погрішність в один-два тижні.

Для прискорення підрахунку терміну вагітності за менструацією, овуляцією і першим рухом плода є спеціальні акушерські календарі й лінійки.

В останні роки найбільш точним вважається визначення передбачуваного терміну пологів на підставі результатів ультразвукового дослідження (найбільш точними вважаються дані, отримані від 11 до 13-го тижня вагітності).

2.3. Пологи. Біологічна готовність організму до пологів. Пологові сили. Регуляція пологової діяльності

Пологи – це процес вигнання плодового яйця з порожнини матки через природні пологові шляхи після досягнення плодом життєздатності.

Залежно від терміну вагітності пологи поділяють на передчасні, термінові (вчасні) та запізнілі (див. підрозділ 2.1.6).

Про біологічну готовність організму до пологів свідчить наявність родової домінанти, яка формується протягом останніх 2–3 тижнів вагітності – так званого підготовчого періоду (передвісники пологів). Підготовчий період у свою чергу переходить у прелімінарний, а прелімінарний – у пологи.

Передвісники пологів характеризуються опусканням передлеглої частини плода і дна матки, зниженням маси тіла вагітної, частішим сечовипусканням, збільшенням трансудату в піхві та появою слизових виділень, ниючим болем унизу живота, нерегулярними скороченнями матки.

Скорочення матки під час *прелімінарного періоду* сприяють формуванню нижнього сегмента матки, укороченню та розм'якшенню шийки матки, її "дозріванню". При фізіологічному перебігу вагітності прелімінарний період триває до 6 год.

Патологічний прелімінарний період – це передвісник патологічного перебігу пологів. Його можна розглядати як свого роду захисну реакцію організму вагітної, спрямовану на розвиток пологової діяльності за відсутності достатньої готовності організму до пологів. Тривалість патологічного прелімінарного періоду коливається від 6 до 24–48 год. При тривалому прелімінарному періоді порушується психоемоційний статус вагітної,

настає її втомлення, з'являються ознаки внутрішньоутробного страждання плода.

В основі виникнення та розвитку пологової діяльності лежить безумовний ланцюговий рефлекс. У процесі пологів має значення подразнення рецепторів матки і пологових шляхів. Поступово із залученням у процес нових рецепторів змінюється сила і частота мимовільних скорочень матки (перейми), а надалі приєднуються скорочення попереочно-смугастої мускулатури (потуги).

Пологи поділяють на три періоди: перший – період розкриття шийки матки; другий – вигнання плода; третій – послідовий.

Перший період пологів (період розкриття) триває від початку регулярних переймів до повного розкриття шийки матки (10 см).

Початок пологів діагностується на підставі:

- появи у жінки переймоподібного болю внизу живота, слизово-кров'янистих виділень із піхви;
- наявності 1 перейми протягом 10 хв, яка продовжується 15–20 с;
- прогресивного укорочення та згладжування шийки матки під час її розкриття;
- опускання голівки плода відносно площини входу в малий таз.

Регулярна пологова діяльність приводить до згладжування та розкриття шийки матки.

Згладжування шийки – це зменшення довжини її каналу внаслідок пересування м'язових волокон внутрішнього вічка до нижнього маткового сегмента. Розкриття шийки матки здійснюється головним чином за рахунок скорочення (контракції) та переміщення (ретракції) одне відносно одного м'язових волокон тіла і дна матки, а також за рахунок розтягнення (дистракції) м'язів шийки та частково нижнього сегмента матки.

Під час кожної перейми навколоплодові води переміщуються вниз до виходу з матки, унаслідок чого плодовий міхур вкли-

нюється в канал шийки матки. Передлегла частина (голівка) фіксується у вході в малий таз і утворює внутрішній пояс прилягання, при цьому навколоплодові води поділяються на передні й задні. Між стінками таза та нижнім матковим сегментом утворюється зовнішній пояс прилягання.

Розкриття шийки матки у першо- і повторнороділь проходять по-різному: у першороділь спочатку відбувається згладжування, а потім розкриття шийки матки, у повторнороділь – ці процеси відбуваються одночасно. Під час фізіологічних пологів при відкритті шийки матки до 5 см своєчасно виливаються навколоплодові води. Вилиття амніотичної рідини до початку пологової діяльності називають *передчасним*, до розкриття шийки матки на 5 см – *раннім*.

Перший період пологів поділяється на дві послідовні фази:

- латентна (прихована) фаза – це проміжок часу від початку регулярної пологової діяльності до повного згладжування шийки матки та розкриття її до 3 см (при перших пологах) або до 4 см – у всіх наступних. У жінок, які народжують уперше, ця фаза триває 6–8 год, у тих, які народжують повторно, – 4–5 год;
- активна фаза – це час, протягом якого відбувається розкриття шийки матки від 3–4 см до 10 см. Мінімальна швидкість розкриття шийки матки становить 1 см/год.

Другий період пологів (період вигнання) триває від моменту повного розкриття шийки матки до народження дитини. У ньому визначають ранню фазу, яка починається від повного розкриття шийки матки до опускання голівки на тазове дно й початку потуг, та активну фазу – безпосередньо фазу потуг.

Важливими складовими другого періоду пологів є: *потуги* – ритмічне поєднання скорочення маткової мускулатури, черевного пресу, діафрагми та тазового дна; *врізування голівки* – поява голівки з вульварного кільця лише під час потуги; *прорізування голівки* – голівка зберігає положення у вульварному кільці після припинення потуги.

Під час ранньої фази другого періоду не рекомендується примушувати жінку натужуватися, оскільки це швидко призводить до її втоми, порушення серцевої діяльності плода та зайвих медичних втручань.

Максимальна тривалість другого періоду пологів становить у жінок, що народжують уперше та повторно, відповідно 2 та 1 год.

Третій період (послідовий) триває від народження плода до виділення плаценти з оболонками. За відсутності ознак кровотечі його тривалість не повинна перевищувати 30 хв.

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів – активна та очікувальна.

Активне ведення третього періоду пологів передбачає введення 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово відразу після народження дитини, народження посліду шляхом контрольованих тракцій за пуповину при відведенні матки долонею від лона, масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду та протягом перших 2-х год після пологів (масаж матки проводять кожні 15 хв).

Очікувальне ведення третього періоду пологів. Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв після народження дитини, перетискається та перетинається пуповина. При появі ознак відшарування плаценти жінці пропонують натужитись, що приводить до народження посліду.

Ознаки відшарування плаценти.

Ознака Шредера: якщо плацента відокремилась та опустилась у нижній сегмент матки або у піхву, дно матки піднімається вгору і розташовується вище та праворуч від пупка; форма матки стає схожою на пісочний годинник.

Ознака Чукалова–Кюстнера: при натисканні ребром долоні на надлобкову ділянку в разі відокремлення плаценти матка піднімається вгору, а пуповина не втягується у піхву.

Ознака Альфельда: при відокремленні плаценти лігатура, розташована на пуповині біля статевої щілини роділлі, спускається на 8–10 см і нижче від вульварного кільця.

Ознака Довженка: якщо при глибокому диханні жінки пуповина не втягується у вагіну, то плацента відокремилась.

Цілість посліду, що народився, визначають візуально.

При фізіологічних пологах крововтрата у послідовому періоді не перевищує 0,5% маси тіла роділлі (але не більше 500 мл). Облік крововтрати проводиться її вимірюванням.

Принципи ведення нормальних пологів визначені клінічним протоколом "Нормальні пологи" Наказу МОЗ України № 624 від 3.11.2008 р.

Після первинного огляду жінки складається план ведення пологів та проводиться поінформоване узгодження його з роділлею або її сім'єю.

Організація партнерських пологів (присутність чоловіка, іншого члена сім'ї або подруги) забезпечує профілактику втоми роділлі, порушення стану плода, сприяє уникненню материнського та дитячого травматизму під час пологів. Жінка захоплюється до вільного пересування під час пологів та вільного вибору положення для народження дитини. Клінічний перебіг пологів із моніторингом стану матері та плода фіксується на партограмі (графічне відображення перебігу пологів).

Сучасне проведення пологів відбувається із використанням немедикаментозного знеболення (музикотерапія, душ, ванна, джакузі, масаж). Застосування фармакологічних знеболюючих препаратів (анальгетики, спазмолітики) у пологах допускається тільки за клінічними показаннями. Сучасним методом знеболення пологів є регіонарна анестезія (пері- та епідуральна анестезія).

Послідовність дій при здійсненні медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною в пологовій залі, оцінка стану новонародженого, підтримка теплового ланцюжка детально описані в підрозділі 4.3 "Догляд і годування новонароджених".

2.4. Біомеханізми пологів при потиличних передлежаннях голівки плода

2.4.1. Термінологія

Біомеханізм пологів – це сукупність згинальних, поступальних, обертальних і розгинальних рухів, які здійснює плід, проходячи пологовим каналом матері. Біомеханізм пологів характеризується провідною точкою, точкою фіксації і превалюючим рухом, який виконує передлегла частина, вставляючись у площини малого таза.

Провідна точка – це найнижча точка на передлеглій частині плода, яка проходить по провідній осі таза і першою з'являється із статевої щілини.

Точка фіксації – це точка, якою передлегла частина плода впирається в нижній край симфізу, крижі або верхівку куприка, щоб зігнутись або розігнутись.

У площині входу в малий таз можливе згинання або розгинання голівки.

Нормальним біомеханізмом пологів називається біомеханізм при головних згинальних передлежаннях у передньому або задньому видах.

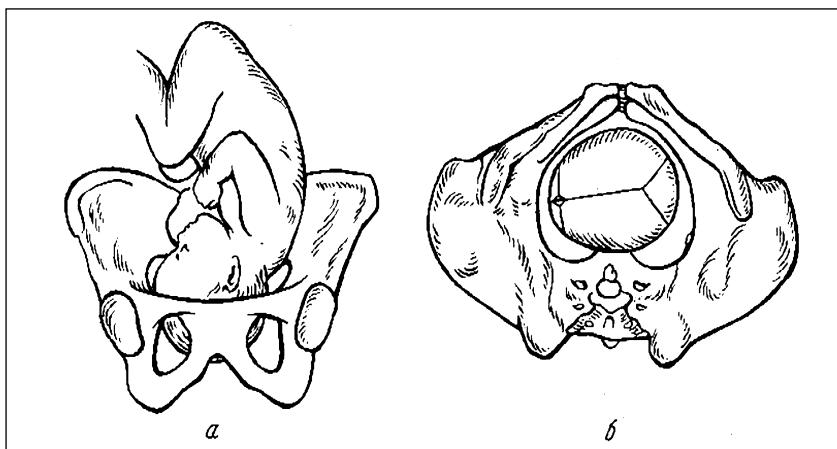
Патологічний біомеханізм пологів відбувається при розгинальних передлежаннях (передньоголовному, лобовому та лицевому вставленнях голівки). Проміжне положення між нормою і патологією займають пологи при тазових (ножних, колінних і сідничних) передлежаннях.

Момент біомеханізму пологів – це найбільш виражений або превалюючий рух, який виконує передлегла частина, проходячи через конкретну площину порожнини малого таза.

2.4.2. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання

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

I момент – вставлення і згинання голівки. Голівка своїм стрілоподібним швом вставляється в поперечний або один із косих розмірів площини входу в малий таз. При першій позиції голівка вставляється в правий косий, а при другій позиції – в лівий косий розмір площини входу в малий таз. У площині входу в малий таз відбувається згинання голівки, внаслідок чого підборіддя плода піднімається догори і притискається до огруддя, а потилиця опускається донизу, стаючи провідною точкою (мал. 2.10).



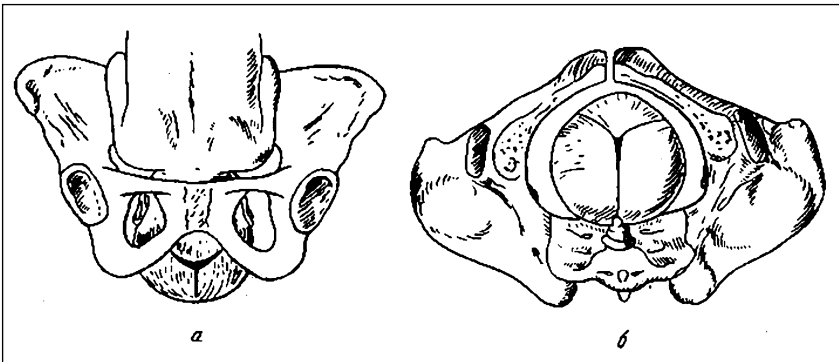
Мал. 2.10. Перший момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання: а – згинання голівки; б – вид з боку виходу з таза; стрілоподібний шов у поперечному розмірі таза.

II момент – внутрішній поворот голівки. Починається при переході її із широкої частини малого таза у вузьку і закінчується на тазовому дні. При цьому голівка протискається своїм найменшим розміром, проходить найбільшими розмірами таза: у площині входу – поперечний, у порожнині таза – косий, у виході – прямий. У процесі повороту потилиця просувається по дузі 90° чи 45° (мал. 2.11). При внутрішньому повороті голівки стрілоподібний шов із малим тім'ячком поступово переходить із поперечного в косий, а на тазовому дні – в прямий розмір площини виходу з малого таза.

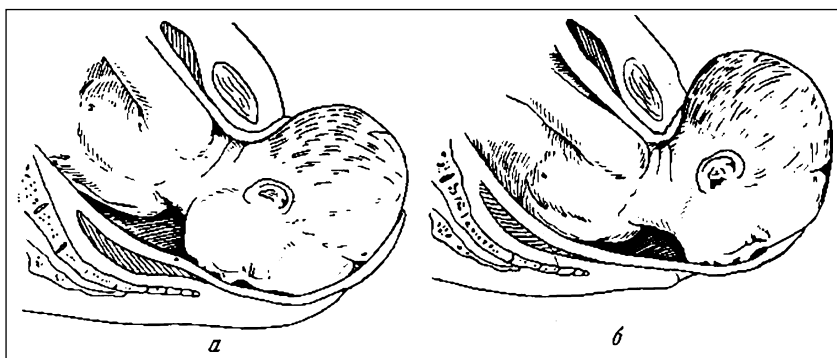


Мал. 2.11. Другий момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання: а – внутрішній поворот голівки; б – вид з боку виходу з таза, стрілоподібний шов у правому косому розмірі таза.

III момент – розгинання голівки. Голівка підходить потилицею під симфіз, виходить із-під нього, утворюючи точку фіксації між підпотиличною ямкою та нижнім краєм лобкового зчленування жінки, розгинається, обертаючись своєю поперечною віссю навколо точки фіксації, і народжується (мал. 2.12, 2.13). Спочатку прорізується лоб, потім обличчя та підборіддя. Голівка на-



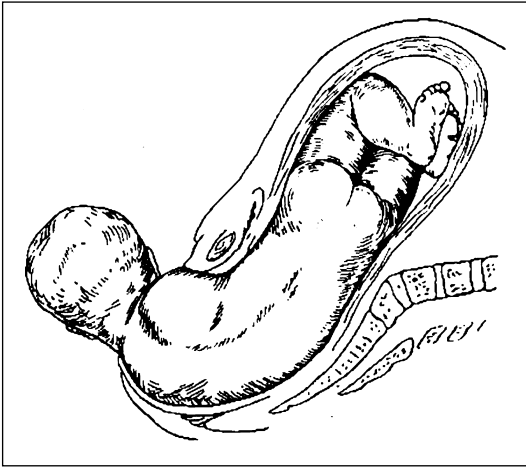
Мал. 2.12. Внутрішній поворот голівки закінчений: а – положення плода; б – вид з боку виходу з таза, стрілоподібний шов у прямому розмірі виходу з таза.



Мал. 2.13. Третій момент біомеханізму пологів при передньому виді потилично-передлежання: а – початок розгинання (відповідає врізуванню голівки плода); б – розгинання голівки закінчене (відповідає прорізуванню голівки плода).

роджується через статеву щілину малим косим і великим поперечним розмірами. Вона має доліхоцефалічну форму (витягнута від малого до великого тім'ячка в напрямку великого косого розміру) і родову пухлину в ділянці малого тім'ячка.

IV момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки. Під час розгинання голівки плечики своїм біакроміальним розміром вставляються в поперечний розмір або один із косих розмірів таза – протилежний тому, куди вставлявся сагітальний шов голівки. При переході з широкої частини у вузьку частину малого таза плечики гвинтоподібно починають внутрішній поворот і поступово переходять у косий, а на тазовому дні – в прямий розмір виходу з малого таза. Внутрішній поворот плечиків через шию передається народженій голівці. При цьому обличчя плода повертається до правого (при першій позиції) або до лівого (при другій позиції) стегна матері, а потилиця дитини повертається до стегна матері, яке відповідає позиції плода (при першій позиції – до лівого, при другій – до правого). Переднє плечико прорізується до місця прикріплення дельтоподібного м'яза до плечової кістки і впирається в нижній край симфі-



Мал. 2.14. Четвертий момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання: внутрішній поворот плечиків та зовнішній поворот голівки закінчений, плечики прорізуються.

зу, утворюється друга точка фіксації, навколо якої відбувається згинання тулуба плода в шийно-грудному відділі відповідно до напрямку заглибини пологового каналу (мал. 2.14). При цьому над промежиною народжується заднє плечико, а потім звільняється переднє плечико. Друга частина тулуба плода народжується без особливого біомеханізму пологів.

2.4.3. Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання

Утворення заднього виду потиличного передлежання може залежати від стану плода (невеликі розміри голівки, погана рухомість шийних хребців тощо), пологових шляхів вагітної (аномалії м'язів тазового дна тощо) або бути наслідком слабкості пологової діяльності.

Біомеханізм пологів при цьому виді передлежання і вставлення голівки плода складається з 5 моментів.

I момент – вставлення і згинання голівки. Голівка своїм стрілоподібним швом (мале тім'ячко дозад) вставляється в поперечний або в один із косих розмірів площини входу в малий таз, згинається до середнього косого розміру, провідною точкою стає середина сагітального шва.

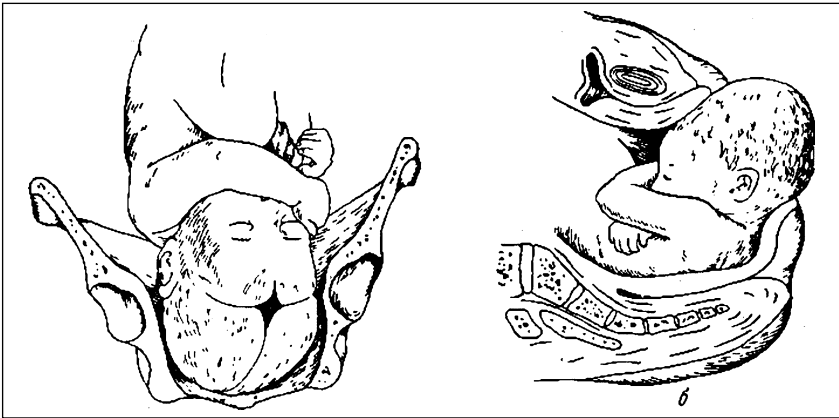
II момент – внутрішній поворот голівки. Починається при переході голівки із широкої у вузьку частину малого таза і закінчується на тазовому дні. При цьому може бути декілька варіантів повороту в задній чи передній вид потиличного передлежання. Якщо початковий задній вид залишається в цьому виді, то повороти голівки можуть відбуватися таким чином:

- при вставленні в один із косих розмірів (частіше у правий) площини входу в малий таз голівка описує дугу в 45° або менше; при цьому мале тім'ячко повертається до заду, а велике тім'ячко – до переду;
- при вставленні голівки в поперечний розмір площини входу в малий таз (незалежно від позиції плода) вона повертається на 90° таким чином, що сагітальний шов переходить із поперечного в косий (відповідно до позиції), а потім у прямий розмір площини виходу з малого таза; при цьому мале тім'ячко обертається до крижів, а велике тім'ячко – до лобкового зчленування. Якщо початковий задній вид потиличного передлежання переходить у передній вид, то поворот голівки відбувається таким чином:
 - при задньому виді другої позиції стрілоподібний шов повертається за рухом годинникової стрілки, переходячи з правого косоного в поперечний, потім у лівий косий і, нарешті, в прямий розмір площини виходу з малого таза;
 - при задньому виді першої позиції сагітальний шов голівки повертається проти руху годинникової стрілки, переходячи з лівого косоного спочатку в поперечний, потім у правий косий і, нарешті, в прямий розмір виходу з малого таза; при цьому мале тім'ячко описує велику дугу (близько 135°) і зупиняється біля лобкового зчленування.

III момент – максимальне згинання голівки. Після закінчення внутрішнього повороту голівка підходить під лобкове зчленування, передньою частиною великого тім'ячка (на межі передньої волосистої частини і шкіри) впирається в нижній

край симфізу (перша точка фіксації) і максимально згинається, щоб потилична частина опустилась якнайнижче.

IV момент – розгинання голівки. Після народження тім'яних горбів і частини лобика утворюється друга точка фіксації між підпотилочною ямкою і верхівкою куприка, відбувається розгинання голівки, і народжується друга частина лоба і обличчя плода (мал. 2.15). Голівка прорізується через статеву щілину середнім косим і великим поперечним розмірами. Вона має доліхоцефалічну форму і родову заглибину в ділянці середини стрілоподібного шва. Якщо



Мал. 2.15. *Пологи при задньому виді потиличного передлежання: а – внутрішній поворот голівки потилицею до заду (другий момент біомеханізму пологів); б – додаткове згинання голівки (третій момент біомеханізму пологів).*

голівка повернулась із заднього в передній вид, то її розгинання відбувається після утворення іншої точки фіксації (між підпотилочною ямкою і нижнім краєм лобкового зчленування), голівка народжується малим косим і поперечним розмірами, має доліхоцефалічну форму і родову пухлину в ділянці малого тім'ячка.

V момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки. Відбувається так само, як при передньому виді потиличного передлежання.

2.5. Фізіологічний післяпологовий період

Післяпологовий період починається відразу після закінчення пологів і триває протягом 8 тижнів (доки органи репродуктивної системи жінки повертаються до стану, що існував до вагітності).

Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній.

Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду і триває 2 год. У цей період породілля знаходиться в пологовій залі під наглядом медичного персоналу, що обумовлено ризиком виникнення кровотечі.

Пізній післяпологовий період починається через 2 год після закінчення пологів і триває впродовж 8 тижнів. За цей час відбувається інволюція всіх (за винятком молочних залоз) органів і систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

2.5.1. Зміни в організмі жінки у післяпологовому періоді

Матка. Відразу після народження посліду матка швидко скорочується, стає округлою, дно її знаходиться посередині між лобком і пупком, потім дещо піднімається, судини плацентарної ділянки стискаються. Протягом наступних двох днів дно матки знаходиться трохи нижче пупка. Через 2 тижні після пологів матка опускається нижче симфізу, через 6 тижнів повертається до розмірів, які мала до вагітності.

Протягом 2–3 днів після пологів децидуальна оболонка розділяється на два шари: поверхневий шар некротизується і виділяється з післяпологовими виділеннями (лохіями), базальний шар залишається інтактним і стає основою для регенерації нового ендометрія. Регенерація ендометрія відбувається протягом трьох тижнів, за виключенням плацентарної ділянки, де повна регенерація епітелію завершується за 6 тижнів. Порушення регенерації в плацентарній ділянці сприяє післяпологовим кровотечам та інфікуванню.

Шийка матки. Через 10–12 год після пологів канал шийки матки має лейкоподібну форму, внутрішнє вічко пропускає

2–3 пальці, а на 3 добу – один палець. На 8–10 день після пологів шийка матки сформована, внутрішнє вічко закрите.

Піхва. Протягом 3 тижнів після пологів стінки піхви залишаються набряклими, пошкодження загоюються за 5–7 діб, поступово відновлюється тонус м'язів тазового дна.

Яєчники. Завдяки грудному вигодовуванню, яке стимулює продукцію пролактину, у жінок виникає лактаційна аменорея з ановуляцією. В подальшому овуляторні цикли відновлюються.

Молочні залози. Функція молочних залоз після пологів сягає найвищого розвитку. Під час вагітності естрогени і прогестерон стимулювали ріст протоків і альвеолярної системи молочних залоз. Під впливом пролактину відбувається посилений приплив крові до молочних залоз та продукція молока.

Ссання стимулює періодичну секрецію пролактину і рефлекторно – окситоцину, який стимулює виділення молока з альвеол у протоки молочних залоз та посилює скорочення післяпологової матки.

Протягом перших 3 діб після пологів молочні залози виробляють молозиво. Білки молозива за амінокислотним складом займають перехідний стан між білковими фракціями грудного молока та сироваткою крові, що полегшує організму новонародженого перехід від плацентарного живлення до харчування молоком матері. Молозиво містить високий рівень імуноглобулінів, жирів, а також Т- і В-лімфоцити.

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

2.5.2. Ведення післяпологового періоду: догляд за породіллею, гігієна породіллі, лікувальна фізкультура, профілактика післяпологових захворювань, профілактика та лікування гіпогалакції, післяпологова контрацепція

Фізіологічний післяпологовий період характеризується задовільним станом породіллі, нормальною температурою та часто-

тою пульсу, адекватною інволюцією матки, наявністю нормальної кількості та якості лохій, достатньою лактацією.

У ранньому післяпологовому періоді виконують огляд пологових шляхів та за необхідності – поновлення їх цілісності.

Перші дві години після пологів жінка разом із дитиною та партнером проводить в індивідуальній пологовій залі під наглядом акушерки та лікаря акушера-гінеколога, де проходить післяпологова адаптація. Медичний персонал стежить за пульсом роділлі, артеріальним тиском, кожні 15 хв контролює стан матки, проводячи їй масаж, спостерігає за кількістю лохій.

У подальшому, за умови відсутності протипоказань, новонароджена дитина цілодобово знаходиться в одному приміщенні з матір'ю, де 2 рази на добу проводиться вимірювання температури тіла, огляд шкіри та слизових оболонок, оцінка пульсу, вимірювання артеріального тиску. Таке перебування забезпечує годування дитини за вимогою, профілактику гіпотермії, гіпогалакції та внутрішньолікарняної інфекції.

У післяпологовому періоді режим у кожній породіллі індивідуальний, але рекомендується виділити для сну не менше 8 год на добу (забезпечити можливість додаткового денного сну). З метою профілактики внутрішньолікарняної інфекції не бажано без серйозних підстав залишати палату і тим більше залишати дитину без нагляду.

У післяпологовому періоді підвищуються вимоги до особистої гігієни породіллі. Рекомендується щоденний душ та зміна спідньої білизни, зміна підкладних мінімум 4 рази на день, постільної білизни – 1 раз на 3 дні. Потрібно мити руки перед їдою, перед годуванням дитини, після туалету. Після туалету підмиватися з дитячим милом. Перед годуванням додатково мити груди не потрібно, достатньо зчідити кілька крапель молока та обмити сосок.

При лактостазі з метою профілактики маститів проводять зчіджування молока, навчають жінку щоденному огляду молочних залоз, виявленню затверділостей, проводять бесіду щодо правил грудного вигодовування. Профілактика післяпологового маститу

здійснюється в трьох напрямках: суворе дотримання санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних заходів, дотримання правил особистої гігієни, своєчасне лікування лактостазу і тріщин сосків.

Харчування породіллі повинне бути висококалорійним, як і під час вагітності, відповідати тим самим вимогам. Виключаються збуджуючі засоби, алергени, гіркоти, алкоголь. Необхідно бути обережною при вживанні продуктів, що впливають на моторику кишківника, тому що це вплине і на роботу кишківника дитини.

У післяпологовому періоді обов'язковою є лікувальна фізкультура, яка забезпечує поліпшення загального стану здоров'я і самопочуття породіллі, сприяє прискоренню скорочення матки, забезпечує профілактику та лікування неспроможності м'язів тазового дна, геморою, закрепів, варикозної хвороби та тромбофлебітів. Лікувальна фізкультура рекомендується з другої доби після пологів і проводиться протягом 15–20 хв. У комплекс лікувальної фізкультури включають вправи, що підсилюють периферичний кровообіг, діафрагмальне дихання, зменшують застійні явища в черевній порожнині та у порожнині таза, вправи з розслабленням м'язів, вправи для м'язів черевного преса.

За відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду на 3 добу післяпологового періоду породілля з новонародженим виписується додому під нагляд лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації та дільничного педіатра або лікаря загальної практики-сімейної медицини.

Виписка породіллі зі стаціонару проводиться за наступних умов:

- задовільний стан матері: відсутність скарг, стабільні показники гемодинаміки, відсутність кровотечі, відсутність ознак інфекції;
- мати навчена догляду та нагляду за дитиною;
- мати проконсультована з питань вигодовування новонародженого, післяпологової контрацепції, профілактики синдрому раптової дитячої смерті;

- мати знає основні загрозливі симптоми післяпологового періоду, у разі появи яких слід негайно звернутися в лікарню.

Загрозливі симптоми у жінок у післяпологовому періоді, у разі появи яких слід негайно звернутися в лікарню: вагінальна кровотеча (використання 2–3 прокладок за 30 хв); підвищення температури тіла; утруднення дихання; біль у животі; біль у молочних залозах та тріщини сосків; біль у промежині; нетримання сечі, біль або утруднення при сечовиділенні; гнійні або з неприємним запахом виділення з піхви.

Загрозливі симптоми у дитини, у разі появи яких слід негайно звернутися в лікарню: дитина погано смокче груди; дитина млява або збудлива; у дитини виникли судоми; у дитини порушення дихання; у дитини гіпертермія або гіпотермія; визначається набряк, гіперемія або нагноювання пупкової ранки; у дитини блювота або діарея.

Через 3–4 тижні після пологів жінка оглядається лікарем жіночої консультації та проходить стандартне обстеження з оцінкою стану здоров'я та обговорення питань щодо планування сім'ї.

Післяпологова контрацепція

Післяпологове консультування з питань планування сім'ї проводиться до виписки жінки зі стаціонару і містить інформацію про оптимальний час поновлення статевих відносин після пологів, ризик для здоров'я матері та малюка від можливої небажаної вагітності, необхідність застосування методів контрацепції, прийнятні після пологів методи контрацепції (відсутність впливу на лактацію), профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом, терміни подальшого відвідування лікаря.

При неповному годуванні грудьми жінці пропонують користуватися методами попередження вагітності відразу після початку статевого життя (як і жінкам, які не годують грудьми).

Післяпологова контрацепція – це використання методів планування сім'ї після пологів із метою запобігання вагітності протягом перших 2–3 років після народження дитини.

Метод лактаційної аменореї

Особливості:

- висока ефективність до 6 місяців – за умов виключно грудного годування і відсутності менструації (аменорея);
- починати годування грудьми слід відразу після пологів;
- значна користь як для здоров'я матері, так і дитини;
- дає час для вибору і підготовки до хірургічного або іншого контрацептивного методу.

Зауваження:

- для максимальної ефективності годування має бути виключно грудним, не менше 8–10 разів на добу;
- у випадку спроби відлучити від грудей або ввести догодування ефективність методу знижується.

Контрацептиви прогестагенового ряду (прогестеронові таблетки – "Чарозетта", "Лактінет", "Ексклютон"; ін'єкції – "Депо-провера", "Нористерат")

Особливості:

- якщо жінка годує грудьми, слід уникати застосування прогестагенових контрацептивів у перші 6 тижнів після пологів, за винятком, коли інші методи неприйнятні або недоступні;
- при лактаційній аменореї можна відкласти застосування прогестагенових контрацептивів до 6 місяців після пологів;
- якщо жінка не годує грудьми, слід відразу застосовувати прогестагенові контрацептиви;
- якщо жінка не годує грудьми і після пологів минуло понад 6 тижнів або в неї відновилися менструації, необхідно рекомендувати прогестагенові контрацептиви за умови відсутності вагітності;

- метод не впливає на якість і кількість грудного молока, а також на здоров'я дитини.

Зауваження:

- у перші 6 тижнів після пологів прогестаген може негативно вплинути на нормальний ріст дитини;
- навіть у жінок, які годують грудьми, під час використання прогестагенових контрацептивів можуть з'явитися нерегулярні кров'янисті виділення.

Комбіновані гормональні контрацептиви (комбіновані таблетки – "Фемоден", "Марвелон", "Жанін", "Медіана"; вагінальні кільця – "Нова-рінг"; пластирі – "Євра")

Особливості:

- не рекомендуються для жінок, які годують, за винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні (починаючи із 6 місяців);
- якщо жінка не годує грудьми, то комбіновані гормональні контрацептиви призначаються через 3 тижні після пологів;
- комбіновані гормональні контрацептиви у перші 6 місяців після пологів зменшують кількість грудного молока і негативно впливають на нормальний ріст дитини;
- комбіновані гормональні контрацептиви у перші 3 тижні після пологів підвищують ризик тромбоутворення через вміст у них естрогенів.

Зауваження:

- комбіновані гормональні контрацептиви є найменш прийнятними методами для матерів, які годують;
- через 3 тижні після пологів ризик підвищеного тромбоутворення зникає;
- комбіновані гормональні контрацептиви можуть використовувати жінки, які під час вагітності мали гестоз, за умови, що до моменту початку використання контрацептивів жінка мала нормальний артеріальний тиск і була здоровою.

*Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК):
(мідьміщуючі; гормонівміщуючі – "Мірена", "Джайдес")*

Особливості:

- вводяться постплацентарно або в післяпологовий період (протягом 48 год після пологів);
- якщо ВМК не введено постплацентарно або протягом 48 год після пологів, то цю процедуру слід відкласти на 4 тижні після пологів;
- якщо під час годування грудьми у жінки відновилися менструації, ВМК вводяться в будь-який день менструального циклу за умови відсутності вагітності;
- ВМК не впливає на кількість молока, а також на його якість і здоров'я дитини.

Зауваження:

- ВМК протипоказані для жінок з ускладненими пологами (кровотеча, анемія, інфекції);
- для постплацентарного введення ВМК потрібне обстеження і консультація в допологовому періоді;
- у матерів, які годують грудьми, менша частота випадків вилучення ВМК протягом першого року використання;
- при введенні ВМК через 4 тижні після пологів – обстеження та процедура введення звичайні.

*Бар'єрні методи
(презервативи, діафрагми, сперміциди
у вигляді пінки, свічок, кремів, пігулок, плівок)*

Особливості: використовуються в будь-який час після пологів і не впливають на кількість і якість грудного молока та на здоров'я дитини. Такі методи зручні як проміжні, якщо використання іншого методу відкладене.

Зауваження:

- бар'єрні методи на шийці матки (діафрагми зі сперміцидами) застосовуються через 6 тижнів після пологів;

- сперміциди вирішують проблему вагінальної сухості під час статевого акту (часте явище у жінок, які годують).

2.5.3. Порядок та умови видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність у зв'язку з вагітністю та пологами

Порядок та умови видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, регулює "Інструкція про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян", затверджена Наказом МОЗ України № 455 (розділ 6) від 13.11.2001 р. (далі – Інструкція № 455).

Листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами видається за місцем спостереження за вагітною з 30 тижнів вагітності одразу на 126 календарних днів (70 календарних днів до передбачуваного дня пологів і 56 – після).

Жінкам, які належать до 1 – 4 категорій постраждалих унаслідок аварії на ЧАЕС, листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами видається з 27 тижнів вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 календарних днів до пологів і 90 – після пологів).

У разі передчасних пологів або багатоплідних пологів, виникнення ускладнень під час або після пологів жінці додатково видається листок непрацездатності на 14 календарних днів (крім жінок, які належать до 1–4 категорій постраждалих унаслідок аварії на ЧАЕС).

Якщо до дня пологів жінка не перебувала під медичним наглядом, листок непрацездатності видається з дня пологів на період післяпологової відпустки.

Якщо у жінки були передчасні (до 30 тижнів вагітності) пологи і дитина вижила, листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами видається лікувально-профілактичним закладом, де відбулися пологи, на 140 календарних днів, а у випадку смерті дитини при таких пологах – на 70 календарних днів.

У зв'язку з операцією штучного переривання вагітності за бажанням жінки (у т. ч. міні-аборти) листок непрацездатності видається на 3 дні з урахуванням дня операції. У разі виникнення ускладнень під час чи після операції листок непрацездатності видається на час перебування в стаціонарі.

Контрольні питання

1. Які сумнівні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?
2. Які імовірні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?
3. Які вірогідні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?
4. Які зміни тіла матки спостерігають у ранніх строках вагітності?
5. Які існують апаратні методи діагностики вагітності ранніх строків?
6. Який гормон виявляється при лабораторних методах діагностики вагітності ранніх строків?
7. Визначення терміну "членорозміщення плода в матці".
8. Визначення положення та позиції плода.
9. Поняття передлеглої частини плода.
10. Техніка виконання першого прийому Леопольда.
11. Техніка виконання другого прийому Леопольда.
12. Техніка виконання третього прийому Леопольда.
13. Техніка виконання четвертого прийому Леопольда.
14. Техніка проведення аускультативної серцебиття плода.
15. Видача допологової декретної відпустки.
16. Що таке післяпологовий період?
17. Як проходить інволюція матки і від чого вона залежить?
18. Що таке лохії та як змінюється їх характер у післяпологовому періоді?
19. Як у післяпологовому періоді змінюється функція молочних залоз?
20. Гігієна післяпологового періоду?
21. Які методи контрацепції дозволені після пологів?

Ситуаційні задачі

Задача 1.

До пологового будинку надійшла роділья з регулярною пологовою діяльністю, у якої вилились навколоплодові води. Голівка плода щільно притиснута до входу в малий таз. Справа пальпуються дрібні частини плода, зліва та спереду – спинка. Серцебиття плода чітке, ритмічне – 136 уд./хв. Під час піхвового дослідження виявлено: відкриття шийки – 7 см, стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко спереду та нижче великого, розташоване ліворуч. Визначте положення, позицію, вид та передлежання плода.

А – косе положення плода, I позиція передній вид;

В – поздовжнє положення плода, I позиція передній вид, головне передлежання;

С – поздовжнє положення плода, II позиція передній вид, головне передлежання;

Д – поздовжнє положення плода, I позиція задній вид, головне передлежання;

Е – поздовжнє положення плода, I позиція передній вид, тазове передлежання.

Задача 2.

При зовнішньому акушерському обстеженні виявлено: форма матки витягнена у поперечному напрямку, термін вагітності – 40 тижнів, у лівій боковій частині матки пальпується голівка, у правій – тазовий кінець плода, над входом у малий таз передлегла частина відсутня. Серцебиття плода найвиразніше прослуховується на рівні пупка. Яке положення та позиція плода?

А – косе положення плода, I позиція передній вид;

В – поперечне положення плода, II позиція передній вид, головне передлежання;

С – поперечне положення плода, I позиція;

Д – поперечне положення плода, II позиція;

Е – косе положення плода, II позиція передній вид, тазове передлежання.

Задача 3.

У жінки під час відвідування лікаря 18 травня 2014 р. тест на вагітність позитивний. У неї регулярний 28-денний цикл, остання менструація була з 1 по 5 квітня 2015 р. Яка передбачувана дата пологів?

- A** – 17.01.16 р.;
- B** – 22.01.16 р.;
- C** – 01.01.16 р.;
- D** – 08.02.16 р.;
- E** – 08.01.16 р.

Задача 4.

У пацієнтки 22-х років скарги на затримку менструації протягом 2-х місяців. Змінилися смакові відчуття. Пологів – 0, абортів – 0. Під час огляду в дзеркалах: слизова оболонка піхви та шийки матки ціанотичні. Піхвове дослідження: матка кулеподібної форми, збільшена як на 7–8 тижні вагітності, м'якуватої консистенції. Придатки без особливостей. Перешийок матки розм'якшений. Склепіння піхви вільні. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A** – фіброміома матки невеликих розмірів;
- B** – позаматкова вагітність у терміні 7–8 тижнів;
- C** – маткова вагітність у терміні 10–11 тижнів;
- D** – I вагітність у терміні 7–8 тижнів;
- E** – порушення менструального циклу.

Задача 5.

30-річна жінка звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на відсутність апетиту, нудоту, ранкову блювоту. Відмічає затримку менструації на 20 днів. При загальному обстеженні патології не виявлено. Гінекологічний статус: спостерігається ціаноз піхви та шийки матки, розм'якшення перешийка матки, матка кулеподібної форми, дещо збільшена, розм'якшена, придатки матки не змінені, склепіння піхви вільні. Яке додаткове обстеження повинен запропонувати жінці сімейний лікар?

- A** – ультразвукове обстеження органів малого таза;
- B** – проведення тесту на вагітність;

- С – обстеження на гельмінтози;
- D – фіброгастроскопія;
- E – визначення кислотності шлункового вмісту.

Задача 6.

Вагітна 22 років спостерігається в жіночій консультації з приводу вагітності з 10 тижнів. Соматично здорова. Вагітність I, 28 тижнів, положення плода поздовжнє, головне передлежання. У 25–26 тижнів лікувалася у відділенні патології вагітних із приводу загрози передчасних пологів. З якого терміну вагітності та на скільки днів жінці буде надана допологова відпустка?

- A – у 30 тижнів на 126 днів;
- B – у 32 тижні на 126 днів;
- C – у 32 тижні на 56 днів;
- D – у 28 тижнів на 140 днів;
- E – у 32 тижні на 112 днів.

Задача 7.

Породілля 40 років виписана з післяпологового відділення на 6 добу після кесаревого розтину. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Чи показане надання жінці додаткової післяпологової відпустки та на який термін?

- A – показане на 24 дні;
- B – не показане;
- C – показане на 14 днів;
- D – показане на 30 днів;
- E – показане на 10 днів.

Задача 8.

Роділля 25 років із терміном вагітності 39 тижнів доставлена в пологове відділення зі скаргами на переймоподібний біль унизу живота протягом 3 год. Об'єктивно: стан задовільний, перейми по 35–40 с через 5–6 хв. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 134–138 за уд./хв. Піхвове дослідження:

шийка матки згладжена, відкриття до 5 см. У якому періоді пологів знаходиться жінка?

- A** – у I періоді своєчасних пологів;
- B** – у II періоді своєчасних пологів;
- C** – у III періоді своєчасних пологів;
- D** – у I періоді передчасних пологів;
- E** – у II періоді запізнених пологів.

Задача 9.

Породілля, яка 5 днів тому після нормальних пологів виписана з післяпологового відділення в задовільному стані, викликала сімейного лікаря у зв'язку з підвищенням температури тіла до $39,3^{\circ}\text{C}$, появою тягнучого болю внизу живота, гнійних виділень зі статевих органів. Яка тактика лікаря?

- A** – призначити жарознижуючі препарати;
- B** – призначити антибактеріальні препарати;
- C** – провести зціджування молочних залоз;
- D** – терміново скерувати жінку в гінекологічне відділення;
- E** – призначити вдома інфузійну терапію.

Задача 10.

Породілля вдома на 14 добу після нормальних пологів помітила, що її дитина млява, погано смокче груди, має місце підвищення температури тіла до $38,8^{\circ}\text{C}$. Якими повинні бути перші дії жінки?

- A** – забезпечити достатнє годування та допоювання;
- B** – дати дитині жарознижуючі препарати;
- C** – загорнути дитину у вологі пелюшки;
- D** – розгорнути дитину;
- E** – негайно звернутися до лікаря.

РОЗДІЛ 3

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЛОДА. ПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ. ДИСТРЕС ПЛОДА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ Й ПОЛОГІВ

3.1. Методи діагностики стану внутрішньоутробного плода

Ультразвукова фетометрія плода є інформативною з 20 тижня вагітності і включає визначення розмірів голівки, окружності живота та довжини стегна. При визначенні невідповідності одного або декількох основних фетометричних показників терміну вагітності проводиться розширена фетометрія з вираховуванням співвідношення лобно-потиличного розміру до біпаріетального, окружності голівки до окружності живота, біпаріетального розміру до довжини стегна, довжини стегна до окружності живота.

Одним із важливих фетометричних показників є визначення маси плода. Підставою для проведення ультразвукової фетометрії у пізні терміни вагітності є відставання чи перевищення висоти стояння дна матки за даними зовнішнього вимірювання на 2 см і більше відповідно до очікуваних показників за терміном вагітності або відсутність приросту цього показника протягом 2–3 тижнів при динамічному спостереженні за вагітною.

Аускультацию тонів серця плода проводять із 20 тижнів вагітності за допомогою акушерського стетоскопа. Підраховується частота серцевих скорочень за одну хвилину. Частота серцевих скорочень вища за 170 ударів за хвилину та нижча за 110 ударів за хвилину свідчить про порушення стану плода (див. підрозділ 2.2.2).

Кардіотокографія (КТГ) – синхронний запис серцевого ритму плода і маткових скорочень у продовж 10–15 хв за допомогою апарата – кардіотокографа, який одночасно записує криву пульсових ударів плода та фіксує скоротливу діяльність матки. Під час вагітності виконують запис тільки серцевих скорочень плода, мінімальний час запису яких повинен складати 30 хв при положенні вагітної на лівому боці. Вивчення реакції серцево-судинної системи плода у відповідь на його рухи під час такого запису називається нестресовим тестом.

При аналізі КТГ оцінюють такі параметри:

- базальна частота серцевих скорочень (БЧСС);
- варіабельність ЧСС;
- наявність і тип тимчасових змін БЧСС у вигляді прискорення (акцелерація) чи уповільнення (децелерація) серцевого ритму.

Базальна частота серцевих скорочень – це середня величина між миттєвими значеннями частоти скорочень серця плода, при цьому не враховують акселерації та децелерації. При характеристиці БЧСС ураховують його варіабельність – частоту та амплітуду миттєвих змін частоти серцевих скорочень (миттєвих осциляцій). Амплітуду осциляцій визначають за величиною відхилення від БЧСС, частоту – за кількістю осциляцій за 1 хв. Підрахунок цих показників роблять кожні 10 хв.

Діагностичні критерії. При нормальному стані плода для КТГ характерно: БЧСС у межах від 110 до 170 уд./хв (нормокардія), варіабельність (ширина запису) – 10–25 уд./хв з частотою осциляцій 3–6 цикл./хв (хвилеподібний тип), наявність акцелерацій ЧСС та відсутність децелерацій.

Біофізичний профіль плода (БПП) (з 30 тижнів вагітності) – оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплодових вод) (табл. 3.1).

Оцінка результатів визначення показників біофізичного профілю плода

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

Доплерометрія швидкості кровотоку в артерії пуповини відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє головну роль у фетоплацентарній ге-

модинаміці. Для цього застосовують спеціальну доплерометричну ультразвукову апаратуру, що дозволяє оцінювати кровообіг у судинах плода, плаценти, матки. Якісну оцінку гемодинамічних показників у системі "мати–плацента–плід" проводять за кривими швидкостей кровотоку в маткових артеріях та артерії пупкового канатика. Оцінюють максимальну і мінімальну систолічну швидкість кровотоку. В ході аналізу доплерограм вираховують систолодіастолічне співвідношення, що характеризує периферичну судинну резистентність, а також індекс резистентності і пульсаційний індекс. Ці показники вираховують за спеціальними формулами.

Методи дослідження стану плаценти.

Ультразвукова плацентографія дозволяє визначити локалізацію плаценти, її товщину та структуру, ступінь дозрівання плаценти. При неускладненій вагітності з 26 тижня реєструють I ступінь дозрівання, з 32 тижня – II ступінь, з 36 тижня – III. Поява ультразвукових ознак різних ступенів структурності плаценти раніше визначених термінів оцінюється як передчасне "старіння" плаценти.

Важливим методом дослідження функціонального стану плаценти є *оцінка її гормональної функції*. Найбільше практичне значення має дослідження рівня прогестерону, естріолу та плацентарного лактогену. Рівень прогестерону залежить від терміну вагітності і постійно підвищується до 37–38 тижня. Секреція естріолу залежить переважно від андрогенних попередників, що продукуються наднирниками плода. Рівень цього гормону в крові вагітної відображає як стан плаценти, так і плода. Плацентарний лактоген – гормон, який продукується тільки плацентою, тому за його вмістом оцінюють функціональні можливості плаценти та, відповідно, прогнозують імовірні погіршення стану внутрішньоутробного плода.

Біопсію хоріона частіше проводять у 10–11 тижнів вагітності, коли в разі виявлення патології існує максимально безпечна для жінки можливість переривання вагітності. При цьому під контролем УЗД через піхву або передню черевну стінку

проводять забір ворсин хоріона з наступним визначенням каріотипу майбутнього плода.

Біопсія плаценти (плацентоцентез) – аналогічна процедура, але виконується вона після 12 тижнів вагітності, коли хоріон перетворюється в плаценту. Це дослідження інформативніше за біопсію хоріона, але при підтвердженні патології переривання вагітності в II триместрі для жінки є більш травматичним.

Амніоцентез – отримання навколоплодових вод методом пункції амніотичної порожнини через черевну стінку (трансабдомінальний доступ) або через піхву (трансвагінальний доступ) з проведенням, залежно від показань, біохімічного, гормонального, імунологічного, цитологічного, генетичного дослідження.

Кордоцентез – отримання крові плода для аналізу, який може проводитись не раніше 18 тижнів вагітності (оптимально – у 22–26 тижнів). Процедуру проводять аналогічно амніоцентезу, кров отримують із судин пуповини. Кордоцентез особливо інформативний, оскільки надає можливість провести не тільки генетичні дослідження, але й визначити деякі показники крові.

Медико-генетична консультація створена з метою попередження та визначення ризиків виникнення генетичної патології у плода, проведення своєчасної її діагностики, забезпечення медичного супроводу пацієнтам із спадковими захворюваннями. Таке консультування бажано проводити напередодні вагітності (у період преконцепційної підготовки) або в її ранні терміни з детальним вивченням виписок про перебіг попередніх вагітностей, пологів, стану новонародженого, результатів обстеження, даних патолого-анатомічного дослідження.

Наказом МОЗ України № 417 "Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги" від 15.07.2011 р. (додаток 4) визначенні **показання до направлення вагітної на медико-генетичне консультування:**

- вік вагітної 35 років і більше, а чоловіка – 40 років і більше;
- наявність в одного з подружжя спадкової патології, хромосомної перебудови або вродженої вади розвитку;

- наявність у вагітної фенілкетонурії, муковісцидозу та інших спадкових захворювань;
- наявність серед родичів, живих або померлих, дітей зі:
 - спадковою або хромосомною патологією;
 - вродженими вадами розвитку – ізольованими або множинними;
 - розумовою відсталістю;
 - мертвонародженням;
- кровноспоріднений шлюб;
- звичайне невиношування вагітності невстановленого генезу в I триместрі вагітності;
- несприятливі впливи у ранніх термінах вагітності (захворювання, діагностичні або лікувальні процедури, прийом медикаментів);
- ускладнений перебіг вагітності (загроза переривання з раннього терміну, яка не піддається терапії, багатоводдя і маловоддя);
- вагітні після застосування допоміжних репродуктивних технологій (екстракорпоральне запліднення);
- патологія плода, виявлена при пренатальному скринінгу (УЗ, біохімічні маркери, високий індивідуальний генетичний ризик виникнення хромосомної та деякої вродженої патології);
- наявність у подружжя шкідливих факторів, пов'язаних із професією.

3.2. Плацентарна недостатність

Плацентарна недостатність – неспецифічний синдром, який характеризується комплексом функціональних і морфологічних змін у плаценті з порушенням росту та розвитку плода і є наслідком впливу на фетоплацентарний комплекс як екстрагенітальних захворювань, так і акушерських ускладнень під час вагітності.

Класифікація плацентарної недостатності.

- *За часом початку відносно терміну формування плаценти:*
 - первинна плацентарна недостатність – розвивається в ранні терміни вагітності (до 16 тижнів), супроводжується невиношуванням вагітності в ранні терміни та вадами розвитку плода;
 - вторинна плацентарна недостатність – розвивається після 16 тижнів уже при сформованій плаценті, є основною причиною затримки розвитку плода та передчасних пологів.
- *За перебігом:*
 - гостра плацентарна недостатність – виникає в будь-який термін вагітності і проявляється порушенням газообміну плаценти, що, у свою чергу, призводить до дистресу плода. В розвитку гострої плацентарної недостатності основна роль належить порушенням матково-плацентарного та фетоплацентарного кровообігу (передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, кровотеча при передлежанні плаценти, розрив матки);
 - хронічна плацентарна недостатність – перебігає повільно, супроводжується розладами мікроциркуляції в плаценті, хронічним кисневим голодуванням плода (загроза передчасних пологів, екстрагенітальна патологія, прееклампсія).
- *Залежно від стану захисно-приспосувальних реакцій:*
 - відносна плацентарна недостатність (компенсована, субкомпенсована), коли компенсаторні реакції в плаценті збережені і є можливість проводити лікування;
 - абсолютна плацентарна недостатність (некомпенсована, критична), коли внаслідок виснаження компенсаторних механізмів, виникає затримка росту і дистрес плода, може статися загибель плода.

Сьогодні визначені **фактори ризику** виникнення плацентарної недостатності, які сприяють порушенню матково-плацентарного, а потім фетоплацентарного кровообігу з розвитком незворотних морфологічних процесів та порушенням основних функцій плаценти, це:

- вік молодший за 17 років і старший за 35 років;
- несприятливі соціально-побутові умови (недостатнє харчування);
- токсична і радіаційна дія зовнішнього середовища;
- шкідливі звички (паління, алкоголізм, наркоманія);
- інфекційні захворювання, захворювання, що передаються статевим шляхом, TORCH-інфекції;
- екстрагенітальна патологія (нейроендокринні порушення, гіпертензія, захворювання нирок тощо);
- гінекологічні захворювання (пухлини матки, хронічні запалення ендометрія);
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез;
- ускладнення вагітності (ранній гестоз, загроза переривання вагітності, багатопліддя, преeklampsia, анемія тощо).

У **патогенезі** плацентарної недостатності виділяють декілька взаємопов'язаних патогенетичних ланцюгів. Унаслідок порушення матково-плацентарного кровообігу виникає різке зниження гемоциркуляції у міжворсинчатому просторі зі зменшенням газообміну між кров'ю матері і плода, порушенням процесів дозрівання плаценти, зниженням синтезу і виникненням дисбалансу гормонів плаценти, через що затримується ріст і розвиток плода, ускладнюється перебіг вагітності й пологів.

Діагностика плацентарної недостатності проводиться шляхом:

- визначення рівня гормонів (ознакою плацентарної недостатності є зниження синтезу естрогенів, прогестерону, плацентарного лактогену);

- ультразвукове сканування дозволяє оцінити товщину і структуру плаценти, ступінь її зрілості.
- доплерометричне дослідження кровообігу плаценти.

Лікування передбачає вплив на супутню екстрагенітальну та акушерську патологію. Лікуванню підлягає тільки відносна (компенсована) форма плацентарної недостатності.

Медикаментозна терапія плацентарної недостатності повинна бути спрямована на: покращення кровотоку в матково-плацентарному і фетоплацентарному комплексах; інтенсифікацію газообміну; корекцію реологічних і коагуляційних відхилень крові; ліквідацію гіповолемії і гіпопротеїнемії; нормалізацію судинного тонуусу і скоротливої активності матки; підвищення антиоксидантного захисту; оптимізацію метаболічних і обмінних процесів.

Затримка розвитку плода

Малий для гестаційного віку плід – це плід, який не досягає специфічного біометричного або вагового порогу відповідно до гестаційного віку.

Класифікація затримки розвитку плода:

- симетрична – маса і довжина плода пропорційно знижені, всі органи рівномірно зменшені у розмірах (частіше є наслідком генетичної патології);
- асиметрична – зниження маси плода при нормальних показниках його довжини, непропорційні розміри різних органів плода (наслідок акушерської або екстрагенітальної патології).

Діагностика затримки розвитку плода базується на визначенні висоти стояння дна матки та ультразвуковій фетометрії.

За даними УЗД виділяють три ступені тяжкості затримки розвитку плода:

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

Тактика ведення вагітності при затримці розвитку плода визначена Наказом МОЗ України № 782 від 29.12.2005 р. "Клінічний протокол з акушерської допомоги. Затримка росту плода".

В умовах щоденної лікарської практики ефективні методи лікування затримки розвитку плода сьогодні відсутні. Тому головною направляючою у веденні таких вагітних є чітка оцінка стану внутрішньоутробного плода та визначення терміну для своєчасного розродження.

Головною складовою терапії затримки розвитку плода є діагностика та лікування захворювань вагітної, які призвели до затримки розвитку плода, під постійним динамічним спостереженням. При нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода можливе амбулаторне спостереження за перебігом вагітності до доношеного терміну. В разі виявлення патологічних показників оцінки стану плода показана госпіталізація вагітної до акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги, де проводиться динамічне спостереження за станом плода та індивідуально залежно від акушерської ситуації та поінформованої згоди вагітної вирішується питання про своєчасне розродження (див. підрозділ 3.3.1.).

Тактика ведення пологів.

Якщо немає дистресу плода, розродження проводять через природні пологові шляхи під кардіомоніторним спостереженням за станом плода.

Показанням для розродження шляхом кесаревого розтину є критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини, гострий дистрес плода, патологічний БПП (оцінка – 4 бали і нижче) за відсутності біологічної зрілості шийки матки (після 30 тижнів вагітності).

Профілактика затримки розвитку плода проводиться шляхом обстеження та оздоровлення жінки на етапі підготовки до вагітності, виявлення факторів ризику затримки розвитку плода та проведення динамічного контролю за пацієнтами цієї групи під час вагітності, дотримання вагітною режиму дня та раціонального харчування, відмови від шкідливих звичок.

3.3. Дистрес плода під час вагітності й пологів

Тактика ведення вагітності й пологів при цій патології визначається Наказом МОЗ України № 900 від 27.12.2006 р. "Дистрес плода при вагітності та під час пологів".

3.3.1. Дистрес плода під час вагітності

В сучасній клінічній практиці всі порушення функціонального стану плода позначають терміном "дистрес плода".

Критерії дистресу плода при вагітності:

- частота серцевих скорочень більша, ніж 170 уд./хв та менша, ніж 110 уд./хв свідчить про дистрес плода;
- БПП – 4 бали і нижче;
- нульовий та реверсний кровоток при доплерометрії швидкості кровотоку в артерії пуповини.

Тактика ведення вагітності з дистресом плода:

- лікування супутніх захворювань вагітної, які призвели до виникнення дистресу плода;
- поетапне динамічне спостереження за станом плода;
- при сповільненому діастолічному кровотоку в артеріях пуповини проводять дослідження біофізичного профілю плода:
 - за відсутності патологічних показників БПП проводять повторну доплерометрію з інтервалом 5–7 днів;
 - за наявності патологічних показників БПП доплерометрія проводиться щонайменше 1 раз на 2 дні, а визначення БПП – щоденно.
- виявлення погіршення показників плодового кровотоку (виникнення постійного нульового або негативного кровообігу в артеріях пуповини) є показанням для екстреного розродження шляхом кесаревого розтину.

Госпіталізація вагітної до пологового будинку або відділення патології вагітних показана, якщо за даними дослідження БПП і/або доплерометрії кровотоку має місце:

- патологічна оцінка БПП (6 балів і нижче);
- повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (7–8 балів);

- сповільнений діастолічний кровоток в артеріях пуповини;
- критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульовий та реверсний).

До 30 тижнів вагітності проводиться лікування супутніх захворювань у жінки, які стали причиною дистресу плода.

Після 30 тижнів вагітності доцільним методом лікування дистресу плода є своєчасне оперативне розродження.

Розродження вагітної з дистресом плода проводиться:

- *через природні пологові шляхи* (під кардіомоніторним контролем за станом плода) – при нормальному або сповільненому кровотоку в артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода;
- *показанням для екстреного розродження шляхом кесаревого розтину після 30 тижнів вагітності є:*
 - критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульовий та реверсний);
 - гострий дистрес плода під час вагітності;
 - патологічний БПП (оцінка 4 бали і нижче) за відсутності біологічної зрілості шийки матки.

Профілактика дистресу під час вагітності складається з адекватної оцінки наявності факторів ризику, відпрацювання індивідуального плану ведення вагітної, що включає динамічне спостереження за станом плода.

3.3.2. Дистрес плода під час пологів

Порушення функціонального стану плода під час пологів визначається як дистрес плода в пологах.

Ознаками дистресу плода в пологах є:

- частота серцевих скорочень понад 170 уд./хв або нижча 110 уд./хв, що не зникає після перейми чи потуги;
- наявність густозабарвлених меконієм навколоплодових вод;
- виявлення однієї або декількох патологічних ознак на КТГ.

Несприятливим прогност пологів слід вважати у разі:

- уповільнення серцевого ритму плода на піку децелерації нижче 70 уд./хв;

- перехід пізніх чи варіабельних децелерацій у стійку брадікардію;
- визначення меконію у навколоплодових водах після розриву плодового міхура.

Виявлення незначних домішок меконію в навколоплодових водах не є ознакою дистресу плода в пологах, але повинне розглядатись як показання для кардіомоніторного спостереження за станом плода.

Тактика ведення пологів при виявленні несприятливих прогностичних ознак:

- уникати положення роділлі на спині;
- припинити введення окситоцину, якщо він був раніше призначений;
- якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері, необхідно провести відповідне її лікування.

Після визначення дистресу плода в пологах необхідне термінове розродження:

- у першому періоді пологів – кесарів розтин;
- у другому періоді:
 - при головному передлежанні – вакуум-екстракція або акушерські лещата;
 - при сідничному передлежанні – екстракція плода за тазовий кінець.

Контрольні питання

1. Що таке плацентарна недостатність?
2. Етіологія та патогенез плацентарної недостатності.
3. Методи діагностики стану внутрішньоутробного плода.
4. Методи діагностики порушень функціонального стану плаценти.
5. Класифікація плацентарної недостатності.
6. Причини виникнення синдрому затримки розвитку плода.
7. Показання до направлення вагітної на медико-генетичне консультування.

8. Форми синдрому затримки розвитку плода.
9. Ступені синдрому затримки розвитку плода.
10. Методи антенатальної діагностики синдрому затримки розвитку плода.
11. Профілактика, лікування синдрому затримки розвитку плода.
12. Принципи розродження при синдромі затримки розвитку плода.
13. Опишіть ознаки дистресу плода під час вагітності.
14. Опишіть ознаки дистресу плода в пологах.
15. Тактика лікаря при діагностиці дистресу плода під час вагітності.
16. Наведіть несприятливі для плода прогностичні ознаки в пологах.
17. Тактика лікаря при діагностиці дистресу плода під час пологів.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Першонароджуюча 38 років. Пологи вчасні, в головному передлежанні, тривають 10 год. Передбачувана маса плода – 3900 г. Розміри таза нормальні. Пологова діяльність активна. Відійшли густозабарвлені меконієм навколоплодові води. Серцебиття плода приглушене, 80 уд./хв. Внутрішнє акушерське обстеження: відкриття шийки матки – 8 см, голівка притиснута до входу в малий таз. Визначте акушерську тактику.

- А** – провести кардіомоніторне дослідження;
- В** – розпочати лікування зволоженим киснем;
- С** – розпочати внутрішньовенне введення розчину соди;
- Д** – негайно провести кесарів розтин;
- Е** – негайне накладання акушерських лещат.

Задача 2.

Роділля 30 років, пологи тривають 20 год. Останні 50 хв голівка плода знаходиться в порожнині малого таза. Потуги слабкі, через 2–4 хв по 25–30 с. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, 60 уд./хв. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття шийки матки повне, голівка плода у вузькій частині порожнини малого таза. Яка подальша тактика ведення пологів?

- A** – провести кардіомоніторне дослідження;
- B** – розпочати лікування зволоженим киснем;
- C** – розпочати внутрішньовенне введення розчину соди;
- D** – негайно провести кесарів розтин;
- E** – негайне накладання акушерських лещат.

Задача 3.

Пологи другі. Вагітність 40 тижнів. Перейми почались 4 год тому. Розміри таза нормальні. Серцебиття плода – 148 уд./хв, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Стан роділлі задовільний. При внутрішньому акушерському обстеженні: шийка матки згладжена, відкриття – 3 см, під час огляду відійшли забарвлені меконієм прозорі навколоплодові води. Яка подальша тактика ведення пологів?

- A** – розпочати кардіомоніторне спостереження;
- B** – розпочати лікування зволоженим киснем;
- C** – розпочати внутрішньовенне введення розчину соди;
- D** – негайно провести кесарів розтин;
- E** – негайне накладання акушерських лещат.

Задача 4.

Вагітність III, 30 тижнів. В анамнезі 2 вагітності, що завмели в ранніх термінах. При черговому відвідуванні жіночої консультації виміряна висота стояння дна матки – 26 см. Серцебиття плода ритмічне, 156 уд./хв. Який метод додаткового обстеження треба призначити негайно?

- A** – комп'ютерну томографію;
- B** – кардіомоніторне обстеження;
- C** – ультразвукове дослідження;
- D** – кордоцентез;
- E** – амніоскопію.

Задача 5.

При проведенні ультразвукового дослідження жінці, яка страждає на хронічний гастрит та анемію середнього ступеня, у 34 тижні вагітності діагностовано гіпоплазію плаценти, визначені патологічна оцінка БПП (6 балів) та сповільнений діастолічний кровотік в артеріях

пуповини. В який стаціонар необхідно скерувати вагітну для динамічного спостереження та лікування?

- A** – спостерігати в умовах жіночої консультації;
- B** – гастроентерологічне відділення;
- C** – гематологічне відділення;
- D** – терапевтичний стаціонар;
- E** – акушерський стаціонар.

Задача 6.

Пологи II, вчасні, головне передлежання, тривають 8 год. Раптово розпочалась піхвова кровотеча. Серцебиття плода ритмічне, 194 уд./хв. При внутрішньому акушерському дослідженні визначено: розкриття шийки матки – 5 см, плодовий міхур відсутній, голівка малим сегментом у вході в малий таз. Діагностовано передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Яка подальша акушерська тактика?

- A** – негайне накладання акушерських лещат;
- B** – розпочати внутрішньовенне введення кровозамінників;
- C** – негайний кесарів розтин;
- D** – розпочати гемотрансфузію;
- E** – розпочати кардіомоніторне спостереження.

Задача 7.

Вагітна 42 років стала на облік у жіночу консультацію з приводу III вагітності в терміні 24 тижні. В анамнезі 3 самовільних викидні та народження дитини з хворобою Дауна. Який метод діагностики стану плода показано провести?

- A** – кордоцентез;
- B** – біопсія хоріона;
- C** – ультразвукова томографія;
- D** – ультразвукова плацентографія;
- E** – розпочати кардіомоніторне спостереження.

Задача 8.

Роділля 25 років поступила в пологовий будинок на 38 тижні вагітності з регулярною пологовою діяльністю та кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. Пульс – 110 уд./хв, АТ – 90/60 мм рт. ст. Серце-

биття плода – 198 уд./хв, передлежить голівка, нещільно притиснута до входу в малий таз. Шийка матки згладжена, відкрита до 3 см. Поряд із голівкою плода пальпується губчаста тканина м'якої консистенції. Який метод лікування треба негайно застосувати?

- A** – розпочати кардіомоніторне спостереження;
- B** – негайно провести кесарів розтин;
- C** – розпочати внутрішньовенне введення кровозамінників;
- D** – призначити родопосилення окситоцином;
- E** – негайна гемотрансфузія.

Задача 9.

Пологи II, термінові, II період пологів. У зв'язку із слабкоюполовою діяльністю проводиться родопосилення розчином окситоцину. Потуги слабкі, через 2–3 хв по 20–25 с. Серцебиття плода ритмічне 66 уд./хв. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття повне, голівка у вузькій частині порожнини малого таза. Оберіть акушерську тактику.

- A** – розпочати кардіомоніторне спостереження;
- B** – негайно провести кесарів розтин;
- C** – розпочати оксигенотерапію;
- D** – припинити родопосилення окситоцином;
- E** – негайне накладання акушерських лещат.

Задача 10.

У відділенні патології вагітних лікується жінка з діагнозом: вагітність I, 34 тижні, двійня, затримка внутрішньоутробного розвитку плодів I ступеня. Під час чергового ультразвукового дослідження плодів із доплерометрією діагностовано критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини одного плода. Визначте тактику лікаря.

- A** – розпочати кардіомоніторне спостереження;
- B** – негайно провести кесарів розтин;
- C** – розпочати оксигенотерапію;
- D** – призначити препарати для покращення плодово-плацентарного кровотоку;
- E** – повторити ультразвукове дослідження з доплерометрією через 24 год.

РОЗДІЛ 4

**ПЕРИНАТАЛЬНА ОХОРОНА ПЛОДА.
ФІЗІОЛОГІЯ ТА ПАТОЛОГІЯ
ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ.
МЕТОДИ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ
ТА РЕАНІМАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНОГО.
ФАРМАКОТЕРАПІЯ В АКУШЕРСТВІ**

4.1. Перинатологія як науковий напрямок в акушерстві

Перинатологія (*ст. гр. peri – навколо + лат. natus – народження + ст. гр. logos – наука*) – розділ медицини, який вивчає розвиток людини з 22 тижнів вагітності до 7 днів після народження.

Перинатальний період включає в себе розвиток плода з 22 тижня вагітності (антенатальний період), процес пологів (інтранатальний період) і розвиток дитини в перші 168 годин після народження (ранній неонатальний період). Це один із найважливіших періодів життя людини, який визначає стан її здоров'я протягом подальшого життя.

Вивчення особливостей нормального та патологічного перебігу вагітності, фізіології і патології пологів, одержання нових даних стосовно адаптації плода та новонародженого привели до становлення нового напрямку медичної науки – перинатальної медицини. Ця медична наука об'єднує дві спеціальності – акушерство та неонатологію – з метою зменшення перинатальної захворюваності і смертності.

Завданням перинатальної допомоги є поліпшення стану здоров'я жінок і дітей не тільки сьогодні, але й у майбутньому, зокрема, шляхом безпечності пологів, покращення здоров'я новонароджених дітей, попередження материнської і малюкової

смертності (смертності дітей 1-го року життя) та зміцнення здоров'я дитячого населення.

Перинатальний ризик – це ймовірність серйозних ускладнень із боку вагітної та/або плода і новонародженого як у період гестації, так і під час пологів, у післяпологовому періоді та періоді ранньої неонатальної адаптації, які потенційно обумовлюють несприятливий результат вагітності.

Перинатальний ризик поділяють на три основні види: материнський, фетальний та поєднаний.

Під *материнським перинатальним ризиком* розуміють імовірність критичного стану жінки, виникнення інвалідизації, материнської смерті внаслідок тяжкого захворювання або його ускладнень (наприклад: ішемічна хвороба серця, аортальний стеноз, гемофіліїні стани тощо).

Під *фетальним перинатальним ризиком* розуміють імовірність порушення розвитку плода, виникнення вроджених і спадкових дефектів здоров'я внаслідок різноманітних причин (наприклад: гострий токсоплазмоз, первинна гостра герпетична інфекція, ізоімунний конфлікт тощо).

Під *поєднаним перинатальним ризиком* розуміють імовірність одночасного виникнення серйозних ускладнень із боку матері і плода внаслідок певних захворювань матері (наприклад: цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ціанотична вада серця, гломерулонефрит тощо).

Оцінка ризику з визначенням його переважаючого виду дає змогу розробити індивідуальний план ведення вагітної із створенням для неї мультидисциплінарної команди лікарів відповідно до профілю патології та визначення місця, строків і способу розродження.

4.2. Анатомо-фізіологічні особливості періоду новонародженості

Період новонародженості починається від моменту перерізання пуповини (відділення плода від організму матері) до 28 дня життя (4 тижні).

У цей час починається пристосування організму до навколишнього середовища. Вже з моменту народження починається легеневе дихання, позаутробний кровообіг, функціонують органи травлення, відбувається власна теплорегуляція, змінюються морфологічні та фізико-хімічні властивості крові. Новонароджений пристосовується до зовнішнього світу, маючи незрілу нервову систему і недостатні імунобіологічні реакції. Тому цей період вважають критичним.

4.2.1. Анатомо-фізіологічні особливості доношених новонароджених

Доношена новонароджена дитина – це дитина, яка народилася між 37-м та 42-м тижнями вагітності з довжиною тіла понад 46 см (у середньому 50–52 см) і масою тіла понад 2500 г (в середньому 3200–3500 г). Окружність голови (34–36 см) дещо більша, ніж окружність грудної клітки (32–34 см).

Зріла доношена дитина голосно кричить, активно ссе, добре утримує тепло. Вона робить активні рухи, в неї виражений м'язовий тонус, є такі фізіологічні рефлекси, як рефлекс ссання і ковтання, долонно-ротовий і хватальний, повзання та автоматичного ходіння.

Шкіра у новонародженого гладенька, еластична і вкрита шаром сироподібної змазки. Тонким і ніжним є епідермальний шар. Сполучна тканина слаборозвинена, кількість м'язових волоконець незначна, зате шкіра дуже васкуляризована. У ній добре розвинені сальні залози і погано потові.

Підшкірна жирова клітковина відкладається протягом останніх двох місяців перед народженням і в доношених дітей добре розвинена.

М'язова система не досить розвинена, особливо на кінцівках. Спостерігається значна гіпертонія м'язів. Переважає тонус згиначів, що надає дитині характерної пози.

Нервова система у новонароджених як морфологічно, так і функціонально ще не зріла, проте під впливом зовнішніх умов вона постійно диференціюється і вдосконалюється. Головний мозок дитини порівняно з мозком дорослого відносно великий і важкий. Маса його становить 350–400 г. Кора великого мозку тонка, борозни неглибокі. Спинний мозок порівняно з іншими відділами центральної нервової системи має досконалішу будову і функціонально зріліший.

Органи чуття у новонароджених недосконалі. Проте смак вони розрізняють добре. Від солодкого дитина заспокоюється, облизує губи і робить ковтальні рухи, від гіркого, солоного і кислого стає неспокійною. Нюх розвинений слабо. Дотик дитина відчуває досить добре, реагуючи на легке механічне подразнення шкіри і слизових оболонок. Щодо зору, то вона сприймає тільки світло. Некоординовані рухи очей зумовлюють фізіологічну косоокість. Слух знижений, але на сильні звуки дитина реагує: вона здригається, м'язи обличчя скорочуються, змінюється частота і глибина дихання. Відчуття болю дещо ослаблене.

Органи дихання. Ніс у новонароджених малий, хрящі м'які, ходи звужені. Слизова оболонка ніжна, добре васкуляризована, а тому дуже вразлива і швидко набухає, що утруднює дихання носом. Горло, гортань, трахея і бронхи вузькі, з м'якими хрящами і слаборозвиненою еластичною тканиною. Грудна клітка діжкоподібна, ребра м'які, піддатливі, розміщені горизонтально. Легені мають густу капілярну сітку і мало еластичної тканини.

Органи дихання починають функціонувати з моменту народження. Поява першого вдиху зумовлена комплексом чинників, що збуджують центр дихання. Після народження у крові підвищується вміст вуглекислоти, а тиск кисню знижений, що приводить до метаболічного ацидозу. Це спричиняє збудження дихального центру. Услід за першим вдихом з'являються нерегулярні поодинокі дихальні рухи, які переходять у правильне, ритмічне дихання (40–60 дихань за 1 хв).

Серцево-судинна система. Після народження дитини і перев'язування пуповини функція серцево-судинної системи значно змінюється. Припиняється плацентарний кровообіг, починає працювати мале коло кровообігу. З легень кров надходить у ліве передсердя, унаслідок чого в ньому підвищується тиск, закриваються і заростають овальний отвір та артеріальна протока. Кровообіг у новонароджених здійснюється вдвічі швидше, а розміри серця відносно грудної клітки значно більші, ніж у дорослих. Пульс у перші дні після народження становить 140–160 уд./хв. До 4-го тижня життя він поступово сповільнюється, досягаючи 125–140 уд./хв. Для нього характерні лабільність і аритмія, особливо дихальна. Максимальний артеріальний тиск у новонароджених становить 70–74 мм рт. ст., мінімальний – 35–50 мм рт. ст.).

Кров і органи кровотворення. Основним гемопоетичним органом у новонародженого є червоний кістковий мозок усіх кісток. У здорових новонароджених підвищена кількість еритроцитів і гемоглобіну (180–210 г/л); в крові – велика кількість фетального гемоглобіну НвF (70%), який легко зв'язує кисень, але дуже важко віддає його тканинам. Має місце фізіологічний лейкоцитоз.

Система травлення. Ротова порожнина у новонароджених відносно невелика. Вона має ніжну і добре васкуляризовану слизову оболонку, захисна функція якої знижена. Слинні залози недорозвинені, кількість слини зменшена. На губах знаходяться тверді валики, що сприяють щільному захопленню соска.

Стравохід має довжину 10–11 см. У його слизовій оболонці є багато судин і мало слизових залоз. Об'єм шлунку в перші дні життя становить 30–34 мл, на 10-й день – 70–80 мл. М'язи кардіальної його частини розвинені слабше, ніж м'язи воротаря. Тому в новонароджених легко виникає відригування і блювання. Слизова оболонка кишок має підвищену проникність для мікроорганізмів і токсинів. Відразу після народження вміст кишок стерильний, проте вже через декілька годин до них потрапляє сапрофітна мікрофлора (біфідум-бактерії, непатогенна кишкова паличка тощо).

У шлунковому соку новонароджених міститься багато си-чужного ферменту. У перші 2–3 дні після народження під час випорожнень відходить меконій, пізніше – перехідний кал, який згодом стає золотисто-жовтим. Частота випорожнень у новонароджених – до 3 разів на добу.

Печінка у новонароджених велика, повнокровна, її нижній край виступає з-під реберної дуги на 1–2 см. Через недостатнє продукування печінкою ферменту глюкуронілтрансферази, який бере участь у зв'язуванні вільного білірубіну, у новонароджених розвивається фізіологічна жовтяниця. Знижений синтез чинників згортання крові, що зумовлює схильність до геморагічного синдрому. Глікогенотворна функція печінки також недостатня.

Органи сечовиділення. Нирки порівняно з масою тіла у новонароджених більші, ніж у дорослих. Вони функціонують із перших днів життя, хоч мають ще ембріональну будову, зокрема недорозвинені мозкову речовину і ниркову кору. У перші 2–4 дні після народження спостерігається фізіологічна олігурія (мало сечі), зумовлена недостатнім надхоженням до організму дитини рідини. Через це сечовипускання частішають до 20–25 разів за добу, причому кожного разу виділяється 10–15 мл сечі.

4.2.2. Фізіологічні (перехідні) стани новонародженого

Зміни в організмі новонароджених дітей, що відображають процеси пристосування до нових умов життя, називають перехідними (транзиторними) фізіологічними станами. Вони бувають тільки у новонароджених і пізніше ніколи вже не повторюються. Ці стани називаються ще пограничними, оскільки межують із патологією і за несприятливих умов можуть перейти в те чи інше захворювання.

Початкове зниження маси тіла пов'язане із переважанням катаболічних процесів в організмі, втратою рідини (переважно шляхом перспірації через легені та шкіру). Спостерігається у всіх новонароджених у перші 3–4 дні життя і становить 4–6%

маси тіла у доношених та 10–12% – у недоношених. Відновлення маси тіла найчастіше відбувається на 6–8 день життя.

Транзиторна жовтяниця обумовлена: посиленням розпадом еритроцитів (скорочена тривалість життя еритроцитів); збільшенням утворення білірубину з нееритроцитарних джерел гемугу (міоглобін, печінковий цитохром); недосконалістю функції печінки (недостатня продукція глюкуронілтрансферази, глюкуронової кислоти); підвищенням надходження непрямого білірубину з кишечника в кров. Спостерігається у 60–80% новонароджених. Виникає на 2–3 добу після народження при рівні непрямого (вільного) білірубину 51–60 мкмоль/л; триває в середньому 8–12 днів. Жовтяниця спочатку з'являється на шкірі обличчя, згодом – на тулубі, кінцівках, кон'юнктивах і слизових оболонках. Стан дитини не порушується, вона активна, добре ссе груди. Лікування не потребує.

Транзиторний кровообіг. Можливе шунтування крові справа наліво і навпаки, обумовлене станом легенів і особливостями гемодинаміки у великому колі кровообігу. Анатомічне закриття артеріальної (боталової) протоки відмічається у 35% доношених новонароджених до 2 тижня й у 80% – до 8 тижня. Овальне вікно фактично закривається майже відразу після народження, але анатомічно облітерується лише через декілька місяців і навіть років.

Фізіологічна еритема – реактивна гіперемія шкіри. Виникає у доношених новонароджених наприкінці 1-го тижня життя; у недоношених і дітей, матері яких страждають на цукровий діабет, – більш виражена і тримається 2–3 тижні.

Токсична еритема спостерігається на 2–5 день життя у 20–30% новонароджених і проявляється у вигляді окремих або множинних щільних еритематозних плям, папул або везикул, розміщених на тулубі, кінцівках, обличчі. Загальний стан дітей не порушений. Токсична еритема вважається анафілактоїдною реакцією, тому що при ній спостерігаються патофізіологічна і патохімічна стадії алергічної реакції, але немає імунологічної стадії. Через декілька днів еритема зникає самостійно.

Статевий (гормональний) криз обумовлений реакцією організму новонародженого на припинення надходження естрогенів матері. Зустрічається у 60–75% новонароджених. Проявляється нагруданням грудних залоз, десквамативним вульвовагінітом, метрорагіями у дівчаток. У недоношених та незрілих новонароджених прояви гормонального кризу спостерігаються рідше.

Фізіологічна диспепсія – розлад випорожнень до 4–6 і більше разів на добу. Причини: первинне заселення кишечника бактеріями, а також подразнення кишечника білками і жирами, які раніше не потрапляли до нього.

Транзиторна гіпотермія – зниження температури тіла дитини, обумовлене зміною температури навколишнього середовища (на 13–15°C менше, ніж внутрішньоутробно), що в перші 30 хв після народження призводить до зниження температури шкірних покривів на 0,3°C за 1 хв, досягаючи мінімальних величин через 30–60 хв. Це вимагає негайних превентивних заходів: викладання новонародженої дитини на живіт матері та забезпечення всіх ланок теплового ланцюжка.

Транзиторна гіпертермія виникає, як правило, на 3–5-й день життя, частота її становить 0,3–0,5%. Температура тіла може підвищуватися до 38,5–39,5°C. Призводять до розвитку транзиторної гіпертермії перегрівання, розташування ліжечка дитини поруч із батареєю опалення або під прямими сонячними променями. Терапевтична тактика: фізичне охолодження (роздягання), уведення додаткової кількості рідини перорально, контроль температури повітря у приміщенні.

4.2.3. Анатомо-фізіологічні особливості недоношених новонароджених

До недоношених новонароджених належать діти, які народилися з 22 до 37 тижня вагітності, мають масу меншу 2500 г та зріст менше 47 см.

Передчасно народжені діти мають високу захворюваність та смертність (65–80% померлих на першому році життя). У них часто спостерігається фізична, психічна й емоційна неповноцінність.

Відповідно до гестаційного віку недоношеність визначають за ступенями: I ступінь – 35–37 тижнів вагітності, II ступінь – 32–34 тижні, III ступінь – 29–31 тиждень, IV ступінь – 22–28 тижнів вагітності.

За масою тіла також умовно виділяють 4 ступені недоношеності: I ступінь – 2500–2001 г; II ступінь – 2000–1501 г; III ступінь – 1500–1001 г, IV ступінь – менше 1000 г.

У недоношених новонароджених:

- відносно велика голівка з переважанням мозкового черепа, широкі черепні шви і джерельця, податливі кістки черепа;
- хрящі носа і вушних раковин м'які;
- підшкірна клітковина розвинута слабо;
- шкіра вкрита пушковим волоссям, зморшкувата;
- пупкове кільце розташоване низько;
- нігті не покривають нігтьові фаланги;
- у хлопчиків яєчка не спущені в мошонку, у дівчаток великі статеві губи не покривають малі.

Система органів дихання у недоношених дітей незріла. Дихальні розлади зумовлені недостатністю сурфактанта. Для профілактики розладів дихальної системи вагітній із загрозою передчасних пологів призначають глюкокортикоїди, а новонародженій недоношеній дитині профілактично вводять сурфактант.

Серцево-судинні проблеми проявляються синдромом персистоючого фетального кровообігу, системною гіпотензією, легеневою гіпертензією. Закриття артеріальної протоки відбувається протягом перших 12 год життя. Незважаючи на це, пульс дуже лабільний, слабкого наповнення, частота – 120–160 уд./хв.

Травна система характеризується незрілістю всіх відділів. Шлунок розміщений вертикально, має малий об'єм. Слизова

оболонка тонка, легко вразлива. М'язова і еластична тканини недостатньо розвинуті. Протеолітична активність шлункового соку низька, вироблення панкреатичних і кишкових ферментів недостатнє, що утруднює процеси перетравлювання та всмоктування.

Сечовидільна система характеризується незрілістю проксимальних і дистальних каналців нирок, що проявляється нестійкістю гомеостазу, лабільністю водно-сольового обміну. Такі діти схильні як до появи набряків, так і до швидкого зневоднення. Сеча слабоконцентрована, сечовипускання частіше, ніж у доношених новонароджених.

4.3. Догляд і годування новонароджених

Догляд за здоровою новонародженою дитиною здійснюється відповідно до "Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною" (Наказ МОЗ України № 152 від 4.04.2005 р.).

Послідовність дій під час здійснення медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною в пологовій залі

Відразу після народження акушерка викладає дитину на живіт матері, проводить обсушування голови і тіла дитини попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою. Одночасно лікар-неонатолог, а за його відсутності – акушер-гінеколог, проводить первинну оцінку стану новонародженого.

Питання при первинній оцінці стану новонародженого в пологовій залі:

- чи немає вроджених вад розвитку та інших патологічних станів, які б вимагали невідкладного обстеження та втручання;
- чи відбулася рання фізіологічна адаптація новонародженого.

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв після народження дитини, акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину, за умови задовільного стану дитини.

У пологовій залі акушер-гінеколог разом із неонатологом на 1 та 5 хв життя проводять оцінку стану дитини за шкалою Апгар. Клінічна оцінка стану новонародженого визначається за п'ятьма ознаками (табл. 4.1), кожна з яких оцінюється в 0, 1, 2 бали. У здорових дітей сумарна оцінка зазвичай становить 8–10 балів, при легкому пригніченні – 6–7 балів, при середньому стані – 5–6 балів, при тяжкому стані 1–3 бали. Загальна оцінка 0 балів означає клінічну смерть.

Таблиця 4.1

Клінічна оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар

№ з/п	Ознака	Оцінка, бали		
		0	1	2
1.	Серцебиття	відсутнє	менше 100 уд./хв	більше 100 уд./хв
2.	Дихання	відсутнє	поверхнєве	голосний крик
3.	Колір шкіри	блідий	синюшний	рожевий
4.	М'язовий тонус	немає	знижений	активні рухи
5.	Рефлекси	відсутні	недостатні	виражені

За появи пошукового і смоктального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері) дитину прикладають до грудей матері. Через 30 хв після народження електронним термометром вимірюють новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці.

Після проведення контакту матері й дитини "очі – в очі" (але не пізніше першої години життя дитини) новонародженому проводиться профілактика офтальмії із застосуванням 0,5% еритроміцинової або 1% тетрациклінової мазі одноразово.

Контакт "шкіра – до шкіри" проводиться не менше 2 год у пологовій залі за умови задовільного стану матері та дитини. Після завершення контакту "шкіра – до шкіри" дитину перекладають на зігрітій сповивальній стіл, здійснюють обробку

та клемування пуповини. Проводять зважування дитини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітки. Дитині одягають чисті повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дитина разом із матір'ю накривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

Заходи для забезпечення підтримки теплового ланцюжка впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати $36,5\text{--}37,5^{\circ}\text{C}$ при вимірюванні в аксилярній ділянці. Недотримання теплового ланцюжка підвищує ризик розвитку в новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

Десять кроків теплового ланцюжка

1) Тепла пологова кімната (операційна).

Приміщення повинне бути чистим та теплим, без протягів. Оптимальною для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища $+25\text{--}28^{\circ}\text{C}$. Усе необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2) Негайне обсушування дитини.

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними сухими попередньо підігрітими пелюшками. Виклавши дитину на живіт матері, закінчити обсушування, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

3) Контакт "шкіра – до шкіри".

Запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування (не менше 2 год).

4) Грудне вигодовування.

Грудне вигодовування треба починати якомога раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакті "шкіра – до шкіри".

5) Відкласти зважування та купання дитини.

Купання та зважування новонародженого відразу після народження призводить до втрати тепла, тому ці процедури треба відкласти. Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються. Перше купання доцільно здійснювати вдома. Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту "шкіра – до шкіри" перед переведенням у палату спільного перебування.

6) Правильно одягнути та загорнути дитину.

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

7) Цілодобове спільне перебування матері та дитини.

За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом із матір'ю в одному приміщенні. Це забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та внутрішньолікарняної інфекції.

8) Транспортування в теплих умовах.

Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення чи палату, необхідно забезпечити підтримку температури тіла для

запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом із матір'ю. При народженні дитини шляхом кесаревого розтину новонароджений транспортується в кувезі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9) Реанімація в теплих умовах.

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

10) Підвищення рівня підготовки та знань.

Усі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка. Члени сім'ї інформуються медичними працівниками стосовно важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Раннє грудне вигодовування

Грудне вигодовування – це природний метод годування, незамінний для повноцінного розвитку і росту дитини. Воно забезпечує тісну психоемоційну комунікацію матері й дитини, сприяє гармонійному розвитку дитини, підтримці фізичного та психологічного здоров'я матері, запобігає небажаній вагітності й, окрім усього, економічно вигідне. Грудне молоко містить усі необхідні дитині поживні речовини у відповідних пропорціях, легко засвоюється й ефективно використовується організмом дитини, забезпечує фізіологічний розвиток, захищає від інфекцій та алергії, сприяє фізіологічному становленню імунітету новонароджених та дітей перших років життя, формуванню умов для фізіологічної мікробної колонізації.

Годувати дитину потрібно на вимогу, щонайменше 8 разів на добу. Для успішного грудного вигодовування в пологовому будинку та лікарні необхідно забезпечити цілодобове спільне перебування матері й дитини.

Як допомогти матері правильно прикласти дитину до грудей?

Ознаки правильного прикладання дитини до грудей:

- підборіддя дитини торкається до груді;
- рот дитини широко відкритий;
- нижня губа дитини вивернута назовні;
- дитина більше захоплює нижню частину ареоли.

Мати повинна сісти чи лягти у зручному положенні й розслабитись. Голова дитини повинна знаходитись на одній лінії з тілом, а живіт – навпроти живота матері. Якщо необхідно, можна підтримати дитину ззаду за плечі, але не за потилицю. Матері слід підняти грудь рукою і дати дитині всю молочну залозу, а не тільки сосок. Зачекайте поки дитина широко розкриє рот і захоче смоктати, підборіддя дитини повинне прилягати до грудей. У такому положенні сосок буде знаходитись трохи вище центру дитячого рота і зможе стимулювати піднебіння.

Інші положення годування дитини:

- мати може годувати стоячи (за неможливості сидіти чи лежати);
- мати може годувати лежачи на спині (дитина зверху) – це положення зручне при лактостазі, а також при надмірній кількості молока у матері;
- якщо дитині важко прилаштуватися до груді, то інколи може допомогти таке положення: мати лягає на живіт, спираючись на лікті, дитина під нею.

Протипоказання до грудного вигодовування:

- дитина народжена ВІЛ-інфікованою жінкою (хоча за дотримання певних правил годування грудьми у такому випадку можливе);
- мати отримує хіміотерапію у зв'язку зі злоякісними новоутвореннями;
- виявлення у дитини галактоземії вимагає припинення грудного вигодовування; при фенілкетонурії можливе часткове грудне вигодовування.



Мал. 4.1. Дитина правильно прикладена до груді матері.



Мал. 4.2. Дитина неправильно прикладена до груді матері.

Мати з післяпологовим психозом або гострими психічними захворюваннями може годувати дитину грудним молоком під наглядом.

При некомпенсованих соматичних захворюваннях серця, печінки, нирок або тяжкому стані матері, можливість грудного вигодовування вирішується консилиумом спеціалістів.

При відкритій формі туберкульозу в матері дитині не можна перебувати з нею поряд, але, якщо на грудях матері немає туберкульозних уражень чи маститу, дитина може отримувати зціджене молоко.

Принципи підтримки грудного вигодовування для медичних закладів, рекомендовані ВООЗ та прийняті в Україні

1. Наявність плану дій щодо підтримки грудного вигодовування і регулярне доведення його положень до відома всіх медичних працівників закладу, вагітних, матерів та членів їхніх родин.

2. Систематичне навчання медичного персоналу щодо впровадження політики підтримки грудного вигодовування.

3. Упровадження в практику сучасних методів підготовки сім'ї до народження дитини. Інформування вагітних, матерів і членів їхніх родин щодо переваг та методів грудного вигодовування, навчання необхідним навичкам.

4. Допомога матерям успішно якнайшвидше розпочати грудне вигодовування.

5. Навчання вагітних, матерів та членів їхніх родин техніці годування грудьми, способам збереження лактації в складних умовах, у тому числі за умов тимчасового перебування окремо від своєї дитини.

6. Підтримка виключно грудного вигодовування дитини до 6 місяців й упродовж двох років і більше зі своєчасним уведенням пригодовування.

7. Забезпечення цілодобового сумісного перебування матері й дитини та участі матері (членів родини) у догляді за дитиною.

8. Заохочення матерів до грудного вигодовування за вимогою дитини.

9. Відмова від використання у дітей, яких вигодовують грудьми, сосок, пустышок чи інших предметів, які імітують материнські груди.

10. Створення груп підтримки грудного вигодовування і залучення до них матерів.

11. Дотримання Міжнародного зводу правил збуту заміників грудного молока.

12. Практика сімейних пологів (підготовка партнерів і допомога жінці під час пологів). Вільне відвідування жінки (породіллі) і дитини у відділенні спільного перебування.

4.4. Організація роботи відділення новонароджених

Нині відповідно до "Протоколу догляду за здоровою доношеною дитиною" (Наказ МОЗ України № 152 від 4.04.2005 р.) у роботі пологових відділень упроваджена нова організаційна форма роботи неонатального відділення – спільне перебування матері та новонародженого в палаті післяпологового відділення протягом 24 год на добу зі моменту народження до моменту виписки зі стаціонару.

Спільне перебування включає такі етапи:

- 1) контакт "шкіра – до шкіри" в пологовій залі;
- 2) спільне транспортування дитини із матір'ю в палату;
- 3) виключно грудне вигодовування на вимогу дитини;
- 4) догляд матері за дитиною із залученням членів родини;
- 5) обґрунтована мінімізація втручань із боку медичного персоналу;

6) усі призначення та маніпуляції (у т. ч. вакцинація) виконуються в палаті спільного перебування в присутності матері за її поінформованої згоди.

Палата спільного перебування оснащується сповивальним столиком, тумбочкою для розміщення лотка з медикаментами, матеріалами для догляду за шкірою і слизовими оболонками немовляти та для зберігання білизни, термометром для вимірювання температури в кімнаті, медичними вагами.

Щоденний огляд новонароджених проводиться неонатологами та медичними сестрами. Температура тіла дитини вимірюється 2 рази на добу. В нормі вона становить 36,5–37,5°C. Догляд за шкірою і підмивання новонародженого під теплою проточною водою проводить протягом першої доби медична сестра і навчає матір, яка в подальшому робить це самостійно. Пуповинний залишок не треба закривати пов'язками або підгузками. При забрудненні пуповинного залишку (залишки сечі, випорожнень тощо) необхідно відразу промити його теплою кип'яченою водою з милом та ретельно просушити чистою серветкою. Вакцинація проти туберкульозу та гепатиту В проводиться на 3–5 добу життя дитини.

Абсолютні протипоказання до спільного перебування матері та дитини:

- відкрита форма туберкульозу;
- гострі психічні захворювання матері.

За необхідності ретельного моніторингу стану немовляти або неможливості перебування в одній палаті з матір'ю через

стан її здоров'я діти знаходяться у відділенні новонароджених. Сюди розміщують:

- новонароджених із порушеннями ранньої постнатальної адаптації;
- новонароджених гестаційного віку менше 34 тижнів і масою тіла менше 2000 г;
- переведених із відділення спільного перебування матері й дитини через погіршення стану та захворювання дитини;
- новонароджених, що переведені з відділення інтенсивної терапії.

Недоношені малюки розміщуються в кювезах, температура в яких відповідає температурі тіла дитини, вологість – до 80%, централізовано подається зволожений кисень.

Новонароджена дитина може бути виписана з пологового стаціонару на третю добу життя, якщо:

- пуповинний залишок або ранка сухі та чисті, без ознак запалення;
- дитина підтримує температуру свого тіла в межах 36,5–37,5°C;
- дитина має хороший смоктальний рефлекс;
- проведена вакцинація проти туберкульозу та гепатиту В, обстеження на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз;
- дитина має задовільний стан;
- мати або члени сім'ї мають достатні навички з догляду за дитиною;
- мати проінформована про попередження синдрому раптової смерті;
- мати проінформована про загрозливі стани дитини, при яких негайно треба звертатися по медичну допомогу;
- виписка з карти новонародженого (Ф097/о) заповнена правильно, містить необхідний обсяг інформації та рекомендації для забезпечення спадкоємності при здійсненні медичного догляду за здоровим новонародженим.

4.5. Патологія періоду новонародженості

4.5.1. Пологові травми новонароджених

Пологові травми – це пошкодження плода, які виникають при проходженні його через пологові шляхи. Їх частота становить від 2,1 до 7,6%. Провідними факторами пологових травм плода є механічні пошкодження при проходженні через пологові шляхи (невідповідність розмірів голівки плода розмірам таза матері: анатомічно чи клінічно вузький таз, розгинальні передлежання), стрімкі чи затяжні пологи, неадекватна стимуляція пологової діяльності та акушерські втручання при народженні (вакуум-екстракція, акушерські лещата, екстракція плода за тазовий кінець, акушерські повороти).

Під час пологів можуть бути ушкодженими шкіра, підшкірна клітковина, кісткова система, нервова система, внутрішні органи.

Травма м'яких тканин виникає в місцях притиснення голівки до тканин кісткового таза, накладання вакуум-екстрактора, лещат, витягання плода за ніжку чи паховий згин. Клінічно проявляється у вигляді петехій, гематом, порушенням цілісності шкірних покривів різних ділянок тіла новонародженого. Лікування місцеве із застосуванням антисептиків, мазьових пов'язок.

Кефалогематома (субперіостальний крововилив) – це крововилив під надкістницю, обмежений черепними швами. Зустрічається у 1–2% новонароджених, майже у 2 рази частіше у хлопчиків. Клінічно визначається пружна гематома, що має чіткі контури, може дещо збільшуватись у перші дні та розташована у межах однієї кістки, на відміну від пологової пухлини, яка розповсюджується за межі однієї кістки. Як правило, кефалогематоми односторонні, хоча інколи можуть бути з двох сторін. Неврологічна симптоматика не виражена. Невеликі крововиливи розсмоктуються самостійно і лікування не потребують. При великих гематомах місцево застосовують холод, вводять вітамін К. На 10–14 добу хірурги проводять пункцію, відсмоктують вміст та накладають тугу пов'язку.

Перелом ключиці – виявляється відразу після народження за наявністю крепітації в ділянці перелому та обмеженні активних рухів кінцівки. Частота становить 1–2%. Виникає при народженні великого плода (дистоція плечиків), стрімких пологах, неправильному наданню акушерської допомоги при виведенні плечиків. Лікування – під плече підкладають валик, руку відводять від грудної клітки, згинають у ліктьовому суглобі, накладають фіксуючу пов'язку на плечовий пояс і руку немовляти. До кінця другого тижня перелом зростається і відновлюються активні рухи.

Перелом плечової кістки – виникає в разі утрудненого виведення ручки при тазових передлежаннях. Клінічно проявляється крепітацією, припухлістю, гематомою в місці ураження, обмеженням і болючістю рухів. Лікування – фіксація руки вздовж тулуба. Зростається через 2–3 тижні.

Переломи стегна та гомілки зустрічаються рідко, можливі при екстракції плода за ніжку чи паховий згин. Клініка – укорочення кінцівки в ділянці перелому внаслідок ретракції м'язів, припухлість, болючість, обмеження активних рухів. Підтверджується рентгенологічно. Лікування – фіксація кінцівки, при зміщенні уламків – витягування. Зростається через 3–4 тижні.

Травматичні ушкодження нервової системи – це механічне пошкодження оболонок, судин, паренхіми головного чи спинного мозку і периферійних нервів у процесі пологів.

До внутрішньочерепної мозкової травми відносять епідуральні, субдуральні, первинні субарахноїдальні, внутрішньошлуночкові та паренхіматозні крововиливи.

Епідуральний крововилив (гематома) – це крововилив із венозних судин, розташованих між надкісницею і внутрішньою поверхнею кісток черепа. **Субдуральний крововилив (гематома)** – це крововилив між твердою і м'якою мозковими оболонками. Виникає частіше у доношених дітей із масою тіла більше 4000 г та у переношених новонароджених.

Клінічно такі крововиливи проявляються не відразу після народження. Тому говорять про "світлий проміжок", який три-

ває від кількох годин до кількох діб і навіть тижнів після народження. Зазвичай, через декілька годин з'являються перші (ранні) симптоми крововиливу: збудження, тремор кінцівок, тахіпное, тахікардія, зригування або блювання, випинання великого тім'ячка, порушення свідомості. До вогнищевих неврологічних порушень, що з'являються у перші 72 год життя, належать: геміпарез (із боку, протилежного гематомі), відхилення очей у бік, протилежний геміпарезу, розширення зіниці з боку ушкодження, вогнищеві судоми.

Крововилив у мозок виникає рідко. Клінічна картина залежить від локалізації та об'єму крововиливу. Основні ознаки: наростаюче пригнічення з поступовою втратою церебральної активності й переходом у кому, нерідко з вогнищевою симптоматикою (геміпарез, судоми) та внутрішньочерепною гіпертензією (напруження тім'ячок, розходження потиличного шва, збудження, судоми). При масивних крововиливах з'являються дихальні, серцево-судинні, окорухові і бульбарні розлади. На МРТ чи КТ виявляються різні за розмірами гематомы, зміщення міжпівкульної щілини.

Лікування крововиливів: жорстке дотримання лікувально-охоронного режиму, не допускати перегрівання і переохолодження дитини, раптової зміни положення тіла. Усі маніпуляції виконуються під знеболюванням, зондове годування продовжується до 5-ти діб. Для запобігання респіраторних зусиль проводиться ШВЛ. Профілактика кровоточивості вітаміном К, дициноном. При підвищенні внутрішньочерепного тиску призначають дегідратаційні препарати. При субдуральних гематомах проводять субдуральну пункцію, а при внутрішньошлуночкових крововиливах показана люмбальна пункція з виведенням максимально 10 мл/кг лікворної рідини.

Ураження верхнього пучка плечового сплетіння (параліч Ерба–Дюшена) на рівні сегментів С5–С6 характеризується переважно проксимальним парезом. Частота – 0,6–2,6 випадка на 1000 новонароджених. Провідним механізмом є розтягнення плечового сплетіння та корінців унаслідок надмірних бічних тракцій. Клініка проявляється в'ялим парезом проксимально-

го відділу руки: рука притиснута до тулуба, розігнута у всіх суглобах, кисть у положенні долонного згинання, голова нахилена до ураженого плеча, рухи обмежені, больова і тактильна чутливість знижені. Початкове лікування – консервативне. Застосовують фізіотерапію і вправи з пасивними рухами, починаючи із 7–10 дня захворювання, після згасання посттравматичного невриту. Якщо корінці не ушкоджені і не відірвані, прогноз сприятливий.

Травматичні ушкодження внутрішніх органів зустрічаються досить рідко і виникають частіше під час стрімких або зтяжених пологів, ускладнених дистресом плода. Найчастіше уражується печінка. Цьому сприяють анатомо-фізіологічні особливості її будови при внутрішньоутробному розвитку (нижній її край значно виступає з-під нижнього ребра), а також збільшення розмірів печінки при гемолітичній хворобі новонародженого. Утворення гематоми призводить до розтягнення, а в подальшому і до розриву капсули печінки з розвитком внутрішньочеревної кровотечі. Спостерігається блідість шкіри, напруження і болючість живота, зниження рівня еритроцитів і гемоглобіну. Проводять ультразвукове дослідження, пункцію черевної порожнини. Лікування оперативне, полягає у дрениванні, гемостазі чи гемігепатектомії.

4.5.2. Захворювання новонароджених

Попрілості – запальне ураження складок шкіри, що розвивається в результаті тривалого зволожуючого впливу продуктів шкірної секреції (шкірного сала, поту), а також тертя дотичних поверхностей і шкіри. Найбільш поширені місця виникнення поприлостей – міжпальцеві складки на руках і ногах, пахово-стегнові й міжсідничні складки, складки живота і шиї.

Виділяють 3 ступені поприлостей у дітей:

I – легкий: незначне помірне почервоніння шкіри без порушення її цілісності;

II – середній: яскраве почервоніння з видимими ерозіями;

III – тяжкий: вологе почервоніння шкіри з численними ерозіями, можливе утворення ранок та інфікування.

Лікування. Без лікування попрілості можуть поширитися на значну ділянку шкіри з приєднанням бактеріальної чи грибової інфекції. Легкі форми спеціального лікування не потребують. Достатньо регулярно змінювати пелюшки чи підгузки, підмивати дитину після кожної їх зміни, обробляти шкіру захисним кремом, робити повітряні ванни по 15–20 хв.

При середніх і тяжких формах проводять ультрафіолетове опромінення уражених ділянок шкіри, змазують їх таніновою чи метилурациловою мазями. Гнійнички обробляють водними розчинами метиленового синього чи діамантового зеленого. Купати немовлят потрібно у слабо-рожевому розчині перманганату калію, відварі кори дуба. Після затягнення вологої поверхні рани застосовують цинкову пасту, 5% синтоміцинову емульсію. Якщо попрілості виникають на фоні ексудативно-катарального діатезу, можливе призначення десенсибілізуючих препаратів.

Пітниця виникає в результаті постійного виділення поту внаслідок перегрівання організму. Чинниками морфологічних змін при пітниці є розширення і закупорка вивідних проток потових залоз із подальшим утворенням дрібних ретенційних кіст. Клінічно характеризується появою на шиї, спині, кінцівках великої кількості міліарних пухирців, наповнених прозорою рідиною. Висипання супроводжуються печінням і сверблячкою.

Лікування полягає в ретельному догляді за шкірою, призначають ванни з перманганатом калію (1:10000) з подальшим застосуванням присипок з окисом цинку та тальком. Із загальної терапії призначають десенсибілізуючі, антигістамінні засоби, вітаміни. Профілактика полягає в гігієні шкіри, усуненні чинників, що сприяють посиленому потовиділенню.

Везикулопустульоз (піодермія) – це поверхнева стафілодермія новонароджених, що характеризується появою на шкірі дитини поодиноких або численних пухирців із прозорим чи

гнійним вмістом. Зазвичай елементи висипу з'являються на 1–3 добу після народження на волосистій частині голови, складках тулуба і кінцівок. При неускладнених формах через 2–3 доби на місці пухирів утворюються дрібні ерозії, що покриваються шкірочками. Після їх зникнення шкіра набуває звичайного вигляду. При значному поширенні та злитті висипів можлива інтоксикація з розвитком абсцесів, флегмон, септицемії.

Лікування: осередки інфекції підлягають обробці 1% розчином діамантового зеленого, 2% перманганату калію, 0,1% риванолу (лактату етакридину), фурациліну (1:5000). Елементи висипу обробляють еритроміциновою чи лінкоміциновою мазями. Антибактеріальна терапія проводиться при значному поширенні процесу. Прогноз сприятливий.

Пухирчатка (немфігус) – це гостре захворювання, що характеризується утворенням і швидким поширенням в'ялих пухирів. Збудниками є золотистий стафілокок, рідше – стрептокок, інші збудники. Захворювання висококонтагіозне, тому являє собою небезпеку для пологових стаціонарів. Клінічно виділяють дві форми захворювання: доброякісну і злякисну.

При *доброякісній формі* на 3–6 добу життя на ділянках незміненої або еритематозної шкіри утворюються пухирці діаметром 0,5–1 см з тонкою шкірочкою та прозорим умістом. Потім пухирці мутнішають, лопаються, залишаючи яскраво-рожеву ерозовану поверхню. Утворення шкірочок нехарактерне. Після заживання залишаються пігментовані плями. Найчастіше локалізуються біля пупкової ранки на передній стінці живота, кінцівках, крім долонь та підшов, на відміну від сифілітичної пухирчатки. Загальний стан дитини середнього ступеня тяжкості, можлива субфебрильна температура, уповільнене збільшення маси тіла. Захворювання триває 2–3 тижні.

Злякисна форма більш характерна для ослаблених чи недоношених дітей. Висипи з'являються поштовхоподібно. Діаметр пухирців збільшується до 2–3 см. Загальний стан тяжкий, супроводжується високою температурою, інтоксикацією.

Лікування. Усіх хворих новонароджених ізолюють від інших дітей. Місцево пухирці проколюють та видаляють ексудат. Елементи висипу обробляють 1–2% розчином діамантового зеленого, фукурцином, перманганатом калію (1:5000). Ефективним методом місцевої терапії є УФО. Обов'язково призначають антибактеріальну та інфузійну терапію, за необхідності – введення свіжозамороженої плазми, альбуміну, вітамінів. Грудне вигодовування не обмежують. Прогноз при доброякісних формах сприятливий, при злоякісних можливий розвиток септичних станів із летальним кінцем.

Кон'юнктивіт – це запалення слизової оболонки ока. Захворювання виявляють у 1–2% немовлят. Нині причиною розвитку захворювання є бактеріальна або хламідійна інфекція. Клінічно проявляється почервонінням, набряком слизової оболонки одного або обох очей, гнійними виділеннями.

Лікування: закапування очей 20% розчином альбуциду, 0,25% розчином левоміцетину, закладання антибактеріальних мазей (0,5% еритроміцинової, 1% тетрациклінової, 0,3% флоксал).

Дакріоцистит – це запалення слізного мішка внаслідок порушення відтоку сліз через носослізний канал. Виникає у 6–9% новонароджених. Причиною є збереження зародкової плівки, яка закриває нижній відділ носослізного каналу. У більшості дітей вона розсмоктується або розривається під час першого крику і дихальних рухів. Якщо цього не відбувається, то може виникнути дакріоцистит. Перші ознаки захворювання з'являються в перші дні чи тижні життя і проявляються сльозостоянням, сльозоточивістю за відсутності плачу, слизово-гнійними виділеннями із внутрішнього кута ока. При надавлювання на ділянку слізного міхура виділяється гнійний вміст.

Лікування полягає у відновленні прохідності носо-слізного каналу. Проводять масаж ділянки слізного міхура у напрямку зверху вниз. При неефективності масажу протягом 5–7 днів проводять зондування і промивання слізних шляхів антисептичними краплями.

Омфаліт – це запалення пупкової ранки. Клінічно ураження проявляється відсутністю муміфікації залишку пуповини. Він набрякає, набуває брудно-сірувато-червоного кольору, з'являються серозні чи гнійні виділення. При простій катаральній формі ексудат серозний чи серозно-кров'яний. При флегмонозній формі запальний процес поширюється на тканини навколопупкової ділянки, з'являється їх почервоніння, інфільтрація, гнійні виділення. У немовлят підвищується температура, знижується апетит. В ослаблених новонароджених може розвиватися некротична форма омфаліту. При цьому процес розповсюджується на глибокі шари тканин, що може призвести до розвитку сепсису.

Лікування. При катаральній формі ранку обробляють 3% розчином перекису водню, потім припікають розчинами нітрату срібла, діамантового зеленого, калію перманганату чи 5% розчином йоду. При флегмонозній формі на уражену ділянку накладають пов'язки з антисептичними мазями. При некротичній формі показане хірургічне втручання. Усі форми потребують антибактеріальної терапії, а при тяжких ураженнях застосовують імуноглобуліни, десенсибілізуючу терапію та проводять дезінтоксикацію.

Гострий гематогенний остеомиєліт – це гнійне запалення елементів кістки. Виникає внаслідок бактеріємії. Потрапляння збудника в кровonosне русло можливе через слизові оболонки, пошкоджену шкіру, пупкову ранку. Збудником первинного процесу в 90% хворих дітей є золотистий стафілокок, вторинного – грамнегативна або кокова флора. Провокаційними факторами є стаз у венозних лакунах, некроз тканин у поєднанні зі зниженням імунітету.

За клінічними проявами розрізняють токсичну, токсико-септичну, септико-піємічну та місцеву форми остеомиєліту. Захворювання розпочинається гостро, температура тіла підвищується до 39–40°C. Виділяють місцеві й загальні ознаки захворювання. До місцевих відносять: болючість та обмеження

рухливості суглобів, псевдопарез ураженої кінцівки, зглаженість контурів суглоба, чітко виражений венозний малюнок кінцівки; згодом з'являється набряк, гіперемія, болючість при доторкуванні. Загальною ознакою токсичної форми є інфекційний токсикоз із переходом у сепсис або септичний шок. Септикопіємічна форма супроводжується швидким утворенням флегмони м'яких тканин, метастатичних вогнищ гнійної інфекції у легенях, печінці, нирках. Токсико-септична форма характеризується швидким прогресуванням хвороби з переходом у сепсис. Рентгенологічні ознаки з'являються на 7–10 добу хвороби: потовщення м'яких тканин і окістя, вогнища деструкції кістки. Ультразвукове дослідження дає змогу виявити субперіостальні абсцеси та рідину в порожнині суглоба.

Лікування направлене на ліквідацію інфекційного процесу. Призначаються антибіотики широкого спектра дії, дезінтоксикаційна терапія. Необхідна іммобілізація ураженої кінцівки. За наявності артриту проводять пункцію, флегмону розтинають.

Сепсис – це інфекційно-запальне захворювання з розвитком бактеріємії, вогнищ гнійного запалення та поліорганної недостатності. Сепсис є однією з причин смертності новонароджених, особливо недоношених, із затримкою внутрішньоутробного розвитку, а також тих, що потребують тривалої інтенсивної терапії чи парентерального годування. Його частота становить 0,1–0,2% серед доношених та 1–1,5% серед недоношених новонароджених.

Сепсис у немовлят поділяють на ранній і пізній. Ранній маніфестує в перші 3 доби життя (найчастіше в перші 12 год, рідше у перші 5 діб) і спричинений бактеріальними збудниками, що передаються від матері (трансплацентарно, висхідним чи контактним шляхами антенатально чи в пологах). Найпоширенішим збудником раннього сепсису є гемолітичний стрептокок, кишкова паличка, ентерококи. Пізній сепсис розвивається після 3–5 діб до 3-х місяців життя і спричинений нозокоміальним (госпітальним) інфікуванням.

Клінічно ранній сепсис може проявлятися кардіореспіраторною депресією під час народження, пригніченням м'язового тону, судомним синдромом. Виражені метаболічні порушення, гіпоксія можуть призводити до гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС із розвитком крововиливів. Погіршується загальний стан дитини, підвищується температура, з'являються симптоми загальної інтоксикації: блідість шкіри, слабкість, відсутність приросту маси тіла. При розвитку септикопемії виникають метастатичні вогнища: абсцеси, пневмонія, менінгіт та ін. Нестабільність гемодинаміки (тахікардія, артеріальна гіпертензія), порушення перфузії тканин є ознаками септичного шоку.

Скринінговими критеріями для діагностики сепсису новонароджених є показники загального аналізу крові та С-реактивний білок. Визначається лейкопенія ($<5 \times 10^9/\text{л}$) або лейкоцитоз ($>8 \times 10^9/\text{л}$), зсув лейкоцитарної формули вліво, тромбоцитопенія ($<100 \times 10^9/\text{л}$), анемія, ацидоз, рівень С-реактивного білка вищий, ніж 10 мг/л. Для уточнення діагнозу використовують інструментальні методи: оглядову рентгенографію, УЗД, ЕКГ та ін.

Лікування сепсису новонароджених включає етіотропну терапію (антибактеріальну, протигрибкову, противірусну) і патогенетичні підходи, спрямовані на забезпечення гемодинамічної стабільності й оксигенації тканин, підтримку нормальних параметрів гомеостазу, дезінтоксикацію, імунотерапію, за необхідності – хірургічне лікування вогнищ інфекції.

4.6. Асфіксія новонародженого.

Методи інтенсивної терапії та реанімації новонародженого

Асфіксія – це стан, спричинений затримкою надходження кисню в дихальні шляхи новонародженого, що призводить до прогресивної гіпоксемії та гіперкапнії з метаболічним ацидозом, який проявляється ацидозом, неврологічною маніфестацією (судоми, гіпотонія, кома, гіпоксично-ішемічна енцефалопатія) та поліорганною недостатністю в ранній неонатальний період.

У клінічній практиці терміном "асфіксія новонароджених" позначають клінічний синдром, який проявляється в перші хвилини життя в утрудненому диханні або його відсутності. Також у більшості дітей, що народилися в стані асфіксії, діагностують пригнічення безумовної нервово-рефлекторної діяльності та гостру серцево-судинну недостатність.

Етіологія і патогенез. Причина асфіксії – гостра або хронічна гіпоксія плода, що розвивається як антенатально, так і під час пологів. Обмежене надходження кисню через плаценту до плода можуть спричинити порушення діяльності дихальної, серцево-судинної та кровотворної системи матері, зниження матково-плацентарного кровотоку та ін. У відповідь на це в організмі плода відбуваються компенсаторні реакції: при зниженні вмісту кисню у крові підвищується ЧСС і збільшується об'єм серцевого викиду, що сприяє прискоренню кровообігу та підтримці на достатньому рівні обміну речовин у мозку й серці. Водночас послаблюється кровообіг через судини нирок, кишечнику, шкіри та м'язів (централізація кровообігу).

У подальшому активується анаеробний гліколіз у клітинах, у кров із тканин виділяється велика кількість недоокислених продуктів, у тому числі молочна кислота, знижується рН крові. Тканинний ацидоз призводить до порушення функціонального стану життєво важливих органів і систем плода.

Пренатальні фактори ризику розвитку асфіксії: пізній гестоз; цукровий діабет; резус-сенсibiliзація; інфекційні захворювання у матері; кровотеча в II або III триместрі вагітності; невиношування або переношування вагітності; багатоплідна вагітність; ЗВУР плода; вживання під час вагітності наркотиків, алкоголю та деяких ліків.

Інтранатальні фактори ризику: передлежання плаценти чи відшарування нормально розташованої плаценти; патологічне передлежання плода; випадіння петель пуповини під час пологів; плід, обвитий пуповиною; аномалії пологової діяльності; порушення серцевого ритму плода під час пологів; інфекційні захворювання.

Клінічна картина. Клінічно метаболічні порушення проявляються відсутністю або слабкістю скорочень дихальної мускулатури відразу після народження, зменшенням частоти і сили серцевих скорочень, ціанозом або блідістю шкіри, зниженням нервово-рефлекторної збудливості та м'язового тону. Тяжкість асфіксії можна визначати як на основі об'єктивної оцінки стану дихальної, серцево-судинної системи та ЦНС, так і на підставі аналізу лабораторних даних: кислотно-лужного стану крові та концентрації лактату.

Для клінічної оцінки тяжкості стану дитини після народження використовують шкалу Апгар (табл. 4.1).

Реанімаційних заходів у пологовій залі потребують приблизно 0,5–2% новонароджених. Ці заходи включають інтубацію трахеї та штучну вентиляцію легенів, закритий масаж серця та медикаментозну стимуляцію серцевої діяльності. Що менші гестаційний вік і маса тіла при народженні, то більшою є потреба у первинних реанімаційних заходах.

Вимоги до надання реанімаційної допомоги новонародженим, що діють в Україні, базуються на Наказі МОЗ України № 225 від 28.03.2014 р. "Уніфікований клінічний протокол "Початкова, реанімаційна і післяреанімаційна допомога новонародженим в Україні".

Послідовність реанімаційних заходів із допомоги новонародженому високого ризику в пологовій залі.

Показанням до відлучення дитини від матері й надання початкової допомоги є будь-яка з перелічених нижче ситуацій:

- термін вагітності менше 37 тижнів;
- відсутність самостійного дихання або наявність судорожних (термінальних) дихальних рухів (дихання типу гас-пінг) у новонародженого;
- відсутність або значне зниження м'язового тону у дитини відразу після народження.

Дитину розміщують під джерелом променевого тепла; положення – на спині з валиком під плечима, із злегка закинutoю

головою й опущеним на 15° головним кінцем; аспірують вміст ротової порожнини і носових ходів грушею або катетером; тривалість відсмоктування не повинна перевищувати 5 с.

Відсутність самостійного дихання (апноє), термінальні дихальні рухи або брадикардія (ЧСС < 100 уд./хв) є показанням до негайного початку реанімації – ШВЛ під позитивним тиском або наповнення легень у випадку глибоко недоношеної дитини. Необхідно розпочати моніторинг стану оксигенації за допомогою пульсоксиметрії, щоб контролювати використання додаткового кисню.

Рішення стосовно необхідності подальшої реанімації ґрунтується на одночасній оцінці 3-х ознак: 1) ЧСС; 2) наявності й адекватності самостійного дихання; 3) стану оксигенації за даними пульсоксиметрії.

4.7. Фармакотерапія в акушерстві

Сьогодні у світі спостерігається зниження рівня здоров'я у жінок репродуктивного віку. Це призводить до того, що більшість жінок під час вагітності приймає кілька лікарських препаратів. Прийом лікарських препаратів під час вагітності може викликати:

- ризик несприятливої дії на перебіг вагітності;
- ризик негативного впливу на ембріон/плід.

У першому випадку можливий несприятливий вплив медикаментів на тонус матки, в результаті чого можуть відбутися самовільний викидень, передчасні пологи (β -адреноблокатори, алкалоїди споришу, аналоги простагландинів, препарати кальцію) або, навпаки, розвинутися слабкість пологової діяльності (β_2 -адреноміметики, блокатори кальцієвих каналів, препарати магнію, спазмолітики, седативні засоби, нестероїдні протизапальні засоби). При призначенні препаратів цих груп лікар повинен урахувувати термін вагітності, можливі ускладнення і своєчасно оцінити доцільність лікування.

У другому випадку все набагато складніше. Якщо в більшості випадків побічна дія ліків має зворотний характер, швидко манає після відміни препарату або зменшенні дози, то несприятлива дія на плід може бути фатальною, і дитина, яка народилася з медикаментозно обумовленими порушеннями внутрішньоутробного розвитку, буде страждати все життя. Причому це можуть бути як вади розвитку, так і функціонально-метаболічні порушення, психічні й поведінкові відхилення.

Несприятлива дія ліків на плід може відбутися в будь-якому терміні вагітності. У внутрішньоутробному розвитку виділяють періоди *бластогенезу*, *ембріогенезу* і *фетогенезу*. Залежно від гестаційного періоду і наслідків для майбутньої дитини умовно її ділять на ембріотоксичну, тератогенну і фетотоксичну.

У період *бластогенезу* (від запліднення до 16–17 дня вагітності) малодиференційовані клітини відносно стійкі до несприятливої дії ліків, тому медичні препарати рідко порушують бластогенез. Якщо ж препарат високотоксичний, це призводить до загибелі зародка, а не до виникнення вад розвитку.

Ембріогенез триває з 16–17 дня від моменту запліднення до 12 тижнів вагітності. У цей період відбувається інтенсивний органогенез, чутливість до дії медикаментів дуже висока. Із 16-го до 56-го дня внутрішньоутробного розвитку найбільш вірогідна тератогенна дія ліків, тобто проявляється їхня здатність порушувати ембріональний розвиток, у результаті чого виникають вади розвитку. До 12 повних тижнів внутрішньоутробного розвитку в ембріона вже майже сформовані всі основні органи і він стає плодом.

Фетальний (плодовий) період триває з 12 тижнів до кінця вагітності. Токсична дія ліків у цей період може викликати затримку росту плода, морфофункціональні порушення окремих тканин і клітин, а не специфічні вади розвитку. Але в цей час продовжується формування органів слуху, зору, статевих органів, тому препарати, які токсично діють на ці системи, можуть викликати вади розвитку.

Проте повністю виключити прийом лікарських засобів під час вагітності не завжди можливо. Існують хвороби, при яких ліки треба приймати постійно (цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, епілепсія та ін.). Прийом окремих груп препаратів може спровокувати розвиток ембріопатій, у таких випадках необхідно рекомендувати відмовитись від материнства. Саме тому американська Food and Drug Administration (FDA, 1998) ввела розподіл лікарських препаратів на категорії залежно від ступеня ризику і рівня несприятливої дії на плід (у першу чергу тератогенної).

Категорія А. За результатами дослідів на тваринах і клінічних контрольованих досліджень з'ясовано, що препарати цієї категорії безпечні для плода як у I триместрі вагітності, так і в більш пізні терміни.

Категорія В. Експериментальні дослідження не виявили тератогенної або іншої шкідливої дії препаратів на плід, але достатніх клінічних спостережень поки що не проводилось, тому такі лікарські препарати можуть призначатись лише за відповідними показаннями.

Категорія С. У тварин доведена тератогенна або інша негативна дія препаратів на плід, контрольовані клінічні дослідження не завершені або не проводились. Але користь від застосування таких препаратів імовірно більша за ризик. Потенційно небезпечні ліки можуть застосовуватись вагітними у крайніх випадках, коли немає альтернативи.

Категорія D. Тератогенна чи інша негативна дія на плід доведена як в експерименті, так і у клініці. Можуть застосовуватись тільки за життєвими показаннями з боку матері.

Категорія X. Тератогенна чи інша несприятлива дія на плід доведена як в експерименті, так і у клініці. Ризик застосування переважає можливу користь. Такі лікарські препарати категорично протипоказані вагітним і жінкам, які планують вагітність.

Найбільш характерні аномалії, що виникають під впливом лікарських препаратів, наведені в таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

Аномалії, що виникають під впливом лікарських препаратів

Назва препарату	Можливі аномалії розвитку
Антибіотики: гентаміцин, канаміцин, стрептоміцин	Хромосомні аберації, передчасне закриття артеріальної протоки
Тетрациклін	Вроджені вади серця, множинні вади розвитку, раннє закриття боталової протоки
Сульфаніламід	Ототоксичний ефект
Барбітурати	Хромосомні аберації, гідроцефалія, аномалії розвитку внутрішніх органів
Варфарин	Черепно-лицеві вади розвитку
Аміназин	Аномалії вуха, очей, розщелини губи та піднебіння
Бендиктин	Розумова відсталість, порушення окостеніння черепа
Саліцилати та вольтарен у високих дозах	Вогнищева хондродисплазія, гіпоплазія зорових нервів, мікроцефалія, діафрагмальна кила
Статеві гормони: андрогени та синтетичні прогестини	Вроджені вади серця, хвороба Дауна, гідроцефалія, аномалії кінцівок
Синтетичні естрогени (диетилstilбестрол)	Ураження печінки, сечостатевих органів, остеосклероз
Алкоголь	Мікро- та гідроцефалія, гіпербілірубінемія

Стосовно використання лікарських засобів у період лактації виділяють два найбільш важливих аспекти: можливість впливу медикаментів на секрецію і складові материнського молока та їх екскрецію з молоком і подальший вплив на здоров'я дитини.

Для пригнічення продукування молока за медичними показаннями (при тяжкій екстрагенітальній патології, злякисних новоутвореннях, необхідності проведення хіміотерапії), як правило, використовують агоністи α_2 -дофамінових рецепторів – бромкриптин та каберголін. Стимулюючи відповідні рецептори в гіпоталамусі, вони пригнічують виділення (не порушуючи його синтез) з гіпофізу пролактину, який є ключовим гормоном у регуляції процесу продукування та секреції молока. У

таблиці 4.3 представлено зведені дані про лікарські препарати, здатні пригнічувати або стимулювати продукування молока.

Таблиця 4.3

Медикаментозні препарати, які впливають на лактацію

Стимулюють лактацію	Пригнічують лактацію
Кислота нікотинава, ксантинолу нікотинат, пентоксифілін, теофілін, кислота аскорбінова, кислота глютамінова, ретинол, окситоцин, піроксен, метоклопрамід	Каберголін, бромкриптин, естрогени, ергометрин, сечогінні, протигістамінні, леводопа, М-холінолітики (атропіну сульфат, бутилскополамін), судинозвужуючі (адреналіну гідрохлорид, норадреналіну гідротартрат, ефедрину гідрохлорид)

Таким чином, застосування лікарських препаратів під час вагітності, пологів і в післяпологовому періоді вимагає дуже виваженого підходу, бо прогнозувати дію медикаментів у кожному конкретному випадку досить складно. Тому принциповий підхід до призначення медикаментів під час вагітності повинен бути таким: "якщо це не диктується крайньою необхідністю, потрібно уникати призначення будь-яких медикаментів у першому триместрі вагітності; протягом усієї вагітності потрібно використовувати мінімум лікарських препаратів". Ця цитата з "Терапевтичного довідника Вашингтонського університету" повною мірою відображає спрямованість сучасного акушерства на демедикалізацію та вимоги до призначення медикаментів в акушерстві.

4.8. Питання медичної етики та деонтології в акушерстві

Робота в галузі акушерства пов'язана з вирішенням складних деонтологічних питань, оскільки ситуації, що виникають під час консультування або надання медичної допомоги жінкам у зв'язку із зачаттям, виношуванням вагітності, пологами, вигодовуванням дитини, виникненням захворювань жіночих статевих органів, стосуються інтимних сторін життя жінки та її оточуючих. Це вимагає

від персоналу лікувально-профілактичних закладів акушерсько-гінекологічного профілю дотримуватись у своїй роботі певних деонтологічних та морально-етичних правил, норм поведінки.

Процес пологів є фізіологічним процесом, водночас дуже відповідальним періодом для жінок. Медичні працівники, що надають медичну допомогу під час вагітності та пологів, повинні своїми діями створювати атмосферу спокою, довіри, впевненості у позитивному результаті пологів. Персоналом акушерського закладу вагітна жінка, роділля, породілля має сприйматись не як об'єкт проведення певних медичних маніпуляцій із метою її розродження, а, насамперед, як особистість і основний учасник у важливому моменті її життя – пологах.

На всіх етапах надання акушерської допомоги жінці, відповідно до чинного законодавства, забезпечується право на своєчасне отримання від медичних працівників інформації щодо стану здоров'я її самої та плода (новонародженого), всіх медичних втручань та обстежень, їх необхідності або доцільності, можливих наслідків. Така інформація надається лікарем у спокійній обстановці з урахуванням психологічного стану жінки (за її бажанням – конфіденційно). Після отримання інформації жінці пропонується дати письмову згоду на проведення їй або її дитині необхідних медичних втручань.

Під час пологів необхідно дотримуватись принципів конфіденційності: у пологовій залі забезпечується перебування тільки самої роділлі (а, за бажанням жінки, також членів її родини, завданням яких є психологічна підтримка) та медичного персоналу, що безпосередньо веде пологи. Жінці також забезпечується право обрати людину для психологічної підтримки в пологах та повага медичного персоналу до її вибору.

З метою уникнення конфліктних ситуацій, ускладнень під час пологів та в післяпологовому періоді процес надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим необхідно здійснювати на засадах взаєморозуміння медичного персоналу з пацієнтами, поваги до них.

При розвитку ускладнень у пологах чи ранньому післяпологовому періоді жінка має бути поінформована про причини їх виникнення, можливі несприятливі наслідки для її здоров'я та необхідні консервативні заходи чи оперативні втручання, включаючи ризики та можливі ускладнення. Необхідно усвідомлювати, що у випадку ускладнень пацієнтки не завжди розуміють надану їм інформацію повною мірою, а також не можуть адекватно оцінити свій стан та прийняти самостійне рішення щодо необхідних втручань. Тому в екстрених випадках, які загрожують життю жінки (при масивних акушерських кровотечах та геморагічному шоці), неефективності консервативного лікування та органозберігаючих методів хірургічного гемостазу, рішення щодо видалення репродуктивного органу (гістеректомія) приймає чергова бригада спеціалістів – не менше 3-х (акушери-гінекологи, анестезіолог) за узгодженням питання з відповідальним черговим адміністратором родопомічного закладу.

Інформування жінки щодо ускладнень вагітності та пологів, проведених оперативних втручань слід проводити тоді, коли вона може адекватно сприймати інформацію. Час, коли жінка переживає сильний стрес і занепокоєння, коли проводиться медичне втручання або вона відчуває біль, не є ідеальним моментом для обговорення вищевказаного.

Медичні працівники зобов'язані забезпечити конфіденційність інформації стосовно проведених оперативних втручань, їх обсягу, прогнозу відносно подальшої репродуктивної функції та не допустити її розголосу іншим особам (у тому числі родичам).

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд жінки та їх результати, інтимну і сімейну сторони її життя, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків (ст. 40 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (2801–12)). Не підлягають розголосу відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків,

передбачених законом (ст. 46 Закону України "Про інформацію" (2657–12)).

Дотримання основних принципів медичної деонтології у спілкуванні лікарів між собою, з пацієнтами, середнім та молодшим медичним персоналом буде сприяти збереженню репродуктивного здоров'я жінки.

Контрольні питання

1. Що таке перинатологія?
2. Основні принципи і завдання перинатології?
3. Що значить регіоналізація надання акушерської допомоги?
4. Дайте визначення поняттю "перинатальний ризик".
5. Анатомо-фізіологічні особливості доношених новонароджених.
6. Які є фізіологічні стани новонароджених?
7. Анатомо-фізіологічні особливості недоношених новонароджених.
8. Яка послідовність дій при народженні дитини у пологовій залі?
9. Як проводиться оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар?
10. Вкажіть основні кроки "теплого ланцюжка".
11. Які основні принципи грудного вигодовування?
12. Догляд за новонародженою дитиною.
13. Організація роботи відділення новонароджених.
14. Основні принципи спільного перебування породіллі й немовляти.
15. Які причини пологових травм новонароджених?
16. Що таке кефалогематома?
17. Які є види пологових травм кісткової системи?
18. Які бувають травми нервової системи?
19. Вкажіть найчастіші інфекційні захворювання новонароджених.
20. Особливості лікування запальних захворювань новонароджених.
21. Дайте визначення поняттю "асфіксія новонародженого".
22. Методи інтенсивної терапії та реанімації новонародженого.
23. Особливості фармакотерапії в акушерстві.
24. Які особливості медичної етики та деонтології в акушерстві?

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Вагітна К. 29 років перебуває на обліку в жіночій консультації ЦРЛ із діагнозом: вагітність I, 35–36 тижнів, головне передлежання, ревматична хвороба, неактивна фаза, мітральний стеноз 2 ст., недостатність кровообігу ІІА ст., ризик ІІ. На якому рівні надання перинатальної допомоги доцільно провести розродження?

- A** – залишити на пологи в пологовому відділенні ЦРЛ;
- B** – направити на пологи в міський пологовий будинок;
- C** – направити на пологи в пологове відділення міжрайонної лікарні;
- D** – направити на пологи у пологове відділення обласної лікарні;
- E** – направити на пологи в Інститут педіатрії, акушерства і гінекології.

Задача 2.

У жіночу консультацію ЦРЛ звернулася першовагітна в терміні 30–31 тиждень зі скаргами на переймоподібний біль унизу живота. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал пропускає палець, плодовий міхур цілий, передлежить голівка плода. В який пологовий стаціонар необхідно направити жінку?

- A** – у пологове відділення міського пологового будинку;
- B** – у пологове відділення обласної лікарні;
- C** – у пологове відділення Інституту педіатрії, акушерства і гінекології;
- D** – у пологове відділення міжрайонної лікарні;
- E** – у пологове відділення центральної районної лікарні.

Задача 3.

Дитина народилася від третіх фізіологічних пологів на 38 тижні вагітності масою 3700 г, зростом 52 см. За якими показниками проводять оцінювання за шкалою Апгар?

- A** – серцебиття, дихання, колір шкіри, м'язовий тонус, рефлекс;
- B** – дихання, колір шкіри, наявність крику, вага, рефлекс;
- C** – вага, зріст, серцебиття, дихання, рефлекс;
- D** – серцебиття, дихання, колір шкіри, м'язовий тонус, вага;
- E** – вага, серцебиття, наявність крику, колір шкіри, м'язовий тонус.

Задача 4.

Після народження дитина викладена на живіт матері, через 5 хв проведена оцінка стану дитини за шкалою Апгар: серцебиття – 140 уд./хв, дихання ритмічне – 40 за 1 хв, незначний ціаноз шкіри, крик голосний, рухи активні, рефлекси виражені. На скільки балів можна оцінити стан дитини?

- A** – 6 балів;
- B** – 7 балів;
- C** – 8 балів;
- D** – 9 балів;
- E** – 10 балів.

Задача 5.

Породілля, яка перенесла кесарів розтин у зв'язку з ускладненою міопією високого ступеня, просить рекомендувати оптимальний режим грудного вигодовування. Що ви їй порекомендуєте?

- A** – годування за потребою дитини;
- B** – годування 3 рази на день;
- C** – годування 4 рази на день;
- D** – годування 6 разів на день;
- E** – годування 7 разів на день.

Задача 6.

Дитина народилася від 2-х фізіологічних пологів на 39 тижні вагітності масою 3300 г, зростом 50 см з оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів. На третю добу під час огляду активна, голосно кричить, добре смокче груди, у матері виділяється достатня кількість молозива. При зважуванні вага становить 3140 г. Як розцінити зменшення ваги дитини?

- A** – неправильне зважування при народженні;
- B** – неправильне зважування на третю добу;
- C** – фізіологічна втрата ваги;
- D** – патологічна втрата ваги;
- E** – інтоксикація внаслідок запального процесу.

Задача 7.

У новонародженої дівчинки на 4 добу спостерігається набухання молочних залоз із виділенням секрету, набухання вульви, кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Яка найбільш вірогідна причина даного стану?

- A** – припинення переходу естрогенів матері до плода;
- B** – прийом матер'ю гормонів під час вагітності;
- C** – підвищення рівня тиреотропного гормону в новонародженій;
- D** – гранульозоклітинна пухлина;
- E** – тестикулярна фемінізація.

Задача 8.

У новонародженого на 2 добу після народження на волосистій частині голови, складках тулуба і кінцівок з'явилися пухирці з прозорим та гнійним вмістом. Через 2 доби на місці пухирів утворилися дрібні ерозії, які покрилися шкірочками. Яке інфекційне захворювання виникло в новонародженого?

- A** – пітниця;
- B** – попрілості;
- C** – піодермія;
- D** – пухирчатка;
- E** – алергічний висип.

Задача 9.

За якими життєво важливими ознаками оцінюють стан новонародженої дитини відразу після закінчення початкової допомоги?

- A** – наявності й адекватності самостійного дихання і ЧСС;
- B** – наявності активних рухів і ЧСС;
- C** – наявності активних рухів і голосного крику;
- D** – наявності й адекватності самостійного дихання і активних рухів;
- E** – наявності ЧСС, активних рухів і голосного крику.

Задача 10.

У жіночу консультацію звернулась вагітна 18 років у терміні вагітності 10–11 тижнів. З анамнезу відомо, що місяць тому жінка приймала тетрациклін із приводу гострої ангіни. Який вплив лікарського препарату на плід є найбільш вірогідним у даній жінки?

- A** – вроджені вади розвитку плода;
- B** – гемолітична хвороба новонародженого;
- C** – вроджена пневмонія;
- D** – хвороба гіалінових мембран;
- E** – хромосомні аномалії плода.

РОЗДІЛ 5

ПАТОЛОГІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ПОЛОГІВ

5.1. Вагітність і пологи при тазовому передлежанні плода

Тазове передлежання плода – це поздовжнє положення плода з розташуванням його тазового кінця над площиною входу в малий таз. Частота тазового передлежання при доношеній вагітності одним плодом складає 3–3,5% від загальної кількості пологів.

Класифікація тазових передлежань:

I. Сідничне передлежання:

- неповне, або чисто сідничне (передлежать сіднички плода) (мал. 5.1);
- повне, або змішане сідничне (передлежать сіднички разом із стопами плода) (мал. 5.2).

II. Ножне передлежання:

- неповне (передлежить одна ніжка плода) (мал. 5.4);
- повне (передлежать обидві ніжки плода) (мал. 5.3);
- колінне передлежання.

5.1.1. Діагностика тазових передлежань

1. Зовнішнє акушерське дослідження:

- у ділянці дна матки визначають округлу, щільну, балотуючу голівку;

- над входом або у вході в малий таз пальпують неправильної форми передлеглу частину плода м'якої консистенції, що не балотує;
- аускультацию серцебиття плода вислуховують вище пупка.

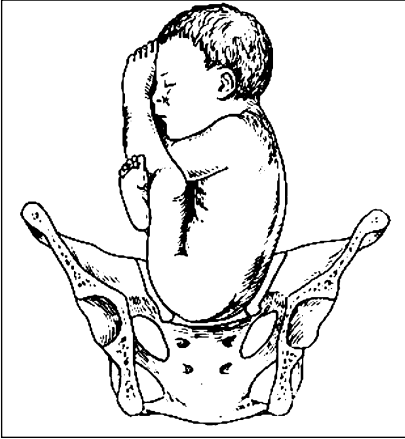
2. *Внутрішнє акушерське дослідження в пологах* (табл. 5.1.).

Таблиця 5.1

Диференціальна діагностика різних видів передлежання за результатами внутрішнього акушерського дослідження

Вид передлежання	Внутрішнє акушерське дослідження
Сідничне	<ul style="list-style-type: none"> • пальпують об'ємну м'яку частину плода; • визначають сідничні горбики, крижі, анальний отвір, статеві органи; • неповне сідничне передлежання – можливо визначити паховий згин; повне – знаходять стопу, що лежить поряд із сідницями; • сідничні горбики та анус плода – в одній площині
Ножне	<ul style="list-style-type: none"> • пальпують п'яткову кістку, пальці – рівні, короткі, великий палець не відводиться вбік і є обмежено рухомим, великий палець ніжки неможливо притиснути до підшви
Лицеве	<ul style="list-style-type: none"> • визначають тверді валики (ясна) та щелепи, роти та ніс плода; • рот та молярні відростки мають трикутну форму
Випадіння ручки при поперечному чи косому положенні плода	<ul style="list-style-type: none"> • великий палець ручки плода можна легко притиснути до долоні; • розташування пальців кутоподібне; • не пальпується п'ятова кістка

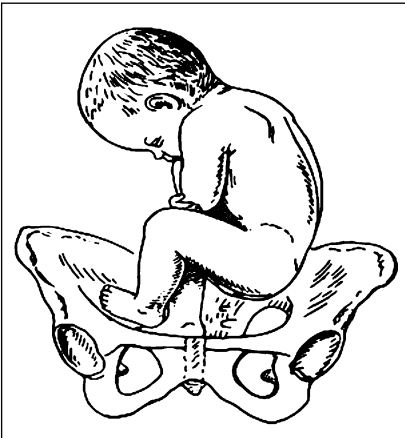
3. *Ультразвукова діагностика* – найбільш інформативний метод діагностики. Дозволяє визначити не лише тазове передлежання, але й очікувану масу, положення голівки (ступінь розгинання), локалізацію плаценти, кількість навколоплодових вод, обвиття пуповиною, наявність аномалії розвитку плода тощо.



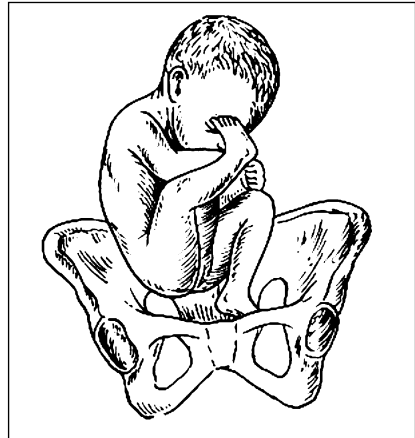
Мал. 5.1. Чисто сідничне (неповне) предлежання, перша позиція, задній вид.



Мал. 5.2. Змішане (повне) сідничне передлежання, друга позиція, передній вид.



Мал. 5.3. Повне ножне передлежання, перша позиція, задній вид.



Мал. 5.4. Неповне ножне передлежання, друга позиція, передній вид.

Попередній діагноз тазового передлежання встановлюють у терміні вагітності 30 тижнів, а остаточний – у 37–38 тижнів.

Починаючи з 32 тижня вагітності частота самовільного повороту різко зменшується, тому корекцію положення плода доцільно проводити саме після цього терміну вагітності.

5.1.2. Ведення вагітності при тазовому передлежанні

Жіноча консультація.

У терміні 30 тижнів із метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати:

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

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

- наявність обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу;
- ускладнений перебіг даної вагітності;
- наявність екстрагенітальної патології;
- можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

Акушерський стаціонар.

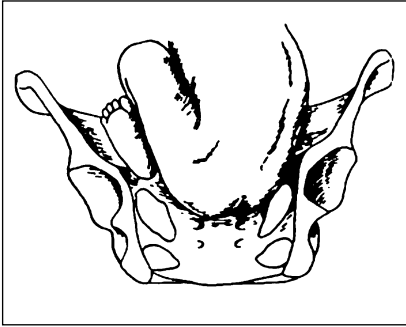
Уточнення діагнозу:

- проводять ультразвукове дослідження;
- оцінюють стан плода (визначення біофізичного профілю плода, за необхідності проводять доплерометрію);
- визначають готовність жіночого організму до пологів;
- визначають можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

План ведення пологів розробляють консиліумом акушерів-гінекологів за участі анестезіолога і неонатолога та узгоджують із вагітною.

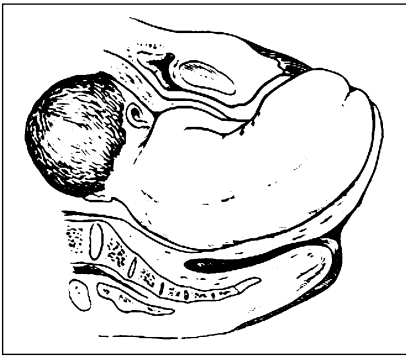
У разі доношеної вагітності у стаціонарі III рівня до початку пологів можливе проведення зовнішнього повороту плода на голівку за поінформованої згоди вагітної.

5.1.3. Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні



Мал. 5.5. Вставлення сідниць у вхід у малий таз (1-й момент біомеханізму пологів).

внутрішній поворот сідниць, після завершення якого міжвертельна лінія стає у прямий розмір площини виходу із таза. Передня сідничка прорізується до утворення точки фіксації.



Мал. 5.6. Бокове згинання поперекового відділу хребта плода (3-й момент біомеханізму пологів).

народження тазового кінця в косий розмір площини входу в таз (у той самий, через який пройшла міжвертельна лінія) сво-

1 момент – опускання сідниць у порожнину малого таза та їх стиснення (мал. 5.5).

2 момент – внутрішній поворот сідничок. Сідниці своїм поперечним розміром (міжвертельною лінією) вставляються в один із косих розмірів таза. Першою йде передня сідничка, на ній знаходиться ведуча точка. Тазовий кінець плода поступово опускається на тазове дно жінки, де і відбувається

3 момент – згинання тулуба плода в попереково-грудному відділі.

Після завершення повороту в ділянці гребеня клубової кістки плода утворюється точка фіксації, навколо якої відбувається сильне бокове згинання тулуба в попереково-грудному відділі. Внаслідок цього згинання прорізується задня сідничка (мал. 5.6).

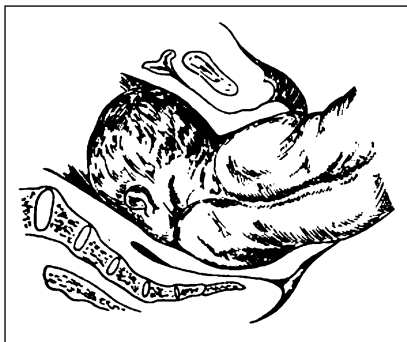
4 момент – внутрішній поворот плечиків плода. Після

їм поперечником входять плечики. Плечики опускаються на тазове дно, де здійснюється поворот, унаслідок якого їх поперечний розмір стає у прямий розмір площини виходу із таза (мал. 5.7).

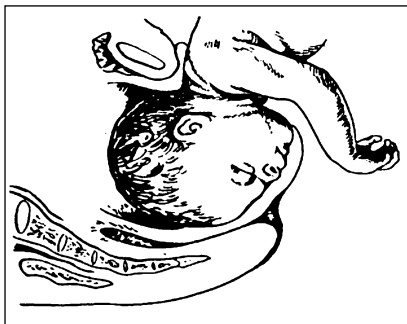
5 момент – згинання тулуба у шийно-грудному відділі хребта. Після завершення повороту плечиків на межі верхньої та середньої третини верхнього плеча утворюється точка фіксації. Після цього відбувається згинання хребта у шийно-грудному відділі за рахунок чого народжується заднє плечико.

6 момент – внутрішній поворот голівки. Голівка входить у площину входу в таз у косий розмір, протилежний тому, через який пройшли сіднички. При переході із широкої частини порожнини малого таза у вузьку розпочинається внутрішній поворот, що завершується в площині виходу із таза, де стрілоподібний шов стає в прямому розмірі, а мале тім'ячко повертається наперед.

7 момент – згинання голівки. Після утворення точки фіксації в ділянці підпотиличної ямки відбувається згинання голівки, в результаті якого вона прорізується малим косим розміром. Над промежиною з'являються підборіддя, обличчя, лоб, тім'я, потилиця (мал. 5.8).



Мал. 5.7. Поворот плечиків закінчився, вони знаходяться в прямому розмірі виходу з малого таза (4-й момент біомеханізму пологів).



Мал. 5.8. Згинання голівки (7-й момент біомеханізму пологів).

5.1.4. Ведення пологів при тазовому передлежанні

Консервативне ведення пологів:

- оцінити ситуацію, упевнитися в тому, що є всі необхідні умови для безпечного проведення пологів через природні пологові шляхи і відсутні показання до кесаревого розтину;
- слідкувати за перебігом I періоду пологів шляхом ведення партограми, реєстрації КТГ протягом 15 хв кожні 2 год;
- у разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадіння пуповини;
- II період пологів вести з мобілізованою веною для внутрішньовенного введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину NaCl (до 20 крапель за 1 хв);
- проведення епізіотомії за показаннями, пудендальної анестезії;
- II період пологів ведуть у присутності анестезіолога, неонатолога;
- пологи при сідничному передлежанні має проводити досвідчений кваліфікований лікар.

Ведення пологів при неповному та повному сідничному передлежанні

I. Народження сідниць та ніжок плода:

- під час врізування сідниць жінці радять тужитись;
- якщо промежина погано розтягується, проводять епізіотомію;
- сідницям дозволяють народжуватись самостійно до пупка, підтримуючи ніжки витягнутими вдовж тулуба і притиснутими до живота, відповідно до біомеханізму пологів;
- великі пальці рук лікаря знаходяться на задній поверхні стегон, а чотири пальці – на попереково-крижовій частині;
- обережно підтримують сідниці, але не тягнуть їх.

II. Народження ручок плода:

- плід, що народився до пупка, захоплюють великими пальцями в області сідниць та крижів, чотири пальці розташовують у ділянці стегон спереду;
- тулуб відхиляється донизу (дозаду), поки не з'являється нижній кут лопаток; плечики плода у цей час розташовані в прямому чи злегка косому розмірі виходу таза;
- під час тракції донизу з-під симфізу народжується передня ручка;
- після самостійного народження передньої ручки піднімають сідниці до живота матері, щоб дати можливість задній ручці народитися самостійно;
- стан, коли ручки плода не народжуються самостійно, розцінюють як закидання ручок і негайно переходять до надання класичної ручної допомоги для виведення плечового пояса плода.

Класична ручна допомога при виведенні ручок плода:

- однією рукою (при I позиції – лівою) беруть ніжки плода в області гомілкових суглобів і відводять їх догори (вперед) та в бік, протилежний спинці плода, ближче до стегна роділлі (при I позиції – до правого стегна) (мал. 5.9);
- вводять другу руку в піхву до крижової впадани роділлі по спинці плода, а далі по плечу доходяють до ліктьового згину і виводять задню ручку, тиснучи на її ліктьовий згин (не на плечову кістку!) таким чином, щоб вона зробила "вмивальний" рух;
- захоплюють обома руками плід за грудну клітку

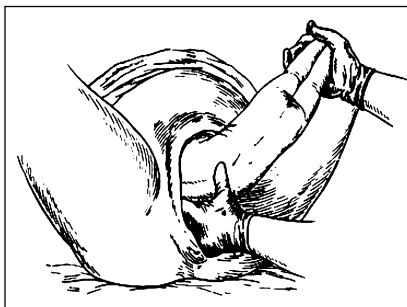
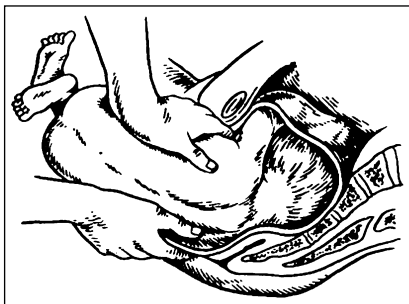


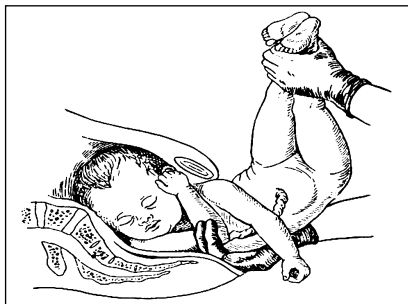
Рис. 5.9. Ніжки плода сильно відведені в бік пахового згину матері; введення руки акушера по спинці плода.

(не торкатися живота плода!) і повертають на 180° таким чином, щоб спинка плода у цей час проходила під симфізом (мал. 5.10);

- звільняють другу ручку аналогічно першій із боку крижової впадини (мал. 5.11).



Мал. 5.10. Поворот тулуба плода на 180° .



Мал. 5.11. Звільнення другої ручки плода після повороту тулуба на 180° .

III. Народження голівки плода

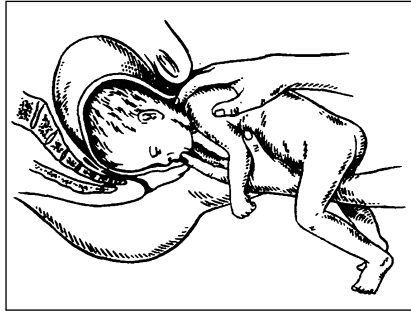
А. При неускладненому перебігу пологів, відсутності закидання ручок голівка плода народжується у стані згинання:

- підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху долоні та передпліччя лікаря;
- асистент допомагає народженню голівки плода шляхом помірного тиску над лоном, що попереджує розгинання голівки;
- опускають тулуб плода нижче рівня промежини для формування точки фіксації підпотиличної ямки з нижнім краєм лонного зчленування;
- піднімають тулуб плода вище рівня промежини;
- голівка плода народжується у стані згинання самостійно, навколо сформованої точки фіксації.

Б. Якщо в пологах надавалась класична ручна допомога для виведення плечового поясу та ручок плода, народжен-

ню голівки допомагають прийомом Морісо–Левре–Лашапель (мал. 5.12):

- підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху долоні та передпліччя лікаря;
- відводять вказівний та безіменний палець цієї руки на виличні кістки плода, а середній палець вводять в рот плода для відведення щелепи вниз і згинання голівки;
- вказівним і середнім пальцями верхньої руки, які розташовуються на надпліччях плода, обережно виконують тракцію на себе;
- асистент натискає долонною поверхнею руки над лонним зчленуванням роділлі, фіксуючи голівку плода у положенні згинання;
- обережно проводять тракцію догори (вперед) для народження голівки плода у зігнутому положенні.



Мал. 5.12. Звільнення голівки за способом Морісо–Левре–Лашапель.

Ведення пологів при ножному передлежанні

У випадку ножного передлежання розродження проводять шляхом кесаревого розтину. Пологи через природні пологові шляхи при ножному передлежанні проводять лише у виняткових випадках.

Показання до кесаревого розтину при тазових передлежаннях:

- очікувана маса плода 3700 г і більше;
- ножне передлежання плода;
- розгинання голівки плода III ступеня за даними УЗД;

- пухлини шиї плода та гідроцефалія;
- після невдалої спроби зовнішнього повороту плода на голівку в 36 тижнів вагітності;
- тазове передлежання або неправильне положення I плода при багатоплідній вагітності;
- наполегливе бажання вагітної.

5.2. Вагітність і пологи при аномаліях кісткового таза. Анатомічно звужений і клінічно вузький таз

5.2.1. Анатомічно звужений таз

Анатомічно звуженим називається таз, у якого один або всі розміри вкорочені не менше, ніж на 1,0–1,5 см порівняно з нормою. Частота анатомічно звуженого таза не перевищує 1–7% і частіше зустрічається при малому зрості жінки (<152 см). До етіологічних факторів розвитку анатомічно звуженого таза належать перенесений рахіт, туберкульоз, травми, пухлини кісток таза, порушення обміну макро- та мікроелементів в організмі тощо.

Класифікація анатомічно звужених тазів

I. За ступенем звуження.

Ступінь звуження таза визначають за величиною істинної кон'югати:

- при I ступені – 11–9 см;
- при II ступені – 9–7 см;
- при III ступені – 7–5 см;
- при IV ступені – < 5 см.

Абсолютно вузьким називають таз IV ступеня звуження.

II. За формою звуження.

A. Часто поширені форми звуженого таза.

Загальнонорівномірнозвужений таз – пропорційно зменшені всі розміри таза не менше, ніж на 1см: інфантильний, або дитячий таз; таз чоловічого типу; карликовий таз.

Плоский таз – зменшені прямі розміри таза: простий плоский таз – зменшені всі прямі розміри; плоскоракітичний – зменшений лише прямий розмір площини входу в малий таз.

Загальнозвужений плоский таз – комбінація загальнозвуженого і плоскоракітичного таза.

Таз із зменшенням прямого розміру площини широкої частини.

Поперечно-звужений таз – із звуженням поперечних діаметрів при нормальних прямих розмірах.

Б. Рідкісні форми анатомічно звуженого таза.

Косозміщений та косозвужений (асиметричний) таз – характеризується неправильною формою: сколіотичний таз; кіфотичний таз; анкілотичний таз; коксалгічний таз.

Лійкоподібний таз – характеризується різким звуженням виходу з таза.

Спондилолістетичний таз – розвивається в результаті зісковзування V поперекового хребця в бік порожнини таза.

Остеомалятичний таз – розвивається при розм'якшуванні кісток таза, внаслідок чого крижі заглиблюються в порожнину малого таза.

Таз, звужений екзостозами і кістковими пухлинами.

Діагностика анатомічно звуженого таза

При першому огляді й обстеженні вагітної враховують дані анамнезу (перенесений рахіт, захворювання кісток нижніх кінцівок, хребта, вроджені вивихи кульшових суглобів, травми тощо), загального огляду (зріст). Діагноз анатомічного звуження таза звичайно ставиться шляхом його вимірювання. Оцінка ступеня звуження уточнюється при внутрішньому обстеженні на підставі визначення розміру істинної кон'югати.

Особливості перебігу пологів при анатомічно звуженому тазі

Труднощі перебігу пологів при вузькому тазі прямо пропорційні ступеню його звуження. При I–II ступенях звуження за

сприятливих обставин (активна пологова діяльність, невеликі розміри голівки плода, нормальне її вставлення, хороша здатність голівки до конфігурації) пологи можуть пройти без особливих ускладнень.

При III–IV ступенях звуження таза пологи живим доношеним плодом неможливі.

Можливі ускладнення пологів при анатомічно звуженому тазі: передчасне або раннє відходження навколоплодових вод, випадіння пуповини, неправильне вставлення голівки, тривале стояння голівки в площині входу в малий таз і повільне просування пологовим каналом, вторинна слабкість пологової діяльності, ущемлення передньої губи шийки матки, затискання м'яких тканин між кістками таза і голівкою плода з ризиком формування нориць, затримка сечовипускання, травми таза (розходження симфізу), розрив матки, травми новонародженого.

Ведення пологів при анатомічно звуженому тазі

Тактика ведення пологів при звуженому тазі III–IV ступенів звуження полягає в абдомінальному розродженні шляхом кесаревого розтину.

При I–II ступенях звуження тактика може бути очікувальною. Така тактика передбачає визначення ступеня відповідності між тазом і голівкою плода в процесі пологів. Спостерігаючи за динамікою пологів, треба стежити за вставленням голівки, ефективністю пологової діяльності, клінічною відповідністю між голівкою плода і тазом матері. При виникненні ознак клінічно вузького таза пологи завершують операцією кесаревого розтину.

5.2.2. Клінічно вузький таз

Клінічно (функціонально) вузьким тазом називають усі випадки функціональної невідповідності між голівкою плода і тазом матері незалежно від їх розмірів.

Фактори ризику виникнення клінічно вузького таза: анатомічно звужений таз; великий плід; розгинальні передлежання голівки плода; переношена вагітність; гідроцефалія плода; пухлини і вади розвитку плода; пухлини і вади розвитку таза матері; пухлини органів малого таза.

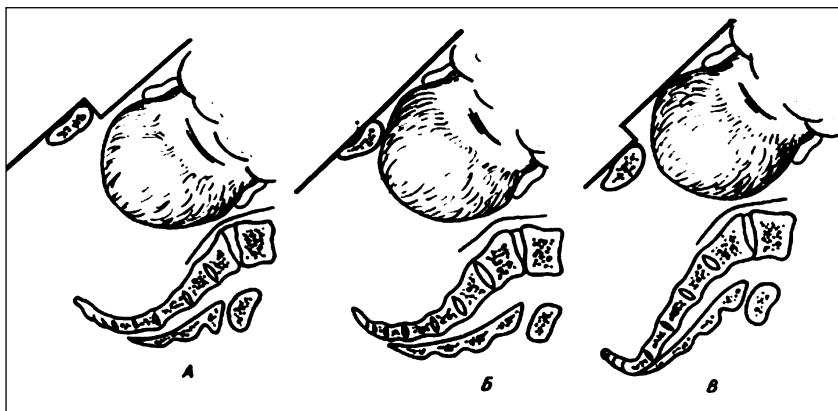
Діагностика клінічно вузького таза

Діагностика клінічно вузького таза можлива тільки в пологах.

Умови діагностики клінічно вузького таза: розкриття шийки матки більше 8 см; відсутність плодового міхура; випорожнений сечовий міхур; нормальна скорочувальна діяльність матки.

Для визначення відповідності між тазом матері й голівкою плода досліджують ознаку Генкеля–Вастена та розмір Цанге-мейстера в процесі пологів.

Ознака Генкеля–Вастена – співвідношення виступаючої частини голівки плода і зовнішньої поверхні симфізу (мал. 5.13):



Мал. 5.13. Ознака Генкеля–Вастена: а – нормальний таз, голівка не виступає над симфізом (ознака негативна); б – симфіз і голівка на одному рівні (ознака сумнівна); в – голівка виступає над симфізом (ознака позитивна).

- **позитивна ознака** – поверхня голівки знаходиться вище верхні симфізу (немає відповідності між тазом і голівкою);

- *ознака врівень* – поверхня голівки плода знаходиться на одному рівні із симфізом (відповідність між тазом і голівкою сумнівна);
- *негативна ознака* – поверхня голівки знаходиться нижче площини симфізу (є відповідність між тазом і голівкою).

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

- якщо розмір Цангемейстера менший зовнішньої кон'югати на 3 см – є відповідність між тазом і голівкою;
- якщо розмір дорівнює зовнішній кон'югаті – відповідність між тазом і голівкою сумнівна;
- якщо розмір більший зовнішньої кон'югати – немає відповідності між тазом матері й голівкою плода.

Сумарні діагностичні ознаки клінічно вузького таза:

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

За наявністю двох або більше ознак ставлять діагноз клінічно (функціонально) вузького таза.

Акушерська тактика при клінічно вузькому тазі

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

5.3. Крупний плід

Терміном "крупний плід" називають плід, маса тіла якого в кінці вагітності досягає 4000 г і більше при головному передлежанні, 3700 г при сідничному передлежанні. Плід із масою тіла 5000 г і більше вважається гігантським. Частота пологів крупним плодом зростає і коливається в межах 5,2–14,4%.

При пологах крупним плодом збільшується частота пологового травматизму (включаючи розриви матки), гіпоксії плода, післяпологових ускладнень. Перинатальна смертність великих плодів у 2–3 рази перевищує смертність плодів із середньою масою. Клінічно вузький таз спостерігається у 6 разів частіше.

Етіологія

- акселерація, яка починається з внутрішньоутробного періоду і є наслідком впливу соціальних і екологічних чинників, що призводять до гіподинамії, гіпокінезії;
- надмірне споживання вуглеводів під час вагітності; гіперглікемія у матері призводить до гіперінсулінемії у плода і посилення росту тканин плода;
- порушення обміну речовин в організмі матері, зокрема, цукровий діабет;
- активність сонячної радіації та тривалість світлового дня; навесні і влітку при довгому світловому дні діти народжуються з більшою масою тіла і зростом, ніж восени і взимку.
- спадковість і конституційні особливості батьків;
- підвищений синтез хоріомамотропіну – гормону, який регулює ріст плода;
- порушений синтез прогестерону та/або естрогенів.

Групи ризику щодо вірогідного розвитку великого плода:

- високі на зріст жінки (170 см і більше);
- жінки з малорухливим способом життя;
- вагітні з ожирінням;

- хворі на цукровий діабет або інші ендокринні захворювання;
- наявність в анамнезі пологів крупним плодом;
- висота стояння дна матки на 20-му тижні вагітності – 21–22 см, на 28-му тижні – 30 см і більше;
- резус-негативні жінки.

Діагностичне значення має ультразвукове дослідження, а також інші методи визначення передбачуваної маси плода.

Ведення вагітності при крупному плоді

Вагітні з крупним плодом належать до групи жінок із високим ризиком акушерської патології і повинні перебувати на особливому обліку в жіночій консультації. Важливим є раціональне харчування з оптимальним фізичним навантаженням.

При ультразвуковому дослідженні проводять фетометрію: з II триместру вагітності визначають біпаріетальний розмір голівки плода, з 36 тижнів – додатково діаметр грудної клітки, з 34 тижнів і до пологів щотижня вимірюють масу тіла плода.

Ведення пологів при крупному плоді

Усіх жінок із крупним плодом необхідно госпіталізувати за 1–2 тижні до пологів. Пологи крупним плодом належать до патологічних, тому при веденні пологів слід особливу увагу приділяти моніторному контролю за станом плода, проводити динамічну оцінку скоротливої діяльності матки, визначення клінічної відповідності розмірів таза і плода. Якщо при активній пологовій діяльності та повному відкритті шийки матки голівка не просувається пологовими шляхами, то слід думати про клінічну невідповідність і завершувати пологи шляхом операції кесаревого розтину.

Перебіг періоду новонародженості при макросомії тісно пов'язаний з ускладненнями, які виникають у пологах у зв'язку з наявністю крупного плода. До найбільш гострих усклад-

нень належать пологова травма (перелом ключиці, плечової кістки, пошкодження периферичної нервової системи, внутрішньочерепна травма) та асфіксія новонародженого.

5.4. Особливості перебігу і ведення пологів при багатоплідній вагітності

Багатоплідною називається вагітність двома чи більшою кількістю плодів. Пологи двійнею зустрічаються один раз на 87 пологів, трійнею – один раз на 87^2 (6400) пологів, четвернею – один раз на 87^3 (51200) пологів і т. д. За останні 10 років у світі відзначено прогресуюче зростання багатоплідності, не в останню чергу завдяки поширенню допоміжних репродуктивних технологій і значному відсотку пологів у жінок віком понад 35 років.

Різні варіанти розвитку багатопліддя

Розрізняють двійні *двоййцеві*, які утворюються від запліднення двох яйцеклітин, та *однойцеві* – з однієї яйцеклітини в результаті атипового подрібнення яйця. Співвідношення одно- до двойцевих двоєн дорівнює 1:10.

Причина дозрівання одночасно кількох яйцеклітин – підвищена кількість фолікулостимулюючого гормону (ФСГ). Це може бути спадково детерміновано, а також наслідком медикаментозного впливу (застосування стимуляторів овуляції, відміна синтетичних естроген-гестагенних препаратів, екстракорпоральне запліднення). При прийомі оральних контрацептивів протягом більше 6 місяців і зачаття в межах 1 місяця після їх відміни вірогідність настання вагітності двома плодами збільшується майже вдвічі. До факторів, що впливають на частоту народження двойцевих близнюків, також відносяться вік матері й кількість пологів.

Однойцеві двійні можуть бути *дихоріальні та монохоріальні, діамніотичні та моноамніотичні*. Походження однойцевих (монозиготних) близнюків пов'язане з поділом єдиного

ембріонального зародка на дві та більше частин. Якщо розподіл відбувся в перші три дні після запліднення (1/3 всіх випадків), розвивається двохоріальна вагітність (дихоріальний діамніотичний тип плацентації), якщо на 3–8 добу (більша частина всіх випадків) – розвивається вагітність із монохоріальним діамніотичним послідом, а на 9–12 добу – монохоріальна моноамніотична вагітність. Після 12-ї доби повний розподіл ембріональних зачатків неможливий і розвиваються зрощені близнюки.

Особливості перебігу вагітності і можливі ускладнення при багатоплідді

Загальні неприємні симптоми багатоплідної вагітності ("малі" ускладнення багатоплідної вагітності): печія; біль у попереку; геморої; обмеженість рухливості; набряки; підвищене сечовиділення; закрепи; підвищена стомлюваність.

Інші ускладнення багатоплідної вагітності: надмірна блювота вагітних; самовільні викидні; передчасні пологи (у 50% випадків); підвищення артеріального тиску; преєклампсія та гестаційна гіпертензія (зустрічаються у 5 разів частіше, ніж при одноплідній вагітності); діабет вагітних; анемія вагітних; варикозна хвороба; багатоводдя; оперативне розродження.

Ризик для плодів: аномалії розвитку плодів; наявність монохоріального типу плацентації (обидва плоди мають одну плаценту) та пов'язаний із цим синдром фето-фетальної трансфузії; затримка розвитку плодів; дистрес плодів.

Ускладнення монохоріального типу плацентації – синдром фето-фетальної трансфузії

У кожній монохоріальній плаценті присутні судинні анастомози, що поєднують кров'яні русла обох плодів. У деяких випадках баланс в обміні кров'ю між плодами порушується – кров від одного плода (донора) по артеріовенозних анастомах плаценти починає поступати в кров'яне русло іншого пло-

да (реципієнта). Розвивається *синдром фето-фетальної трансфузії*, тяжкість якого залежить від сумарного об'єму крові, що поступає від одного плода до іншого. Плід-донор страждає від гіповолемії, гіпоксії, олігурії, розвивається затримка розвитку плода. Плід-реципієнт, навпаки, страждає від гіперволемії, яка призводить до поліурії, багатоводдя, серцевої недостатності з високим серцевим викидом. Більш ніж 90% вагітностей, ускладнених синдромом фето-фетальної трансфузії, закінчуються самовільним викиднем або передчасними пологам.

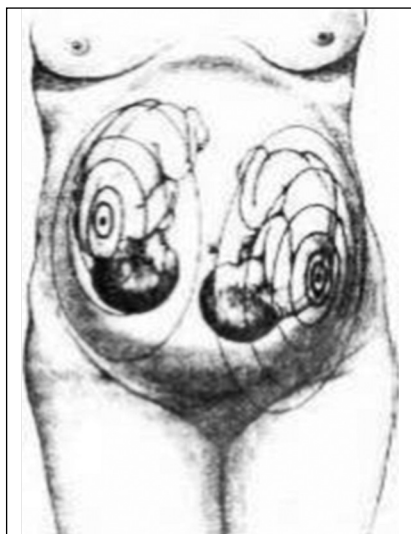
Лікування: амніоцентез кожні 1–2 тижні з аспірацією великої кількості навколоплодових вод. Більш сучасним методом лікування є введення в порожнину матки тонкого ендоскопа та лазерна коагуляція плацентарних анастомозів (70% плодів виживають).

Ризик для новонародженого при багатоплідді:

- **недоношеність** – передчасні пологи виникають у 50% вагітностей двійнею і 90% вагітностей трійнею;
- **підвищена перинатальна захворюваність та смертність** – порівняно з одноплідною вагітністю, новонароджені з двійні мають у 7 разів вищий ризик померти протягом першого місяця життя, а новонароджені з трійні – у 20 разів. Близько 50% усіх випадків неонатальної смерті дітей від багатоплідної вагітності пов'язані з недоношеністю, в першу чергу з респіраторним дистрес-синдромом;
- **інвалідність** – близько 25% дітей із масою тіла при народженні менше 1000 г є інвалідами.

Діагностика багатоплідної вагітності

Достовірне розпізнавання багатоплідної вагітності в ранні терміни можливе тільки при застосуванні ультразвукового дослідження. У другій половині вагітності звертають увагу на невідповідність розмірів матки (її збільшення) терміну вагітності. При пальпації визначають багато дрібних частин, дві голівки, дві



Мал. 5.14. *Вислуховування серцебиття плодів при багатоплідній вагітності.*

спинки (або більше). При аускультатції – дві (або більше) точки визначення серцебиття плода (мал. 5.14) й зона мовчання між ними. Висота стояння дна матки більша, ніж при одноплідній вагітності в ті ж терміни.

Найбільш точним методом діагностики багатоплідної вагітності є УЗД. За допомогою УЗД можна виконати ранню діагностику і визначити характер розвитку плодів. Оптимальним методом ранньої діагностики багатоплідної вагітності є проведення першого УЗД в 9–11 тижнів (у цей термін можна визначити хоріальність та амніотичність). У подальшому проводиться друге

УЗД – в 16–20 тижнів, третє УЗД – в 32–36 тижнів та за показаннями. Показане своєчасне медико-генетичне консультування.

Особливості ведення багатоплідної вагітності

Аntenатальна допомога при багатоплідній вагітності (БВ) має проводитись на мультидисциплінарній основі, за участі акушера-гінеколога, неонатолога, лікаря пренатальної діагностики, які мають необхідні знання, навички та досвід у веденні БВ. Кількість візитів у жіночу консультацію, а також частота проведення УЗД та перелік завдань під час кожного обстеження безпосередньо залежать від хоріальності.

За наявності монохоріального типу плацентатції (двійня або трійня) у терміні вагітності з 16 до 24 тижнів УЗД має проводитись один раз на два тижні з метою своєчасного виявлення ознак фето-фетальної трансфузії.

Рутинна госпіталізація та призначення постільного режиму для вагітних при багатоплідді не рекомендується. Не застосовується також профілактичне призначення токолітиків і профілактичне накладання шва на шийку матки.

Жінкам із БВ має бути запропоноване вживання фолієвої кислоти в стандартному режимі для профілактики дефектів невральної трубки плода; збагачення раціону препаратами заліза у випадку виявлення ознак анемії; приймання 75–150 мг аспірину щодня, починаючи з 12 тижнів вагітності до розродження для профілактики виникнення пізнього гестозу. При загрозі передчасних пологів проводиться профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода кортикостероїдами за стандартною схемою.

Особливості ведення пологів при багатоплідній вагітності

Ризик розвитку ускладнень при багатоплідній вагітності вищий, ніж при вагітності одним плодом.

Ускладнення пологів та післяпологового періоду при багатоплідній вагітності: слабкість пологової діяльності; відшарування та виділення посліду до народження другого плода, як наслідок – внутрішньоутробна загибель другого плода; передчасне вилиття навколоплодових вод; випадіння дрібних частин плода та пуповини; колізія близнюків; поперечне положення другого плода; кровотеча у третьому періоді пологів і ранньому післяпологовому періоді; субінволюція матки в післяпологовому періоді.

При потиличному передлежанні I плода, цілому плодовому міхурі, регулярній пологовій діяльності й хорошому стані плодів пологи ведуть із кардіомоніторним контролем за станом плодів, за характером скоротливої діяльності матки, динамікою розкриття шийки матки (партограма), за вставленням і опусканням передлеглої частини I плода. Через невеликі розміри плодів, починаючи з розкриття шийки матки на 6–7 см і більше, паралельно відмічається опускання передлеглої частини в порожнину малого таза.

Знеболення пологів не відрізняється від знеболення при одноплідній вагітності. Щоб попередити аорто-кавальну компресію, оптимальним є положення роділлі на боці. Якщо існує багатоводдя, показана пункція плодового міхура при відкритті шийки матки на 4 см та повільне випускання вод.

Після народження першого плода показаний розтин плодового міхура другого плода. Якщо після народження першого плода почалася кровотеча або виник дистрес плода, необхідне негайне розродження.

Вибір терміну розродження при неускладненому перебігу БВ.

Двійня:

- оптимальним терміном розродження неускладненої двійні є 37 тижнів вагітності, оскільки в цьому терміні вагітності ризики антенатальної загибелі плодів та ранньої неонатальної смерті є мінімальними і дорівнюють один одному;
- враховуючи більш високий ризик внутрішньоутробної загибелі плодів при монохоріальній двійні, оптимальним терміном для розродження неускладненої двійні є:
 - монохоріальна діамніотична двійня – 36–37 тижнів;
 - дихоріальна двійня – 37–38 тижнів.

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

- монохоріальна моноамніотична двійня: враховуючи високий ризик внутрішньоутробної загибелі плодів унаслідок порушення кровообігу при сплутуванні пуповин між собою, розродження такої двійні проводиться в повних 32 тижні вагітності шляхом операції кесаревого розтину після проведення курсу профілактики РДС кортикостероїдами.

Трійня:

- якщо триамніотична вагітність не має ускладнень та пролонгується, оптимальний термін розродження – 35–36 тижнів гестації.

За показаннями проводять кесарів розтин: трійня або більша кількість плодів; моноамніотична двійня; зрощені близнюки; поперечне положення обох або одного з плодів; тазове передлежання обох плодів або першого з них; дистрес одного або двох плодів; аномалії пологової діяльності; випадіння пуповини або дрібних частин плода; двійня у поєднанні з рубцем на матці; затримка розвитку одного чи обох плодів та/або порушення кровотоку в артерії пуповини; тазове передлежання другого плода при терміні вагітності 27–29 тижнів; невдала спроба зовнішньо-внутрішнього повороту другого плода при поперечному положенні після народження першого плода; двійня внаслідок допоміжних репродуктивних технологій та відмова вагітної від вагінальних пологів.

5.5. Аномалії скоротливої діяльності матки

Аномалії пологової діяльності – це стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів та потуг не забезпечують динамічного розкриття шийки матки і просування плода пологовим каналом та його вигнання без порушення біомеханізму пологів.

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

Клінічна класифікація аномалій пологової діяльності (ВООЗ, 1995 р.; МКХ-10)

- *Удавані перейми (патологічний прелімінарний період).*
- *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 й затяжні скорочення матки*: дистоція шийки матки; дискоординована пологова діяльність; гіпертонічна дисфункція матки; тетанічні скорочення матки.

Діагноз аномалій пологової діяльності ставиться після динамічного спостереження за роділлею протягом 8 год у латентній фазі й 4 год в активній фазі у порівнянні з графіком розкриття шийки матки і просування передлеглої частини пологовими шляхами згідно нормальної партограми.

5.5.1. Патологічний прелімінарний період

Фізіологічний прелімінарний період характеризується нерегулярним, слабким переймоподібним болем унизу живота та в попереку, що виникає на фоні нормального тону матки при зрілій шийці матки. Тривалість фізіологічного прелімінарного періоду складає 6–8 год.

Удавані перейми (патологічний прелімінарний період) тривають більше 6 год, можливо до 24–48 год, характеризуються нерегулярним різної тривалості та інтенсивності переймоподібними болем унизу живота, у ділянці попереку та крижів. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки. Жінка тривалий час не спить, виснажується.

Патологічний прелімінарний період спостерігається у жінок із функціональними змінами регуляції центральної нервової системи (страх перед пологами, невроз), нейроциркуляторною дистонією, порушеннями функції ендокринної системи, вегетативними розладами. Патологічний прелімінарний період може безпосередньо переходити у слабкість пологової діяльності.

Лікування патологічного прелімінарного періоду: седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг на добу в/в; 1 мл 2% розчину промедолу); за умови їх неефективності – однократне застосування токолітичної терапії β_2 -адреноміметиками; підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину E_2 .

5.5.2. Слабкість пологової діяльності

Первинна слабкість пологової діяльності – коли гіпоактивність матки виникає із самого початку пологової діяльності, а *вторинна слабкість* – коли гіпоактивність матки проявляється після певного періоду активної 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 пологовими шляхами в першому або другому періоді пологів.

Лікування слабкості пологової діяльності: за відсутності протипоказань застосовують медикаментозні схеми стимуляції пологової діяльності окситоцином (5 ОД на 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду) за умови відсутності плодового міхура та відповідності розмірів плода і таза матері.

Уведення окситоцину починається зі швидкістю 6–8 крапель/1 хв. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 30 хв на 6 крапель. Максимальна швидкість введення не має перевищувати 40 крапель/1хв. Критерієм досягнення адекватної пологової діяльності вважається наявність 4–5 маткових скорочень на 10 хв при тривалості скорочень 40–50 с.

Ускладнення стимуляції пологової діяльності. Передозування окситоцину призводить до розвитку гіпертонусу матки, її скорочення набувають характеру судом, погіршується матково-плацентарний кровообіг, розвивається гіпоксія плода; зрос-

тає загроза відшарування плаценти, ризик пологової травми та хірургічного втручання за невідкладними показаннями.

5.5.3. Надмірно сильна пологова діяльність

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

Швидкими вважають пологи, що тривають менше 6 год у першонароджуючих і менше 4 год у повторнонароджуючих, стрімкими – відповідно менше 4 та 2 год. Вони призводять до виникнення травм у матері та плода (глибокі розриви шийки матки, піхви, промежини, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, гіпотонічна кровотеча, розрив пуповини, крововилив у головний мозок дитини, кефалогематоми).

Лікування полягає в немедикаментозному коригуванні сили і частоти переймів. Роділля повинна лежати на боці, протилежну до позиції плода. При розкритті шийки матки менше 6 см та відсутності протипоказань для зменшення інтенсивності пологової діяльності можливе проведення токолізу β_2 -адреноміметиками, які покращують матково-плацентарний кровоток та стан плода.

5.5.4. Дискоординована пологова діяльність

Дискоординована пологова діяльність – порушення координації скорочень різних відділів матки. Клінічна картина характеризується гіпертонусом нижнього сегмента матки, нерегулярними, сильними, різко болючими переймами і нагадує таку при загрозі розриву матки.

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; гі-

пертонус нижнього сегмента матки (зворотний градієнт); судомоподібні перейми (тетанія матки); дисточія шийки матки.

Лікування проводять залежно від причини дискоординації пологової діяльності: пролонгована епідуральна анестезія; проведення токолізу β_2 -адреноміметиками.

На всіх етапах лікування аномалій пологової діяльності має проводитись спостереження за станом плода та здійснюватись немедикаментозна профілактика гіпоксії плода (зміна положення тіла роділлі, регуляція її дихання). У третьому періоді пологів застосовують активну тактику ведення. При наявності протипоказань до корекції пологової діяльності або неефективності медикаментозної корекції аномалій пологової діяльності методом розродження є операція кесаревого розтину.

5.6. Невиношування вагітності

Класифікація невиношування вагітності

I. Спонтанний аборт:

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

II. Передчасні пологи – від 22 до 36 тижнів + 6 днів (154–259 днів).

5.6.1. Спонтанний аборт

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

За стадіями розвитку спонтанного абортів виділяють:

- загрозливий аборт;
- аборт у ході;
- неповний аборт;
- повний аборт.

Крім того, виділяють:

- аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода);
- інфікований аборт;
- звичний аборт (звичний викидень) – визначається як наслідок двох або більше вагітностей, що закінчилися самовільним викиднем.

Загрозливий аборт

Скарги:

- тягнучий біль у нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер;
- скудні або помірні кров'янисті виділення із статевих шляхів;
- затримка менструацій.

Анамнез:

- порушення менструального циклу;
- безпліддя, особливо вилікуване методами допоміжних репродуктивних технологій;
- наявність самовільного переривання попередніх вагітностей;
- провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу.

Огляд у дзеркалах:

- зовнішнє вічко закрите;
- скудні або помірні кров'янисті виділення.

Бімануальне піхвове дослідження:

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

Тактика ведення загрозливого аборту.

Пацієнтка обов'язково має бути проінформована щодо результатів обстеження, прогнозу цієї вагітності та можливих ускладнень, пов'язаних із використанням лікарських препара-

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

За наявності клінічних ознак загрозового абортів 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 поінформована про:

- високу питому вагу хромосомних аномалій у такому терміні вагітності, які є найбільш вірогідною причиною загрози її переривання (причиною 70% спонтанних абортів, які відбуваються в терміні до 12 тижнів, та 30% – що відбуваються в терміні після 12 тижнів, є хромосомні аномалії);
- низьку ефективність будь-якої терапії.

Аборт у ходу

Скарги:

- тягнучий біль у нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер;
- кров'янисті виділення зі статевих шляхів, здебільшого у великій кількості.

Анамнез:

- тривалий біль у нижніх відділах живота з посиленням у динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер;
- провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу.

Огляд у дзеркалах.

- шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите;
- кров'янисті виділення у великій кількості;
- частини плодового яйця у цервікальному каналі;
- підтікання навколоплодових вод (може бути відсутнім у ранні терміни вагітності).

Бімануальне піхвове дослідження для визначення:

- тонусу матки;
- розміру матки;
- ступеня розкриття цервікального каналу.

УЗД за необхідності:

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

Тактика ведення абортів в ході.

Пацієнтка обов'язково має бути проінформована щодо результатів обстеження, прогнозу цієї вагітності, лікувальних заходів, що плануються. Вона повинна дати письмову згоду на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

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 залежно 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 залежно від об'єму крововтрати.

У разі кровотечі під адекватним знеболенням:

– за наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекаючи спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки залежно від об'єму крововтрати;

– за відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

За необхідності та відсутності протипоказань можливе використання утеротоніків:

– для прискорення вигнання продукту запліднення у терміні гестації 16 тижнів та більше – лише окситоцин;

– у разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу для покращення скоротливої спроможності матки вводять окситоцин, ергометрин, мізопростол.

Профілактичне застосування антибіотиків є обов'язковим. Вибір препарату, дози та тривалості застосування має бути визначений індивідуально. Усім резус-негативним жінкам, у яких немає антирезус антитіл, вводять 300 мкг анти-D-імуноглобуліну.

Неповний аборт

Скарги:

- біль різної інтенсивності у нижніх відділах живота;
- кров'янисті виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираження.

Анамнез:

- тягнучий біль у нижніх відділах живота з посиленням у динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер, з часом зменшується;
- експульсія плодового яйця;
- провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу.

Огляд у дзеркалах:

- шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите;
- кров'янисті виділення різного ступеня вираження.

Бімануальне піхвове дослідження:

- матка м'якої консистенції;
- розміри матки менші терміну гестації;
- різний ступінь розкриття шийки матки.

Ультразвукове дослідження: порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плодове яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури.

Тактика ведення неповного аборту.

Пацієнтка обов'язково має бути поінформована щодо результатів обстеження та лікувальних заходів, що плануються. Обов'язковим є отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

У разі неповного аборту обов'язково проводять звільнення матки від залишків ембріональних/плодових тканин із наступним їх патогістологічним дослідженням.

За відсутності абсолютних показань до кюретажу або вакуум-аспірації рекомендується надання пацієнтці можливості вибору методу звільнення матки від залишків плодового яйця: хірургічного або медикаментозного.

Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки – кюретаж або вакуум-аспірація вмісту матки.

Абсолютні показання до застосування хірургічного методу: інтенсивна кровотеча; розширення порожнини матки >50 мм (УЗД); підвищення температури тіла вище 37,5°C.

Кюретаж стінок порожнини матки або вакуум-аспірацію проводять під адекватним знеболенням; паралельно проводять заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати.

Обов'язкове застосування антибіотиків. Вибір препарату, дози та тривалості застосування має бути визначений за індивідуальними клінічними показаннями.

Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки може бути використаний за бажанням жінок, які намагаються уникнути хірургічного втручання та загальної анестезії; ефективність методу – до 96%. Використання медикаментозного методу сприяє достовірному зниженню частоти тазових інфекцій.

Медикаментозний метод може застосовуватися: лише у разі підтвердженого неповного аборту в I триместрі; якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації; лише за умови госпіталізації до медичного закладу, що надає екстрену допомогу цілодобово.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують мізопростол по 800–1200 мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару. Через декілька годин (як правило протягом 3–6 год) після введення мізопростолу починаються маткові скорочення та вигнання залишків плодового яйця.

Жінка залишається для спостереження в умовах стаціонару протягом доби після вигнання і може бути виписана із стаціонару за умови відсутності значної кровотечі й симптомів інфекції, а також можливості негайно звернутися до цього медичного закладу в будь-який час цілодобово. Через 7–10 днів після виписки із стаціонару в амбулаторних умовах проводиться контрольний огляд пацієнтки та УЗД.

Повний аборт

Скарги:

- тягнучий біль різної інтенсивності (але може бути відсутній) у нижніх відділах живота;
- незначні кров'янисті виділення із статевих шляхів (але можуть бути відсутні).

Анамнез:

- тягнучий біль у нижніх відділах живота з посиленням у динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер;
- експульсія плодового яйця;
- провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу.

Огляд у дзеркалах:

- шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите;
- незначні кров'янисті виділення або їх відсутність.

Бімануальне піхвове дослідження:

- матка щільна;
- розміри матки менші за характерні для терміну гестації;
- цервікальний канал закритий, іноді закритий не повністю.

УЗД: порожнина матки <15 мм, цервікальний канал закритий, іноді не повністю, плодове яйце/плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються.

Тактика ведення повного аборт.

За відсутності скарг, кровотечі та плодові 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 тривалості використання має бути визначений за індивідуальними клінічними показаннями.

Аборт, що не відбувся

Припинення розвитку вагітності із затримкою плодових тканин у матці.

Скарги:

- зникнення суб'єктивних ознак вагітності;
- іноді кров'янисті виділення з матки та підвищення температури тіла.

Обстеження та встановлення діагнозу.

Огляд у дзеркалах: шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите.

Бімануальне піхвове дослідження:

- розміри матки менші за характерні для терміну гестації;
- цервікальний канал закритий.

Ультразвукове дослідження:

- 5–6 тижнів: невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації, не візуалізується жовточний мішок, не візуалізується ембріон;
- 7–8 тижнів: відсутність серцевих скорочень ембріона, невідповідність розмірів терміну гестації;
- 9–12 тижнів: відсутність серцевих скорочень та рухів ембріона, невідповідність розмірів матки терміну гестації.

Тактика ведення аборту, що не відбувся.

У разі підтвердження діагнозу в I триместрі вагітності терміново провести евакуацію ембріональних/плодових тканин із порожнини матки хірургічним або медикаментозним шляхом. Перебування плодового яйця/ембріона при вагітності, що не розвивається, у порожнині матки протягом 4 тижнів та більше збільшує ризик коагулопатичних ускладнень, у зв'язку з чим необхідно бути готовими до боротьби з можливою кровотечею (визначити групу крові, резус-фактор, зробити коагулограму).

Індукція скоротливої діяльності при вагітності, що не розвивається, у II триместрі здійснюється шляхом застосування препаратів простагландинів (мізопропростол) або утеротонічних препаратів (окситоцин). Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, доза та тривалість застосування мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Звичне невиношування вагітності

Звичний аборт (звичний викидень) – коли дві або більше вагітностей поспіль закінчилися 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 має бути спрямоване на виявлення можливих причин невиношування для виключення розладів у будь-якій системі або органі спостережуваної жінки. Найчастіші причини невиношування вагітності: хромосомні аномалії, антифосфоліпідний синдром, будь-яка тяжка інфекція у матері (особливо TORCH-групи), гормональний дисбаланс (у першу чергу – недостатність лютеїнової фази менструального циклу), істміко-цервікальна недостатність.

У разі встановлення етіологічного фактора невиношування проводять етіопатогенетичне лікування, спрямоване на усунення патології, що лежить в основі переривання вагітності. З метою лікування звичного невиношування вагітності необхідно застосовувати лише заходи з доведеною ефективністю.

Прегравідарна підготовка жінок із невиношуванням вагітності включає наступні заходи:

- відмова від паління та вживання алкоголю;
- виключення впливу факторів шкідливого промислового виробництва;
- уникнення психоемоційних перенавантажень та стресів;
- оздоровлення жінки та лікування хронічних захворювань;
- нормалізація режиму праці та відпочинку;
- раціональне харчування;
- регулярні фізичні навантаження (ранкова гімнастика, плавання, прогулянки тощо);
- санація вогнищ хронічної інфекції (тонзиліт, гайморит, пієлонефрит тощо);
- нормалізація маси тіла;
- лікування хронічних екстрагенітальних захворювань.

5.6.2. Передчасні пологи

Передчасні пологи – це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода вагою більше 500 г у терміні вагітності з 22 до 37 тижнів.

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення передчасних пологів у спеціалізованих акушерських стаціонарах (перинатальних центрах), у яких є умови для проведення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених.

Ведення загрози передчасних пологів.

До 34 тижнів вагітності при відкритті шийки матки менш ніж на 3 см, відсутності амніоніту, прееклампсії, кровотечі, відсутності страждання плода проводиться токоліз β -міметиками. Через 2 год після початку токолізу підтвердити діагноз передчасних пологів констатацією згладжування чи розкриття шийки матки. Якщо передчасні пологи прогресують – токоліз відмінюється. Далі пологи ведуться за партограмою.

Проводиться профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода: при зазрозі передчасних пологів – в/м введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 год, на курс – 24 мг; чи бетаметазону по 12 мг кожні 24 год, на курс – 24 мг.

Призначення інтранатальної антибактеріальної терапії проводиться при наявності ознак інфекції.

Принципи ведення передчасних пологів:

- оцінка ступеня прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології;
- визначення плану ведення пологів та поінформоване узгодження його із жінкою;
- контроль за станом матері та плода у пологах із веденням партограми;
- профілактика респіраторного дистрес-синдрому до 34 тижнів вагітності;
- знеболювання пологів за показаннями;
- оцінка стану дитини, підтримка теплового ланцюжка, спільне перебування матері та дитини з перших годин після народження.

Спостереження та допомога породіллі в пологах

З метою динамічного спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода, а також своєчасної профілактики

можливих ускладнень у пологах використовується запис партограми.

Особливістю перебігу передчасних пологів є тенденція до збільшення швидкості розкриття шийки матки, яка у латентній фазі складає 0,8 см/год; а в активній фазі – 3,5 см/год.

При передчасних пологах II період пологів ведеться у присутності неонатолога, якому дитина передається після народження.

Ведення III періоду пологів – як і при нормальних пологах (бажано застосовувати активну тактику ведення).

Ранній післяпологовий період передбачає: огляд пологових шляхів у дзеркалах, відновлення цілісності промежини у разі проведеної епізіотомії або перінеотомії безперервним або окремими швами полігліколевою ниткою, спостереження за загальним станом матері, скорочувальною функцією матки та кількістю кров'яних виділень кожні 15 хв протягом 2-х год після пологів у пологовій залі й у наступні 2 год у післяпологовій палаті.

5.7. Переношування вагітності

Вагітністю, що переношується, слід вважати вагітність, яка продовжується більше 42 повних тижнів (294 доби або більше) від першого дня останнього нормального менструального циклу. Частота переношування вагітності коливається від 4 до 14%. Пологи, що відбулися після 42 повних тижнів вагітності (на 294 добу або пізніше), називаються **запізнілими пологами**.

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

Переношений новонароджений – дитина, яка народилася після 42 повних тижнів вагітності (294 доби або пізніше) і має такі ознаки:

- підвищена щільність кісток черепа;
- звуження швів і тім'ячок;

- 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 носа.

Характерні зміни посліду при переношеній вагітності:

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

Діагностика переношеної вагітності:

- розрахунок терміну вагітності за даними анамнезу, УЗД та ін.;
- відсутність збільшення маси тіла вагітної або її зменшення більше, ніж на 1 кг;
- зменшення окружності живота на 5–10 см, що пов'язане з виникненням маловоддя;
- наявність меконію в навколоплодових 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 перенується, за даними УЗД, є:

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

Тактика ведення переношеної вагітності.

Госпіталізацію вагітних, що переношують, бажано проводити до стаціонарів III рівня надання акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги.

Для попередження переношування вагітності доцільна госпіталізація в терміні 41 тиждень, що надає можливість своєчасно визначити об'єм необхідних заходів щодо підготовки пологових шляхів до пологів.

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

При задовільному стані плода і відсутності ознак переношування вагітності, рекомендована очікувальна тактика. При появі перших ознак переношування показана підготовка пологових шляхів із подальшою індукцією пологової діяльності.

Підготовку шийки матки до індукції пологів після 41 тижня вагітності проводять одним із наступних методів:

- медикаментозний метод:
 - простагландини E1 або E2, які застосовуються за наявності обов'язкової реєстрації цих засобів для використання в акушерській практиці;
- немедикаментозний метод:
 - ламінарії, які використовуються під час оцінки ступеня зрілості шийки матки за шкалою Бішопа менш ніж 5 балів. У цервікальний канал вводиться від 1 до 5 ламінарій на 24 год з подальшою оцінкою стану шийки матки. За необхідності процедуру можна повторити.

Показання та умови до індукції пологової діяльності:

- термін вагітності 42 тижні й 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 таза матері;
- відсутність плодового міхура (амніотомія);
- згода вагітної.

Методи індукції пологів:

- пальцеве відшарування нижнього полюса плодового міхура;
- амніотомія;
- крапельне внутрішньовенне введення розчину окситоцину.

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

Рекомендації до проведення індукції пологів:

- індукцію слід починати з 6 до 8 год ранку;
- провести амніотомію;
- оцінити якість і кількість навколоплодових вод;
- вести партограму з моменту проведення амніотомії;
- очікувальна тактика близько 2–3 год, вільна поведінка пацієнтки, психопрофілактика;
- за відсутності пологової діяльності після 2–3 год безводного періоду – розпочати крапельне внутрішньовенне введення окситоцину за загальноприйнятою схемою.

Критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності без гіперстимуляції матки вважається наявність 4–5 маткових скорочень за 10 хв при тривалості скорочень 40–50 с. Родопосилення проводиться зі спостереженням за станом плода. За відсутності ефекту протягом 6 год слід переглянути план ведення пологів та завершити їх операцією кесаревого розтину.

З метою профілактики кровотечі III період пологів ведеться активно згідно протоколу нормальних пологів.

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

При встановленому діагнозі вагітності в терміні 42 та більше тижнів, неефективності попередніх заходів із підготовки шийки матки до розродження та незадовільному стані плода показано оперативне розродження шляхом операції кесаревого розтину.

Контрольні питання

1. Класифікація тазових передлежань.
2. Особливості ведення пологів при тазових передлежаннях.
3. Профілактика ускладнень при тазових передлежаннях.
4. Методи надання допомоги при тазових передлежаннях.
5. Визначення поняття "багатоплідна вагітність". Діагностика багатоплідної вагітності.
6. Акушерська тактика при багатоплідній вагітності.
7. Визначення поняття "аномалії пологової діяльності".
8. Класифікація аномалій пологової діяльності.
9. Клініка, діагностика і лікування аномалій пологової діяльності.
10. Визначення понять "великий" і "велетенський" плід.
11. Особливості перебігу вагітності великим плодом.
12. Ускладнення, можливі під час пологів великим плодом.
13. Визначення понять "анатомічно звужений" та "клінічно вузький" таз.
14. Як діагностувати невідповідність розмірів голівки плода і таза матері?
15. Розкрийте суть понять "невиношування вагітності", "самовільний аборт", "передчасні пологи".
16. Причини невиношування вагітності. Класифікація самовільних абортів.
17. Клініка, методи діагностики і ведення загрозового абортів та абортів в ході.
18. Клініка, діагностика та ведення неповного абортів та абортів, що не відбувся.
19. Визначення поняття "передчасні пологи". Особливості ведення передчасних пологів.
20. Визначення поняття "переношена вагітність". Акушерська тактика при переношуванні вагітності.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Повторнонароджуюча жінка прибула в пологове відділення у зв'язку з вагітністю 40 тижнів та початком пологової діяльності 5 год тому. Води відійшли 2 год тому. Положення плода повздовжнє, головне передлежання. ОЖ – 100 см, ВДМ – 42 см. Перейми через 4–5 хв по 25 с. При внутрішньому акушерському обстеженні: шийка матки не повністю згладжена, відкриття – 2–3 см. Плодового міхура немає. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Яке ускладнення виникло в пологах?

- А** – вторинна слабкість пологової діяльності;
- В** – передчасне відходження навколоплодових вод;
- С** – первинна слабкість пологової діяльності;
- Д** – дискоординувана пологова діяльність;
- Е** – клінічно вузький таз.

Задача 2.

У першонароджуючої жінки 22 років після відходження вод з'явилися безперервні, дуже болючі перейми. Об'єктивно: розміри таза 25–28–31–21 см, передбачувана маса плода – 3800 г. Матка постійно в тонусі, контракційне кільце на 6 пальців вище лона. Нижній сегмент матки болючий. Відмічається набряк піхви та зовнішніх статевих органів. Вагінально: шийка матки відкрита повністю, плодового міхура немає, голова плода притиснута до входу в малий таз, сагітальний шов у прямому розмірі, ведуча точка – велике тім'ячко. Серцебиття плода – 136 уд./хв. Якою має бути тактика лікаря?

- А** – виключити пологову діяльність та зробити кесарів розтин;
- В** – виключити пологову діяльність, зробити комбінований поворот плода на ніжку з наступною його екстракцією;
- С** – виключити пологову діяльність та зробити плодоруйнівну операцію;
- Д** – виключити пологову діяльність та провести вакуум-екстракцію плода;
- Е** – виключити пологову діяльність та накласти акушерські лещата.

Задача 3.

Першонароджуюча, 40 тижнів вагітності, скаржиться на переймоподібний нерегулярний біль, що турбує протягом другої доби, вночі не спала. Голівка плода над площиною входу в малий таз, води цілі. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки довжиною більше 2 см, зовнішнє вічко закрите. Поставте діагноз.

- A** – передвісники пологів;
- B** – первинна слабкість пологової діяльності;
- C** – вторинна слабкість пологової діяльності;
- D** – патологічний преліментарний період;
- E** – преліментарний період.

Задача 4.

Під час термінових пологів двійнею після народження першої дитини масою 2800 г відійшли навколоплодові води. В процесі вагінального дослідження в піхві знайдено пульсуючу пуповину другого плода. Голівка плода нещільно притиснута до термінальної лінії, легко відштовхується. Спроби запровадити пуповину невдалі. Серцебиття плода – 160 уд./хв. Передбачувана маса плода – 2500 г. Яка має бути тактика лікаря?

- A** – зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку з наступним його вилученням;
- B** – операція кесаревого розтину;
- C** – вакуум-екстракція плода;
- D** – накладати акушерські лещата;
- E** – лікувати гіпоксію плода і пологи вести консервативно.

Задача 5.

Доношена вагітність, двійня. 5 хв тому народився перший плід у головному передлежанні. При піхвовому дослідженні – плодовий міхур другого плода цілий. Передлежать ніжки другого плода, серцебиття плода приглушене – 180 уд./хв. Якими повинні бути дії лікаря?

- A** – накладання акушерських лещат;
- B** – амніотомія, вилучення плода за ніжку;
- C** – ведення пологів за Цов'яновим;

D – зовнішній поворот плода на голівку;

E – лікування гіпоксії плода.

Задача 6.

Повторновагітна 28 років поступила в пологовий будинок через 6 год після початку пологової діяльності. Розміри таза – 26–28–31–21 см. Положення плода поздовжнє, сідничне передлежання. Передбачувана вага плода – 3000 г. Серцебиття плода – 170 уд./хв. Піхва ємна, відкриття повне, плодового міхура немає. Сідниці виповнюють 1/3 крижової западини. Спереду сідниць визначається петля пульсуючої пуповини. Яка тактика ведення пологів?

A – вилучення плода за паховий згин;

B – кесарів розтин;

C – накладання акушерських лещат;

D – лікування гіпоксії;

E – спонтанне ведення пологів.

Задача 7.

Роділля в терміні вагітності 39–40 тижнів. Положення плода повздовжнє. Перший період пологів. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, розкрита до 5 см. Плодовий міхур цілий. Через піхву визначаються сідниці й поруч із ними ступні ніжок плода. Поставте діагноз.

A – колінне передлежання;

B – неповне сідничне передлежання;

C – повне ножне передлежання;

D – неповне ножне передлежання;

E – повне сідничне передлежання.

Задача 8.

Жінка 19 років знаходиться у відділенні патології вагітності з приводу вагітності 36 тижнів, тазового передлежання, крупного плода, тяжкої форми цукрового діабету. На КТГ у плода зареєстрована брадикардія до 90 уд./хв та глибокі децелерації. Пологової діяльності немає. Шийка матки закрита. Яка тактика стосовно даної жінки?

- A** – екстрений кесарів розтин;
- B** – розродження через природні пологові шляхи;
- C** – родостимуляція;
- D** – виведення плода за тазовий кінець;
- E** – продовження вагітності.

Задача 9.

Роділля 30 років знаходиться в пологах 10 год. Перейми через 5–6 хв по 30 с. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття маткового вічка – 4 см, плодовий міхур цілий, передлежать сідниці, притиснуті до входу в малий таз. В анамнезі: лікувалася з приводу безпліддя. Передбачувана маса плода – 3800 г. Яка тактика ведення пологів?

- A** – ввести спазмолітики та підключити в/в родопідсилюючу суміш;
- B** – розітнути плодовий міхур та підключити в/в родопідсилюючу суміш;
- C** – спостерігати за перебігом пологів;
- D** – зробити кесарів розтин;
- E** – надати медикаментозний сон-відпочинок.

Задача 10.

Другий період пологів. Змішане сідничне передлежання, передній вид. Передбачувана маса плода – 3200 г. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд./хв. Розміри таза – 25–28–31–21 см. Яка найбільш раціональна тактика ведення пологів?

- A** – кесарів розтин;
- B** – класична ручна допомога;
- C** – спостереження;
- D** – екстракція плода за тазовий кінець;
- E** – поворот плода на голівку.

РОЗДІЛ 6

ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ВАГІТНОСТІ. ПРЕЕКЛАМПСІЯ. ЕКЛАМПСІЯ

6.1. Гіпертензивні розлади при вагітності

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 з інтервалом не менше 4 год або підвищення артеріального тиску до 160/110 мм рт. ст. одноразово.

У 2000 р. Міжнародне товариство з вивчення гіпертензії у вагітних (ISSHP) розробило класифікацію цих станів, якою користуються нині.

Класифікація гіпертензивних станів у вагітних (ISSHP, 2000 р.):

- Хронічна гіпертензія.
- Гестаційна гіпертензія.
- Прееклампсія/еклампсія:
 - легка прееклампсія;
 - прееклампсія середньої тяжкості;
 - тяжка прееклампсія;
 - еклампсія.
- Поєднана прееклампсія.
- Гіпертензія неуточнена.

Хронічна гіпертензія – гіпертензія, що спостерігалася до вагітності або виникла до 20 тижнів вагітності.

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

Прееклампсія – гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності, у поєднанні з протеїнурією (вміст білка у середній порції сечі, зібраній двічі з інтервалом 4 год, – 0,3 г/л, або екскреція білка – 0,3 г на добу чи більше).

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

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

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

Гіпертензію, пов'язану з вагітністю, оцінюють за рівнем діастолічного тиску, який достовірно характеризує периферичний судинний опір і менше залежить від емоційного стану жінки, ніж систолічний.

Детально питання хронічної артеріальної гіпертензії у вагітних викладені в розділі 8 "Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях" (підрозділ 8.1.3. "Артеріальна гіпертензія у вагітних").

6.2. Прееклампсія

Прееклампсія – це комплекс патологічних змін, що з'являються після 20-го тижня вагітності внаслідок порушення адаптації організму жінки до прогресуючої вагітності та реалізуються через розвиток перфузійних розладів із виникненням поліорганної і полісистемної недостатності. В разі переважання в клінічній картині зниження кровопостачання головного мозку виникає еклампсія – судомний синдром та кома.

Частота прееклампсії коливається від 7% до 16% серед усіх вагітних. У цього контингенту хворих підвищена частота материнської та перинатальної захворюваності й смертності.

6.2.1. Етіопатогенез преєклампсії

Преєклампсія виникає тільки за наявності вагітності, в розвитку її бере участь багато факторів ризику: захворювання життєво важливих органів і систем, обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, професійні та побутові шкідливі фактори, ускладнений перебіг даної вагітності.

Важлива роль у механізмі формування преєклампсії належить:

- зниженню плацентарного кровообігу, що виникає з ранніх термінів вагітності внаслідок порушення кровотоку в спіральних артеріолах матки;
- дисфункції ендотелію судин, пов'язаної з порушенням процесів трофобластичної трансформації спіральних артеріол матки та/або з аутоімунними порушеннями.

Основні ланки патогенезу преєклампсії:

- пошкодження ендотелію судин із порушенням регуляції судинного тонуусу з переважанням дії вазопресорів;
- генералізований судинний спазм та збільшення проникності судинної стінки;
- перехід води та солей у міжклітинний простір із зниженням об'єму циркулюючої плазми та розвитком гіповолемії;
- зменшення венозного повернення крові до серця із зниженням серцевого викиду;
- зростання загального периферичного опору судин та артеріального тиску;
- збільшення коагуляційного потенціалу крові, розвиток ДВЗ-синдрому;
- як результат дії всіх цих факторів – гіперфузія органів, тотальна тканинна гіпоксія з подальшим розвитком поліорганної та полісистемної недостатності.

Максимально патогенетичні зміни проявляються при найнебезпечнішому ускладненні преєклампсії – **HELLP-синдромі** (Hemolysis – мікроангіопатична гемолітична анемія, Elevation of Liver enzy-

mes – підвищена концентрація ферментів печінки в плазмі крові, Low Platelet count – зниження рівня тромбоцитів). Патолофізіологічні зміни при HELLP-синдромі відбуваються переважно в печінці. Сегментний вазоспазм призводить до порушення кровотоку в печінці, її набряку з розтягненням глісонової капсули, масовим руйнуванням гепатоцитів, що обумовлює підвищення концентрації печінкових ферментів у крові. Гемоліз та тромбоцитопенія виникають як наслідок пошкодження ендотелію в змінених судинах. Прогресує ендотеліальна дисфункція та внутрішньосудинна активація системи гемостазу, швидко розвивається ДВЗ-синдром і маткова кровотеча.

6.2.2. Клініка і діагностика преєклампсії

Діагноз "преєклампсія" встановлюють при вагітності, термін якої перевищує 20 тижнів, за наявності гіпертензії (діастолічний тиск більше 90 мм рт. ст.) у поєднанні з протеїнурією (білок у добовій сечі – 0,3 г/добу та більше) та/або генералізованими набряками (збільшення маси тіла вагітної більше 900,0 г за тиждень чи 3 кг за місяць), частіше за наявності всіх трьох ознак (табл. 6.1). Поєднана преєклампсія розвивається на тлі екстрагенітальної патології.

Таблиця 6.1

Діагностичні критерії тяжкості преєклампсії/еклампсії

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт. ст.	Протеїнурія, г/добу	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка преєклампсія	90–99	<0,3	–
Преєклампсія середньої тяжкості	100–109	0,3–5,0	набряки на обличчі, руках, інколи головний біль
Тяжка преєклампсія	>110	>5,0	набряки генералізовані, значні, головний біль, порушення зору, біль в епігастрії та/або в правому підбер'ї, гіперрефлексія, олігурія (< 500 мл/добу), тромбоцитопенія (< 80×10^9 /л),

Продовження таблиці 6.1

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт. ст.	Протеїнурія, г/добу	Інші ознаки
Еклампсія	>90	>0,3	судомний напад (один чи більше)

З метою моніторингу стану вагітних із групи ризику щодо розвитку преєклампсії необхідно проводити скринінгові тести (контроль маси тіла, контроль АТ, дослідження кількості тромбоцитів, дослідження сечі на вміст білка, біохімічні дослідження – табл. 6.2) 1 раз на 2 тижні з 20 до 28 тижня та щотижнево після 28 тижня вагітності.

Таблиця 6.2

Додаткові клініко-лабораторні критерії преєклампсії

Ознаки	Легка преєклампсія	Преєклампсія середньої тяжкості	Тяжка преєклампсія
Сечова кислота, ммоль/л	< 0,35	0,35–0,45	> 0,45
Сечовина, ммоль/л	< 4,5	4,5–8,0	> 8,0
Креатинін, мкмоль/л	< 75	75–120	> 120 або олігурія
Тромбоцити, 10 ⁹ /л	> 150	80–150	< 80

6.2.3. Тактика ведення та лікування пацієнток із преєклампсією

6.2.3.1. Легка преєклампсія

Якщо стан вагітної відповідає критеріям легкої преєклампсії, в терміні вагітності до 37 тижнів можливий нагляд у жіночій консультації, в умовах стаціонару денного перебування.

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

Необхідне лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемо-

глобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ, визначення стану плода.

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 очікувальна. Пологи ведуть згідно акушерської ситуації.

6.2.3.2. Прееклампсія середньої тяжкості

При терміні гестації 37 тижнів і більше – планова госпіталізація вагітної у стаціонар II рівня для розродження. При терміні вагітності менше 37 тижнів, прогресуванні прееклампсії або порушенні стану плода – госпіталізація вагітної у стаціонар III рівня.

Первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ, загальний аналіз сечі, визначення добової протеїнурії, креатиніну, сечовини 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.

Лікування:

- при діастолічному АТ > 100 мм рт. ст. призначають гіпотензивні препарати (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);
- у термін вагітності до 34 тижнів призначають кортикостероїди для профілактики респіраторного дистрес-синдрому – дексаметазон по 6 мг через 12 год, чотири рази впродовж 2 діб;

- у разі погіршення загального стану вагітної, постійно високих показниках АТ на рівні максимальних, характерних для преєклампсії середнього ступеня тяжкості, показано проведення магnezіальної терапії для профілактики судом.

Розродження.

Метод розродження у будь-який термін гестації визначається готовністю пологових шляхів та станом плода. Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять родозбудження та пологи ведуть через природні пологові шляхи. За умови неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландинами проводять операцію кесаревого розтину.

6.2.3.3. Тяжка преєклампсія

Вагітну госпіталізують до стаціонару ІІІ рівня для лікування та розродження протягом найближчих 24 год. Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу. Негайні консультації терапевта, невропатолога, окуліста.

Лабораторне обстеження – як при преєклампсії середньої тяжкості.

Ретельне динамічне спостереження:

- контроль АТ – щогодини;
- аналіз сечі – кожні 4 год;
- контроль погодинного діурезу;
- гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, функціональні печінкові проби, креатинін плазми – щодоби;
- моніторинг стану плода.

Лікування тяжкої преєклампсії.

- Суворий ліжковий режим.
- Катетеризують периферичну вену для тривалої інфузійної терапії, для контролю ЦВТ – центральну вену, для контролю погодинного діурезу – сечовий міхур.

- У терміні вагітності до 34 тижнів – кортикостероїди для профілактики РДС у прискороному режимі – бетаметазон по 12 мг через 12 год.
- *Антигіпертензивна терапія.* Зниження АТ має на меті попередження гіпертензивної енцефалопатії та мозкових крововиливів. Слід 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. З антигіпертензивних препаратів застосовують: метилдофу – 1,0–3,0 г на добу (препарат вибору), ніфедипін – 10 мг під язик, лабеталол – внутрішньовенно – 10 мг, клонідин – 0,5–1 мл 0,01% розчину внутрішньовенно чи внутрішньом'язово 4–6 разів на день, *гідралазин* – 20 мг (1 мл) внутрішньовенно.
- Слід уникати застосування сечогінних, крім випадків набряку легень або ниркової недостатності.
- *Магnezіальна терапія.* Сульфат магнію використовують як антиконвульсант з одночасною антигіпертензивною дією для профілактики та лікування судом. Магnezіальна терапія – це болюсне в/в введення 4 г сухої речовини сульфату магнію у вигляді 16 мл 25% розчину з подальшою безперервною внутрішньовенною інфузією зі швидкістю, яка визначається станом хворої (стандартно використовують 1 г сухої речовини сульфату магнію на годину). Магnezіальну терапію починають із моменту госпіталізації, якщо діастолічний АТ > 110 мм рт. ст. Контролюють ознаки магnezіальної інтоксикації (зниження колінних рефлексів, зменшення частоти дихання < 14 за хв).
- *Діазепам* – 10 мг (2 мл 0,5% розчину) внутрішньовенно протягом 2 хв в 10 мл 0,9% розчину хлориду натрію. Якщо судоми відновились або не припинилися – повторити стартову дозу.
- *Інфузійна терапія.* Умовою адекватної інфузійної терапії є суворий контроль об'єму введеної і випитої рідини та

діурезу. Діурез має бути не менше 50 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 витрат (крововтрата тощо). Препаратами вибору інфузійної терапії до моменту розродження є ізотонічні сольові розчини, для відновлення ОЦК – плазмозамінники (6% або 10% розчини гідроксиетилкрохмалю), які слід вводити разом із кристалоїдами у співвідношенні 2:1.

Тактика розродження.

Тактика ведення жінки активна з розродженням у найближчі 24 год із моменту встановлення діагнозу незалежно від терміну вагітності. Розродження проводять з урахуванням акушерської ситуації.

Перевагу віддають пологам через природні пологові шляхи з адекватним знеболенням (епідуральна анестезія або інгаляція закисом азоту). За умови готових пологових шляхів проводять амніотомію з наступним призначенням родозбудження окситоцином. При погіршенні стану вагітної або плода у другому періоді пологів накладають акушерські лежачки або проводять вакуум-екстракцію плода. У третьому періоді пологів – утеротонічна терапія з метою профілактики кровотечі (окситоцин внутрішньовенно крапельно).

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

Після пологів лікування прееклампсії продовжують залежно від стану жінки, клінічної симптоматики та лабораторних показників. Необхідні моніторинг АТ й антигіпертензивна терапія. Дози антигіпертензивних препаратів поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 год після пологів. Магnezіальна терапія триває не менше 24–48 год після пологів.

6.3. Еклампсія

Еклампсія – це напад генералізованих тоніко-клонічних судом, що виникає в жінки з прееклампсією, внаслідок різкого погіршення кровопостачання головного мозку.

Про високий ризик розвитку еклампсії свідчать: сильний головний біль, висока гіпертензія (діастолічний АТ > 110 мм рт. ст.), нудота, блювання, порушення зору, біль у правому підребер'ї та/або епігастральній ділянці.

Напади судом приєднуються до існуючих симптомів прееклампсії. Кожен напад еклампсії триває 1–2 хв і складається з наступних послідовних періодів:

- *передсудомний період* – триває 20–30 с. З'являються дрібні посмикування м'язів обличчя, повіки закриваються, видно тільки білки очей, кути рота опускаються, хвора ще дихає;
- *період тонічних судом* – триває 20–30 с. Відбуваються тетанічні скорочення м'язів усього тіла, тулуб напружується, дихання припиняється, шкірні покриви жінки стають синюшного кольору. Ці судоми найбільш небезпечні для матері та плода через різке підвищення артеріального тиску;
- *період клонічних судом* – триває 20–30 с. Виникають бурхливі судомні скорочення м'язів обличчя, тулуба та кінцівок, які безперервно йдуть одне за одним і поширюються по тілу зверху вниз. Поступово судоми припиняються, з'являється хрипке дихання, з рота виділяється піна, забарвлена кров'ю через прикушування язика;
- *період завершення нападу* – тривалість його різна, іноді – години. Хвора перебуває в коматозному стані, свідомість повертається повільно, про напад не пам'ятає. Часто ще в комі знову починаються судоми. Через глибокі порушення функцій центральної нервової системи значно підвищується її збудливість, тому всі подразники (біль, шум,

яскраве світло та ін.) можуть спровокувати новий напад. Викликані порушеннями мозкового кровообігу набряк, крововиливи в мозок та його оболонки можуть бути причинами смерті жінки. Без відповідної допомоги під час нападу виникають пошкодження: прикушування язика, забиття тіла, переломи кісток.

Головна мета екстреної допомоги:

- припинення судом;
- відновлення прохідності дихальних шляхів.

Завдання інтенсивної терапії після ліквідації судом:

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

Перша допомога при розвитку нападу еклампсії

Лікування у випадку нападу судом починається на місці. Госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Хвору вкладають на рівну поверхню в положенні на лівому боці, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи їй рота і висуваючи вперед нижню щелепу, паралельно евакуюють вміст ротової порожнини. За умови розвитку тривалого апное негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судоми повторюються або хвора залишається у стані коми, пацієнтку переводять на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції.

Паралельно відновленню адекватного газообміну здійснюють катетеризацію периферичної вени та починають введення протисудомних препаратів (сульфат магнію – болюс 4 г протягом 5 хв внутрішньовенно, потім підтримуюча терапія 1–2 г/год) під ретельним контролем АТ і ЧСС. Катетеризують сечовий міхур. Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські мані-

пуляції) проводять під загальною анестезією. Після ліквідації судом проводять корекцію метаболічних порушень, водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану, білкового обміну. Основні принципи інтенсивного лікування еклампсії відповідають таким при тяжкій прееклампсії (підрозділ 6.2.3.3). Проводять обстеження невропатолог та окуліст. 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.

Розродження здійснюється терміново. Якщо акушерська ситуація не дозволяє провести негайне розродження через природні пологові шляхи, виконують операцію кесарів розтин. Розродження проводять відразу після ліквідації нападу судом на фоні постійного введення сульфату магнію та антигіпертензивної терапії. Після закінчення оперативного втручання ШВЛ продовжують до стабілізації стану пацієнтки. Подальше лікування продовжують відповідно до стану породіллі. Магнєзіальна терапія має тривати ще не менше 48 год.

У випадку збереження гіпертензії протягом 3 тижнів після пологів жінку госпіталізують до терапевтичного стаціонару. Тривалість диспансерного нагляду після перенесеної тяжкої прееклампсії чи еклампсії – 1 рік.

Об'єм і терміни обстеження при диспансерному спостереженні:

- 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;
- самостійний щоденний контроль АТ протягом року;
- допомога психолога, оскільки тяжкі ускладнення вагітності часто призводять до стресового розладу.

6.4. Роль жіночої консультації у профілактиці гестозу

1. Формування груп ризику за виникненням преєклампсії серед жінок фертильного віку, які ще не виконали своїх репродуктивних планів.

2. Планування зачаття жінкам із ризиком розвитку преєклампсії так, щоб розвиток вагітності припадав на літньо-осінній період.

3. Ретельне диспансерне спостереження за жінками групи ризику акушером-гінекологом та, за необхідності, – профільними спеціалістами (неврологом, кардіологом, нефрологом та ін.).

4. Усунення негативних емоцій у побуті й на виробництві. Доцільна релаксуюча фітотерапія (валеріана, пустирник, брусниця, глід, шипшина).

5. З настанням вагітності у жінок групи ризику проводити їм профілактику виникнення преєклампсії призначенням антиагрегантів та препаратів кальцію.

Антиагрегантна терапія (низькі дози ацетилсаліцилової кислоти – 60–100 мг/добу, починаючи із 16 тижнів вагітності) знижує ризик виникнення преєклампсії на 15–40% та зменшує неонатальну смертність на 16%. Вживання кальцію у дозі 2 г/добу, у порівнянні з плацебо, супроводжується достовірним зниженням ризику підвищеного артеріального тиску та преєклампсії на 30%.

Контрольні питання

1. Класифікація гіпертензивних розладів під час вагітності.
2. Дайте визначення поняттю "преєклампсія"?
3. Які існують фактори ризику виникнення преєклампсії?
4. Етіопатогенез преєклампсії.
5. На підставі яких симптомів ставиться діагноз преєклампсія?
6. Класифікація преєклампсії.
7. Тактика ведення вагітних залежно від ступеня тяжкості захворювання.
8. Лікування вагітних із преєклампсією.
9. Ознаки еклампсії.
10. Послідовність розвитку нападу еклампсії.
11. Невідкладна допомога при еклампсії.

12. Лікування вагітних з еклампсією.
13. Акушерська тактика у вагітних із прееклампсією/еклампсією.
14. Профілактика пізнього гестозу.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Вагітна 35 років у терміні 35 тижнів, скаржиться на головний біль, підвищення АТ до 160/100 мм рт. ст. Аналіз сечі в нормі. Набряків немає. Із 16 років відмічає підвищення артеріального тиску. Поставте діагноз.

- A** – гіпертонічна хвороба;
- B** – прееклампсія легкого ступеня;
- C** – прееклампсія середнього ступеня;
- D** – епілепсія;
- E** – астено-невротичний синдром.

Задача 2.

Вагітна К. 29 років, 30 тижнів вагітності, поступила із скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, порушення зору, набряки. Об'єктивно: загальний стан тяжкий, бліда, АТ – 200/140 мм рт. ст., виражені набряки. Сеча при кип'ятінні мутна. Поставте діагноз?

- A** – напад еклампсії;
- B** – гіпертонічний криз;
- C** – гіпертензія вагітних;
- D** – тяжка прееклампсія;
- E** – легка прееклампсія.

Задача 3.

Вагітна 32 років, 36 тижнів гестації, доставлена швидкою допомогою зі скаргами на біль у животі, кров'янисті скудні виділення зі статевих шляхів, бліда, набряки гомілок та рук, білок у сечі – 0,9 г/л, АТ – 150/100 мм рт. ст., серцебиття плода – 100 уд./хв, при УЗД – відшарування 1/3 плаценти. Яка патологія призвела до відшарування плаценти?

- A** – передчасні пологи;
- B** – артеріальна гіпертензія;
- C** – прееклампсія;
- D** – гломерулонефрит;
- E** – набряки вагітних.

Задача 4.

Роділлі 23 роки, пологи перші, 39 тижнів вагітності. Перейми почались 8 год тому. Перейми кожні 5 хв по 40 с. Скарги на головний біль, погіршення зору, набряки кінцівок, передньої черевної стінки. АТ – 170/110 мм. рт. ст. У жінки виникли судоми із втратою свідомості. Який діагноз найбільш імовірний?

- A** – гіпертонічний криз;
- B** – еклампсія;
- C** – HELLP-синдром;
- D** – гіперглікемічна кома;
- E** – епілепсія.

Задача 5.

У хворої 25 років на 32-му тижні вагітності протягом доби спостерігалися головний біль, нудота, сонливість. Дві години тому дома з'явилася міофібриляція в області обличчя та шиї, 30 хв тому розвинувся напад генералізованих тонічних судом. Судомний синдром у минулому рідні заперечують. Об'єктивно: стан тяжкий, кома I ступеня, дихання шумне, ритмічне, частота – 30/хв. Спостерігаються повторні генералізовані тоніко-клонічні судоми з апноє до 30 с. Поставте діагноз.

- A** – істеричний припадок;
- B** – прееклампсія;
- C** – епілептичний статус;
- D** – серія епіприпадків;
- E** – еклампсія.

Задача 6.

Вагітна 23 років, 30 тижнів вагітності, скаржиться на набряки, підвищення АТ до 190/120 мм рт. ст., головний біль. У загальному аналізі сечі протеїнурія – 2,0 г/л. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A** – гіпертонічна хвороба;
- B** – пієлонефрит;
- C** – еклампсія;
- D** – тяжка прееклампсія;
- E** – гломерулонефрит.

Задача 7.

У вагітної 26 років у терміні вагітності 37 тижнів протягом 2-х хв розвинулися тонічні судоми, що поширюються з голови, шиї та рук на тулуб та ноги. Дихання відсутнє. АТ – 160/110 мм рт. ст., пульс – 106 уд./хв. Зіниці розширені, шкіра і слизові – ціанотичні. Поставте діагноз.

- A** – менінгіт;
- B** – прееклампсія;
- C** – еклампсія;
- D** – геморагічний інсульт;
- E** – епілепсія.

Задача 8.

Вагітна 28 років доставлена бригадою невідкладної допомоги до пологового будинку зі скаргами на головний біль, нудоту, відчуття закладеності носа. Термін гестації – 39–40 тижнів. АТ – 170/110 мм рт. ст. Генералізовані набряки. Протеїнурія – 4,6 г/л. Який вірогідний діагноз?

- A** – прееклампсія тяжкого ступеня;
- B** – прееклампсія середнього ступеня;
- C** – прееклампсія легкого ступеня;
- D** – еклампсія;
- E** – гіпертонічна хвороба.

Задача 9.

Жінка 19 років у терміні вагітності 30 тижнів скаржиться на головний біль, мерехтіння мушок перед очима. Об'єктивно: генералізовані набряки. АТ – 190/110 мм рт. ст., протеїнурія – 4,0 г/л. Гіпотрофія плода. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A** – прееклампсія легкого ступеня;
- B** – гіпертонічна хвороба;
- C** – прееклампсія тяжкого ступеня;
- D** – еклампсія;
- E** – поєднаний гестоз.

Задача 10.

Вагітна 24 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на набряки гомілок і передньої черевної стінки. АТ – 140/90 мм рт. ст. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Серцебиття плода – 130 уд./хв. У сечі протеїнурія – 0,3 г/л. Яке ускладнення вагітності виникло в жінки?

- A** – прееклампсія легкого ступеня;
- B** – еклампсія;
- C** – прееклампсія середнього ступеня;
- D** – гіпертонічний криз;
- E** – епілепсія.

РОЗДІЛ 7

АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС І ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ. ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ. АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС ДРУГОЇ ПОЛОВИНИ ВАГІТНОСТІ, У ПОЛОГАХ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ. ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ І РЕАНІМАЦІЯ ПРИ КРОВОТЕЧІ В АКУШЕРСТВІ. ПОЛОГОВИЙ ТРАВМАТИЗМ. ОПЕРАТИВНЕ АКУШЕРСТВО

Акушерські кровотечі (АК) все ще залишаються однією з головних причин материнської захворюваності та смертності в усьому світі. Щорічно за даними ВООЗ акушерські кровотечі виникають у 14 млн жінок, із них 128 тис. помирають від цього ускладнення в перші 4 год після пологів, що становить 1,7 випадка на 1000 пологів. Серед причин материнської смертності в Україні впродовж останніх 5 років кровотечі займають друге місце.

Під **акушерською кровотечею** розуміють будь-яку крововтрату із статевих органів жінки під час вагітності та патологічну крововтрату в пологах і післяпологовому періоді. Нормальна крововтрата в пологах обумовлена гемохоріальним типом зв'язку між плацентою та маткою, становить 200–300 мл (до 0,5% маси тіла) та не позначається на загальному стані породіллі. Крововтрата більше 0,5% маси тіла вважається патологічною.

Класифікація акушерських кровотеч

Кровотечі у I половині вагітності:

- мимовільний викидень;
- трофобластична хвороба;
- позаматкова вагітність (у тому числі шийкова вагітність).

Кровотечі у II половині вагітності:

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

Кровотечі 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 частин плаценти, защемлення плаценти;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів.

Післялогова кровотеча:

- гіпотонічна/атонічна кровотеча;
- затримка частин посліду/згортків крові в матці;
- травма (розрив м'яких тканин пологових шляхів, розрив матки);
- виворіт матки;
- коагулопатична кровотеча.

Кровотечі, що не пов'язані з вагітністю:

- поліп шийки матки;
- рак шийки матки.

За розміром крововтрати допологові кровотечі (ДК) поділяються на:

- **кровомазання** – плями крові на білизні та гігієнічних прокладках;

- *малу кровотечу* – крововтрата, яка зупинилась і оцінена до 250 мл.
- *велику кровотечу* – крововтрата, яка зупинилась і оцінена від 250 до 1000 мл, за відсутності ознак геморагічного шоку.
- *масивну кровотечу* – крововтрата більше 1000 мл та/або ознаки геморагічного шоку.
- *повторну ДК, або рецидив кровотечі* – якщо епізод ДК відбувся більше, ніж один раз.

7.1. Позаматкова вагітність

Під **позаматковою вагітністю (graviditas extrauterinae, s. ectopica)** розуміють вагітність, при якій імплантація та розвиток заплідненої яйцеклітини відбулися поза порожниною матки.

Частота позаматкової вагітності (ПВ) становить 14–17 випадків на 1000 вагітностей. Виникнення ПВ обумовлене запальними процесами органів малого таза, рубцево-спайковими змінами малого таза внаслідок перенесених раніше операцій на внутрішніх статевих органах, абортами, порушеннями гормональної функції яєчників, стимуляцією овуляції, застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, довготривалим використанням внутрішньоматкових контрацептивів.

Класифікація позаматкової вагітності

1. За локалізацією.

1. Абдомінальна (черевна) вагітність:

- первинна (імплантація відразу відбувається на очеревині чи будь-якому органі черевної порожнини);
- вторинна (плодове яйце імплантується в черевній порожнині після трубного викидня).

2. Трубна вагітність (зустрічається найчастіше):

- ампулярна,
- істмічна,
- інтрамуральна.

3. *Яєчникова вагітність.*

4. *Інші форми позаматкової вагітності:*

- шийкова вагітність;
- вагітність у розі матки.

2. За перебігом:

- прогресуюча позаматкова вагітність;
- порушена позаматкова вагітність (трубний аборт, розрив маткової труби);
- завмерла позаматкова вагітність.

Діагностика позаматкової вагітності

Клінічні ознаки.

1. *Ознаки вагітності:* затримка менструацій; нагрубання молочних залоз; зміна смакових, нюхових та інших відчуттів, характерних для вагітності (нудота, блювання та ін.); позитивні імунологічні реакції на вагітність (ХГЛ у сироватці крові та сечі).

2. *Порушення менструального циклу* – мажучі, кров'яні виділення зі статевих шляхів після затримки менструації.

3. *Больовий синдром:*

- односторонній переймоподібний або постійний біль унизу живота;
- раптовий інтенсивний біль у нижній частині живота;
- перитонеальні симптоми в нижньому відділі живота, різного ступеня вираженості;
- ірадіація болю у пряму кишку, область промежини та крижі.

4. *Ознаки внутрішньочеревної кровотечі (у разі порушеної ПВ):*

- притуплення перкуторного звуку у фланках живота;
- позитивний симптом Куленкампа (наявність ознак подразнення очеревини за умови відсутності локального м'язового напруження в нижніх відділах живота);
- у горизонтальному положенні хворої позитивний двосторонній френікус-симптом, а у вертикальному – запаморочення, втрата свідомості;

– у разі значного гемоперитонеума – симптом Щоткіна–Блюмберга;

– прогресуюче зниження показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту за результатами аналізу крові.

5. Порушення загального стану (у разі порушеної ПВ):

– слабкість, запаморочення, втрата свідомості, холодний піт, колапс, гемодинамічні порушення;

– нудота, рефлексорне блювання;

– метеоризм, однократна діарея.

Дані гінекологічного обстеження:

– ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки;

– розміри матки менші від характерних для терміну вагітності;

– одностороннє збільшення та болючість придатків матки;

– нависання склепінь піхви (у разі гемоперитонеума);

– різка болючість заднього склепіння піхви ("крик Дугласа");

– болючість при зміщенні шийки матки.

Специфічне лабораторне обстеження:

– якісний або кількісний тест на ХГЛ.

Інструментальні методи обстеження.

УЗД:

– відсутність плодового яйця в порожнині матки;

– візуалізація ембріона поза порожниною матки;

– виявлення утворення неоднорідної структури в області проекції маткових труб;

– значна кількість вільної рідини в дугласовому просторі.

Лапароскопія – візуальне встановлення позаматкової вагітності у вигляді:

– ретортоподібного потовщення маткової труби багряно-синюшного кольору;

– розриву маткової труби;

– кровотечі з ампулярного отвору або з місця розриву маткової труби;

– наявності у черевній порожнині і в дугласовому просторі крові у вигляді згортків або в рідкому стані;

– наявності у черевній порожнині елементів плодового яйця.

Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки:

- відсутність у вишкрібі елементів плодового яйця;
- наявність у вишкрібі децидуальної тканини.

Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви: наявність у пунктаті рідкої крові – одна з ознак ПВ; у разі клінічних ознак внутрішньочеревної кровотечі пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви не проводиться – затримка початку лапаротомії.

Таблиця 7.1

Діагностичні ознаки різноманітних форм трубної вагітності

Клінічні ознаки	Прогресуюча позаматкова вагітність	Трубний викидень	Розрив маткової труби
Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні	Позитивні
Загальний стан хворої	Задовільний	Періодично погіршується, короткочасні втрати свідомості, тривалі періоди задовільного стану	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати, прогресивне погіршення стану
Біль	Відсутній	Напади болю, що періодично повторюються	З'являється у вигляді гострого нападу
Виділення	Відсутні або незначні кров'яні	Кров'яні виділення темного кольору, з'являються після нападу болю	Відсутні або незначні кров'яні
Піхвове дослідження	Матка не відповідає терміну затримки місячних, поряд із маткою визначається утворення ретортоподібної форми, безболісне, склепіння вільні	Матка така сама, болючість при її зміщенні, утворення в області придатків без чітких контурів, заднє склепіння піхви згладжене	Матка така сама, симптоми "плаваючої матки", болючість матки і придатків з ураженого боку, нависання заднього склепіння піхви
Додаткові методи обстеження	УЗД, визначення рівня β -ХГЛ, лапароскопія	Кульдоцентез, лапароскопія	Не проводяться

Деференціальну діагностику ектопічної вагітності необхідно проводити з:

- перериванням маткової вагітності;
- апоплексією яєчника;
- перекрутом кісти яєчника;
- гострим запаленням придатків матки;
- гострим апендицитом;
- пієлонефритом, нирковою колікою.

Лікування позаматкової вагітності

Принципи ведення хворих з ектопічною вагітністю.

1. Підозра на позаматкову вагітність є показанням для термінової госпіталізації.

2. У разі встановленого діагнозу позаматкової вагітності необхідно провести невідкладне оперативне втручання. Оперативне лікування проводять як лапаротомним, так і лапароскопічним доступом. До переваг лапароскопічних методик відносяться:

- скорочення тривалості операції;
- скорочення тривалості післяопераційного періоду і перебування в стаціонарі;
- зменшення кількості злук у черевній порожнині;
- косметичний ефект.

Оперативне лікування позаматкової вагітності є оптимальним. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності (метотрексат).

Операції, які проводять у разі трубної вагітності.

1. *Сальпінготомія (туботомія)*. Виконується поздовжня сальпінготомія. Після видалення плодового яйця проводять вишкрібання його ложа; розріз труби звичайно не ушивають.

2. *Сегментарна резекція маткової труби*. Видаляють сегмент маткової труби, де знаходиться плодове яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби.

3. *Сальпінгектомія (видалення маткової труби)*. Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супро-

воджується масивною кровотечею. Операцію і гемотранфузію у такому випадку проводять одночасно.

Шийкова вагітність

Шийкова вагітність – це один із рідкісних та тяжких варіантів позаматкової вагітності, коли імплантація заплідненої яйцеклітини відбулася у каналі шийки матки.

Шийкову вагітність диференціюють із самовільним абортom, міомою матки, раком шийки матки, трофобластичною пухлиною, передлежанням та низьким розташуванням плаценти. УЗД дозволяє досить чітко провести диференційну діагностику, виявити відмінності між шийковою вагітністю та іншою акушерсько-гінекологічною патологією.

Метод лікування шийкової вагітності – хірургічний (екстирпація матки).

Вагітність у рудиментарному розі матки (який має недостатньо розвинений м'язовий шар та неповноцінну слизову оболонку), переривається у 8–16 тижнів. У цьому випадку виникає інтенсивна кровотеча і розвиток внутрішніх перитонеальних симптомів.

7.2. Передлежання плаценти

Передлежання плаценти (placenta previa) – ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується в нижньому сегменті матки нижче передлеглої частини плода, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки. Передлежання плаценти зустрічається у 0,5–0,8% випадків від загальної кількості вагітностей. У ранні терміни вагітності низьке розташування плаценти може спостерігатися у 30% випадків, але до строку пологів воно залишається приблизно в 0,8% випадків.

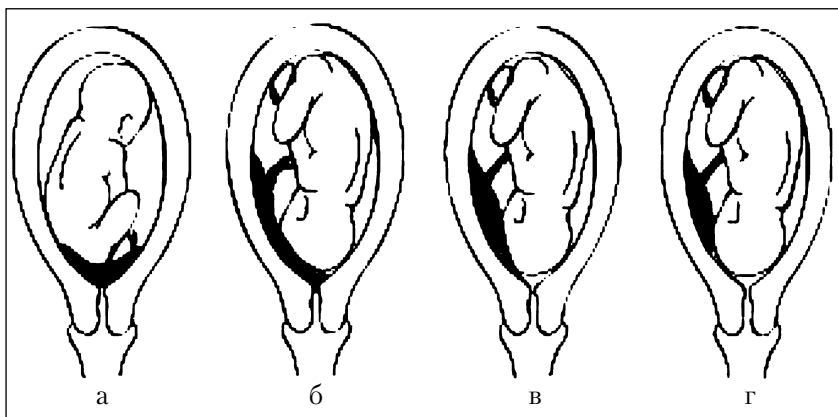
Факторами ризику розвитку даної патології є: передлежання плаценти при попередній вагітності, попередні кесареві

розтини, попереднє переривання вагітності, багатонароджуючі жінки, багатоплідна вагітність, паління, недостатність ендометрія (внаслідок рубця на матці, ендометриту, ручного видалення плаценти, кюретажу, субмукозної фіброміоми матки, допоміжних репродуктивних технологій).

Класифікація передлежання плаценти (мал. 7.1):

- повне, або центральне передлежання (placenta previa centralis) – плацента повністю перекриває внутрішнє вічко;
- неповне, або бокове передлежання (placenta previa lateralis) – плацента частково перекриває внутрішнє вічко;
- крайове передлежання (placenta previa marginalis) – край плаценти доходить до внутрішнього вічка;
- низьке розташування плаценти – розташування плаценти у нижньому сегменті, нижче 7 см від внутрішнього вічка без його перекриття.

Клініка. Одним із характерних симптомів передлежання плаценти є кровотеча, яка з'являється у другій половині вагітності, в 1-му та 2-му періодах пологів. Особливістю кровотечі є раптовість виникнення без будь-якої зовнішньої причини, часто починається



Мал. 7.1. Передлежання плаценти: а – повне (центральне) передлежання; б – бокове передлежання; в – крайове передлежання; г – низьке розташування плаценти.

ся в стані спокою, під час сну, не супроводжується відчуттям болю. Кровотечі можуть повторюватися, причому об'єм крововтрати не можна передбачити. Розвиток кровотечі обумовлений розтягненням нижнього маткового сегмента, який поступово входить до плодовмістилища, під час переймів розтягнення посилюється, ще більше порушуючи зв'язок плаценти із стінкою матки.

Діагностика. Клінічно можливе передлежання плаценти у жінок із вагінальною кровотечею після 20 тижнів вагітності. Високе розташування передлеглої частини, неправильне розташування плода в порожнині матки, відсутність болю або контактна кровотеча можуть свідчити про передлежання плаценти. Чіткий діагноз має бути встановлений за допомогою УЗД.

Лікування та акушерська тактика при передлежанні плаценти

Плановий кесарів розтин (КР) у разі передлежання плаценти та відсутності симптомів кровотечі рекомендують проводити у 38–39 тижнів, а в разі очікування патологічного прикріплення плаценти – в 36–37 тижнів вагітності.

Кровотеча в II половині вагітності є терміновим показанням для госпіталізації. Лікування та обстеження вагітних із кровотечею у II половині вагітності повинне проводитися тільки в стаціонарі.

Акушерська тактика при недоношеній вагітності.

1. У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легенів плода при вагітності до 37 тижнів – очікувальна тактика. Метою такої тактики є пролонгація вагітності для дозрівання легенів плода. Проводиться прискорення дозрівання легень плода до 36 тижнів вагітності (дексаметазон – 6 мг через 12 год протягом 2 діб), моніторне спостереження за станом вагітної та плода.

2. У разі прогресування кровотечі (більше 250 мл), появи симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, незалежно від

стану плода та терміну вагітності – термінове розродження шляхом кесаревого розтину.

Акушерська тактика при доношеній вагітності.

1. *При крововтраті до 250 мл.* За умови розгорнутої операційної уточнюється ступінь передлежання.

У разі часткового передлежання плаценти, можливості досягнення амніотичних оболонок та головного передлежання плода, активних скороченнях матки, виконується амніотомія. У випадку відновлення кровотечі – кесарів розтин. Після припинення кровотечі пологи ведуться через природні родові шляхи. Після народження плода – в/м введення 10 ОД окситоцину, ретельне спостереження за скороченням матки та характером виділень із піхви.

При повному або неповному передлежанні плаценти в разі неправильного положення плода (косе або поперечне) чи тазового передлежання виконується кесарів розтин.

2. *При крововтраті більше 250 мл* – незалежно від ступеня передлежання – терміновий кесарів розтин.

У ранньому післяпологовому періоді – ретельне спостереження за станом породіллі. При відновленні кровотечі після операції кесаревого розтину та досягненні загальної крововтрати більше 1% від маси тіла – термінова релапаротомія, ексцизація матки без додатків, за необхідності – перев'язка внутрішніх клубових артерій спеціалістом, який володіє цією операцією. Одночасно проводиться боротьба з геморагічним шоком, інфузійно-трансфузійна терапія.

7.3. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП) – це відшарування плаценти, розташованої

вище нижнього сегмента матки до народження плода (тобто під час вагітності або у I чи II періодах пологів).

Класифікація:

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

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти може бути у вагітних у разі наступних патологій: гестози; захворювання нирок; ізоімунний конфлікт між матір'ю та плодом; перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідність, великий плід); захворювання судинної системи; цукровий діабет; захворювання сполучної тканини; запальні процеси матки, плаценти; аномалії розвитку або пухлини матки (підслизові, інтрамуральні міоми).

Безпосередньою причиною може бути: фізична або психічна травма; раптове зменшення об'єму навколоплодових вод; абсолютно чи відносно коротка пуповина; патологія скоротливої діяльності матки.

Клініка. Основними симптомами при ПВНРП є кровотеча, біль і розвиток дистресу плода. Кровотеча може бути внутрішньою, зовнішньою та комбінованою. При відшаруванні плаценти з її центру утворюється ретроплацентарна гематома і кровотеча може з'явитися пізніше. В результаті просочення кров'ю стінки матки пошкоджується її нервово-м'язовий апарат, порушується моторна функція. Через нерівномірне просочення крові в товщу міометрія матка набуває плямистого, фіолетового кольору, не реагує на механічні та медикаментозні подразнення. Це так звана матково-плацентарна апоплексія, або матка Кувелера.

Діагностика.

1. *Оцінка стану вагітної*, який буде залежати від розміру відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.

2. *Зовнішнє акушерське обстеження:* гіпертонус матки; матка може бути асиметричною з локальним випинанням, якщо плацента розташована по передній стінці; болючість при пальпації; утруднення або неможливість пальпації та аускультатції серцебиття плода; поява симптомів дистресу плода або його загибель.

3. *Внутрішнє акушерське дослідження:*

- напруженість плодового міхура;
- при вилитті навколоплодових вод – можливе їх забарвлення кров'ю;
- кровотеча різної інтенсивності з матки.

4. *УЗ-дослідження* – ехонегативне утворення між маткою та плацентою. Але цей метод не може бути абсолютним діагностичним критерієм, тому що гіпоехогенна зона може візуалізуватись у пацієнок і без відшарування.

У разі відсутності зовнішньої кровотечі діагноз передчасного відшарування плаценти базується на підвищеному тонусі матки, локальній болючості, погіршенні стану плода.

Лікування.

1. У разі прогресуючого передчасного відшарування плаценти під час вагітності або у першому періоді пологів при появі симптомів геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності – термінове розродження шляхом кесаревого розтину. За наявності ознак матки Кувелера – екстирпація матки без додатків.

2. Лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

3. У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії для дозрівання легень плода) у закладах, де є цілодобове чергування кваліфікованих лікарів акушерів-гінекологів, анестезіологів, неонатологів, за умови моніторного спостереження за станом вагітної та плода.

Особливості кесаревого розтину:

- передуюча операції амніотомія (якщо є умови);

- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера – екстирпація матки без придатків;
- при невеликій площі апоплексії (2–3 вогнища малого діаметру – 1–2 см, або одне – до 3 см) та здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому за необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плід), **консилиумом вирішується питання про збереження матки.**

Пацієнтка залишається під наглядом чергової бригади в операційній протягом наступних 6 год.

Тактика при відшаруванні плаценти у II періоді пологів:

- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
- при головному передлежанні плода – накладання акушерських лещат;
- при тазовому передлежанні – екстракція плода за тазовий кінець;
- при поперечному положенні другого з двійні плода виконується акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку;
- ручне відділення плаценти та видалення посліду;
- скорочуючі препарати – в/в 10 ОД окситоцину, за відсутності ефекту – 800 мкг мізопростолу (ректально);
- ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;
- лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

7.4. Кровотечі у послідовому періоді пологів

Причини кровотеч у III періоді пологів:

- патологія прикріплення плаценти;
- затримка частин плаценти або оболонок;
- защемлення плаценти.

Патологія прикріплення плаценти

Розрізняють дві форми патологічного прикріплення плаценти:

- *щільне прикріплення (placenta adgerens)* – виникає внаслідок атрофії губчатого шару децидуальної оболонки, коли ворсини хоріона проникають у її базальний шар; зустрічається в середньому в 0,9% випадків;
- *прирощення плаценти (placenta accretae, incretae, percretae)* – прикріплення, при якому ворсини хоріона досягають м'язового шару і навіть проникають у нього; зустрічається вкрай рідко (1 випадок на 24000 пологів) і майже виключно у повторнороділь.

Щільне прикріплення або прирощення плаценти може бути:

- *повним* – якщо плацента всією поверхнею патологічно прикріплена до свого ложа;
- *частковим* – якщо плацента тільки на деяких ділянках має тісний зв'язок із плацентарною площадкою.

Причини патології прикріплення плаценти:

1) структурно-морфологічні зміни в ендометрії і міометрії після операцій чи запальних процесів;

2) порушення ферментативної рівноваги в системі гіалуронована кислота – гіалуронідаза між ворсинками хоріона та децидуальною оболонкою;

3) патологія розміщення плаценти.

Клінічні прояви. Патологія прикріплення плаценти проявляється або кровотечею в послідовому періоді (часткове щільне прикріплення або прирощення плаценти), або відсутністю ознак самостійного відділення плаценти за наявності переймів без кровотечі (повне щільне прикріплення або прирощення плаценти).

Затримка частин плаценти або оболонок

У деяких випадках плацента та/або оболонки не відшаровуються від стінки матки повністю і частина посліду залишається

ся в порожнині матки. Тому після народження посліду необхідно впевнитись у цілісності плаценти та плодових оболонок.

Защемлення плаценти

У разі порушення механізмів скорочення матки в III періоді пологів можливе защемлення посліду в шийці матки або в одному з її трубних кутів.

Акушерська тактика при патології виділення або прикріплення плаценти

1. Катетеризація периферичної або центральної вени роділлі для інфузії залежно від розміру крововтрати та стану жінки.
2. Випорожнення сечового міхура.
3. Перевірка ознак відділення плаценти та виділення посліду ручними прийомами.
4. У разі защемлення посліду – зовнішній масаж матки, зовнішні прийоми видалення посліду.
5. У разі затримки частин плаценти або оболонок – ручне обстеження порожнини матки під в/в наркозом.
6. У разі порушення механізму відокремлення плаценти та відсутності кровотечі – очікування протягом 30 хв з подальшим ручним відокремленням плаценти та виділенням посліду.
7. При появі кровотечі – термінове ручне відокремлення плаценти та виділення посліду під в/в наркозом.
8. Уведення утеротонічних засобів – 10–20 ОД окситоцину в/в на 400 мл фізіологічного розчину в/в крапельно.
9. За умови істинного прирощення або пророщення плаценти – лапаротомія, гістеректомія.

7.5. Післяпологова кровотеча

Післяпологова кровотеча (ППК) – кровотеча, що перевищує 500 мл або будь-яка кровотеча, що супроводжується пору-

шенням гемодинамічного стану породіллі протягом 6 тижнів після народження плода.

Види післяпологових кровотеч.

Первинні (ранні) – виникають у ранньому післяпологовому періоді або протягом 24 год після пологів. Приблизно 70% ранніх ПК пов'язані з атонією матки. Атонія матки – це неспроможність матки адекватно скоротитися після народження дитини.

Вторинні (пізні) – виникають після 24 год та до 6 тижнів після пологів. Більшість пізніх кровотеч пов'язані із затримкою частин плаценти, інфекцією або наявністю обох станів.

7.5.1. Рання (первинна) післяпологова кровотеча

Існує 2 клінічні варіанти кровотеч.

1. Відразу після народження посліду матка втрачає здатність скорочуватися; вона атонічна, не реагує на механічні, температурні й медикаментозні подразники, кровотеча з перших хвилин має профузний характер, швидко вводить породіллю у шоковий стан.

2. Матка періодично розслабляється; під дією препаратів, що стимулюють міометрій, тонус і скорочувальна здатність матки тимчасово відновлюються. Потім матка знову стає в'ялою; кровотеча хвилеподібна; періоди підсилення чергують із майже повною зупинкою; кров втрачається порціями по 100–200 мл. Організм породіллі компенсує таку крововтрату, якщо акушерська допомога надається вчасно і в достатньому обсязі. Якщо акушерська допомога запізнюється або проводиться безсистемно, відбувається виснаження компенсаторних можливостей організму. Матка перестає реагувати на збудники, приєднуються порушення гемостазу, кровотеча стає масивною, розвивається геморагічний шок. Другий варіант гіпотонічної кровотечі зустрічається значно частіше.

Фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч об'єднують у групи, які називають "4 Т": тонус, тканина, травма, тромбін (табл. 7.2).

Таблиця 7.2

**Фактори ризику виникнення
післяпологових кровотеч "4 Т"**

Патогенетичні порушення "4 Т"	Етіологічні фактори	Клінічні фактори ризику
Порушення скоротливої функції матки ("Т" – тонус) до 70 %	надмірне розтягнення матки	<ul style="list-style-type: none"> • багатоводдя • багатопліддя • великий плід
	"виснаження" скоротливої здібності міометрія	<ul style="list-style-type: none"> • швидкі пологи • затяжні пологи • високий паритет (>3 пологів) • застосування окситоцину
	інфекційний процес	<ul style="list-style-type: none"> • тривалий безводний проміжок • лихоманка в пологах (хоріоамніоніт)
	функціональні/анатомічні особливості матки	<ul style="list-style-type: none"> • міома матки • сідлоподібна матка • дворога матка • інші аномалії розвитку матки • передлежання плаценти
	застосування ліків, що знижують тонус матки (токолітики, спазмолітики)	<ul style="list-style-type: none"> • магnezії сульфат • галогенові анестетики • нітрогліцерин
	перерозтягнутий сечовий міхур	<ul style="list-style-type: none"> • може порушити скорочення матки
Затримка тканин у порожнині матки ("Т" – тканина) до 10%	затримка частин посліду	<ul style="list-style-type: none"> • дефект посліду • оперована матка • 3 та більше пологів • патологія плацентациї, виявлена УЗД

Патогенетичні порушення "4 Т"	Етіологічні фактори	Клінічні фактори ризику
		<ul style="list-style-type: none"> • аномалії прикріплення плаценти, виявлені під час пологів (щільне прикріплення, прирощення, вращення)
	затримка згортків крові у порожнині матки	<ul style="list-style-type: none"> • атонія матки
Травми пологових шляхів ("Т" – травма) до 20%	розриви шийки матки, піхви, промежини	<ul style="list-style-type: none"> • швидкі пологи • оперативні вагінальні пологи
	травматичний розрив матки під час кесаревого розтину	<ul style="list-style-type: none"> • неправильні положення плода • низьке розташування передлеглої частини плода
	розрив матки	<ul style="list-style-type: none"> • оперована матка
	виворіт матки	<ul style="list-style-type: none"> • більше 3-х пологів • розташування плаценти у дні матки <ul style="list-style-type: none"> • надмірна тракція за пуповину
	розрив варикозних вен області вульви	несвоєчасне або некоректне проведення епізіотомії
Порушення коагуляції ("Т" – тромбін) до 1%	вроджені захворювання (гемофілія А, хвороба Віллебрандта)	<ul style="list-style-type: none"> • спадкові коагулопатії • захворювання печінки
	патологія, асоційована з вагітністю: ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура; тромбоцитопенія з тяжкою преєклампсією; синдром ДВЗ: <ul style="list-style-type: none"> • преєклампсія • антенатальна загибель плода • тяжка інфекція 	<ul style="list-style-type: none"> • синці • преєклампсія, еклампсія <ul style="list-style-type: none"> • HELLP-синдром • підвищення АТ • мертвий плід • лихоманка, лейкоцитоз • допологова кровотеча <ul style="list-style-type: none"> • колапс

Патогенетичні порушення "4 Т"	Етіологічні фактори	Клінічні фактори ризику
	• емболія амніотичною рідиною	
	лікування антикоагулянтами	

Покрокова допомога в разі ППК

1. Визначення об'єму крововтрати. Найбільш доцільною є оцінка крововтрати за допомогою зважування.

2. Покликати на допомогу (заручитися підтримкою персоналу). Бригада з надання медичної допомоги в разі післяпологової кровотечі: відповідальний лікар акушер-гінеколог, черговий акушер-гінеколог, чергові лікарі-анестезіологи, черговий лікар-лаборант, чергові акушерки (2), анестезистка, санітарка.

3. У разі збереження свідомості жінки – надання психологічної підтримки, пояснення її стану та маніпуляцій, що проводяться.

4. АВС-реанімація.

Оцінка стану дихальних шляхів та дихання. У разі відсутності дихання, пульсу на центральних артеріях – починати серцево-легенево-церебральну реанімацію за сучасним алгоритмом САВ, де:

С – штучна підтримка кровообігу – непрямий масаж серця: частота компресії – 100 за 1 хв, відношення непрямий масаж серця/ШВЛ = 30:2;

А – відновлення прохідності дихальних шляхів: очищення порожнини рота від патологічного вмісту, видалення знімних зубів; закидання голови, висування нижньої щелепи, відкривання рота; повітровод, ларингомаска, інтубація трахеї; трахеостомія, крикоконікотомія;

В – штучна вентиляція легень методом "рот до рота", мішком Амбу, респіратором; екстрена оксигенація 100% киснем; оцінка циркуляції (С) – АТ, пульс.

- Правило 3-х катетерів: забезпечення киснем (10–15 л/хв); катетеризація 2-х периферичних вен катетерами достатнього діаметру (G16-18); катетеризація сечового міхура.
- Положення жінки – на спині з піднятими нижніми кінцівками.
- Забезпечення зігрівання жінки.
- Терміново розпочати інфузійну терапію.
- Для тимчасової зупинки крововтрати – абдомінальна компресія аорти.
- Клініко-лабораторне обстеження: група крові й Rh-фактор, аналіз крові загальний, час згортання крові, коагулограма, приліжковий тест, забір крові на сумісність.
- Замокнення препаратів крові.

5. Визначення причини кровотечі.

Якщо має місце порушення тону мати:

– ураховуючи, що в 70% випадків причиною ранньої ППК є атонія матки – розпочати терапевтичне введення утеротоніків (окситоцин – 10 ОД/500 мл фізіологічного розчину із швидкістю 60 кр./хв);

– провести зовнішній масаж матки; якщо кровотеча припинилась, а потім продовжилась – ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним знеболенням;

– якщо після цього кровотеча припинилась, а потім знову продовжилась – застосування утеротоніків 2-ї – 3-ї ліній (ергометрин, простагландини, карбетоцин), у разі продовження кровотечі – бімануальна компресія матки або компресія аорти;

– якщо кровотеча припинилась, а потім продовжилась – в умовах операційної в/в введення транексамової кислоти (1 г), повторити через 30 хв за необхідності;

– якщо кровотеча продовжується з величиною крововтрати 1,5% і більше від маси тіла – лапаротомія із застосуванням органозберігаючих технологій – перев'язування 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 із залученням судинних хірургів), гістеректомія без придатків матки.

Якщо матка щільна – виключити травму:

– ручне обстеження порожнини матки з метою виключення розриву матки; в разі розриву матки – негайна лапаротомія;

– ретельне обстеження з метою виключення травм (промежина, піхва, шийка матки), ушивання розривів.

У разі виключення травм – оцінка згортання крові за допомогою приліжкового тесту, час згортання крові, коагулограма. У разі коагулопатії – алгоритм дій при синдромі ДВЗ: усунення фактора, що призвів до ДВЗ, підтримка адекватної перфузії органів та запобігання гіпоксії (трансфузія еритроцитарної маси), замісна терапія прокоагулянтами, у критичному стані – переливання свіжої донорської крові за рішенням консилиуму лікарів та повідомлення адміністрації ЗОЗ.

6. Постійний контроль стану породіллі, показників гемодинаміки та згортання крові. Документування події.

7. Призначення профілактичної антибіотикотерапії препаратами широкого спектра дії, за необхідності – терапія антибіотиками.

8. Спостереження у відділенні інтенсивної терапії впродовж 24 год після стабілізації стану жінки (АТ – не менше 100 мм рт. ст., пульс – до 90 уд./хв):

– контроль стану матки (в разі збереження);

– оцінка крововтрати;

– оцінка вітальних ознак: температура, пульс, дихання, АТ, загальний стан (колір шкірних покривів, рівень свідомості);

– забезпечення адекватного споживання рідини: після стабілізації стану рекомендовано проводити в/в інфузію збалансованими сольовими розчинами. Об'єм та темп інфузії корегувати залежно від наявності ускладнень вагітності (пreeклампсія), супутньої патології, рівня ЦВТ та погодинного діурезу;

– контроль виділення сечі;

– контроль ускладнень гемотрансфузії;

- документування стану жінки та терапії, що проводиться;
- контроль рівня гемоглобіну та призначення препаратів заліза за необхідності.

7.5.2. Пізня (вторинна) післяпологова 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.).

Алгоритм надання медичної допомоги.

1. Визначення об'єму крововтрати.
2. Покликати на допомогу (заручитися підтримкою персоналу);
3. У разі збереження свідомості жінки – надання психологічної підтримки, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться;
4. АВС-реанімація (дивись підрозділ 7.5.1) незалежно від причини кровотечі!
5. З метою встановлення діагнозу – огляд пологових шляхів.
6. У разі кровотечі внаслідок затримки частин посліду – мануальна (електрична) вакуум-аспірація під місцевою анестезією та в/в введення розчину окситоцину (10 ОД/500 мл фізіологічного розчину). *Запобігайте використанню інструментальної ревізії порожнини матки. Антибіотикотерапія.*
7. В разі кровотечі на тлі післяпологового ендометриту – негайно розпочати антибактеріальну терапію препаратами 1-ї лінії (ампіцилін + гентаміцин + метронідазол, або цефалоспорины 1–2 покоління) після швидкого введення розчину Рінгера. Ревізія порожнини матки – МВА має проводитись тільки за життєвими показаннями після введення антибіотиків.
8. У разі стабільного стану жінки, наявності невеликої кровотечі на фоні післяпологового ендометриту та затримки час-

тин посліду (за даними УЗД) – антибіотикотерапія. За відсутності кровотечі, що загрожує життю, бажано проводити ревізію порожнини матки не раніше, ніж після введення другої дози антибактеріальних препаратів.

9. Кровотеча з гематоми піхви може потребувати негайного оперативного втручання, включаючи білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (із залученням судинного хірурга).

10. Кровотеча внаслідок розходження швів та рани матки вимагає негайної лапаротомії.

7.6. Геморагічний шок

Геморагічний шок (ГШ) – це гостра серцево-судинна недостатність, обумовлена невідповідністю об'єму циркулюючої крові ємності судинного русла, яка виникає внаслідок крововтрати та характеризується дисбалансом між потребою тканин у кисні та швидкістю його реальної доставки.

Небезпека розвитку геморагічного шоку виникає при крововтраті 15–20% ОЦК (0,8–1,2% від маси тіла) або 750–1000 мл. Крововтрата, яка перевищує 1,5% від маси тіла або 25–30% від ОЦК (близько 1500 мл), вважається масивною.

Патогенез. Яка б із причин не призвела до масивної крововтрати, у патогенезі геморагічного шоку провідним фактором є невідповідність (диспропорція) об'єму крові, що циркулює, та ємності судинного русла. Спочатку це проявляється порушенням макроциркуляції, тобто системного кровообігу, а потім і розладами мікроциркуляції, і, як їх наслідок, розвиваються гіпоксія тканин, прогресуюча дезорганізація метаболізму, ферментативні порушення, протеоліз.

При цьому вазоконстрикція охоплює не все периферичне русло рівномірно. В основному вона проявляється у внутрішніх органах шкірі та м'язах. При цьому об'єм крові, що притікає до головного мозку і міокарда, зберігається на достатньому рівні (централізація кровообігу). Таким чином, при дефіциті ОЦК

артеріальний тиск та серцевий викид певний час можуть підтримуватися на сталому рівні.

Перехід життєдіяльності клітин на умови анаеробного типу метаболізму з накопиченням великої кількості недоокислених продуктів обміну і розвитком тканинного ацидозу призводить до порушення функцій багатьох органів, у тому числі й серця, сприяючи виникненню різноманітних аритмій, аж до зупинки кровообігу. Наростаюча киснева недостатність, неекономний режим функціонування серцево-судинної системи в поєднанні з токсичною дією лізосомальних і протеолітичних ферментів підривають механізми компенсації і визначають несприятливі для організму наслідки геморагічного шоку.

Критерії тяжкості геморагічного шоку наведені у таблиці 7.3.

Таблиця 7.3

Критерії тяжкості геморагічного шоку

Показник		Ступінь шоку				
		0	1	2	3	4
Об'єм крововтрати	≈ мл	< 750	750–1000	1000–1500	1500–2500	> 2500
	% маси тіла	< 0,8	0,8–1,2	1,3–1,8	1,9–2,4	> 2,4
	% ОЦК	< 15%	15–20%	21–30%	31–40%	> 40%
Пульс, уд./хв		< 100	100–110	110–120	120–140	>140 або < 40
Систолічний АТ, мм рт. ст.		N	90–100	70–90	50–70	< 50
Шоковий індекс		0,54–0,8	0,8–1	1–1,5	1,5–2	> 2
ЦВТ, мм. вод. ст.		60–80	40–60	30–40	0–30	≤ 0
Гематокрит л/л		0,38–0,42	0,30–0,38	0,25–0,30	0,20–0,25	< 0,20
Частота дихання за хв		14–20	20–25	25–30	30–40	> 40
Діурез мл/год		50	30 – 50	25–30	5–15	0–5
Психічний статус		спокій	незначне занепокоєння	тривога, помірне занепокоєння	занепокоєння, страх або сплутаність свідомості	сплутаність свідомості або кома

Інтенсивна терапія геморагічного шоку

Першочергові дії при виникненні геморагічного шоку.

1. Оцінюють життєво важливі функції (пульс, артеріальний тиск, частоту та характер дихання, психічний статус).

2. Повідомляють відповідального чергового лікаря акушера-гінеколога або заступника головного лікаря з лікувальної роботи про виникнення кровотечі та розвиток геморагічного шоку, мобілізують персонал.

3. Піднімають ноги пацієнта або нижній кінець ліжка (положення Тренделенбурга) для підвищення венозного повернення 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 одну-дві периферичні вени катетерами великого діаметру (№ 14–16G). За умови розвитку шоку 3–4 ступеня необхідна катетеризація трьох вен, при цьому одна з них повинна бути центральною.

6. Набирають 10 мл крові для визначення групової та резус-належності, перехресної сумісності, вмісту гемоглобіну та гематокриту, роблять тест Лі–Уайта до початку інфузії розчинів.

7. Інгаляція 100% кисню зі швидкістю 6–8 л/хв через носову маску або носову канюлю.

Подальші дії для ліквідації геморагічного шоку.

1. Розпочинають струминну внутрішньовенну інфузію кристалоїдів (0,9% розчин хлориду натрію, розчин Рингера, інші) та колоїдів (гелофузин, рефортан, стабізол). Темп, об'єм та компоненти інфузійної терапії визначаються ступенем шоку та величиною крововтрати.

Лікування геморагічного шоку є більш ефективним за умови початку інфузійної терапії не пізніше 30 хв після перших проявів шоку.

Показання до гемотрансфузії визначають індивідуально у кожному окремому випадку, але слід орієнтуватися на показники вмісту гемоглобіну та гематокриту ($Hb < 70$ г/л; $Ht < 0,25$ л/л).

2. Зупиняють кровотечу консервативними або хірургічними методами, залежно від причини виникнення кровотечі.

3. Зігрівають жінку, але не перегрівають її.

4. Катетеризують сечовий міхур.

5. Продовжують інгаляцію 100% кисню зі швидкістю 6–8 л/хв, за необхідності – ШВЛ.

6. Після виведення хворої із шокового стану продовжують лікування у відділенні інтенсивної терапії.

7.7. Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в акушерстві

Дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові (ДВЗ) – патологічний синдром, в основі якого лежить активація судинно-тромбоцитарного та/або коагуляційного гемостазу, внаслідок чого кров спочатку згортається у мікроциркуляторному руслі, блокує його фібрином та клітинними агрегатами, а після виснаження потенціалу згортаючої і протизгортаючої систем, утрачає здатність до згортання, що проявляється профузною кровотечею та розвитком синдрому поліорганної недостатності.

Чинники ризику виникнення ДВЗ-синдрому в акушерстві:

- емболія навколоплодовими водами;
- шок (геморагічний, анафілактичний, септичний);
- передчасне відшарування плаценти;
- прееклампсія тяжкого ступеня/еклампсія;
- сепсис, септичний аборт;
- синдром масивної гемотрансфузії;
- трансфузія несумісної крові;
- внутрішньоутробна смерть плода;
- позаматкова вагітність;
- операція кесарів розтин;
- екстрагенітальні захворювання вагітної (вади серця, злоякісні новоутворення, цукровий діабет, тяжкі захворювання нирок та печінки).

Класифікація ДВЗ-синдрому.

За клінічним перебігом: гострий; підгострий; хронічний; рецидивуючий.

За стадіями розвитку патологічного процесу:

I – гіперкоагуляція;

II – гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу;

III – гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу;

IV – повне незгортання крові.

Клінічна картина ДВЗ-синдрому***I стадія – гіперкоагуляція.***

Наслідками гіперкоагуляції можуть бути:

- поява або прогресування фетоплацентарної недостатності;
- поглиблення тяжкості гестозу;
- зниження матково-плацентарного кровотоку, формування у плаценті зон інфаркту та підвищення вірогідності її відшарування;
- посилення анемії;
- розвиток дихальної недостатності за рахунок прогресування гострого респіраторного дистрес-синдрому;
- порушення гемодинаміки із розвитком симптомів централізації кровообігу;
- розвиток енцефалопатії;
- поява у крові активованих факторів тромбіну призводить до скорочення часу згортання.

Виникнення кровотечі у цій стадії не пов'язане з порушенням згортання крові.

II стадія – гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу.

Для клінічної картини у цій стадії характерні: петехіальний тип кровоточивості, відстрочена за часом кровоточивість із місць ін'єкцій, післяопераційної рани та матки, що обумовлено початковими розладами у системі гемокоагуляції.

У цій стадії кров згортається швидко, але згусток дуже крихкий за рахунок великої кількості у ньому продуктів деградації фібрину (ПДФ), які мають антикоагулянтні властивості.

III стадія – гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу.

Має місце петехіально-плямистий тип кровоточивості: екхімози, петехії на шкірі та слизових оболонках, кровотеча із місць ін'єкцій та утворення на їх місці гематом, тривала кровотеча із матки, післяопераційної рани, кровотеча в черевну порожнину та заочеревинний простір, що обумовлено порушеннями гемостазу. У результаті ішемії та порушення проникності капілярів стінок кишківника, шлунку розвивається шлунково-кишкова кровотеча. Кров, яка витікає, ще може утворювати згустки, але вони швидко лізуються.

З'являються ознаки синдрому поліорганної недостатності.

Розвивається тромбоцитопенія з тромбоцитопатією. Гіпокоагуляція виникає внаслідок блокування переходу фібриногену у фібрин великою кількістю продуктів деградації фібрину. Анемія пов'язана із внутрішньосудинним гемолізом.

IV стадія – повне незгортання крові.

Стан хворих у край тяжкий або термінальний за рахунок синдрому поліорганної недостатності: артеріальна гіпотензія, яка погано піддається корекції, критичні розлади дихання та газообміну, порушення свідомості до коматозного стану, оліго- або анурія на фоні масивної кровотечі.

Кровоточивість змішаного типу: профузна кровотеча із тканин, шлунково-кишкового тракту, трахеобронхіального дерева, макрогематурія.

Лікування ДВЗ-синдрому

1. Лікування основного захворювання, що спричинило розвиток ДВЗ-синдрому.

2. Внутрішньовенне струминне введення 700–1000 мл підігрітої до 37°C *свіжозамороженої плазми*, яка містить антитромбін III. Якщо кровотеча не зупиняється, необхідне додаткове введення 1000 мл свіжозамороженої плазми. На другу-третю добу свіжозаморожену плазму використовують у дозі 400–600 мл/добу. За можливості – введення антитромбіну III у дозі 100 ОД/кг кожні 3 год.

3. Ураховуючи швидкість переходу стадії гіперкоагуляції у стадію гіпокоагуляції, від застосування гепарину слід відмовитися.

4. Починаючи з II стадії, показане введення *інгібіторів протеолізу*. Контрикал (або інші препарати в еквівалентних дозах) вводять залежно від стадії ДВЗ-синдрому шляхом краплинної внутрішньовенної інфузії.

5. *Відновлення факторів згортання крові* шляхом уведення кріопреципітату плазми (200 ОД – II стадія, 400 ОД – III стадія, 600 ОД – IV стадія). За можливості рекомендовано внутрішньовенне введення чоловічого рекомбінантного VIIa фактора (новосевен) – 60–90 мкг/кг (1–2 дози).

6. *Тромбоконцентрат* використовують у разі зниження тромбоцитів менше 50×10^9 /л. Дозу тромбоконцентрату обирають залежно від клінічної ситуації.

7. *Місцева зупинка кровотечі* із ранової поверхні проводиться у всіх випадках. Досягається різними методами та способами: коагуляцією, перев'язкою судин, тампонадою рани, застосуванням місцевих гемостатичних препаратів.

8. *Лікування синдрому поліорганної недостатності*.

9. У крайніх невідкладних випадках (подальше прогресування гіпокоагуляції, кровотечі ($Hb < 60$ г/л, $Ht < 0,25$ л/л), тільки за життєвих показань у відповідності до рішення консилиуму, згоди хворої або її родичів та в разі відсутності препаратів чи компонентів крові у медичній установі й на станції переливання крові), можливе введення *теплої донорської крові* у половинній дозі від обсягу крововтрати.

7.8. Акушерський травматизм

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

Класифікація

I. За локалізацією процесу.

1. Травми зовнішніх статевих органів та промежини.
2. Розриви піхви.
3. Гематоми вульви, піхви.
4. Розриви шийки матки.
5. Розриви матки.
6. Виворіт матки.
7. Акушерська травма кісткового таза.

II. За патогенезом.

1. Насильні травми, які виникають під час втручання (акушерська допомога, операції).
2. Мимовільні (спонтанні) ушкодження, які виникають без зовнішнього впливу.

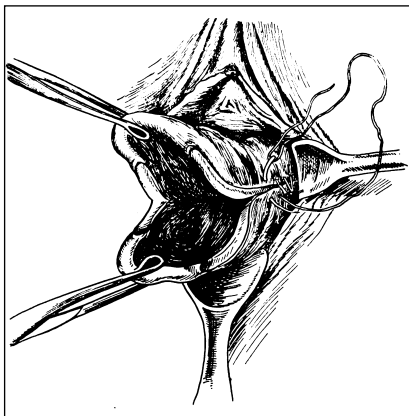
7.8.1. Розриви шийки матки

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

Класифікація:

- 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 переходить на тканини склепіння піхви, параметрія, 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.



Мал. 7.2. Зашивання розриву шийки матки.

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 (мал. 7.2).

Діагностика. Розрив діагностується під час огляду шийки матки у дзеркалах. Слід пам'ятати, що довжина розриву шийки матки із зовнішнього боку завжди менша, ніж із боку цервікальної поверхні. Цю особливість потрібно враховувати під час ушивання розривів.

Лікування. Розрив шийки матки ушивають вузлуватими швами синтетичного матеріалу, що розсмоктується. Важливо оголити верхній край рани і переконатися у глибині розриву

7.8.2. Розриви піхви

Розриви піхви (rupturae 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. 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. Голку треба проводити під дном рани для запобігання виникнення гематоми.

7.8.3. Гематоми вульви, піхви

Гематоми вульви та піхви (hematomae vulvae, colpos) являють собою крововиливи у клітковину органів унаслідок 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 пологовим каналом у жінок, які мають: варикозне розширення вен, іншу 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.

Діагностика:

- при огляді спостерігається пухлиноподібне утворення в піхві або на промежині, синьо-багряного забарвлення, яке іноді пульсує;
- при гематомі вульви – великі та малі губи набряклі, напружені, багряного забарвлення;
- 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 згустки, рідку кров, спорожнюють гематому, виявляють розірвану судину і прошивають її. Якщо неможливо відшукати кінці судин, кровоточиву тканину обшивають 8-подібними швами із синтетичного матеріалу, що розсмоктується. Рану зашивають і дрениують, тампонують піхву, прикладають пузир із льодом до промежини. Одночасно проводять лікування анемії і профілактику гнійно-септичних ускладнень.

У разі наростання гематоми та проявів анемії, виникненні ознак геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язки внутрішньої клубової артерії. Через 5–6 днів виконують розтинання гематоми та її дренивання для профілактики інфікування.

7.8.4. Розриви промежини

Розриви промежини є серйозною травмою для жінки. При невідалому зіставленні тканин порушується опорна функція тазового дна, що призводить до опущення внутрішніх статевих органів.

Класифікація розривів промежини.

I. За патогенетичними ознаками:

- вимушені, що трапляються під час акушерських операцій, при неправильній техніці "захисту" промежини;
- мимовільні (спонтанні), які виникають без зовнішнього впливу.

II. За клінічними ознаками:

- загроза розриву промежини;
- завершений розрив промежини.

III. За ступенем тяжкості:

- *розрив 1-го ступеня* – розрив задньої спайки та стінки піхви, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2 см), не ушкоджується м'язовий шар промежини;

- *розрив 2-го ступеня* – ушкодження шкіри та м'язів промежини (*centrum tendineum perinei, musculus bulbocavernosus, musculus superficialis et profundus*), окрім зовнішнього сфінктера прямої кишки; розрив стінки піхви;
- *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 виділяють *центральний розрив промежини* (*ruptura perinea centralis*) – утворення ходу між задньою спайкою статевих губ і зовнішнім сфінктером прямої кишки, через який відбуваються пологи.

Діагностика.

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.

Розриви промежини зашивають відразу після народження посліду при суворому дотриманні правил асептики й антисептики та загальнохірургічних правил зашивання ран (не залишати сліпих кишень, перший шов накладається на здорову тканину, зіставляються однорідні тканини з обов'язковим знеболенням).

Розриви промежини I–II ступенів зашивають під місцевою анестезією (новокаїн, лідокаїн), розриви III ступеня зашивають під наркозом.

При накладанні швів на м'язи, клітковину та слизову оболонку піхви, шкіру промежини застосовують полігліколеву нитку.

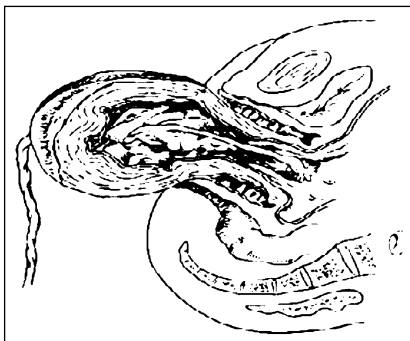
Стінку прямої кишки ушивають вузлуватими швами, занурюючи їх у просвіт кишки, потім ушивають сфінктер прямої кишки вузлуватими швами, окремими швами – ніжки леваторів після їх виділення, безперервними швами ушивають задню стінку піхви, наприкінці – окремі шви на шкіру промежини;

При розриві промежини I–II ступенів протягом 4–5 діб призначається рідка їжа; при розриві промежини III ступеня у хворої не повинно бути випорожнень протягом 5 днів після операції; для цього призначають дієту, що не формує калові маси: чай, молоко, кефір, сметана, не круто зварені яйця, бульйони. Сідати породіллі не рекомендується протягом 2–3 тижнів після пологів.

Профілактика розривів шийки матки, піхви, промежини полягає в раціональному веденні пологів (правильне визначення методу розродження, вчасне застосування препаратів для знеболювання пологів, прийомів захисту промежини).

7.8.5. Виворот матки

При вивороті відбувається втягнення дна матки в її порожнину з подальшим виходом дна через зовнішнє вічко шийки матки, причому внутрішня поверхня матки стає зовнішньою і навпаки. Якщо виворот відбувся в послідовому періоді, то разом із маткою виходить і послід, прикріплений до вивернутого назовні дна матки (мал. 7.3).



Мал. 7.3. Виворот матки з плацентою, яка не відділилась.

Класифікація вивороту матки:

- самовільний виворот матки;
- насильницький (ятрогенний) виворот матки.

Етіологія вивороту матки:

- стінки матки розслаблені (наприклад, при її атонії);
- вічко матки розкрите;

- на дно матки проводиться натискання зверху (вижимання посліду) або потягування знизу (потягування за пуповину при плаценті, яка не відділилася);
- особливо сприяє вивороту матки поєднання розслаблення стінки матки і вижимання посліду за Креде–Лазаревичем без попереднього масажу дна матки, а також недозволене потягування за пуповину при недостатньому скороченні матки й широко відкритому вічку.

Клінічні ознаки вивороту матки:

- гострий біль у животі;
- шоківий стан: блідість шкіри і слизових оболонок, тахікардія, падіння АТ, нудота, блювота, втрата свідомості;
- колапс і біль виникають через сильне натягування очеревини, яка покриває матку, а також при втягуванні труб, круглих и широких зв'язок у "воронку" вивороту;
- із статевої щілини звисає вивернута слизова оболонка матки яскраво-червоного кольору;
- над лоном у ділянці матки пальпується воронкоподібне заглиблення.

Механізм вивороту матки. Спочатку відбувається воронкоподібне випинання дна матки в її порожнину, потім дно матки підходить до вічка і матка, виходячи через зовнішнє вічко і піхву, майже повністю випадає у вивернутому стані, тягнучи за собою стінки піхви. При цьому кільце вічка і частина шийки залишаються на місці. Виворіт може розвиватися гостро або поступово.

Лікування вивороту матки. Вправлення матки проводять під наркозом. Спочатку вводять підшкірно 1мл 0,1% р-ну атропіну сульфату, 2 мл 2% р-ну но-шпи (з метою зменшення спазму циркулярних м'язів у ділянці перешийка і внутрішнього вічка). Вивернуту матку орошають розчином антибіотика, змазують стерильним вазеліновим маслом, захоплюють рукою таким чином, щоб долоня знаходилась на дні матки, і вправляють її в порожнину таза. Після репозиції внутрішньом'язово вводять

окситоцин або метилергометрин, антибіотики, кладуть пузир із льодом на живіт. Проводять боротьбу із шоком і крововтратою.

7.8.6. Післяпологові нориці

Класифікація.

1. За локалізацією:

- міхурово-піхвові (виникають найчастіше);
- уретро-піхвові;
- сечовідно-піхвові;
- кишково-піхвові.

2. За причиною виникнення:

- самовільні й насильницькі.

Етіологія нориць: вузький таз, затяжні пологи, тривале стояння голівки в одній площині, аномалії вставлення і передлежання голівки, розроджуючі операції (акушерські лещата, плодоруйнівні операції), недостатнє випорожнення сечового міхура під час пологів, грубе витискання плода за Крістеллером та ін. Суттєву роль у виникненні норицевих отворів відіграє вторинна слабкість пологових сил або повне припинення переймів, що часто супроводжує клінічно вузький таз.

Патогенез. У результаті тривалого стискання тканин голівкою плода відбувається їх омертвіння і відторгнення через 5–7 днів після пологів. Із цього моменту сеча чи кал проходять через піхву. Найбільш сильному стисканню піддаються тканини між голівкою і задньою поверхнею симфізу, меншою мірою стискаються тканини між голівкою і крижами. Рідше утворюються кишечні або калові нориці (звичайно на прямій кишці).

Клініка:

- при сечостатевих норицях – виділення сечі через піхву на 4–6 день після пологів;
- при кишково-піхвових норицях – відходження через піхву газів і калу.

Лікування. Статеві органи повинні знаходитись у чистоті. Шкіру зовнішніх статевих органів і слизової оболонки піхви змазують антисептичними мазями. Якщо нориці самостійно не закриваються, через 3–4 місяці після пологів проводиться хірургічне лікування.

7.8.7. Пошкодження кісткового таза

Класифікація пошкоджень кісткового таза:

- травма лобкового симфізу;
- пошкодження крижово-клубового зчленування;
- симфізіо- і сакроілеопатія;
- розриви зчленувань таза;
- симфізити і сакроілеїти.

Етіологія і патогенез. У деяких вагітних спостерігається надмірне розм'якшення зчленувань таза. Якщо при цьому тиск на кісткове кільце з боку плода, що народжується, надмірний (при енергійних потугах та оперативних пологах), то розм'якшені зчленування починають настільки сильно розтягуватися, що лонні кістки далеко відходять одна від одної. При цьому розтягуються і крижово-клубові зчленування. Це призводить до утворення на місцях розтягнення чи розриву крововиливів, їх інфікування, внаслідок чого в післяпологовому періоді виникають запалення симфізу і крижово-клубових зчленувань.

Клініка і діагностика пошкоджень кісткового таза.

Травма лобкового симфізу. Розриви симфізу за величиною розходження лобкових кісток (у нормі 1,5 мм) діляться на 3 ступені: I ступінь – розходження становить 5–9 мм; II ступінь – 10–20 мм; III ступінь – більше 20 мм. Через 12–48 год після пологів з'являється біль при спробі змінити положення тіла в ліжку чи встати на ноги. При пальпації лобкового симфізу зовні і при піхвовому дослідженні відмічається розходження кісток симфізу і його виражена болочість. Породілля займає вимушене положення з розвернутими стегнами і злегка зігнутими колінами (симптом Волковича).

Пошкодження крижово-клубових зчленувань. Біль локалізується в поперековій ділянці, ділянці крижів, віддає в нижні кінцівки; утруднене піднімання ніг, з'являється "качина хода", виникають розлади сечовиділення і дефекації.

Симфізіо- і сакроілеопатія – надмірна рухливість і розслаблення зчленувань таза. Біль у ділянці симфізу, крижів, який іррадіює в пахову область і зовнішні статеві органи. Характерна "качина хода". На рентгенограмі: остеопороз лобкових кісток, розмитість кісткових країв, деструкція кісток.

Розриви зчленувань таза супроводжуються крововиливами. Одночасно із разривом лонного зчленування може пошкоджуватись сечовий міхур, уретра і клітор. Інколи утворюються гематоми в ділянці лобка і статевих губ.

Симфізити і сакроілеїти (запальні процеси у зчленуваннях таза) виникають на 5–15-й день після пологів. Характерний біль у ділянці лобкового симфізу, порушується хода. З'являється набряк тканин в області лобка. Пальпація болісна. Характерний симптом Гурвича – розлитий біль у попереку і стегнах під час підняття однієї чи обох ніг у положенні на спині. Підвищується температура тіла і виникають зміни в крові запального характеру (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ).

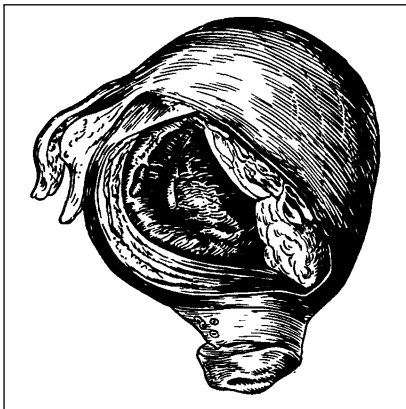
Лікування пошкоджень кісткового таза. Строгий ліжковий режим на ліжку з дерев'яним щитом і жорстким матрацом, або туге бинтування та фіксація таза за допомогою "гамака" на 3–4 тижні, після чого хвора не менше 6 місяців повинна носити корсет. Лікування гематом при пошкодженні зчленувань проводиться консервативно. Медикаментозне лікування: вітаміни Д – по 5000 МЕ 3 рази на день; кальцію гліцерофосфат – 0,5 г 3 рази на день; УФО лобкового симфізу.

7.8.8. Розриви матки

Розривом матки (*ruptura uteri*) називається її травматичне ушкодження під час вагітності або пологів (мал. 7.4).

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

- з рубцем на матці;
- багатонароджуючі;
- з плодом великої маси;
- з перерозтягнутою стінкою матки (багатоводдя, багатопліддя);
- з неправильним положенням плода;
- з патологічним вставленням голівки;
- з вузьким тазом;
- з анатомічними змінами шийки матки (рубцями, деформаціями);
- з пухлинами матки, що блокують вихід із малого таза;
- з морфологічними змінами міометрія (дегенеративні та запальні процеси після абортів, операцій, вишкрібання стінок порожнини матки; інфантилізм тощо).



Мал. 7.4. Повний розрив матки.

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

І. За патогенезом:

1. Спонтанний розрив матки:
 - при морфологічних змінах міометрія;
 - при механічній перешкоді народженню плода;
 - при поєднанні морфологічних змін міометрія та механічної перешкоди народженню плода.
2. Примусовий розрив матки:
 - чистий (при розроджуючих піхвових операціях, при зовнішній травмі);
 - змішаний (при застосуванні розроджуючих операцій на фоні морфологічних змін міометрія).

II. За клінічним перебігом:

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

III. За характером пошкодження:

1. Неповний розрив матки.
2. Повний розрив матки.

IV. За локалізацією:

1. Розрив у нижньому сегменті матки:
 - 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.

Симптоми анатомо-функціональної неповноцінності рубця:

- відчуття болю в ділянці нижнього сегмента;
- біль при пальпації нижнього сегмента через переднє піхвове склепіння, його неоднорідність, наявність заглиблення;
- при УДЗ – товщина нижнього сегмента менша 4,0 мм, баллоноподібна форма.

Загроза розриву матки під час пологів:

- часті, надмірно болючі 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 передлеглої частині плода над входом у малий таз;
- 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 Генкеля–Вастена;
- болісність матки при пальпації;
- родова пухлина на голівці плода поступово виповнює порожнину малого таза.

Розрив матки, що відбувся.

Класичні клінічні ознаки розриву матки в пологах:

- "кинджальний" біль у животі;
- пологова діяльність припиняється;
- наростають симптоми больового і геморагічного шоку, клінічні симптоми внутрішньочеревної кровотечі;
- змінюється форма живота (матка скорочується і відхиляється вбік, 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 із маткою з боку розриву з'являється і збільшується гематома;
- на боці гематоми – біль, що іррадіює в нижні кінцівки, виразний біль унизу живота, попереку;

- наростають клінічні симптоми внутрішньої кровотечі й геморагічного шоку.

Ознаки розриву матки по рубцю:

- особливості анамнестичних даних (час після попереднього 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,
- біль у ділянці рубця;
- біль посилюється з початком пологової діяльності і не зникає між переймами;
- передлегла частина плода не просувається; пальпація рубця спричинює надмірний біль;
- з'являються нудота, блювання, неспокій;
- з'являються ознаки дистресу плода;
- розрив відбувається на фоні слабкості пологової діяльності або її 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 болючість усіх ділянок живота, сильний біль при пальпації матки;
- можливе здуття живота, нудота, блювання;
- симптоми геморагічного шоку різного ступеня;
- пальпація по ребру матки болісного утворення (гематома);
- гіпертермія.

Акушерська тактика при ознаках загрожуючого розриву матки:

- припинити пологову діяльність (наркоз, токолітики, наркотичні або ненаркотичні анальгетики);
- вагітна транспортується в операційну;
- пологи завершують оперативним шляхом.

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;
- термінова лапаротомія, екстирпація матки, ревізія органів черевної порожнини, дренування черевної порожнини;
- при масивній крововтраті виконується також перев'язка внутрішніх клубових артерій;
- інфузійно-трансфузійна терапія, що відповідає розміру крововтрати;
- у післяпологовому періоді продовження інтенсивної терапії, реабілітаційних заходів.

Органозберігаючу операцію можна виконувати за наступних умов:

- неповний розрив матки;
- невеликий повний розрив;
- лінійний розрив із чіткими краями;
- відсутність ознак інфекцій;
- невеликий безводний проміжок;
- збережена скоротлива спроможність матки.

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

7.9. Оперативне акушерство

7.9.1. Кесарів розтин

Кесаревим розтином (КР) називається операція, при якій хірургічним шляхом розтинають вагітну матку та з неї вилучають плід з усіма його ембріональними утвореннями. Ця операція відома ще з давніх часів. У Римській імперії (кінець VII ст. до н. е.) заборонялось поховання вагітних жінок без попереднього вилучення дитини шляхом кесаревого розтину.

Перший історично достовірний кесарів розтин живій жінці був виконаний 21 квітня 1610 р. хірургом Траутманом із Віттенбурга. У Росії перша операція кесаревого розтину із сприятливим наслідком для матері та плода виконана Г. Ф. Еразмусом у 1756 р.

Проте смертність жінок залишалась надзвичайно високою і була зумовлена кровотечами або інфекційними ускладненнями, пов'язаними з тим, що кесарів розтин закінчувався без зашивання рани матки.

З 1881 р., після того як F. Kehrer зашив розріз матки триповерховим швом, починається новий етап становлення операції кесаревого розтину. Її стали виконувати не тільки за абсолютними, але й за відносними показаннями. Почались пошуки раціональної техніки операції, що і привело до методики інтраперитоніального ретровезикального кесаревого розтину, що є основною у даний час. Частота кесаревого розтину в Україні за останні 30 років збільшилась у 10 разів і складає 9–15%.

Розрізняють абдомінальний кесарів розтин (*sectio caesarea abdominalis*) і піхвинний кесарів розтин (*sectio caesarea vaginalis*). Останній за сучасних умов майже не виконується. Виділяють також малий кесарів розтин, який виконується у терміні вагітності до 22 тижнів.

Абдомінальний кесарів розтин може проводитися двома методами: внутрішньоочеревинно і позаочеревинно.

Внутрішньоочеревинний метод кесаревого розтину за видами розрізу на матці поділяють на:

1. Кесарів розтин у нижньому сегменті матки:
 - а) поперечним розтином;
 - б) повздовжнім розтином (істмікокорпоральний кесарів розтин).
2. Кесарів розтин класичний (корпоральний) із розрізом тіла матки.
3. Кесарів розтин із наступною ампутацією матки (операція Рейно–Порро).

Позаочеревинний кесарів розтин у даний час не застосовується.

Категорії ургентності виконання кесаревого розтину

1 категорія – існує значна загроза життю матері та/або плода (наприклад, дистрес плода, розрив матки тощо) – операція має бути розпочата не пізніше, ніж через 15 хв після визначення показань.

2 категорія – стан матері та/або плода порушені, але безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає (наприклад, аномалії пологової діяльності в разі порушеного стану матері чи плода) – операція має бути розпочата не пізніше 30 хв після визначення показань.

3 категорія – стан матері та плода не порушені, однак потребують абдомінального розродження (наприклад, допологове вилиття вод у разі запланованого КР, аномалії пологової діяльності за відсутності скомпрометованого стану матері чи плода) – операція має бути розпочата впродовж 75 хв;

4 категорія – за попереднім планом у запланований день та час.

Плановий кесарів розтин

Показання до планового кесаревого розтину.

1. Передлежання плаценти, підтвержене ультразвуковим дослідженням після 36 тижнів (край плаценти розташований 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;
- 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 I 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 лікувальному закладі III рівня.

7. Синдром затримки росту одного з 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 навколоплодових 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;
- *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 кіла;
- *неврологічна* – гіпертензійно-лікворний синдром, стан після геморагічного інсульту, артеріо-венозні мальформації мозку.

11. Пухлини органів малого таза або наслідки травми таза, що перешкоджають народженню дитини.

12. Рак шийки матки.

13. Стани після розриву промежини III ступеня або пластичних операцій на промежині.

14. Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишко-статевих нориць.

15. Гастрошизіс, діафрагмальна кіла, *spina bifida*, тератома у плода, зрощення близнюків – за умови можливості надання оперативної допомоги новонародженій дитині (за наявності рішення перинатального консиліуму або консультативного висновку профільного експерта).

КР за бажанням жінки, якщо відсутні перелічені показання, не проводиться. У разі відмови жінки від показаної операції, вона має власноруч підписати поінформовану відмову.

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 розпочався.

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 крові плода, отриманої з його передлеглої частини, фетальна пульсоксиметрія, 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 навколоплодових вод;
- розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицевого);
- 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.

Передопераційне обстеження та підготовка:

- визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів у аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцією;
- група крові та резус-фактор;

- додаткове клініко-лабораторне обстеження проводиться лише за наявності показань;
- катетеризація периферичної вени;
- катетеризація сечового міхура за показаннями.

Профілактика інфекції: усі жінки, яким роблять плановий чи ургентний КР, повинні отримати антибіотикопрофілактику. Препаратом вибору є ампіцилін або цефалоспорины першого покоління, які вводять одноразово внутрішньовенно у середній терапевтичній дозі. Антибіотикопрофілактику потрібно проводити за 15–60 хв до розрізу шкіри. В разі, якщо оперативне втручання продовжується більше 3 год або крововтрата перевищує 1500 мл, додаткова доза профілактичного антибіотика може бути призначена через 3–4 год після початкової дози.

Анестезіологічне забезпечення кесарева розтину.

Кесарів розтин може бути виконаний під загальною, регіонарною (спинальною, епідуральною або комбінованою спинально-епідуральною) чи місцевою інфільтраційною анестезією.

Вибір методу анестезії визначається: ступенем терміновості операції (категорії ургентності); станом матері та плода; досвідом, кваліфікацією анестезіолога та хірурга; бажанням пацієнтки.

Основні етапи операції в нижньому сегменті поперечним розтином.

1. Розтин передньої черевної стінки та очеревини (за Пфанненштилем, Джоел–Кохеном чи шляхом нижньої серединної лапаротомії).
2. Розтин нижнього сегмента матки поперечним розтином.
3. Видалення плода з порожнини матки.
4. Видалення посліду тракціями за пуповину.
5. Накладання швів на матку.
6. Перитонізація за рахунок міхурово-маткової складки.
7. Ревізія черевної порожнини.
8. Зашивання передньої черевної стінки.

Після закінчення КР проводиться випорожнення сечового міхура. Подальший нагляд здійснюється у відділенні інтенсивної терапії. Протягом двох годин кожні півгодини проводиться контроль частоти дихання, ЧСС, АТ, тонусу матки, величини кровтрати, після цього періоду до 6 год – кожну годину в разі стабільного стану жінки.

Догляд за післяопераційною ранюю: пов'язка знімається через 24 год після проведення КР, щоденно контролюється стан рани (біль, почервоніння, виділення з рани), здійснюється її обробка, контролюється температура тіла.

Ускладнення операції кесарів розтин.

Інтраопераційні: гіпотонічна кровотеча; коагулопатична кровотеча; емболія навколоплодовими водами; тромбоемболія; поранення великих судин; ушкодження сечового міхура, сечоводів; кровотеча із варикозно розширених вен малого таза.

Післяопераційні: гіпотонічна кровотеча; недостатність лігатур; тромбоемболія великих судин; ендометрит; метроендометрит; перитоніт; сепсис; нагноєння післяопераційної рани; розходження післяопераційних швів.

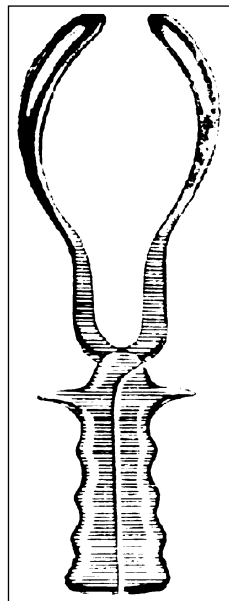
7.9.2. Акушерські лещата

Акушерськими лещатами називається інструмент, призначений для витягання плода за голівку. Операція накладення акушерських лещат є розроджуючою операцією, при якій плід штучно витягується через природні пологові шляхи за допомогою спеціального інструмента.

Акушерські лещата були винайдені на початку XVII ст. У сучасному акушерстві ця операція має важливе практичне значення, оскільки в деяких акушерських ситуаціях є операцією вибору.

Будова акушерських лещат (мал. 7.5). Основна модель лещат, яка використовується в нашій країні, – це лещата Сімсона–Феноменова. Лещата складаються з двох ложок (або гілок) – правої і лівої. Кожна ложка складається з 3 частин: влас-

не ложка, замкова частина і рукоятка. Загальна довжина інструмента – 35 см, довжина рукоятки із замком – 15 см, ложки – 20 см. Ложка має так звані головну кривизну і тазову. Головна кривизна відтворює коло голівки плода, а тазова – крижову западину, відповідаючи до певної міри провідній осі таза. Замок служить для з'єднання ложок. Між замком і рукояткою на зовнішньому боці лежат є бічні виступи, які називаються гачками Буша. Коли лежата складені, гачки Буша є точкою опори, що дозволяє розвивати велику силу при тракціях.



Показання для операції накладання акушерських лежат

І. Показання з боку матері.

- А. Патологія вагітності та пологів:
1. Тяжкий ступінь преeklampсії або eklampсія.
 2. Передчасне відшарування плаценти в II періоді пологів, коли голівка перебуває в порожнині малого таза.
 3. Ендометрит під час пологів.
 4. Слабкість пологової діяльності в II періоді пологів, яка не піддається медикаментозному лікуванню.
 5. Емболія навколоплодовими водами та інші невідкладні стани.
- Б. Тяжка екстрагенітальна патологія, яка вимагає виключення або скорочення II періоду пологів:
1. Декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи (пороки серця, порушення серцевого ритму, стенокардія, інфаркт міокарда, гіпертонічний криз).
 2. Загроза або початок відшарування сітківки ока.

Мал. 7.5. Лежата Сімсона–Феноменова.

3. Крововилив у мозок (інсульт).
4. Гостра дихальна, печінкова, ниркова недостатність.
5. Тромбоемболія легеневої артерії.
6. Кровохаркання, набряк легенів та інші.

II. Показання з боку плода:

- Гострий дистрес плода.

Умови для накладання лещат

1. Живий плід.
2. Повне відкриття шийки матки.
3. Відсутність плодового міхура.
4. Відповідність між розмірами голівки плода і таза матері.
5. Голівка плода повинна бути розташована у вузькій частині порожнини малого таза або в площині виходу з малого таза.

Операція накладання акушерських лещат вимагає наявності всіх перерахованих умов. За відсутності хоча б однієї з них операція протипоказана.

Протипоказання для накладання лещат

1. Мертвий плід.
2. Недоношений (вага менше 2000 г) або гігантський плід (вага більше 5000 г). Це пов'язано з розмірами лещат, які найкраще підходять для голівки доношеного плода середніх розмірів, їх застосування в інших випадках стає травматичним для плода і матері.
3. Аномалії розвитку плода (гідроцефалія, аненцефалія).
4. Анатомічно вузький таз (II, III і IV ступенів) та клінічно вузький таз.
5. Розгинальні вставлення голівки.
7. Високе пряме стояння голівки.
8. Тазове передлежання плода.
9. Неповне відкриття шийки матки.
10. Велика родова пухлина на голівці плода.

Правила накладання акушерських лещат

Якщо голівка плода знаходиться у вузькій частині порожнини малого таза – накладають *порожнинні акушерські лещата* в одному з косих розмірів таза.

Якщо голівка плода знаходиться в площині виходу з малого таза, накладають *вихідні акушерські лещата* в поперечному розмірі таза.



Мал. 7.6. Правильно накладені вихідні акушерські лещата.

Операція накладання акушерських лещат складається з наступних моментів:

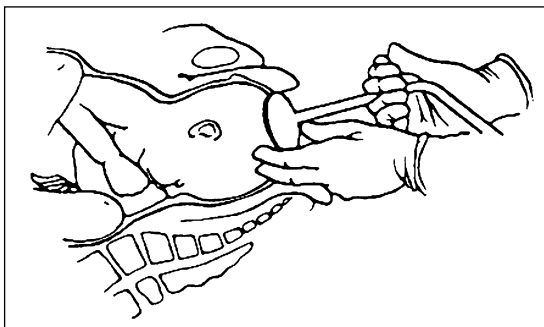
1. Введення і розміщення ложок лещат.
2. Замикання ложок лещат.
3. Пробна тракція.
4. Робочі тракції – екстракція плода.
5. Зняття лещат.

На малюнку 7.6 показані правильно накладені вихідні акушерські лещата.

Можливі ускладнення при використанні акушерських лещат

1. Травмування м'яких тканин пологових шляхів роділлі.
2. Крововилив у мозок новонародженого.
3. Асфіксія новонародженого.
4. Ушкодження кісток черепа, очей, нервів, ключиць новонародженого.

7.9.3. Вакуум-екстракція плода



Мал. 7.7. Накладання чашечки вакуум-екстрактора і правильний напрям тракції (перпендикулярно до площини чашечки).

Вакуум-екстракція плода – розроджуюча операція, при якій плід штучно витягують через природні пологові шляхи за допомогою вакуум-екстрактора. Принцип роботи вакуум-екстрактора ґрунтується на створенні вакуумметричного тиску між внутрішньою

поверхнею чашечки і голівкою плода. При цьому виникає сила зчеплення, яка дає можливість робити тракції, потрібні для витягання плода (мал. 7.7).

Показання для вакуум-екстракції плода

I. З боку матері: ускладнення вагітності, пологів або соматична патологія, які вимагають скорочення II періоду пологів:

- слабкість пологової діяльності в II періоді пологів;
- інфекційно-септичні захворювання з порушенням загального стану жінки, високою температурою тіла;

II. З боку плода: прогресуючий гострий дистрес плода в II періоді пологів при неможливості застосування кесаревого розтину.

Протипоказання для вакуум-екстракції плода

1. Невідповідність між розмірами голівки плода і таза матері, зокрема: гідроцефалія, вузький таз II–IV ступенів або клінічно вузький таз.

2. Мертвий плід.

3. Лицеве або лобне вставлення голівки плода.
4. Високе пряме стояння голівки.
5. Тазове передлежання плода.
6. Неповне відкриття шийки матки.
7. Недоношений плід (менше 30 тижнів).
8. Акушерська або екстрагенітальна патологія, при якій необхідне виключення другого періоду пологів.

Умови для виконання вакуум-екстракції плода

1. Живий плід.
2. Повне відкриття шийки матки.
3. Відсутність плодового міхура.
4. Відповідність між розмірами голівки плода і таза матері.
5. Активна участь роділлі.
6. Голівка плода повинна бути розташована в порожнині малого таза або в площині виходу з малого таза.

Техніка вакуум-екстракції плода

Чашку вакуум-екстрактора вводять бічною поверхнею в прямий розмір таза, потім повертають у поперечний розмір і отвором притискають до голівки плода, ближче до малого тім'ячка. Створюють вакуум. Тракції здійснюють синхронно з потугами по осі, перпендикулярній до площини чашки. Кількість тракцій не повинна перевищувати чотирьох. Напрямок тракцій: донизу, на себе і вгору. Під час прорізування голівки плода виконується захист промежини (за показаннями – епізіотомія), після чого чашка знімається з голівки.

Можливі ускладнення

1. Зісковзування чашки вакуум-екстрактора.
2. Черепномозкова травма плода (крововилив), кефалогематома.

7.9.4. Плороруйнівні операції

Плороруйнівні операції поділяються на:

- операції при поздовжньому положенні плода:
краніотомія, клейдотомія, перфорація послідууючої голівки;
- операції при поперечному положенні плода:
декапітація, спондилотомія, евісцерація, евентерація.

Краніотомія

Краніотомія – це операція, при якій зменшується об'єм черепа плода.

Етапи краніотомії:

- перфорація голівки;
- ексцеребрація – руйнування і видалення мозку;
- краніоклазія – вилучення перфорованої та зменшеної в об'ємі голівки за допомогою спеціального інструмента – краніокласта.

Показання: всі випадки загибелі плода з очікуваною масою понад 2500 г з метою уникнення травм пологового каналу.

Умови для краніотомії:

- відсутність абсолютно вузького таза;
- розкриття шийки матки при перфорації та ексцеребрації голівки повинне бути > 6 см, а при краніоклазії – повне;
- голівка плода повинна бути фіксована до входу в малий таз помічником (з боку живота жінки) при всіх трьох моментах операції краніотомії;
- краніотомію проводять під наркозом;
- операція повинна виконуватись під контролем зору, навіть у тих випадках, коли голівка плода щільно фіксована в порожнині таза при повному відкритті шийки матки.

Техніка операції.

Перфорація голівки.

З допомогою широких пласких вагінальних дзеркал відкривають доступ до шийки матки та нижнього полюса голівки плода. Скальпелем (ножицями Феноменова) розтинають шкіру до кісток на 2–3 см, пальцем через отвір відшаровують покрови від кісток. Перфоратором Бло перфорують голівку в області швів чи тім'ячка і повертають то в один, то в інший бік (приблизно на 90°), домагаючись розширення перфораційного отвору в черепі до 3–4 см в діаметрі.

Ексцеребрація.

У перфораційний отвір вводять велику кюретку, якою руйнують та видаляють мозок.

Краніоклазія.

Краніоклазія – це операція, при якій зменшену перфоровану голівку плода витягають за допомогою краніокласта.

Після краніотомії й ексцеребрації можна дати вигнанню плода природну течію. Якщо є показання до негайного закінчення пологів, то після подачі наркозу виконують краніоклазію краніокластом Брауна.

Подібно до акушерських лещат краніокласт складається з двох гілок, замка, рукоятки з прилаштованим гвинто-гаєчним пристроєм. Внутрішня ложка – масивна, з поперечними борозенками. Зовнішня ложка – вікончаста, ширша за внутрішню ложку.

У перфораційний отвір під контролем пальців лівої руки першою завжди вводять внутрішню ложку. Зовнішню ложку вводять також під контролем лівої руки (щоб не травмувати стінки піхви) і накладають на зовнішню поверхню черепа з таким розрахунком, щоб вона відповідала положенню внутрішньої гілки. Накладають гвинто-гаєчний набір і шляхом загвинчування змикають ложки краніокласта.

Напрямок і характер тракцій повинен бути таким, як при акушерських лещатах: при високому стоянні голівки – донизу, при голівці на тазовому дні – горизонтально; при появі підпоти-

личної ямки – догори. Ложки краніокласта знімають, як тільки голівку виводять із статевої щілини.

Перфорація послідууючої голівки при тазовому передлежанні плода.

При тазовому передлежанні плода перфорацію послідууючої голівки проводять у місці переходу потилиці в ший, ближче до великої потиличної ямки або через великий потиличний отвір. Наступні етапи операції подібні до таких, що й при головному передлежанні. Перфоровану і зменшену голівку дістають простим натискуванням на голівку згори, рідко за допомогою краніокласта.

Клейдотомія (розтин ключиці)

Клейдотомія виконується для зменшення об'єму плечового пояса плода шляхом розсічення ключиць.

Показання: труднощі при виведенні плечиків плода. Окружність плечового пояса при односторонній клейдотомії зменшується на 2,5–3 см, при двосторонній – на 5–6 см.

Помічник відтягує народжену голівку плода донизу. Оператор вводить чотири пальці лівої руки в піхву і намагає передню ключицю, правою рукою бере міцні тупокінцеві ножиці (ножиці Феноменова або Зибольда) і одним або двома рухами розтинає ключицю.

Для розтину другої ключиці користуються таким же способом. Операцію роблять частіше після краніотомії.

Декапітація

Декапітація – обезголовлення плода при його поперечному положенні.

Показання: запусчене поперечне положення мертвого плода.

Умови:

- повне відкриття маткового вічка;
- доступність шиї плода для обстеження та маніпуляцій;
- достатні розміри таза (с. vera > 6 см).

Техніка операції.

Руку вводять у піхву і далі в матку, знаходять шию плода і захоплюють її, фіксуючи перший палець спереду, а інші чотири на шії ззаду. Ковзаючи по руці, в матку вводять декапітаційний гачок Брауна і насаджують його на шию плода. Після цього рукоятку гачка Брауна сильно відтягують униз і роблять обертові рухи для того, щоб зробити перелом шийного відділу хребта. Видаливши гачок, під контролем внутрішньої руки ножицями перерізають м'які тканини шії плода.

Обезголовивши плід, тулуб дістають, потягуючи за ручку. Голівку з порожнини матки дістають рукою, увівши в рот плода палець внутрішньої руки. Якщо спроби дістати голівку виявляться невдалими, роблять краніотомію, потім ексцеребрацію, і голівку дістають інструментом (найкраще двозубими лещатами).

Евентерація та спондилотомія

Спондилотомія – розтин хребта плода. Евентерація – видалення внутрішніх органів черевної чи грудної порожнини.

Показання. Далеко не завжди при запущеному поперечному положенні плода можна досягти його шії; вона може бути розташована дуже високо, так, що декапітація неможлива. У цьому випадку треба зменшити об'єм тулуба плода з видаленням органів черевної або грудної порожнини, після чого плід витягають у складеному вигляді.

У виняткових випадках є необхідність після евентерації зробити розтин хребта на будь-якому рівні – спондилотомію.

Після кожної плодоруйнівної операції необхідно ретельно перевірити цілісність пологових шляхів; виконати ручне обстеження стінок матки з попереднім видаленням посліду, щоб переконатися в цілісності її стінок; перевірити сечовий міхур шляхом катетеризації.

Можливі ускладнення при виконанні плідоруйнівних операцій:

- травми зовнішніх статевих органів та промежини;
- травми піхви;
- гематоми вульви та піхви;
- травми шийки матки;
- перфорація матки;
- травма сечовивідного каналу, сечового міхура;
- травма кісткового таза.

Контрольні питання

1. Класифікація акушерських кровотеч.
2. Клініка, діагностика, лікування позаматкової вагітності.
3. Передлежання плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
4. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
5. Диференціальна діагностика передчасного відшарування нормально розташованої плаценти та передлежання плаценти.
6. Причини кровотеч у III періоді пологів.
7. Причини, клініка патологічного прикріплення плаценти.
8. Лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в III періоді пологів.
9. Дайте визначення поняття "рання і пізня післяпологова кровотеча".
10. Які причини і патогенез атонічних маткових кровотеч?
11. Яка клініка гіпотонічних і атонічних маткових кровотеч?
12. У чому полягає кроковий підхід до зупинки гіпотонічної маткової кровотечі?
13. Дайте визначення поняття "геморагічний шок".
14. Критерії ступеня тяжкості геморагічного шоку.
15. Які основні принципи лікування геморагічного шоку?
16. Синдром дисемінованого згортання крові. Дайте визначення поняття "акушерський травматизм".

17. Клініка, діагностика, лікування розривів шийки матки.
18. Клініка, діагностика, лікування розривів піхви.
19. Клініка, діагностика, лікування розривів промежини.
20. Клініка, діагностика, лікування гематом вульви та піхви.
21. Клініка, діагностика, акушерська тактика при післяпологовому вивороті матки.
22. Клініка, діагностика, лікування загрози розриву матки.
23. Клініка, діагностика, лікування завершеного розриву матки.
24. Яка операція називається операцією кесаревого розтину?
25. Класифікація операцій кесаревого розтину?
26. Показання для проведення планового кесаревого розтину.
27. Показання для проведення ургентного кесаревого розтину.
28. Основні етапи операції кесаревого розтину в нижньому сегменті поперечним розтином.
29. Накладання акушерських лещат: показання, техніка виконання, ускладнення.
30. Вакуум-екстракція плода: показання, техніка виконання, ускладнення.
31. Плодоруйнівні операції: показання, техніка виконання, ускладнення.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

До пологового відділення поступила повторновагітна з приводу значних кров'янистих виділень із піхви. Під час огляду в дзеркала: стінки піхви та шийка матки без патологічних змін. Піхвове дослідження: шийка матки вкорочена, маткове вічко відкрите до 3 см, вище внутрішнього вічка пальпується губчаста тканина, поряд із нею визначаються оболонки. Про яку патологію йдеться?

- A** – часткове передлежання плаценти;
- B** – передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- C** – повне передлежання плаценти;
- D** – розрив крайового синуса;
- E** – емболія навколоплодовими водами.

Задача 2.

Вагітна 28 років, термін вагітності – 39–40 тижнів, поступила в пологовий будинок зі скаргами на значні кров'янисті виділення з піхви,

які з'явилися у вечірній час на фоні загального спокою. Зі слів: кровотрата – 250–300 мл. Об'єктивно: шкірні покриви і слизові бліді. АТ – 90/60 мм рт. ст., пульс – 98 уд./хв, ниткоподібний. Пологова діяльність відсутня. Матка в нормотонусі. Положення плода поперечне, серцебиття глухе, 90 уд./хв, над лоном вислуховується шум плацентарних судин. При піхвовому дослідженні: шийка матки довжиною 2 см, цервікальний канал пропускає 1 поперечний палець, по всій довжині визначається губчата тканина. Який метод розродження доцільно вибрати?

- A** – поворот плода на ніжку;
- B** – амніотомія;
- C** – кесарів розтин;
- D** – очікувальна тактика;
- E** – ведення пологів через природні пологові шляхи.

Задача 3.

У жінки з вагітністю 32 тижні та тяжкою прееклампсією з'явився різкий біль у животі й темні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Матка асиметрична, у підвищеному тонусі, болюча, серцебиття плода глухе. Про яке ускладнення можна думати?

- A** – передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- B** – загроза передчасних пологів;
- C** – передлежання плаценти;
- D** – гострий панкреатит вагітної;
- E** – загроза розриву матки.

Задача 4.

При огляді плаценти, яка щойно народилася, визначено наявність дефекту розміром 2х3 см. Кровотечі немає. Яка тактика найбільш виправдана?

- A** – призначення утеротонічних препаратів;
- B** – ручна ревізія порожнини матки;
- C** – зовнішній масаж матки;
- D** – нагляд за породіллею;
- E** – інструментальна ревізія порожнини матки.

Задача 5.

Роділля Н. з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом народила доношену дівчинку масою 3100 г. Протягом 30 хв ознак

відокремлення плаценти і кров'янистих виділень із статевих шляхів немає. Матка помірної щільності. Про яку патологію можна думати?

- A** – гіпотонія матки;
- B** – передлежання плаценти;
- C** – защемлення плаценти;
- D** – справжнє прирощення плаценти;
- E** – розрив матки.

Задача 6.

Пологи завершилися народженням живого доношеного хлопчика масою 4500 г. Через 10 хв почалась маткова кровотеча. Плацента відокремлена і видалена рукою, проведений зовнішній масаж матки, внутрішньовенно введено розчин окситоцину. Консервативні методи підвищення скорочувальної діяльності матки не дали ефекту. Крововтрата за 40 хв боротьби з кровотечею склала понад 1200 мл. Яка подальша тактика?

- A** – накладання швів на шийку матки;
- B** – повторне введення розчину окситоцину;
- C** – вишкрібання матки;
- D** – зовнішній масаж матки;
- E** – хірургічна зупинка кровотечі.

Задача 7.

У породіллі масивна кровотеча після народження двійні через природні пологові шляхи. Дитяче місце та пологові шляхи цілі. Матка при пальпації м'яка, не реагує на введення скорочуючих препаратів. Яка найбільш імовірна причина кровотечі?

- A** – розрив матки;
- B** – пошкодження шийки матки;
- C** – атонія матки;
- D** – затримка частин плаценти;
- E** – фіброміома матки.

Задача 8.

У породіллі в ранньому післяпологовому періоді з'явилися кров'яні виділення з піхви. 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 3 см, без переходу на склепіння. Який діагноз?

- A** – розрив шийки матки I ступеня;
- B** – розрив шийки матки II ступеня;
- C** – розрив шийки матки III ступеня;
- D** – розрив шийки матки IV ступеня.

Задача 9.

Роділля доставлена до пологового будинку з бурхливою пологовою діяльністю. Пологи перші. Розміри таза – 23–25–28–18 см. Ознака Генкеля–Вастена позитивна. Роділля збуджена, живіт напружений, болісний у нижніх відділах. Контракційне кільце на рівні пупка, розташоване косо. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Гемодинаміка не страждає. Яке ускладнення виникло в роділлі?

- A** – дискоординація пологової діяльності;
- B** – завершений розрив матки;
- C** – розрив матки, що розпочався;
- D** – надмірна пологова діяльність;
- E** – загрозливий розрив матки.

Задача 10.

Першороділля 30 років. Вагітність доношена. Води відійшли 5 год тому. Перейми нерегулярні, короткі. Загальнозвужений таз II ступеня. Передбачувана маса плода – 4000 г. Серцебиття плода чітке, ритмічне, 136 уд./хв. Піхвове дослідження: шийка матки згладжена, відкриття – 3 см, плодовий міхур відсутній, голівка плода рухома над входом у малий таз. Якими повинні бути подальші дії лікаря?

- A** – операція кесарів розтин;
- B** – стимуляція пологової діяльності окситоцином;
- C** – ведення пологів через природні пологові шляхи;
- D** – плодоруйнівна операція;
- E** – накладання порожнинних акушерських лещат.

**ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ
ПРИ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ.
НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В АКУШЕРСТВІ**

Патологія перебігу вагітності в 60–70% обумовлена наявними у жінки екстрагенітальними захворюваннями. У свою чергу, вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. Тому знання про перебіг вагітності та пологів при різних соматичних захворюваннях дозволяють правильно вести гестаційний процес, зберегти здоров'я жінки та допомогти народитися здоровій дитині. Лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

Вагітних із захворюваннями внутрішніх органів необхідно протягом вагітності госпіталізувати у плановому порядку тричі.

Перша планова госпіталізація (або ретельне амбулаторне обстеження) проводиться у ранній термін вагітності (до 12 тижнів) для обстеження, уточнення діагнозу, вирішення питання про можливість доношування вагітності.

Друга планова госпіталізація у відділення екстрагенітальної патології вагітних проводиться з метою обстеження, комплексного лікування та профілактики ускладнень у "критичні" для кожного захворювання періоди:

- у разі серцево-судинної патології та захворювань органів дихання – у 28–32 тижні вагітності (період максимального гемодинамічного навантаження та найтяжчих умов для функції зовнішнього дихання і легеневого кровообігу);

- у разі гіпертонічної хвороби – у 22–26 тижнів (період частого початку розвитку прееклампсії, гіпертонічних кризів, плацентарної недостатності);
- у разі захворювань печінки і нирок – у 22–26 тижнів (період максимального навантаження на ці органи, приєднання пізнього гестозу);
- у разі цукрового діабету та інших ендокринних захворювань – у 20–24 тижні (період частого розвитку декомпенсації і необхідності корекції дози інсуліну або інших гормональних препаратів).

Третя планова госпіталізація проводиться у відділення екстрагенітальної патології в 37–38 тижнів для підготовки до пологів та розродження, у разі цукрового діабету – на 33–34 тижні вагітності. План ведення пологів вирішується за участю відповідного спеціаліста (терапевта, ендокринолога, нефролога тощо).

Екстрена госпіталізація у відділення ЕГП вагітних проводиться у разі погіршення стану здоров'я матері та плода.

8.1. Захворювання 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, при якому ризик материнської смерті є вкрай високим. Розповсюдженість органічних хвороб серця серед вагітних становить 10–20 на 1000 вагітностей. Найчастішими клінічно значущими видами кардіальної патології в акушерській практиці є набуті та вроджені вади серця, артеріальна гіпер- і гіпотензія. Вагітність у більшості випадків призводить до погіршення перебігу хвороб серця та виникнення ускладнень, у тому числі серцевої недостатності.

Обстеження кардіологічної хворої під час вагітності включає:

- вивчення скарг і анамнезу хвороби;
- ЕКГ у 6 стандартних та 6 грудних відведеннях;
- трансторакальну двомірну ехокардіографію.

Показання до екстреної госпіталізації кардіологічної хвороби:

- гостра серцева недостатність;
- поява або прогресування хронічної серцевої недостатності;
- виникнення чи почастищення пароксизмів порушень ритму, аритмій;
- гостра коронарна патологія;
- інфекційний ендокардит;
- тромбоемболічні ускладнення;
- легенева кровотеча.

8.1.1. Набуті вади серця

Ревматизм в основному вражає мітральний клапан, рідше аортальний і трьохстулковий.

Мітральний стеноз – стеноз лівого атріовентрикулярного отвору. Це одна з найнесприятливіших вад серця, оскільки викликає перепоовнення малого кола кровообігу, що може призвести до набряку легень, серцевої астми.

Діагностика. При пальпації – на верхівці серця "котяче муркотіння", при аускультатії – на верхівці хлопаючий 1 тон, пресистоличний або діастолічний шум, акцент 2 тону на легеневій артерії.

При мітральному стенозі вагітність протипоказана, якщо з початку вагітності є ознаки недостатності кровообігу або ревматичної активності, миготлива аритмія, легенева гіпертензія і тромбоемболічні ускладнення.

Пологи для вагітних із мітральним стенозом особливо тяжкі. У них під час пологів коливання артеріального і венозного тиску досягають великої амплітуди, пульс – 110 уд./хв, 24 дихання за 1 хв. Метод розродження визначають ступенем недостатності кровообігу й активності ревматизму.

Прогноз перебігу вагітності й пологів покращується після хірургічного лікування стенозу.

Недостатність мітрального клапана. При цій ваді серця кров під час систоли поступає не тільки в аорту, а й у зворотно-

му напрямку – в ліве передсердя. Але завдяки сильному лівому шлуночку хвилинний об'єм крові тривало підтримується на нормальному рівні й декомпенсація розвивається пізно. Більшість вагітних із "чистою" недостатністю мітрального клапана переносять вагітність без будь-яких ознак недостатності кровообігу. Якщо ж вона виникає, то має змішаний характер.

Недостатність мітрального клапана не є протипоказанням для вагітності при компенсованій ваді.

Аортальний стеноз. Складає 16% усіх вад серця. Звуження аортального отвору вдвічі не відображається на стані вагітної. Період повної компенсації вади може продовжуватись 20–30 років.

Діагностика. Скарги на слабкість, задуху, втрату свідомості; систолічний шум над аортою, 2 тон на аорті ослаблений; при "чистому" аортальному стенозі пульс рідко буває частіше 60–65 уд./хв, систолічний тиск знижений до 90–100 мм рт. ст., діастолічний тиск дещо підвищений.

Ведення під час вагітності: якщо аортальний стеноз компенсований, вагітність не протипоказана. Але навіть початкові ознаки недостатності кровообігу є протипоказанням до виношування вагітності. Частіше хворі помирають не в гестаційному періоді, а через рік після пологів.

Недостатність клапана аорти – друга за частотою ревматична вада серця. Вона зазвичай співпадає зі стенозом устя аорти. При аортальній недостатності під час діастолі частини крові із аорти тече у зворотному напрямку – у лівий шлуночок, оскільки тиск в аорті в цей період не перевищує тиск у шлуночку.

Діагностика. Хворі скаржаться на сильні поштовхи серця, пульсацію судин шиї, головокружіння і втрату свідомості при зміні положення тіла, біль у ділянці серця по типу стенокардії; характерна блідість шкірних покривів, пульсація сонних та інших периферичних артерій, пульс швидкий. Систолічний тиск підвищений, діастолічний різко понижений.

За відсутності рецидивів ревматизму аортальна недостатність не викликає декомпенсацію кровообігу, перебігає доброякісно і не

є протипоказанням для вагітності. Недостатність клапана аорти з ознаками недостатності кровообігу призводить до смерті через 1–2 роки, тому вагітність у даній ситуації протипоказана.

Самостійне розродження через природні пологові шляхи при набутих вадах серця можливе в разі наявності:

- вад мітрального клапана в стадії компенсації;
- комбінованої мітральної вади з переважанням стенозу в стадії компенсації;
- аортальної вади серця "блідого" типу без порушення кровообігу.

Накладання акушерських лежат показано при:

- розвитку недостатності кровообігу в пологах незалежно від конкретної вади серця;
- наявності мітральної хвороби з переважанням стенозу;
- при вроджених вадах серця;
- після мітральної комісуротомії;
- при нападах коронарної недостатності в пологах.

Після народження дитини для профілактики гемодинамічних порушень жінці необхідно покласти вагу на живіт або перетягнути живіт простирадлом та проводити профілактику гіпотонічної кровотечі.

8.1.2. Вроджені вади серця

Існує близько 50 різних форм вроджених аномалій розвитку серцево-судинної системи, з них 15–20 форм – це вади, з якими хворі доживають до репродуктивного віку. Найчастіше зустрічаються три групи вроджених вад серця:

- зі скиданням крові зліва направо ("білі" вади): дефект міжпередсердної перетинки, відкрита артеріальна протока, дефект міжшлуночкової перетинки;

- зі скиданням крові справа наліво та артеріальною гіпоксемією ("сині" вади): тетрада Фалло, комплекс Ейзенменгера, транспозиція магістральних судин, синдром гіпоплазії лівого серця;
- з перешкодою для кровотоку: стеноз легеневої артерії, стеноз устя аорти, коарктація аорти.

Вроджені вади серця зі скиданням крові зліва направо

Дефект міжпередсердної перетинки – кров із лівого передсердя частково переходить у праве передсердя, розвивається гіпертрофія правих відділів серця, збільшується діастолічний тиск у правому передсерді й шлуночку, виникає венозний застій у великому колі кровообігу.

Більшість жінок із цією вадою серця нормально переносять гемодинамічні навантаження, пов'язані з вагітністю, але за умови відсутності недостатності кровообігу.

Дефект міжшлуночкової перетинки – відбувається скидання крові з лівого в правий шлуночок серця. За наявності дефекту великої площі у хворих ще в дитинстві виникає недостатність кровообігу із затримкою розвитку організму та серцевим горбом. Вагітність у таких жінок може ускладнитись серцевою недостатністю, іноді з летальним наслідком.

У разі невеликого дефекту міжшлуночкової перетинки вагітність перебігає без особливих ускладнень.

Відкрита артеріальна протока – ситуація, коли не закривається судинний канал між легеневою артерією та аортою, і по цьому каналу відбувається скидання крові в легенеvu артерію із відставанням жінки в рості, запамороченнями, втратою свідомості. Така вада розвитку сприяє виникненню лівошлуночкової недостатності. В пологах та післяпологовому періоді можлива реверсія крові у зворотньому напрямку, перевантаження лівого шлуночка, розвиток гострої серцевої недостатності.

Вроджені вади серця зі скиданням крові справа наліво

Ця група вад серця об'єднує найбільш тяжкі форми таких вад, при яких легенева гіпертензія призводить до скидання крові з легеневої артерії в аорту.

Тетрада Фалло – це поєднання дефекту міжшлуночкової перетинки, стенозу легеневої артерії, декстрапозиції аорти та гіпертрофії правого шлуночка. Характерний розвиток задишково-ціанотичних нападів із тяжким порушенням мозкового кровотоку та виникненням коми, особливо після фізичного навантаження.

Прогноз негативний, при підвищенні тиску в легеневій артерії до 120–125 мм рт. ст. настає смерть. Гестаційний процес перебігає з поганим прогнозом, навіть після попередньої хірургічної корекції цієї вади.

Комплекс Ейзенменгера – такий самий комплекс вад серця, що й тетрада Фалло, окрім стенозу легеневої артерії. Клініка пов'язана з виникненням легеневої гіпертензії як наслідку високого опору легневих судин. Прогноз дуже негативний, хворі нечасто доживають до дітородного віку. Вагітність категорично протипоказана через високий ризик материнської смертності.

Транспозиція магістральних судин – легенева артерія відходить від лівого шлуночка, а аорта – від правого, обидва кола кровообігу практично не перетинаються, діти помирають ще в період новонародженості. Сумісною із життям ця форма вад серця буває тільки за наявності інших вад, коли виникає можливість переходу крові з одного кола кровообігу в інший, наприклад, відкрите овальне вікно, дефект міжпередсердної або міжшлуночкової перетинки. Вагітність категорично протипоказана.

Вроджені вади серця з перешкодою для кровотоку

Коарктація аорти – звуження перешийка аорти. У хворих краще розвинена верхня частина тулуба. Скарги на головний біль, переміжну кульгавість, підвищення артеріального тиску.

Небезпека лівошлуночкової недостатності або крововиливу в мозок. Вагітність значно ускладнює перебіг захворювання, високий ризик материнської смертності.

Стеноз легеневої артерії може зустрічатись у різних відділах легеневого артеріального русла. За наявності вираженого стенозу з'являється задишка, серцебиття, біль у серці, запаморочення, втрата свідомості. Покращити стан хворих може хірургічна корекція вади, яку можна провести як до, так і під час вагітності.

Стеноз устя аорти – порушений відток крові з лівого шлуночка, розвивається лівошлуночкова недостатність, порушення коронарного кровотоку. Прогноз вагітності покращує попередня хірургічна корекція – аортальна комісуротомія.

Вагітність припустима при оперованій відкритій артеріальній протоці; ізольованому стенозі легеневої артерії з невеликим звуженням, що перебігає без значного навантаження на праві відділи серця; коарктації аорти I ступеня (при стабілізації АТ в межах 160/90 мм рт. ст.); низько розташованому дефекті (у м'язовому відділі) міжшлуночкової перегородки і невеликому ізольованому дефекті міжпередсердної перегородки.

Вагітність і пологи становлять великий ризик при вадах із минулим ціанозом, при значному стенозі легеневої артерії, великому дефекті міжпередсердної або міжшлуночкової перетинки, коарктації аорти II–III ступенів (АТ вище 160/100 мм рт. ст.), вадах "синього" типу.

Своєчасне (у дитинстві) хірургічне лікування вроджених вад серця є найбільш ефективним методом лікування і профілактики ускладнень. Жінки, які перенесли операцію корекції уродженої вади серця, звичайно виношують вагітність і пологи відбуваються без особливостей.

8.1.3. Артеріальна гіпертензія у вагітних

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 з інтервалом не менше 4 год або підвищення артеріального тиску до 160/110 мм рт. ст. одноразово.

Розрізняють наступні **види гіпертензії у вагітних** (за класифікацією Міжнародного товариства з вивчення гіпертензії у вагітних, 2000 р.):

- *хронічна гіпертензія* – гіпертензія, що спостерігалася до вагітності або вперше виявлена до 20 тижнів вагітності;
- *гестаційна гіпертензія* – гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності й не супроводжується протеїнурією аж до пологів; вона поділяється на:
 - *транзиторну гестаційну гіпертензію* – за умови нормалізації артеріального тиску в жінки, яка перенесла гестаційну гіпертензію, упродовж 12 тижнів після пологів (ретроспективний діагноз);
 - *хронічну гестаційну гіпертензію* – за умови, що гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності, зберігається через 12 тижнів після пологів;
- *гіпертензія неуточнена* – гіпертензія, виявлена після 20 тижнів вагітності, за умови відсутності інформації стосовно артеріального тиску до 20 тижнів вагітності.

Таблиця 8.1

Класифікація артеріальної гіпертензії

За рівнем артеріального тиску (ВООЗ–Міжнародне товариство гіпертензії, 1999 р.)

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

**За ураженням органів-мішеней (ВООЗ, 1996 р.,
з корективами Українського товариства кардіологів, 1999 р.)**

I стадія	Об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней відсутні.
II стадія	Є об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней без клінічних симптомів із їхнього боку або порушення функції: – гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографії); – генералізоване чи фокальне звуження артерій сітківки; – мікроальбумінурія або протеїнурія, або невелике збільшення концентрації креатиніну в плазмі крові (до 177 мкмоль/л).
III стадія	Є об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней за умови наявності клінічних симптомів із їхнього боку або порушення функції: – серця – інфаркт міокарда, серцева недостатність ІА стадії чи вище; – мозку – мозковий інсульт, транзиторні ішемічні атаки, гіпертензивна енцефалопатія, судинна деменція; – сітківки – крововиливи та ексудати у сітківці з набряком диску зорового нерва або без нього; – нирок – концентрація креатиніну в плазмі крові > 177 мкмоль/л; – судин – розширююча аневризма аорти.

Показання до переривання вагітності до 12 тижнів:

- тяжка артеріальна гіпертензія (3 ступеня за ВООЗ) – АТ>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 (розширююча аневризма аорти);
- злоякісний перебіг гіпертензії (діастолічний АТ>130 мм рт. ст., зміни очного дна за типом нейроретинопатії).

Показання до переривання вагітності у пізньому терміні (13–22 тижні):

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

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

Ознаки приєднання преєклампсії:

- поява протеїнурії $>0,3$ г/добу в другій половині вагітності;
- прогресування гіпертензії та зниження ефективності антигіпертензивної терапії;
- поява генералізованих набряків;
- поява загрозливих симптомів (сильний стійкий біль голови, порушення зору, біль у правому підребер'ї та епігастральній ділянці живота, олігурія).

Показання до госпіталізації: приєднання преєклампсії; 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.

Лікування артеріальної гіпертензії у вагітних

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

Немедикаментозні засоби лікування вагітних із хронічною АГ включають: охоронний режим, раціональне харчування, психотерапію, лікувальну фізкультуру.

Медикаментозне лікування.

Препаратами вибору антигіпертензивної терапії у вагітних є α -метилдофа, клонідин, лабеталол, ніфедипін та гідралазин. Сульфат магнію не є антигіпертензивним засобом, але знижує АТ завдяки загальноослаблювальній дії.

Розродження вагітних з артеріальною гіпертензією

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

У разі приєднання преєклампсії обирають тактику відповідно до її тяжкості. У переважній більшості випадків розродження проводять через природні пологові шляхи. Під час пологів забезпечують суворий контроль АТ та серцевої діяльності роділлі, моніторинг стану плода. Третій період пологів ведуть активно.

Кесарів розтин у плановому порядку виконують за наявності:

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

8.1.4. Артеріальна гіпотензія у вагітних

Найбільш поширеним рівнем артеріального тиску в людей є 120/80–110/70 мм рт. ст. Порушення судинного тонуусу може мати характер артеріальної гіпотензії (якщо артеріальний тиск нижчий 100/60 мм рт. ст.). Такий тиск зустрічається у 5–7% осіб обох статей у віці 20–40 років, а у вагітних ще частіше (в середньому в 10–12%).

Гіпотензія може бути самостійною хворобою (типовий судинний невроз) або одним із симптомів якогось іншого захворювання (виразкової хвороби шлунка, інфекційних хвороб,

алергічних станів, недостатності надниркових залоз або щито-подібної залози та ін). Початок захворювання часто можна пов'язати з нервово-психічними травмами, емоційним перенапруженням, перевтомою.

Ускладненнями артеріальної гіпотензії у вагітних можуть бути: гіпоксія плода, пов'язана з порушенням матково-плацентарного кровообігу (у 12–15% випадків), пізній гестоз (приєднується у 22–27% випадків), передчасні пологи (в 11–14% випадків); у пологах – передчасне відходження навколоплодових вод, слабкість пологової діяльності, кровотечі; в асфіксії народжується 18–22% новонароджених. Майже 26% доношених новонароджених дітей мають ознаки морфофункціональної незрілості, вони схильні до інфекційних захворювань.

Виділяють наступні стадії захворювання (М. М. Шехтман, 2000 р.):

- *компенсована стадія* – коли артеріальна гіпотензія проявляється тільки зниженням артеріального тиску, а скарг і неприємних відчуттів немає;
- *субкомпенсована стадія* – крім зниження артеріального тиску, виникають: головний біль, запаморочення, загальна слабкість, серцебиття, неприємні відчуття в області серця, пітливість, зниження працездатності, ортостатичні явища (встаючи з ліжка, жінки відчувають запаморочення, потемніння в очах), дратівливість, емоційна нестійкість;
- *декомпенсована стадія* – гіпотонічні кризи, непритомність, порушення сну, поява акроціанозу, втрата працездатності.

Гіпотонічні кризи можуть тривати декілька хвилин. Під час кризи артеріальний тиск знижується до 80/50 мм рт. ст. і нижче, посилюються головний біль і запаморочення, може бути блювота; хворі відчувають різку слабкість, відчуття закладання вух; може

бути короткочасна втрата свідомості, шкірні покриви і слизові оболонки бліднуть, виступає холодний піт.

У більшості жінок погіршення настає в ранні терміни вагітності. У 8 з 10 таких жінок вагітність протікає з явищами раннього токсикозу, приєднання якого посилює гіпотензію, тому що часта блювота, викликаючи дефіцит рідини в організмі, сприяє зниженню артеріального тиску.

Лікування артеріальної гіпотензії у вагітних

Артеріальна гіпотензія, навіть декомпенсована, при якій артеріальний тиск не приходить до норми на фоні медикаментозної терапії, не є показанням для переривання вагітності.

При компенсованій гіпотензії, що не супроводжується погіршенням стану вагітних, лікування не потрібне. При субкомпенсованій стадії артеріальної гіпотензії лікування здійснюють в амбулаторних умовах. Лікування декомпенсованої гіпотензії проводять у стаціонарі.

Ефективним методом лікування та профілактики артеріальної гіпотензії є лікувальна фізкультура, дуже важлива ранкова гімнастика. Корисні водні процедури: прохолодний душ, обливання, контрастні ванни для ніг, масаж. Сон повинен тривати 10–12 год на добу. Необхідний також 1–2-годинний денний сон.

Харчування має бути повноцінним, різноманітним; рекомендується збільшити вміст у їжі білкових продуктів (м'яса, риби, сиру). Міцний чай слід пити вранці й удень, але не ввечері, щоб не порушити сон.

Застосовують фітотерапію, адаптогени (елеутерокок, китайський лимонник, заманиха), апілак, вітаміни групи В, фізіотерапевтичні процедури.

8.2. Захворювання крові у вагітних

Найчастішим гематологічним захворюванням у вагітних є анемія.

Анемія – патологічний стан, що характеризується зменшенням кількості еритроцитів та/або вмісту гемоглобіну в одиниці об'єму крові.

Під час фізіологічної вагітності система крові змінюється: об'єми циркулюючої крові, плазми та еритроцитів зростають. Збільшується продукція еритроцитів, тому що гормони вагітності (хоріонічний гонадотропін, плацентарний лактоген) посилюють дію еритропоетину. У вагітних відбуваються також специфічні зміни білої крові: збільшується кількість лейкоцитів і нейтрофілів, з'являються мієлоцити, промієлоцити; кількість лімфоцитів і моноцитів не змінюється, а базофілів – знижується.

Частота анемії у вагітних складає 30–35% і має тенденцію до підвищення. При анемії порушується одна з основних функцій крові – доставка кисню до органів і тканин, розвивається гіпоксія, яка у випадках тяжкої анемії негативно впливає на нормальний перебіг вагітності й розвиток плода.

Класифікація анемії у вагітних

За етіологією (ВООЗ, 1992 р.):

- анемії, пов'язані з харчуванням: залізодефіцитна, В₁₂-дефіцитна, фолієводефіцитна;
- гемолітичні анемії;
- апластичні анемії;
- анемії при хронічних хворобах;
- інші анемії.

За ступенем тяжкості (ВООЗ, 1991 р.)

Ступінь тяжкості	Концентрація гемоглобіну (г/л)
Легкий	109–90
Середній	89–70
Тяжкий	69–40
Дуже тяжкий	<40

У 90% вагітних виявляється залізодефіцитна анемія (ЗДА), половина з них має поєднаний залізо- і фолієводефіцитний генез. Решта видів анемії зустрічається у вагітних порівняно рідко.

8.2.1. Залізодефіцитна анемія вагітних

Причини ЗДА у вагітних:

- недостатнє або неповноцінне харчування;
- гіперполіменорея до вагітності;
- інтервал після попередніх пологів менше 2 років;
- багатоплідна вагітність;
- чотири чи більше пологів у минулому;
- кровотечі під час вагітності;
- хвороби з порушенням усмоктування заліза, постійний прийом антацидних препаратів;
- хвороби з перерозподілом заліза (системні захворювання сполучної тканини, хронічні інфекції, туберкульоз, злоякісні пухлини);
- паразитарні та глистяні інвазії.

Клініка анемії.

- *Анемічний синдром*: блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія, загальна слабкість, запаморочення, задишка.
- *Клінічні ознаки дефіциту заліза*: втомлюваність, погіршення пам'яті, ламкість волосся і нігтів, блакитні склери, сухість шкіри та ін.
- *Лабораторні ознаки залізодефіциту*: мікроцитоз, гіпохромія і зниження вмісту гемоглобіну в еритроцитах, зниження в сироватці вмісту заліза і феритину та ін.

Лікування залізодефіцитної анемії вагітних та тактика ведення

Харчування: основним джерелом заліза для вагітної жінки є м'ясо. З метою поліпшення всмоктування заліза до раціону корисно включати фрукти, ягоди, зелені овочі, соки та морси, мед (темні сорти).

Медикаментозне лікування. Основою лікування анемії є препарати заліза (гінотардиферон, актиферин, фероплекс та

ін.). Показаннями до призначення таких препаратів є середній, тяжкий та дуже тяжкий ступені анемії вагітних. Лікувальна добова доза елементарного заліза при пероральному застосуванні має складати 2 мг/кг маси тіла (у середньому 100–200 мг/добу).

Пологи. Наявність залізодефіцитної анемії у вагітної не впливає на тактику ведення вагітності та пологів.

8.2.2. Фолієводефіцитна анемія

Цей вид анемії виникає внаслідок гемолізу будь-якого генезу, багатопліддя, постійного прийому протисудомних препаратів, після резекції значної частини тонкого кишечника.

Додатковий прийом фолієвої кислоти по 0,4 мг/добу показаний усім вагітним, починаючи з ранніх термінів. Вагітним корисне вживання у сирому вигляді достатньої кількості фруктів та овочів, багатих на фолієву кислоту (шпинат, спаржа, салат, броколі, капуста, картопля, апельсини, диня тощо).

Якщо жінка постійно приймає антиконвульсанти або інші антифолієві засоби (сульфасалазин, тріамтерен, зидовудин й ін.), їй показаний прийом великої дози фолієвої кислоти (3–5 мг/добу) упродовж усієї вагітності

Діагностика фолієводефіцитної анемії базується на виявленні макроцитів, анізо- та поїкілоцитозу в мазку крові хворої та встановлення дефіциту фолієвої кислоти в еритроцитах.

Лікування: призначення фолієвої кислоти – 1–5 мг/добу.

8.2.3. Інші види анемії у вагітних

В₁₂-дефіцитна анемія.

Причини – недостатність синтезу внутрішнього фактора Касла, необхідного для всмоктування вітаміну В₁₂ (після резекції або видалення шлунку, при аутоімунному гастриті); порушення процесів усмоктування в клубовій кишці (неспеци-

фічний виразковий коліт, хвороба Крона, гельмінтози, стан після резекції клубової кишки); недостатній вміст вітаміну В₁₂ у їжі (відмова від тваринних продуктів).

Діагностика. В₁₂-дефіцитна анемія є макроцитарною, гіперхромною і супроводжується неврологічною симптоматикою, вміст вітаміну В₁₂ знижується до 50 пг/мл і нижче.

Лікування. Призначають ціанокобаламін – 1000 мкг внутрішньом'язово один раз на тиждень упродовж 5–6 тижнів.

Гемолітичні анемії.

Зумовлені посиленням руйнуванням еритроцитів, яке не компенсується активацією еритропоезу. До них відносяться серпоподібноклітинна анемія, спадковий мікросфероцитоз, анемії, обумовлені вродженими ферментативними порушеннями, найчастіше недостатністю глюкозо-6-фосфатдегідрогенази еритроцитів.

Вагітні з гемолітичними анеміями потребують ведення гематологом. Рішення щодо можливості виношування вагітності, характеру лікування, терміну і способу розродження вирішує саме цей спеціаліст. Призначення препаратів заліза протипоказане!

Апластична анемія.

У вагітних зустрічається достатньо рідко, причина у більшості випадків залишається невідомою. Діагноз встановлюють на підставі морфологічного дослідження пунктату кісткового мозку.

Вагітність при цих видах анемії протипоказана і підлягає перериванню як у ранніх, так і в пізніх термінах. У разі розвитку або виявлення апластичної анемії після 22 тижнів вагітності показане дострокове розродження. Високий ризик геморагічних та септичних ускладнень, материнської смертності, антенатальної загибелі плода.

8.3. Ендокринні захворювання у вагітних

8.3.1. Цукровий діабет і вагітність

Це захворювання, яке характеризується синдромом хронічної гіперглікемії, зумовленою абсолютною недостатністю інсу-

ліну в організмі, коли підшлункова залоза виробляє замалу кількість гормону (цукровий діабет I типу), або відносною його недостатністю, коли знижена чутливість тканин до інсуліну, хоча секреторна функція підшлункової залози не порушена (цукровий діабет II типу). У вагітних можливе виникнення минушого порушення толерантності до глюкози, яке зникає по завершенню вагітності (гестаційний цукровий діабет).

Інсулін впливає на всі види обміну речовин, оскільки є анаболічним гормоном, який сприяє утилізації глюкози і біосинтезу глікогену, ліпідів, білків. При інсуліновій недостатності порушується засвоєння тканинами глюкози, збільшується глюконеогенез, виникає гіперглікемія з порушенням усіх видів метаболізму, ураженням судин, нервів і багатьох інших тканин організму.

Під час фізіологічної вагітності вуглеводний обмін змінюється у відповідності до потреб плода в енергоматеріалі (головним чином у глюкозі):

- у I триместрі підвищується чутливість тканин до інсуліну, зменшується рівень глюкози в крові, що пов'язане із зростаючою потребою плода в глюкозі, це може призвести до розвитку гіпоглікемії; тому вагітним, хворим на цукровий діабет, дозу інсуліну зменшують на 1/3;
- з 13 тижня вагітності спостерігається погіршення перебігу хвороби: зростає гіперглікемія, що може призвести до кетоацидозу; потреба в інсуліні збільшується у зв'язку з контрінсулярним впливом плацентарних гормонів;
- з 32 тижня вагітності й до пологів знову можливе покращення перебігу діабету, що пов'язане з підвищенням вживання плодом глюкози, яка потрапляє до нього через плаценту з материнської крові;
- в пологах відбувається значне коливання рівня глюкози в крові, можуть розвиватися гіперглікемія і ацидоз під впливом емоційних впливів (біль, страх) або гіпоглікемія як наслідок фізичної роботи; після пологів рівень глюкози в крові на короткий період знижується, а потім посту-

пово підвищується, сягаючи на 7–10 день післяпологового періоду рівня, який був у жінки до вагітності.

Розрізняють 3 ступені тяжкості цукрового діабету:

- 1 ст. (легкий) – гіперглікемія не перевищує 7,7 ммоль/л (норма – 5,5 ммоль/л), немає ознак кетозу; нормалізація рівня глюкози в крові може бути досягнута за допомогою дієти;
- 2 ст. (середній) – гіперглікемія <12,7 ммоль/л, немає ознак кетозу; потрібне лікування інсуліном у дозах, які не перевищують 60 ОД/добу;
- 3 ст. (тяжкий) – гіперглікемія >12,7 ммоль/л, кетоацидоз, мікроангіопатії, для нормалізації глюкози в крові доза інсуліну – більше 60 ОД/добу.

Можливі ускладнення вагітності при цукровому діабеті

Під час вагітності – передчасне переривання вагітності (зустрічається в 15–30% випадків), прееклампсія (30–50% випадків), багатоводдя (20–30%), запальні захворювання сечовідних шляхів (до 16%), плацентарна недостатність.

З боку плода – аномалії розвитку (8%), великий та гігантський плід, дистрес плода, антенатальна смерть плода (24%), високий рівень ранньої дитячої смертності (до 10%).

Ускладнення в пологах: передчасний розрив плодових оболонок, слабкість пологової діяльності, клінічно вузький таз, травми пологових шляхів, дистрес плода, акушерські кровотечі; в післяпологовому періоді – підвищений рівень післяпологових септичних захворювань.

Лікування цукрового діабету під час вагітності

Мета лікування цукрового діабету під час вагітності – максимально повна і стійка компенсація вуглеводного метаболізму. За лабільного перебігу діабету припускається глікемія натще – до 6,1 ммоль/л, через годину після їди – до 8,5 ммоль/л.

В основі лікування лежить дієта та інсуліноterapia:

- дієта: добова калорійність раціону – 30–35 ккал/кг ідеальної маси тіла; якісний склад добового раціону: білки – 25–30% калорійності; вуглеводи – 45–50%; жири – 30%.
- інсуліноterapia: середня добова доза: I триместр – 0,5–0,6 ОД/кг, II триместр – 0,7 ОД/кг, III триместр – 0,8 ОД/кг.

Доношування вагітності допустиме при неускладненому перебігу вагітності й відсутності ознак дистресу плода. Розродження – з 36 до 38 тижнів вагітності. Вибір методу розродження залежить від перебігу цукрового діабету, стану матері, стану плода і його розмірів.

Розродження

Ведення пологів через природні пологові шляхи є оптимальним варіантом, але при цьому необхідно враховувати розміри таза і плода (може виникати клінічна невідповідність), можливість значних травм пологових шляхів матері і плода (переломи ключиці, внутрішньочерепні травми). Пологи слід вести в присутності ендокринолога, з адекватним знеболенням, корекцією пологової діяльності при виникненні слабкості пологових сил, не форсувати виведення плечиків, профілактика кровотечі в III і ранньому післяпологовому періодах, профілактика післяпологових інфекційних захворювань, лактаційного маститу та гіпогалакції.

Показання до планового кесаревого розтину:

- "свіжі" крововиливи у сітківку;
- прееклампсія середньої тяжкості чи тяжка;
- дистрес плода;
- тазове передлежання;
- маса плода >4000 г.

8.3.2. Захворювання щитоподібної залози і вагітність

У I триместрі вагітності спостерігається підвищення функції щитоподібної залози і збільшення секреції тиреоїдних гормонів. В міру розвитку вагітності частина цих гормонів зв'язується з білками крові і стає біологічно неактивною, а концентрація активних фракцій залишається такою, яка була до вагітності.

Щитоподібна залоза плода починає функціонувати рано – з 12–16 тижнів внутрішньоутробного розвитку; до моменту пологів гіпофізарно-тиреоїдна система плода знаходиться у функціонально-активному стані. Тиреотропний гормон через плаценту не переходить, а тироксин і трийодтиронін – проходять і від плода до матері, і від матері до плода.

Тиреотоксикоз.

Найчастіше вагітність поєднується з тиреотаксикозом, при якому спостерігається гіперплазія, гіпертрофія і гіперфункція щитоподібної залози. Вагітні скаржаться на тахікардію, підвищену нервозність, втомлюваність, порушення сну, відчуття жару, підвищену пітливість, тремор рук, екзофтальм, збільшення об'єму шиї. В II половині вагітності при легкій формі захворювання спостерігається ремісія захворювання і навіть може виникати гіпотиреоїдний стан (за рахунок зв'язування гормонів із білками). При середній і тяжкій формах захворювання з 28–30 тижнів вагітності розвивається серцева недостатність. Тахікардія досягає 120–140 уд./хв, частішає дихання, спостерігається високий пульсовий тиск, інколи розвивається миготлива аритмія.

Ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду при тиреотоксикозі:

- невиношування вагітності (підвищений синтез тироксину несприятливо впливає на імплантацію заплідненого яйця, що призводить до викидня);

- ранні гестози, що виникають унаслідок змін у ЦНС і обмінних процесах при цій патології; гестоз при даній хворобі перебігає несприятливо, погано піддається лікуванню, у зв'язку з чим вагітність часто вимушені переривати;
- у II половині вагітності часто розвивається преєклампсія з вираженим гіпертензивним синдромом;
- у III періоді пологів і післяпологовому періоді нерідко виникають акушерські кровотечі;
- у перші дні після пологів спостерігається загострення тиреотоксикозу, симптоми якого посилюються з лактацією;
- вроджені вади розвитку в дітей спостерігаються у 19% випадків, із них у 4% – вади розвитку мозку, у 0,8% – серцево-судинної системи, у 8,6% – вади розвитку статевих органів, у 4% – кили, у 0,8% – дефект м'якого піднебіння і у 0,8% – хвороба Дауна;
- у новонароджених дітей знижується рівень гормонів щитоподібної залози, що пов'язують із пригніченням тиреоїдної функції гіпофізу плода материнськими тироксинами. У таких дітей суха набрякла шкіра, пергаментність кісток черепа, збільшений язик, м'язова гіпотонія, гіпорексія, сповільнена перистальтика кишківника. Ці явища проходять у перші 2 тижні життя дитини, але половина дітей потребує проведення замісної гормонотерапії.

Лікування тиреотоксикозу у вагітних: настій валеріани, пустирника. Дийодтиронін – по 0,05 2 рази на день при легкій формі тиреотоксикозу. При середньому ступені – 0,15–0,2 г/добу і за 2–3 тижні до пологів припиняють прийом дийодтироніну. При веденні тяжких форм хвороби призначають мерказоліл по 30–40 мг на день. При досягненні еутиреоїдного стану дозу зменшують до 5 мг на день.

Ведення вагітності при тиреотоксикозі.

Вагітна знаходиться під наглядом акушера-гінеколога та ендокринолога. При тяжких формах базедової хвороби вагітність

протипоказана. При вузлових формах показане оперативне лікування в кінці I триместру. Протягом вагітності – контроль за рівнем гормонів і обов'язкове лікування. При загостренні хвороби – госпіталізація. У пологах – проводити профілактику кровотечі в III періоді пологів. Новонароджені повинні бути під постійним наглядом із проведенням адекватного лікування.

При **гіпотиреозі** вагітність настає рідко, але якщо і настає, то часто самовільно переривається, навіть при субклінічних формах гіпотиреозу. Нерідко у вагітних розвивається залізодефіцитна анемія. У пологах виникає слабкість пологових сил. Діти часто народжуються з ознаками гіпотиреозу, аномаліями розвитку мозку, хворобою Дауна.

Лікування: тиреоїдин – по 0,1 г 2–3 рази на день; трийодтиронін – 0,00002 г 1–2 рази на день протягом усієї вагітності під контролем рівня гормонів.

8.4. Захворювання сечовидільної системи і вагітність

8.4.1. Безсимптомна бактеріурія

Діагноз безсимптомної бактеріурії ставиться при:

- наявності бактерій у середній порції сечі в кількості $\geq 10^5$ КУО/мл, виявлених двічі з інтервалом ≥ 24 год (має бути висіяний один і той самий вид мікроорганізмів);
- відсутність клінічних симптомів;
- лейкоцитурія (піурія) +/-.

Отже, клінічно значущою бактеріурією є велика кількість мікробів у сечі – 100 тис. чи більше в 1 мл, причому в двох послідовних посівах, які взяті через 3–7 днів, але не менше, ніж через добу. Необхідно отримати однаковий результат, тобто у двох посівах має бути виділений ідентичний збудник. Ці жорсткі вимоги зумовлені тим, що в 40% випадків у вагітних результати висівів не підтверджуються повторним дослідженням.

Лікування безсимптомної бактеріурії полягає в однократному призначенні високоефективного безпечного антибіо-

тика або проведенні короткого (3 денного) курсу лікування. Варіанти, які рекомендуються в сучасних умовах:

- *фосфоміцина трометамол* – по 3 г 1 раз на добу;
- *амоксцилін/клавуланат* – по 625 мг 2 рази на добу 3 дні;
- *цефуроксима аксетил* – по 250 мг 2–3 рази на добу 3 дні;
- *цефтибутен* – по 400 мг 1 раз на добу 3 дні;
- *нітрофурантоїн* – по 100 мг 4 рази на добу 3 дні.

8.4.2. Цистит

Цистит – запалення сечового міхура, супроводжує різноманітні патологічні стани сечових шляхів та статевих органів. Він може бути першим проявом пієлонефриту або інших урологічних захворювань.

Гострий цистит характеризується зниженням працездатності, слабкістю, підвищенням температури тіла до 37,5°C і місцевими симптомами: біль і різі при сечовипусканні, біль у надлобковій області, часте сечовипускання. В аналізі сечі – лейкоцитурія і бактеріурія; в аналізі крові – лейкоцитоз, зсув формули крові вліво.

Гострий цистит триває 7–10 днів.

Лікування: таблетовані антибіотики (напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини), уросептики (нітропросолін, левіграмін, 5-НОК). Своєчасне розпізнавання і лікування безсимптомної бактеріурії і циститу при вагітності приводить до істотного зниження ризику гострого пієлонефриту та його негативних наслідків як для матері, так і для плода.

8.4.3. Пієлонефрит. Гестаційний пієлонефрит

Пієлонефрит – неспецифічне інфекційно-запальне захворювання нирок із переважним ураженням інтерстиціальної тканини та ниркових мисочок. Гестаційний пієлонефрит – це пієлонефрит, який уперше виник під час вагітності.

При вагітності може розвиватись як гостра форма захворювання, так і загострюватись його хронічна форма, яка виникла до вагітності.

Збудниками найчастіше є: кишкова паличка (30%), протей (20%), стафілокок (27%), синьогнійна паличка (5–8%), а у 18% – мікробні асоціації (ентерококи, клебсієла та ін.). Шляхи інфікування: гематогенний, лімфогенний, висхідний, при інструментальних втручаннях.

Фактори, що сприяють розвитку пієлонефриту у вагітних:

- гіпотонія і гіпокінезія ниркових мисок і сечоводів, дилатація сечоводів (під дією прогестерону);
- гіпотонія сечового міхура, виникнення міхурово-сечоводного рефлюксу;
- механічне стискання сечоводів вагітною маткою;
- імуносупресія, притаманна вагітним (на фоні значного підвищення вироблення глюкокортикоїдів плацентою).

Клініка і діагностика пієлонефриту.

Симптоми гострого пієлонефриту: біль у попереку, дизурія, підвищення температури тіла до 38–39°C, загальна слабкість, адинамія, інтоксикація, прискорені пульс і дихання, блідість шкіряних покривів, сухий язик, позитивний симптом Пастернацького. При хронічній формі всі ці ознаки менш виражені (тупий біль у поперековій ділянці, дизурія, субфебрильна температура, головний біль, загальна втомлюваність). Хронічний пієлонефрит тривалого перебігу призводить до розвитку нефрогенної гіпертонії.

Додаткові методи обстеження: в загальному аналізі крові – нейтрофільний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво; в загальному аналізі сечі: сеча каламутна, лейкоцитурія (лейкоцитів більше 8 в полі зору) або піурія (лейкоцити на все поле зору), бактеріурія. Порушення концентраційної функції нирок (гіпостенурія – щільність сечі <1015) розпізнається при проведенні проби Зимницького. При пробі Нечипоренка в 1 мл сечі у хворих визначається: лейкоцитів >4000, еритроцитів >1000.

Ускладнення вагітності та пологів при пієлонефриті: прееклампсія, передчасні пологи, внутрішньоутробне інфікування

плода, передчасний розрив плодових оболонок, слабка пологова діяльність, кровотечі в III і ранньому післяпологовому періоді, післяпологові гнійно-септичні захворювання, висока перинатальна смертність.

Ведення вагітності у жінок із пієлонефритом.

При цьому захворюванні визначають три ступені перинатального ризику:

- I ступінь ризику – пієлонефрит, який виникає під час вагітності;
- II ступінь ризику – хронічний пієлонефрит, який був до вагітності;
- III ступінь ризику – пієлонефрит із гіпертензією, азотемією, пієлонефрит єдиної нирки.

Вагітним I і II груп ризику можна дозволити виношування вагітності, вони повинні бути на обліку в уролога та/або нефролога, контроль сечі кожних 2 тижні, а в період між 22 і 28 тижнями – 1 раз на тиждень. При III ступені ризику вагітність протипоказана.

Вагітних із загостренням пієлонефриту обов'язково госпіталізують у стаціонар (урологічне відділення чи у відділення патології вагітності) незалежно від терміну вагітності. При хронічному пієлонефриті (навіть без загострення) – планова госпіталізація до 10 тижнів вагітності в урологічне відділення з метою поглибленого обстеження (аналіз сечі, проба Зимницького, Нечипоренка, сечовина, креатинін крові та ін.).

Друга планова госпіталізація – у 22–28 тижнів вагітності та обов'язкове обстеження урологом, окулістом.

Третя госпіталізація – у ВПВ за 2–3 тижні до пологів із метою підготовки жінки до розродження.

Лікування:

- відновлення порушеного пасажу сечі (за необхідності): катетеризація або стентування сечоводів, черезшкірна пункційна нефростомія;

- антибактеріальна терапія: перевага надається напівсинтетичним пеніцилінам, цефалоспорином (парентерально) та макролідам із подальшим переходом на уроантисептики;
- спазмолітики;
- дезінтоксикаційна та десенсибілізуюча терапія;
- канефрон тривало.

Пологи ведуться *per vias naturales*. У післяпологовому періоді призначають ті ж препарати, що й під час вагітності.

8.4.4. Гломерулонефрит

Гломерулонефрит – це інфекційно-алергічне захворювання з ураженням клубочків і канальців нирок. Виникає, як правило, після стрептококових інфекцій (основний збудник – β -гемолітичний стрептокок групи А 12 типу). Гломерулонефрит розвивається через 10–15 днів після ангіни, скарлатини, стрептокової піодермії. Рідко зустрічається неінфекційний гломерулонефрит, який виникає після вакцинацій.

Зустрічається рідко, у 0,1–0,2% вагітних, але є небезпечним для вагітних захворюванням, тому що дуже часто виникають ускладнення.

Гломерулонефрити бувають гострі та хронічні, але у вагітних частіше зустрічаються хронічні форми.

Клініка захворювання розвивається поступово: виникає слабкість, головний біль, пастозність м'яких тканин, підвищення артеріального тиску, з'являється гематурія, підвищується рівень антистрептолізину, антигіалуронідази, у сечі – білок, еритроцити, лейкоцити (але кількість еритроцитів переважає над кількістю лейкоцитів); при тяжкому перебігу – збільшення в крові креатинину, сечовини, анемія. Під час вагітності часто виникає загострення хронічного гломерулонефриту, що, можливо, пов'язане з підвищенням рівня глюкокортикоїдів під час вагітності.

Хронічний гломерулонефрит може перебігати в таких формах:

- гіпертонічна форма: підвищення АТ, гематурія, протеїнурія, зміни на очному дні;
- нефротична форма: добова протеїнурія 10–30 г/л, набряки, гіперемія;
- змішана форма: мають місце всі вищезазначені ознаки, але деякі ознаки все-таки переважають;
- латентна форма – мікропротеїнурія, мікрогематурія, нормальний АТ, набряків немає.

Усі форми рано чи пізно переходять у термінальну стадію – хронічну ниркову недостатність.

Перебіг вагітності при гломерулонефриті. Вагітність для таких хворих дуже небезпечна:

- загострюється саме захворювання;
- майже у 40% таких жінок при вагітності розвивається преєклампсія, яка тяжко перебігає, часто ускладнюється еклампсією і внутрішньоутробною смертю плода;
- збільшується частота затримки розвитку плода та передчасних пологів;
- часто виникає передчасне відшарування нормально розташованої плаценти з подальшим розвитком коагулопатичних кровотеч;
- зростає ризик материнської смертності.

Особливо несприятливі для вагітності гіпертонічна і змішана форми гломерулонефриту, при яких вагітність протипоказана. При латентній та нефротичній формах вагітність можливо виношувати за умови ретельного спостереження акушером-гінекологом і нефрологом та відповідного лікування.

Лікування. Дієта: білкова, при нефротичній формі її треба збільшити до 2 г білка/кг, зменшити прийом NaCl до 5 г/добу, води – до 800 мл на день. Симптоматичне лікування: гіпотензивні препарати, діуретики, білкові препарати.

Розродження: за акушерською ситуацією, ретельне знеболення пологів. II період пологів ведуть залежно від цифр АТ та

стану плода (за показаннями – керована гіпотонія, акушерські лещата). Кесарів розтин – за акушерськими показаннями. В післяпологовому періоді при погіршенні стану породіллі – перевод у спеціалізований стаціонар. У подальшому жінка знаходиться під диспансерним наглядом нефролога.

8.5. Захворювання органів дихання і вагітність

Найпоширенішою патологією з боку дихальної системи у вагітних є бронхіти, пневмонії та бронхіальна астма. Для вирішення питання про прогноз вагітності необхідно враховувати характер і стадію захворювання дихальних шляхів, наявність гнійно-септичних ускладнень, стан функції зовнішнього дихання та газообміну у вагітної, прояви дихальної і серцевої недостатності, стан плода.

8.5.1. Бронхіти

У вагітних частіше розвивається первинний бронхіт бактеріальної або вірусної етіології, який часто супроводжується ларингітом, астматичними станами. Бронхіти поділяють на гострі та хронічні. Факторами ризику виникнення бронхітів є переохолодження, а також професійні шкідливі фактори.

Основні клінічні ознаки – нездужання, кашель, біль у грудях, погане відходження мокротиння (через набряк слизової оболонки бронхів, властивий періоду вагітності). Хронічні процеси перебігають тривало, з періодами загострень і ремісій.

Лікування проводять спільно з терапевтом. Зазвичай, вживають тепле питво (чай із медом і лимоном, липовий чай), інгаляції лужних розчинів, відвари трав (кореня алтея), мікстуру з термопсиса.

Ведення вагітності та пологів. Хронічні бронхіти не є протипоказанням до вагітності та пологів. Пологи у хворих із неускладненим бронхітом перебігають без ускладнень. При

тяжкому перебігу захворювання та вираженій дихальній недостатності необхідно скоротити II період пологів (епізiotомія, акушерські лещата). У післяпологовому періоді підвищується частота гнійно-септичних ускладнень.

8.5.2. Гостра пневмонія

Гостра пневмонія – гостре ексудативне (в основному інфекційної природи) запалення альвеол, проміжної тканини та судинної системи легень. У вагітних пневмонія перебігає більш тяжко у зв'язку із зменшенням дихальної поверхні легенів, високим стоянням діафрагми, додатковим навантаженням на серцево-судинну систему.

Клініко-морфологічно розрізняють крупозну (дольову), вогнищеву (долькову) та інтерстиціальну пневмонію.

Клініка. Початок хвороби поступовий, у деяких випадках може бути гострим. Основні скарги: кашель із невеликою кількістю мокротиння, підвищення температури тіла, загальна слабкість, головний біль. Визначаються помірно тахіпное та тахікардія, притуплення перкуторного звуку над обмеженою ділянкою легенів, хрипи при аускультії легенів. При рентгенологічному дослідженні виявляють вогнищеві інфільтративні затемнення. Проводять бактеріологічне дослідження мокротиння для визначення виду збудника та його чутливості до антибактеріальних препаратів.

Лікування: антибактеріальна терапія (пеніциліни, цефалоспорины, макроліди) протягом 10–14 днів, бронхоспастичні препарати (еуфілін, теофедрин, сальбутамол), муколітичні та десенсибілізуючі препарати, при тяжкому перебігу захворювання – глюкокортикоїди. При виборі антибіотика керуються чутливістю мікрофлори. Показаний також масаж грудної клітки, дихальна гімнастика, оксигенотерапія.

Ведення вагітності та пологів. При появі ознак пневмонії незадовго до пологів треба, по можливості, відстрочити розви-

ток пологової діяльності, тому що пологовий акт небезпечний для таких жінок у зв'язку із впливом токсико-інфекційних факторів на їх нервову і серцево-судинну системи. Виражена дихальна недостатність на тлі пневмонії під час пологів є показанням до скорочення другого періоду пологів (епізіотомія, вакуум-екстракція плода, акушерські лещата).

8.5.3. Бронхіальна астма

Бронхіальна астма – хронічне запальне захворювання дихальних шляхів з алергійним компонентом, що супроводжується явищами обструкції дихальних шляхів (унаслідок бронхоспазму, гіперсекреції слизу і набряку слизової оболонки бронхів). Розрізняють неінфекційно-алергічну (атопічну) та змішану (аутоімунну, дисгормональну, нервово-психічну) форми захворювання.

Вплив бронхіальної астми на перебіг вагітності і стан плода у більшості жінок несприятливий через частий розвиток ускладнень: невиношування вагітності, дистрес і затримка розвитку плода, внутрішньоутробне інфікування плода, прееклампсія, аномалії пологової діяльності.

Клініка. Виділяють передастму (хронічний астмоїдний бронхіт, хронічна пневмонія із бронхоспазмом), напади задухи, астматичний стан. За частотою виникення нападів і ступеня ефективності лікування бронхіальну астму поділяють на легку, середню і тяжку. Для бронхіальної астми характерний напад задухи: настирливий кашель, задишка експіраторного типу (затруднений видих), дихання шумне, свистяче, частота дихань різко зменшується (до 10 і < за хвилину); виникає тахікардія, ціаноз шкірних покривів; закінчується напад виділенням в'язкого мокротиння.

Лікування. Вагітні, хворі на бронхіальну астму, повинні перебувати на обліку в терапевта жіночої консультації. Необхідно усунути фактори ризику загострення захворювання: переохолодження, алергени в побуті та їжі, професійні шкідливі фактори.

Для запобігання нападів задухи застосовують бронхолітичні препарати у вигляді інгаляцій і таблеток: ізадрин (1–2 вдихи через інгалятор) або алуpent (астмопент) – по 0,02 г під язик. При легкому нападі задухи одночасно призначають гаряче питво, гірчичники.

При більш тяжких нападах задухи лікування хворих з астматичним станом обов'язково проводять у стаціонарі: глюкокортикоїдні препарати, внутрішньовенно 10 мл 2,4% розчину еуфіліну, при серцевій недостатності додають коргліккон, інгаляції кисню, призначають антибіотики. У випадку недостатнього ефекта лікування вагітної проводять в умовах реанімаційного відділення.

Ведення вагітності та пологів. Бронхіальна астма не є протипоказанням до вагітності. Хворі продовжують базисну терапію, яку вони отримували до вагітності (кортикостероїди, пролонговані бронхолітики). Повторні напади задухи, астматичні стани і явища легенево-серцевої недостатності є показаннями до дострокового розродження.

Пологи звичайно відбуваються через природні пологові шляхи. У пологах варто продовжувати бронхолітичну терапію. Тяжка дихальна і легенево-серцева недостатність є показанням для кесаревого розтину.

У III періоді пологів і післяпологовому періоді необхідно виключити застосування простагландинів та метилергометринну, які можуть викликати бронхоспазм.

8.6. Хвороби органів травлення та печінки і вагітність

8.6.1. Хронічний гастрит у вагітних

Гастрит – це захворювання, викликане запальними змінами слизової оболонки шлунку та порушенням вироблення соляної кислоти. Поряд із неприємними і больовими відчуттями, шлунковими і кишковими розладами, викликаними прийомом їжі або нервовими навантаженнями, у хворих часто відзначаються дратівливість, підвищена стомлюваність, загальна слаб-

кість. За результатами численних масових обстежень, на хронічний гастрит страждає більше 50% дорослого населення розвинених країн світу; у структурі хвороб органів травлення він становить 35%. Переважна більшість людей страждає на гастрит, викликаний особливим мікробом – хелікобактер пілорі (70% усіх хронічних гастритів). Інші форми гастритів зустрічаються значно рідше. Хелікобактер пілорі виявляють тільки в шлунку, а в стравоході, дванадцятипалій і прямій кишці вони не зустрічаються. Ці мікроби виділяють речовини, які здатні викликати пошкодження слизової оболонки шлунку, порушуючи вироблення травних соків.

У більшості випадків ознаками хвороби бувають біль у верхній частині живота та диспепсія – нудота, блювота, відрижка, розлади випорожнення. При хронічному гастриті із секреторною недостатністю частіше спостерігаються явища шлункової диспепсії (відрижка, нудота, блювота) і кишкової диспепсії (метеоризм, бурчання в животі, порушення випорожнення). При гастриті зі збереженою або підвищеною секрецією шлункового соку (формах, що найчастіше зустрічаються в молодому віці) переважає біль у верхній частині живота, навколо пупка або в правому підребер'ї. Біль виникає після їди, рідше з'являються натще. При підвищеному виробленні шлунком соляної кислоти біль зазвичай сильний, при зниженому – слабкий.

Факторами виникнення хронічного гастриту є:

- стрес, що веде до порушення біологічно обумовленого ритму;
- неправильне харчування (нерегулярне, незбалансоване, наявність у їжі консервантів, гормонів, антибіотиків);
- куріння, зловживання алкоголем;
- зараження бактеріями хелікобактер пілорі.

Хронічний гастрит не є протипоказанням для вагітності, оскільки він безпосередньо не впливає на перебіг вагітності та стан плода.

Діагностика гастриту під час вагітності базується на ретельному вивченні скарг хворої, історії розвитку захворю-

вання, дослідженні шлункового соку, за особливими показаннями – ендоскопічного дослідження.

Лікування загострення хронічного гастриту у вагітних:

- *дієта* (харчування дробове, в напіврідкому вигляді, без підсмажування, обмежують вживання кухонної солі і вуглеводів; рекомендуються молоко, слизові або молочні супи з круп, яйця некруто, м'ясні чи рибні фрикадельки, кнелі, кефір, овочева пагу);
- *мінеральні води* підбирають залежно від секреції шлункового соку (рівня рН);
- *антацидні препарати* (альмагель, фосфалюгель, гавіскон, кальцію карбонат);
- *обволікуючі засоби* (відвар ромашки), *спазмолітики, седативні препарати* (корінь валеріани, настій пустирника).

Пологи ведуть через природні пологові шляхи. Якщо в I періоді пологів виникає виразкова кровотеча, то роблять кесарів розтин і оперативно лікують виразку. Якщо виразкова кровотеча виникає в II періоді пологів, то накладають акушерські лещата, а потім оперативно лікують виразку.

8.6.2. Хронічний холецистит у вагітних

Хронічний холецистит – це хронічне рецидивуюче поліетіологічне захворювання, пов'язане із запальними змінами у стінці жовчного міхура. Основну роль у розвитку холециститу відіграють інфекція, застій жовчі, подразнення слизової оболонки жовчного міхура.

Діагностика хронічного холециститу:

– *больовий синдром* – тупий, ниючий біль у ділянці правого підребер'я, з іррадіацією в праву частину грудної клітки, у праву ключицю, шию справа, праве плече, лопатку, біль посилюється від жирної та смаженої їжі;

– *диспептичний синдром* – тяжкість у правому підребер'ї, надчеревній області, здуття живота, нудота, гіркота в роті, порушення випорожнення;

– *явища інтоксикації* – слабкість, головний біль, субфебрильна температура, прискорене серцебиття;

– *позитивні міхурові симптоми* (Кера, Ортнера, правобічний френікус-симптом);

– *помірне збільшення печінки*, її болючість при пальпації;

– *дані УЗ дослідження*: потовщення стінок жовчного міхура, пластинчастий вміст міхура, наявність паравезикального ехо-негативного ободка набряку, конкременти;

– *у разі виконання дуоденального зондування (за показаннями)*: каламутність жовчі в порції В; наявність у слизові великої кількості лейкоцитів, кристалів холестерину; можлива наявність паразитів.

Спостереження вагітної з хронічним холециститом у жіночій консультації проводять спільно з терапевтом.

Лікування хронічного холециститу у вагітних.

За умови відсутності загострення процесу:

- лікувальна фізкультура;
- раціональне харчування (стіл № 5 у теплому вигляді);
- лікувальні дуоденальні зондування (тільки при безкам'яному холециститі) – 1 раз на тиждень – 4–6 разів у II та III триместрах;
- жовчогінні засоби.

У разі загострення процесу:

- звільнення від роботи;
- стіл № 5;
- для ліквідації больового синдрому – М-холінолітики (платифілін), міотропні спазмолітики (дротаверин, папаверин);
- прокінетики (метоклопрамід), холекінетики (ксиліт, сорбіт, магнію сульфат);
- фітотерапія (настої м'яти, ромашки, кропиви, нагідок лікарських, цикорію, безсмертника, кукурудзяних рилець, шипшини);
- антибактеріальна або антипаразитарна терапія (залежно від збудника) упродовж 1–2 тижнів у середніх терапевтичних дозах (ампіцилін, амоксицилін, нітроксолін).

Розродження проводять за акушерською ситуацією при доношеній вагітності.

8.6.3. Панкреатит у вагітних

Гострий панкреатит – це важке поліетіологічне захворювання, яке характеризується запаленням і деструктивними змінами підшлункової залози. Під час вагітності протікає важко, смертність жінок складає 20–30%. Перинатальна смертність – 38%.

Хвороба починається гостро із значного болю у верхній половині живота, який має опоясуючий характер. З'являється нудота, блювання, після чого легше не стає. Розвивається колапс. При огляді: іктеричність склер, слизових оболонок, на шкірі – крововиливи (навколо пупка і на боковій поверхні живота). При пальпації – значна болючість в епігастрії, підреб'ях. Часто підвищується температура.

Лікування: голод, спазмолітики, інфузійна терапія (20–40 мл 0,5% новокаїну, розчин Рінгера, реосорбілакт), інгібітори протеаз (трасілол, контрікал, гордокс), еуфілін, вітаміни. Для профілактики гнійних ускладнень – антибіотики (ампіцилін, ампіокс, цефалоспорини). Показанням до хірургічного лікування є гнійний деструктивний панкреатит.

У гострій фазі захворювання переривають вагітність тільки за акушерськими показаннями. При розвитку перитоніту і необхідності акушерської операції роблять спочатку кесарів розтин (після якого часто виникає необхідність гістеректомії), а потім – необхідні хірургічні втручання. При консервативному лікуванні панкреатиту і терміні вагітності більше 36 тижнів проводять допологову підготовку і дострокове розродження природнім шляхом.

Хронічний панкреатит – клінічна картина схожа з гострим панкреатитом, але менше виражена. Загострення захворювання у вагітних буває дуже рідко. При тривалій ремісії хронічного панкреатиту, відсутності ускладнень вагітність можна

виношувати. Хронічний панкреатит суттєво не впливає на перебіг другої половини вагітності й на пологи.

8.6.4. Хронічний гепатит у вагітних

Хронічний гепатит (ХГ) – поліетіологічне дифузне ураження печінки запального характеру тривалістю понад 6 місяців із прогресуючим перебігом та розвитком фіброзу аж до цирозу.

Діагностика хронічного гепатиту:

– *анамнез* (вірусний гепатит В, С, або D; професійні, хімічні шкідливі чинники; медикаментозні інтоксикації; зловживання алкоголем; підпечінковий холестаза; метаболічні порушення та ін.);

– *гепатолієнальний синдром*: збільшення печінки та селезінки різного ступеня, ущільнення консистенції печінки, інколи болючість при пальпації;

– *диспептичний синдром*: знижений апетит, нудота, інколи блювання, відчуття тяжкості в епігастрії, відрижка, здуття живота, закрепи;

– *астеновегетативний синдром*: загальна слабкість, пригнічений настрій, дратівливість, безсоння, знижена працездатність, головний біль;

– *холестатичний синдром*: свербіння шкіри, ахолічний кал, темно-коричневе забарвлення сечі, жовтяниця;

– *геморагічний синдром*: крововиливи та синці на шкірі, підшкірній жировій клітковині, кровоточивість ясен, носові кровотечі, гематурія, кров'янисті виділення із піхви;

– *синдром портальної гіпертензії*: варикозне розширення вен кардії з рецидивуючими кровотечами, спленомегалія;

– *маркери вірусних гепатитів*: антигенні (HBsAg, HbcAg); серологічні; генетичні (вірусна ДНК або РНК);

– *біохімічні показники*: тимолова проба > 4 ОД; підвищення АлАТ у 3–10 разів; білірубін > 22 мкмоль/л; лейкоцитоз – 10–20×10⁹/л; лужна фосфатаза > 5 ОД; протромбін < 80%;

– дані ультразвукового дослідження: вогнищева або дифузна акустична неоднорідність тканини печінки, ослаблення ехосигналів у глибоких ділянках печінки, зміни її судинної системи.

Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів):

- виражена активність запально-некротичного процесу;
- виражений фіброз паренхіми печінки;
- портальна гіпертензія;
- синдром холестазу;
- цитолітичний синдром.

Ведення вагітності. При виникненні акушерських ускладнень (пreekлампсія, загроза переривання вагітності, гіпоксія плода та ін.) або при загостренні основного захворювання – стаціонарне лікування у відділенні екстрагенітальної патології.

Лікування хронічного гепатиту у вагітних:

– дієта № 5 (збалансоване, повноцінне харчування з достатньою кількістю вітамінів та мікроелементів), загальний калораж – 2800–3500 ккал/добу; виключаються жири тваринного походження, продукти, багаті на холестерин;

– медикаментозне лікування проводиться із застосуванням мінімуму препаратів (метаболізм більшості лікарських препаратів здійснюється у печінці, тому при ХГ порушений); виключається вживання алкоголю, медикаментів, які можуть виявити гепатотоксичний ефект (нітрофурани, саліцилати та ін.); у разі стійкої ремісії ХГ призначають седативні препарати, аскорбінову кислоту (0,1–0,2 г три рази на добу), рутин (0,05 г три рази на добу); при загостренні процесу – стаціонарне лікування, режим ліжковий, інфузійна терапія, есенціальні фосфоліпіди, антиоксиданти, ентеросорбція, кортикостероїди (показані лише при аутоімунному гепатиті).

Пологи. Розродження проводять спеціалізованому відділенні екстрагенітальної патології. Пологи ведуть через природні пологові шляхи. Кесарів розтин проводять у разі наявності акушерських показань, портальної гіпертензії. Головною загро-

зою для життя вагітних є кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу. Тому при порталній гіпертензії оптимальним методом розродження є кесарів розтин у 38 тижнів вагітності.

8.6.5. Холестатичний гепатоз вагітних

Етіологія повністю не з'ясована. Вірогідно, що він розвивається внаслідок імуноконфлікту між організмом матері та плода, або ж унаслідок розширення жовчних капілярів, зниження тонууса жовчовидільної системи, згущення жовчі. Ця патологія частіше виникає в III триместрі вагітності й повністю проходить після пологів.

Клінічна картина. Провідним симптомом є сверблячка шкіри, загальний стан хворої майже не змінюється, зрідка спостерігається нудота, пронос і біль у животі, печінка не збільшена, через деякий час з'являється слабо виражена жовтяниця. В аналізі крові: помірний лейкоцитоз і нейтрофілоз, незначне збільшення ШОЕ, зниження кількості тромбоцитів, зростання рівня білірубіну та жовчних кислот. У печінці – розширення жовчних протоків.

Лікування спрямоване на зв'язування жовчних кислот: холестирамін, маалокс, альмагель, фосфалюгель.

8.7. Інфекційні захворювання у вагітних

На грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) в Україні щорічно хворіє від 10 до 25% населення. Практично всі епідемії грипу супроводжуються розвитком ускладнень у вигляді пневмоній, синуситів, отитів, менінгітів, гострої серцево-судинної патології, що призводить до підвищення смертності, особливо у групах ризику. Це стосується і вагітних, оскільки у них частіше діагностують тяжкі та ускладнені форми грипу, пневмонії.

Найчастіше у вагітних виникає гострий риніт, ларингіт, трахеїт. Найбільшу потенційну небезпеку для плода становлять

вірусні інфекції (вірус грипу, респіраторно-синцитіальний вірус). Викликані цими збудниками захворювання призводять до інтоксикації, активізації латентної інфекції, ураження внутрішніх органів. Віруси, проникаючи через плаценту, можуть зумовити внутрішньоутробне інфікування плода, передчасне переривання вагітності, вади розвитку та внутрішньоутробну загибель плода. Крім того, вірусна інфекція сприяє підвищенню кровотрати під час пологів чи при перериванні вагітності.

Грип – це гостре вірусне захворювання, що передається повітряно-крапельним шляхом і є найбільш частим інфекційним захворюванням у вагітних. Вірус грипу проникає через дихальні шляхи, уражує циліндричний епітелій респіраторного тракту, особливо трахеї. Підвищення проникності судинної стінки спричиняє порушення мікроциркуляції та геморагічні ускладнення (петехіальну висипку на шкірі та слизовій оболонці ротової порожнини, крововиливи у склери і кон'юнктиву, рідше – кровохаркання, носові кровотечі, геморагічну пневмонію).

Пацієнтка становить загрозу зараження грипом оточуючих від перших годин захворювання до стихання катаральних явищ (протягом 5–7 діб). При ускладненні грипу пневмонією вірус зникає на 10–14-й день.

Захворювання починається гостро, з підвищення температури тіла до 38–40°C, ознобу, вираженої загальної інтоксикації, що характеризується головним болем, слабкістю, болем у м'язах нижніх і верхніх кінцівок, поперекової ділянці, в очах, адинамією. Також можуть виникати запаморочення, нудота, блювання. Гарячка триває 3–5 діб, температура знижується критично, супроводжується інтенсивним потовиділенням, може спостерігатися тривалий субфебрилітет.

При огляді виявляються гіперемія обличчя, шиї, зівя, ін'єкція судин склер, пітливість, брадикардія; язик обкладений білим нальотом; може спостерігатися herpes labiales.

У плаценті жінок, які перенесли грип, знаходять тромбоз інтервільозного простору, вогнищеві крововиливи в базальну пластинку, оболонку, пуповину, які, порушуючи плацентарний кровообіг, негативно впливають на плід і новонародженого.

У пацієток, які перенесли грип під час вагітності, спостерігається вища частота недоношування, вроджених аномалій розвитку плода та більший відсоток смертності дітей.

Грип зазвичай не є показанням до переривання вагітності, але жінкам, які захворіли на грип на самому початку вагітності, можна рекомендувати перервати її через високий ризик виникнення вроджених вад розвитку плода.

Іноді можуть виникати загрозові для життя ускладнення грипу. Найбільш серйозним із них є грипозна та вторинна бактеріальна пневмонія (викликана стафілококом, грамнегативними мікроорганізмами), яка може мати летальні наслідки. При ускладненнях захворювання в 25–50% випадків вагітність може закінчуватися самовільним абортom.

Лікування грипу та ГРВІ при вагітності. Лікування вагітних, що захворіли на грип або ГРВІ, доцільно проводити в інфекційному стаціонарі (залежно від тяжкості захворювання) під наглядом інфекціоніста, терапевта та акушера-гінеколога. Терапію слід розпочинати якомога раніше від моменту контакту із хворою чи при появі перших симптомів захворювання. У ході лікування застосовують комплекс етіотропних, патогенетичних і симптоматичних препаратів, направлених на збудника захворювання, дезінтоксикацію організму, підвищення його захисних сил, ліквідацію запальних і больових проявів, профілактику ускладнень.

8.8. Вагітність при аномаліях розвитку жіночих статевих органів

Приблизно 1–3% жінок народжуються з аномаліями розвитку матки. У ембріона жіночої статі матка – порожнистий

м'язовий орган – утворюється в кінці другого місяця внутрішньо-утробного розвитку з двох парних каналів – Мюлерових проток. У нормі на 10-му тижні вагітності ці два канали зливаються, утворюючи єдину порожнину матки. Якщо ж Мюлерові протоки не зливаються взагалі або зливаються неповністю, у такого плода жіночої статі виникають вроджені аномалії розвитку матки.

Подвоєна матка (*uterus duplex*) розвивається, коли Мюлерові протоки не зливаються, у результаті чого утворюються дві окремі матки і дві шийки матки. При подвоєній матці вагітність може розвиватись та доношуватись.

Дворогога матка (*bicornuate uterus*) – матка має дві частково з'єднані порожнини замість однієї великої порожнини. Це порушення викликане неповним злиттям Мюлерових проток.

Однорога матка (*unicornuate uterus*) розвивається, коли один Мюлерів канал не сформований, унаслідок чого в матки відсутня одна половина (один її ріг).

Сідлоподібна матка (*saddle-shaped uterus*) – різновид дворогої матки – патологія, при якій дно матки має форму сідла.

Рудиментарний ріг матки – цей ріг, як правило, не з'єднується з порожниною матки, і вагітність може розвинутись тільки внаслідок потраплення заплідненої яйцеклітини через трубу цього додаткового рогу. Вагітність у додатковому розі матки переривається в терміні 12–14 тижнів із значною кровотечею.

Перетинка в матці (*uterus wall*) – це найбільш поширена вроджена аномалія матки. Про перетинку матки кажуть, коли матка повздовжньо розділена на дві частини групою м'язів або тканиною залишків Мюлерової протоки (які організм не зруйнував і не поглинув, як це мало статися). Перетинка в матці може бути повна та неповна. Ці утворення в матці часто призводять до викидня. Якщо на перетинці прикріплюється плацента, то в пологах виникає значна кровотеча через відсутність скорочення перетинки.

Можливі ускладнення вагітності й пологів при аномаліях розвитку жіночих статевих органів:

- невиношування вагітності;
- неправильні положення плода;
- неправильне розташування плаценти (її передлежання);
- аномалії пологової діяльності;
- кровотечі в III та ранньому післяпологовому періодах.

8.9. TORCH-інфекції у вагітних

Серед причин перинатальних втрат одне з провідних місць займає внутрішньоутробне інфікування плода і, як наслідок, патологія плода та новонародженого. Частота ранньої неонатальної захворюваності та смертності варіює від 5,3 до 27,4%, а мертвонародженість сягає 16,8%.

Перинатальні інфекції – це захворювання плода або новонародженого, які виникають унаслідок гематогенної (трансплацентарної), амніальної, висхідної або нисхідної інфекції, що проникла до плодового яйця в пізньому фетальному періоді (після 22-го тижня гестації) з клінічними проявами захворювання після народження дитини.

Терміни "внутрішньоутробне інфікування" і "внутрішньоутробна інфекція" не є синонімами.

Внутрішньоутробне інфікування відображає факт проникнення мікроорганізму в організм плода, що не завжди призводить до розвитку патологічних змін. Внутрішньоутробне інфікування відбувається значно частіше, ніж розвиваються клінічні прояви хвороби.

Внутрішньоутробна інфекція – це захворювання плода, що виникло внаслідок його внутрішньоутробного інфікування з ураженням плода та/або клінічними проявами інфекції після народження дитини.

Ураження плода відбувається, як правило, при ранньому його інфікуванні, з формуванням вроджених аномалій розвитку або специфічного симптомокомплексу (затримка розвитку плода, гідроцефалія, кальцифікати мозку, гепатоспленомегалія, тяжка жовтяниця).

Несприятливі наслідки перинатальних інфекцій під час вагітності:

- затримка внутрішньоутробного розвитку плода;
- передчасні пологи;
- вроджені вади розвитку;
- антенатальна загибель плода;
- гострі та персистуючі інфекції у новонародженого;
- інвалідність із дитинства.

Таблиця 8.2

Клінічні прояви внутрішньоутробних та перинатальних інфекцій

Період гестації	Можливі наслідки інфекції
Передімплантаційний період (перші 6 днів після запліднення)	Загибель зиготи
Ембріо- та плацентогенез (із 7-го дня до 8-го тижня)	Загибель ембріона, вади розвитку, формування плацентарної дисфункції
Ранній фетальний період (із 9-го до 22-го тижня)	Порушення функцій різних органів та систем
Пізній фетальний період (після 22 тижнів)	Розвиток фетопатій або специфічного інфекційного процесу

Ураження плода певними збудниками перинатальних інфекцій позначається аббревіатурою **TORCH**, складеною з перших букв назв найбільш частих внутрішньоутробних інфекцій:

- **T** (*Toxoplasmosis* – токсоплазмоз);
- **O** (*Other diseases* – інші збудники – сифіліс, ВІЛ, вітряна віспа, хламідії та ін.);

- **R** (*Rubella* – краснуха);
- **C** (*Cytomegalovirus* – цитомегалія);
- **H** (*Herpes simplex virus* – герпес).

Загальні ознаки перинатальних інфекцій:

- малосимптомна клінічна картина у матері;
- симптомокомплекс у плода: затримка росту плода; жовтяниця; гепатоспленомегалія; ураження ЦНС і органів кровообігу; персистуючий перебіг хвороби у новонародженого; схильність до генералізації інфекції; вроджені вади розвитку плода.

Діагностика внутрішньоутробного інфікування:

- дослідження вмісту цервікального каналу, піхви, уретри:
 - бактеріоскопічне;
 - бактеріологічне (якісне і кількісне);
 - вірусологічне;
- дослідження крові на наявність специфічних антитіл:
 - серологічні дослідження;
- молекулярно-біологічні методи:
 - лігазна ланцюгова реакція;
 - полімеразна ланцюгова реакція.

Методи діагностики інфекції у плода:

- *ультрасонографія* – дозволяє виявити синдром затримки росту плода, аномальну кількість навколоплодових вод, зміни структури плаценти, водянку плода, гідроцефалію, церебральні кальцифікати, розширення чашково-мискової системи нирок, гепатомегалію, гіперехогенність кишечника;
- *трансабдомінальний амніоцентез* (за показаннями) з наступною ідентифікацією збудника в навколоплодових водах;
- *кордоцентез* (за показаннями) – визначення збудника та/або рівня специфічних антитіл у пуповинній крові.

**Клінічні прояви інфекції у вагітній,
тактика її ведення та лікування**

Інфекція	Клінічні прояви у вагітній	Вплив на плід та новонародженого	Тактика ведення вагітної
Хламідіоз	Бесимптомний перебіг (часто), дизурія, збільшення виділень із піхви, передчасні пологи.	Мала маса новонародженого, конъюктивіт, пневмонія в першій місяць життя.	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (наявність клінічних ознак хламідіозу, ПСПШ). Лікування після 14 тиж. вагітності антибіотиком-макролідом. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція porodilі не потрібна.
Сифіліс	Твердий шанкр, регіонарний склерадентіт, плямисто-папульозна висипка на тулубі, кінцівках, слизових оболонках, геніталіях, лімфаденопатія.	Мертвонародження, ранній вроджений сифіліс, пізній вроджений сифіліс.	Скринінг усіх вагітних (А) – при взятті на облік та у 28–30 тиж. вагітності. Лікування проводять спільно з дерматовенерологом. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція porodilі не потрібна.
ВЛІ-інфекція	Різноманітні клінічні прояви – від безсимптомного перебігу до розгорнутої клінічної картини СНІДу.	Затримка росту плода. Вроджені аномалії розвитку. У 20–40% випадків плід/новонароджений інфікується (у разі відсутності профілактики).	Скринінг усіх вагітних за їх добровільною згодою при взятті на облік та у 27–28 тиж. вагітності (А). Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 582. Грудне вигодовування не рекомендується. Ізоляція porodilі не потрібна.

Інфекція	Клінічні прояви у вагітній	Вплив на плід та новонародженого	Тактика ведення вагітної
Токсоплазмоз	Бесимптомний перебіг; лімфаденопатія, міалгія, самовільні викидні (при первинному інфікуванні).	Затримка росту плода, гепатоспленомегалія, розсіяні внутрішньомозкові кальцинати, хоріоретиніт, судоми.	Скринінг не проводять (А). Остеження за наявністю клінічних ознак. Лікування не проводять. Профілактика: не вживати в їжу м'яса без термічної обробки; виключити контакт із когатами; при роботі з ґрунтом використовувати рукавички. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
Краснуха	Захворювання зазвичай легкого перебігу (висип, артралгії, лімфаденопатія).	Вроджені вади розвитку (в разі інфікування вагітної у перші 16 тижнів), мала маса при народженні, гепатоспленомегалія, менінгоенцефаліт.	Скринінг не проводять. Остеження за показаннями (наявність захворювання, що супроводжується висипкою, або контакт вагітної, яка не має імунітету до краснухи, з хворим на краснуху). Діагностика на підставі серологічних тестів. Якщо інфекція виявляється в перші 16 тижнів вагітності, рекомендується переривання вагітності. Лікування симптоматичне. Необхідна ізоляція. Грудне вигодовування не протипоказане.
Генітальний герпес:	У 60% – безсимптомний перебіг, у 20% – атиповий перебіг, у 20% – типові клінічні ознаки захворювання.		Скринінг не проводять (А). Остеження за показаннями (типовий висип на зовнішніх статевих органах).

РОЗДІЛ 8. ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ...

<p>– первинна герпетична інфекція</p>	<p>Висока вірусемія, лихоманка, нездужання, м'язові, головні, суглобові болі. Локальна симптоматика – болючі пухирцеві елементи на вухах, у пахових складках, на шкірі промежини, слизовій оболонці піхви, уретри, шийки матки, місцева аденопатія.</p>	<p>Внутрішньоутробне інфікування буває рідко. Ризик інтранатального інфікування – 50%. 1/3 інфікованих дітей помирає. У більшості тих, які вижили – неврологічні розлади, глухота, вірусний сепсис, енцефаліт.</p>	<p>Лікування протівірусними препаратами не проводять (за виключенням випадків натальних показань із боку матері). Якщо інфікування відбулося вродовж останнього місяця перед пологами – розродження шляхом операції кесарів розтин, якщо більше 1 місяця – пологи через природні пологові шляхи. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.</p>
<p>– рецидив герпесу</p>	<p>Вірусне навантаження менше, ніж при первинній інфекції, триває 7 днів.</p>	<p>Загальний ризик інфікування новонародженого – 1–3%.</p>	<p>Лікування протівірусними препаратами не проводять (за виключенням випадків натальних показань із боку матері). При виникненні рецидиву за тиждень до пологів – кесарів розтин, якщо більше 7 днів – пологи через природні пологові шляхи.</p>
<p>Цитомегаловірусна (ЦМВ) інфекція</p>	<p>Гостра інфекція найчастіше перебігає субклінічно і проявляється катаральним синдромом. Хронічна інфекція клінічних проявів не має.</p>	<p>Затримка росту плода. Вроджені аномалії розвитку. При первинній інфекції у матері плід інфікується у 30–50% випадків. Клінічні симптоми (жовтяниця, пневмонія, гепатоспленомегалія) є у 5–10% інфікованих новонароджених, із них 11–20% помирають, 10% мають пізні прояви захворювання – сліпота, глухота, енцефалопатія; 5% – порушення розумового та фізичного розвитку.</p>	<p>Скринінг та лікування вагітних не проводять (А). Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.</p>

Продовження таблиці 8.3

Інфекція	Клінічні прояви у вагітної	Вплив на плід та новонародженого	Тактика ведення вагітної
Вітряна віспа	Часто тяжкий перебіг захворювання. Лихоманка, везикулярний висип, головний біль, пневмонія (20%), енцефаліт (рідко).	Частота трансмісії – до 1%. Вроджена вітряна віспа виникає при інфікуванні до 20 тижнів та проявляється малою масою, рубцями на шкірі, порушеннями скелета, неврологічними розладами (розумова відсталість, глухота, параліч та атрофія кінцівок), аномаліями очей. У новонароджених клінічні прояви спостерігаються, якщо мати інфікується перед пологами.	Скринінгу не існує. Вагітна з тяжкою інфекцією потребує лікарняного догляду та лікування, яке проводять ацикловіром по 200 мг 5 разів на день 7–10 днів (у разі вкрай тяжкого перебігу інфекції – ацикловір внутрішньовенно). Жінка впродовж 5 днів після останнього висипу є контагіозною і потребує ізоляції. Грудне вигодовування не протипоказане за виключенням гострого періоду.

8.10. Невідкладні стани в акушерстві

До невідкладних станів в акушерстві відносяться: тяжка прееклампсія й еклампсія, акушерські кровотечі, геморагічний і септичний шоки, емболія навколоплодовими водами, синдром ДВЗ, тромбоемболія легеневої артерії та ін. Тяжка прееклампсія та еклампсія описані в розділі 6 даного підручника, акушерські кровотечі, геморагічний шок та синдром ДВЗ – в розділі 7 (підрозділи 7.1–7.7).

8.10.1. Септичний шок в акушерстві

Септичний шок – клінічний синдром, що виникає при наявності системної запальної відповіді організму на інфекцію та проявляється порушенням здатності організму підтримувати гемодинаміку і гомеостаз у результаті неадекватної оксигенації тканин і циркуляторних розладів.

Виникненню шоку сприяють:

- вогнища інфекції (септичний аборт, ендоміометрит, хоріоамніоніт, лохіометра, залишки плодового яйця та ін.);
- зниження загальної резистентності організму;
- можливість проникнення збудників або їх токсинів у кровоносне русло.

Клінічно виділяють дві стадії септичного шоку:

- гіпердинамічну – зниження периферичного опору, рефлекторно зростає серцевий викид;
- гіподинамічну – вторинні порушення перфузії та оксигенації тканин.

Діагностика септичного шоку

Діагноз септичного шоку ставиться при наявності:

- джерела інфекції (як правило, гнійної);
- артеріальної гіпотензії;
- тахікардії більше 100 уд./хв;

- тахіпное більше 25 за хв;
- порушення свідомості (менше 13 балів за шкалою Глазго);
- олігурії (діурез менше 30 мл/год);
- гіпоксемії (PaO₂ менше 75 мм рт. ст.);
- підвищення рівня лактату більше 1,6 ммоль/л;
- петехіальної висипки, некрозу ділянок шкіри;
- у більшості випадків зустрічається анемія, нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом уліво, морфологічні зміни нейтрофілів (їх токсична зернистість).

Додаткові діагностичні критерії:

- тромбоцитопенія < 100×10⁹/л;
- підвищення рівня С-реактивного протеїну;
- підвищення рівня прокальцитоніну > 6,0 нг/мл;
- позитивний посів крові з виявленням циркулюючих мікроорганізмів;
- позитивний тест на ендотоксин.

Основні принципи інтенсивної терапії септичного шоку:

- негайна госпіталізація у відділення інтенсивної терапії;
- корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії та інфузійної терапії;
- підтримання адекватної вентиляції та газообміну;
- хірургічна санація вогнища інфекції;
- нормалізація функції кишківника та раннє ентеральне харчування;
- своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем;
- антибактеріальна терапія під постійним мікробіологічним контролем.

Хірургічна санація вогнища інфекції.

Показання до екстирпації матки з матковими трубами:

- відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії;
- наявність у матці гною;

- маткова кровотеча;
- гнійні утворення в ділянці придатків матки;
- виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плодового яйця.

Антибактеріальна терапія. При проведенні антибактеріальної терапії доцільно дотримуватися тактики емпіричної дескалаційної антибіотикотерапії. Після ідентифікації мікроорганізму та визначення його чутливості до антибіотиків переходять до антибіотикотерапії за даними антибіотикограми.

8.10.2. Емболія навколоплодовими водами

Емболія навколоплодовими водами (ЕНВ) за тяжкістю ускладнення пологів і наслідками є найтяжчою акушерською патологією. Частота цього ускладнення коливається від 1:14 тис. до 1:30 тис. пологів.

ЕНВ виникає за наявності сполучення амніотичної порожнини з материнським кровоотоком і при перевищенні в ній гідростатичного тиску. В нормі навколоплодові води не потрапляють у судинне русло материнського організму. Але якщо тиск крові в міжворсинчатому просторі стає нижчим за тиск в амніотичній порожнині, створюються умови для проникнення навколоплодових вод у материнський кровообіг.

Фактори ризику ЕНВ: травми шийки матки, відшарування та передлежання плаценти, ручне обстеження порожнини матки і виділення посліду, кесарів розтин, дискоординувана пологова діяльність, допологове відходження навколоплодових вод, інтенсивна пологова діяльність, безсистемна родостимуляція, великий плід, грубі маніпуляції при розродженні жінки.

У типових випадках ЕНВ розвивається гостро в I або II періоді пологів, значно рідше – в послідовому і ранньому післяпологовому періодах.

Клінічна картина: несподіване виникнення нападу, розвиток колапсу, загрудинні болі й утруднене дихання, задишка, гі-

потонія, можливі невиражені судоми, швидко приєднується кровотеча, гіпо- й афібриногенемія, ознаки легеневого серця (здуття шийних вен, що вказує на застій крові в малому колі кровообігу). Шоковий стан може закінчуватись зупинкою серцевої діяльності й дихання.

Якщо хворим вдається пережити гостру фазу шоку, то протягом наступних годин розвивається тяжке порушення гемостазу з коагулопатією і тромбоцитопенією, яке клінічно проявляється в незгортанні крові.

Лікування хворих з ЕНВ складне, повинне включати швидке розродження, інфузійну терапію, інотропні препарати, ШВЛ, великі дози глюкокортикоїдів, інгібітори протеолітичних ферментів, боротьбу з коагулопатією.

8.10.3. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)

Закупорка головного стовбура легеневої артерії чи її дрібних гілок може бути викликана тромбом (або емболом), принесеним потоком крові з периферійних вен (в основному з вен нижніх кінцівок), септичним емболом із правого передсердя, краплинами жиру та ін.

Ризик тромбоемболічних ускладнень значно підвищується при ускладненому перебігу вагітності, зумовленому екстрагенітальною патологією, прееклампсією, гнійно-септичними захворюваннями, тромбофлебітом. Важливими факторами ризику ТЕЛА є хронічна венозна недостатність, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, наявність епізодичних тромбозів і тромбоемболій в анамнезі.

Ризик тромбоемболічних ускладнень після кесаревого розтину в 10–15 разів вищий, ніж після розродження через природні пологові шляхи. Частота материнської смертності від ТЕЛА зростає з віком вагітної (старше 35 років), з більшою кількістю пологів, у жінок з ожирінням, у жінок, які раніше тривалий час приймали естроген-гестагенні оральні контрацептиви.

Клінічна картина: за грудинний біль, синусова тахікардія або тахіаритмія, ціаноз шкіри і слизових оболонок, задишка, кашель із виділенням кров'янистого харкотиння, гіпотонія, запаморочення, колапс, можливе блювання, судоми,

Діагноз уточнюють за допомогою рентгенографії легень, ЕКГ, пневмопультмонографії, дослідження стану системи гемостазу (гіперкоагуляція, гіперагрегація тромбоцитів і зниження їх кількості).

Лікування ТЕЛА: інотропні засоби, вазодилататори, антитромботична і тромболітична терапія, ШВЛ та ін.

Контрольні питання

1. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?

2. Які захворювання серцево-судинної системи найчастіше зустрічаються у вагітних?

3. Які особливості перебігу вагітності в жінок із захворюваннями органів серцево-судинної системи?

4. Які методи розродження застосовують у вагітних із захворюваннями органів серцево-судинної системи?

5. Протипоказання до виношування вагітності у жінок із цукровим діабетом.

6. Відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок із цукровим діабетом, його вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.

7. Класифікація захворювань нирок у вагітних.

8. Клініка, перебіг вагітності та пологів при захворюваннях нирок.

9. Особливості ведення вагітності, пологів, післяпологового періоду при захворюваннях нирок, їх лікування.

10. Перебіг та ведення вагітності й пологів у жінок із бронхітами.

11. Перебіг та ведення вагітності й пологів у жінок із бронхіальною астмою.

12. Перебіг та ведення вагітності й пологів у жінок із пневмонією.

13. Особливості перебігу хронічного холециститу під час вагітності.

14. Особливості перебігу вагітності при гастритах.

15. Особливості перебігу вагітності при панкреатитах.
16. Особливості ведення вагітності і пологів при патології органів травлення.
17. Дайте визначення термінам "внутрішньоутробне інфікування" та "внутрішньоутробна інфекція".
18. Які методи діагностики використовують для виявлення інфекційних збудників під час вагітності?
19. Яка клінічна картина основних захворювань TORCH-групи, небезпечних для вагітності?
20. Які перинатальні інфекції мають найбільший тератогенний вплив?
21. Яка тактика ведення вагітності у жінок із перинатальною інфекцією?
22. Що таке септичний шок?
23. Послідовність лікувальних заходів при септичному шоці.
24. Що таке емболія навколоплодовими водами, її діагностика та лікування?
25. Що таке тромбоемболія легеневої артерії, її діагностика та лікування?

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Вагітна 30 років поступила з першою вагітністю 36–37 тижнів для визначення тактики розродження. В 5-річному віці проведена хірургічна корекція вродженої вади серця – дефект міжпередсердної перегородки. На даний час порушень із боку серцево-судинної системи не виявлено. Визначте тактику розродження.

- А** – розродження через природні пологові шляхи в терміні пологів;
- В** – кесарів розтин у терміні пологів;
- С** – кесарів розтин із стерилізацією;
- Д** – пологи через природні пологові шляхи з виключенням II періоду;
- Е** – термінове розродження.

Задача 2.

У вагітної 35 років із мітральним стенозом раптово вночі з'явилась задуха, тахікардія, різке збудження, пінисте харкотиння рожевого кольору. Яке ускладнення виникло у вагітної?

- А** – напад еклампсії;
- В** – напад епілепсії;
- С** – стенокардія;
- Д** – загострення бронхіальної астми;
- Е** – набряк легень.

Задача 3.

У вагітної в 20 тижнів з'явилися скарги на слабкість, втому, запаморочення. В аналізі крові гемоглобін – 80 г/л. Пульс – 86 уд./хв. АТ – 120/80 мм рт. ст. Шкіра та слизові оболонки бліді. Який діагноз?

- А** – ендокринопатія;
- В** – нейроциркуляторна дистонія;
- С** – анемія вагітних середнього ступеня;
- Д** – хронічна артеріальна гіпертензія;
- Е** – прееклампсія.

Задача 4.

Вагітна у 36 тижнів вагітності поступила зі скаргами на загальну слабкість, задуху, серцебиття під час фізичного навантаження, запаморочення. В анамнезі 2 пологів. При огляді шкірні покриви бліді, АТ – 110/70 мм рт. ст., пульс – 90 уд./хв; вислуховується слабкий систолічний шум на верхівці, печінка та селезінка не збільшені. Нв – 80 г/л, еритроцити – $2,6 \times 10^{12}$ /л, ретикулоцити – 5%, кольоровий показник – 0,8, пойкилоцитоз, анізоцитоз, сироваткове залізо – 9 мкмоль/л. Вкажіть найбільш імовірний діагноз.

- А** – гемоглобінопатія;
- В** – недостатність мітрального клапана;
- С** – вегетосудинна дистонія за гіпотонічним типом;
- Д** – гемолітична анемія;
- Е** – залізодефіцитна анемія.

Задача 5.

У жінки вагітність 30 тижнів, гестаційний діабет. Після введення інсуліну з'явилось відчуття збудження, потім жінка знепритомніла. АТ – 80/50 мм рт. ст., пульс – 122 уд./хв, дихання поверхнєве, на обличчі піт. Яку невідкладну допомогу слід надати?

- А** – почати ШВЛ;
- В** – додатково ввести інсулін;

- С** – почати масаж серця;
- D** – ввести 40% розчину глюкози внутрішньовенно;
- Е** – ввести сібазон.

Задача 6.

Вагітна, 36 тижнів, знаходиться в пологовому будинку з цукровим діабетом I типу, ускладненим явищами нейроретинопатії. Під час чергового огляду жінка скаржиться на погіршення зору, туман перед очима, головний біль. На очному дні: крововиливи різної давнини, дегенеративні зміни, сполучнотканинні тяжі по ходу судин сітківки. Яка тактика ведення пологів у даному випадку?

- A** – амніотомія з подальшим призначенням окситоцину;
- B** – кесарів розтин в ургентному порядку;
- С** – підготовка пологових шляхів протягом 2–3 діб, індукція пологів;
- D** – плановий кесарів розтин;
- Е** – лікування основного захворювання до розвитку спонтанної пологової діяльності.

Задача 7.

Вагітна в терміні 24 тижні доставлена у відділення патології вагітних зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5°C, біль у попереку зліва, дизуричні розлади. Симптом Пастернацького позитивний зліва. В загальному аналізі сечі – білок 0,066 г/л, лейкоцити покривають усе поле зору. Який найбільш імовірний діагноз?

- A** – пієлонефрит вагітних;
- B** – загострення хронічного панкреатиту;
- С** – сечокам'яна хвороба;
- D** – прееклампсія вагітних;
- Е** – загроза переривання вагітності.

Задача 8.

Вагітна в терміні 32 тижні відзначає підйом температури до 38,9°C, озноб, тупий біль у правій поперековій ділянці, дизуричні явища. Про яку найбільш вірогідну патологію можна думати в цьому випадку?

- A** – харчове отруєння;
- B** – запалення придатків матки;
- С** – хоріонамніоніт;

D – гострий пієлонефрит вагітних;

E – гострий апендицит.

Задача 9.

У вагітної з бронхіальною астмою в терміні 30 тижнів після стресової ситуації раптово з'явилась задишка, шумне свистяче дихання, ціаноз обличчя. Аускультативно: дихання ослаблене, багато сухих свистячих хрипів; при перкусії – коробковий звук. Після нападу у жінки виділилась невелика кількість тягучого харкотиння. Який імовірний діагноз?

A – гостра пневмонія;

B – тромбоемболія легеневої артерії;

C – обструктивний бронхіт;

D – набряк легенів;

E – напад бронхіальної астми.

Задача 10.

Хвора 23 років поступила в пологове відділення на термінові пологи з супутнім діагнозом: хронічний бронхіт, дихальна недостатність II ст. Яку тактику в пологах передбачає дане ускладнення?

A – перінеотомія;

B – накладання акушерських лещат;

C – кесарів розтин;

D – ведення нормальних пологів;

E – очікувальна тактика.

Задача 11.

Вагітна 37 років скаржиться на відчуття тяжкості, розпирання, ниючий біль в епігастрії після вживання їжі, відрижку повітрям, відсутність апетиту, схильність до проносів, загальну слабкість. Об'єктивно: живіт м'який, болючий в епігастрії. Кал рідкий, без домішок. ФГДС: слизова оболонка шлунку бліда з ділянками гіперемії, стоншена. Який найбільш вірогідний діагноз?

A – хронічний гастрит;

B – хронічний гепатит;

C – хронічний панкреатит;

D – рак шлунку;

E – хвороба Менетріє.

Задача 12.

Вагітна 30 років поступила до гастроентерологічного відділення зі скаргами на майже постійний біль у правому підребер'ї, нудоту, головний біль, періодичне підвищення температури тіла до 37,5°C. Об'єктивно: язик обкладений білим нальотом, сухий, при пальпації живота біль у ділянці жовчного міхура, позитивні симптоми Кера, Ортнера, Мерфі. При ультразвуковому дослідженні виявлено потовщення та ущільнення стінок, неоднорідність вмісту жовчного міхура, уповільнена евакуація жовчі. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A** – виразкова хвороба дванадцятипалої кишки;
- B** – хронічний гастродуоденіт, період загострення;
- C** – хронічний холецистит, період загострення;
- D** – дискінезія жовчовивідних шляхів;
- E** – хронічний панкреатит, період загострення.

Задача 13.

До сімейного лікаря дільничної лікарні звернулась вагітна з терміном вагітності 8 тижнів. Скаржитися на підвищення температури тіла до 37,3°C, макульозну висипку червоного кольору на шкірі живота, передній поверхні стегон. З анамнезу встановлено, що вагітна була в контакт з хворим на краснуху. Який прогноз народження здорової дитини у цієї вагітної?

- A** – несприятливий – необхідно перервати вагітність;
- B** – сприятливий;
- C** – сприятливий при введенні імуноглобуліну;
- D** – сумнівний;
- E** – сумнівний при високому титрі специфічних антитіл.

Задача 14.

Яка функція плаценти не спрацьовує при проникненні вірусу СНІДу від інфікованої вагітної до плода?

- A** – метаболічна;
- B** – транспортна;
- C** – трофічна;
- D** – бар'єрна;
- E** – ендокринна.

Задача 15.

Вади розвитку в ранньому терміні вагітності може викликати:

A – туберкульоз;

B – краснуха;

C – уреоплазмоз;

D – ВІЛ-інфекція.

Задача 16.

При огляді породіллі на 7-му добу післяпологового періоду визначено: загальний стан середнього ступеня тяжкості, температура тіла – 38,2°C, пульс – 110 уд./хв. Живіт безболісний, симптоми подразнення очеревини відсутні. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, цервікальний канал пропускає 1 поперечний палець, тіло матки збільшене як у 12–13 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Виділення гноєподібні. В аналізі крові: лейкоцитів – $12,2 \times 10^9$ /л, паличкоядерних – 12%. Який імовірний діагноз?

A – післяпологовий ендометрит;

B – післяпологовий мастит;

C – післяпологовий перитоніт;

D – субінволюція матки.

Задача 17.

При огляді породіллі на 5-у добу післяпологового періоду: температура тіла – 38,2°C, пульс – 110 уд./хв. Живіт безболісний, симптоми подразнення очеревини відсутні. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, цервікальний канал пропускає 1 поперечний палець, тіло матки збільшене як у 12–13 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Виділення гноєподібні. В аналізі крові: лейкоцитів – $12,2 \times 10^9$ /л, паличкоядерних – 12%. Які ліки раціонально призначити?

A – антикоагулянти;

B – анальгетики;

C – кортикостероїди;

D – антибіотики.

ВІДПОВІДІ ДО СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

Розділ 2. 1–B; 2–C; 3–E; 4–D; 5–B; 6–A; 7–C; 8–A; 9–D; 10–E.

Розділ 3. 1–D; 2–E; 3–A; 4–C; 5–E; 6–C; 7–A; 8–B; 9–E; 10–B.

Розділ 4. 1–D; 2–B; 3–A; 4–D; 5–A; 6–C; 7–A; 8–C; 9–A; 10–A.

Розділ 5. 1–C; 2–A; 3–D; 4–A; 5–B; 6–A; 7–E; 8–A; 9–D; 10–B.

Розділ 6. 1–A; 2–D; 3–C; 4–B; 5–E; 6–D; 7–C; 8–A; 9–C; 10–A.

Розділ 7. 1–A; 2–C; 3–A; 4–B; 5–D; 6–E; 7–C; 8–B; 9–E; 10–A.

Розділ 8. 1–A; 2–E; 3–C; 4–E; 5–D; 6–B; 7–A; 8–D; 9–E; 10–B;
11–A; 12–C; 13–A; 14–D; 15–B; 16–A; 17–D.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В. В., Костючек Ф. Д., Хаджиева Э. Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 459 с.
2. Абрамченко В. В. Фармакотерапия гестоза. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 477 с.
3. Адаскевич В. П. Инфекции, передаваемые половым путем. – Нижний Новгород: Издательство НГМА, Москва: Медкнига, 2001. – 416 с.
4. Акушерство / под ред. Э. К. Айламазяна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
5. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. – Новгород: Изд-во НГМА, 2005. – 64 с.
6. Венцовский Б. М. Поздний гестоз. – К., 2002. – 768 с.
7. Венцківський Б. М., Запорожан В. Н., Сенчук А. Я. Гестози вагітних. – К., 2002. – 112 с.
8. Гайструк А. Н., Гайструк Н. А., Мороз О. В. Неотложные состояния в акушерстве / под ред. А. Н. Гайструка. – Винница, 2006. – 528 с.
9. Громова А. М., Ліхачов В. К., Добровольська Л. М. та ін. Акушерство і гінекологія. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
10. Добровольська Л. М. Невиношування вагітності: клініка, діагностика, лікування. – Полтава, 2000. – 90 с.
11. Дюдю А. Д., Полион Н. Н., Казачинская А. Т. Комплексное лечение торпидных форм урогенитального трихомониаза // Здоровье женщины. – 2005. – № 1 (21).

12. Жук С. И., Чечуга С. Б., Лобастова Т. В. Современные аспекты патогенеза, диагностики и лечения антифосфолипидного синдрома и других тромбофилических состояний при беременности // Здоровье женщины. – 2006. – №2. – С. 57–61.

13. Зильбер А. П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. – Петрозаводск, 2005. – 508 с.

14. Зотиков Л. О., Вовк И. Б., Калюта А. О. Клинико-морфологические особенности поражения шейки матки при папилломавирусной инфекции // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 3 (32). – С. 104–109.

15. Исаков В. А., Архипова Е. И., Исаков Д. В. Герпесвирусные инфекции человека. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 303 с.

16. Кисина В. И., Забиров К. И. Урогентальные инфекции у женщин. – М.: МИА, 2005. – 280 с.

17. Козлова В. И., Пухнер А. Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2003. – 440 с.

18. Лихачев В. К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. – Полтава: Соломия, 2000. – 104 с.

19. Лихачев В. К. Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2010. – 720 с.

20. Лихачев В. К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2013. – 840 с.

21. Лихачев В. К. Оперативное акушерство с фантомным курсом. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2014. – 496 с.

22. Лихачев В. К. Гормональна діагностика в акушерствi i гiнекологiї. – Полтава: Дивосвіт, 2015. – 162 с.

23. Мазорчук Б. Ф. Акушерство i гiнекологiя: в 2-х т.: пiдручник для сiмейних лiкарiв. – К.: Просвiта, 2005. – 448 с.

24. Макаров О. В., Ковальчук Л. В., Ганковская Л. В. и др. Невынашивание беременности, инфекции, врожденный иммунитет. – М.: Геонтар-Медиа, 2007. – 176 с.

25. Медведь В. И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авицена, 2004. – 168 с.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

26. Назарова І. Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. – 2-е вид. – К.: Медицина, 2008. – 104 с.

27. Наказ МОЗ України № 455 від 13.11. 2001 р. "Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову неприцездатність громадян".

28. Наказ МОЗ України № 582 від 15. 12. 2003 р. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2003. – 162 с.

29. Наказ МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р. "Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні".

30. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги" (аномалії пологової діяльності).

31. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги" (Гіпертензивні розлади під час вагітності).

32. Наказ МОЗ України № 152 від 04.04.2005 р. "Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною".

33. Наказ МОЗ України № 179 від 29.03.2006 р. "Інструкція з визначення критеріїв перинатального періоду, живонароджуваності та мертвонароджуваності".

34. Наказ МОЗ України № 539 від 04.08.2006 р. "Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні".

35. Наказ МОЗ України № 900 від 27.12.2006 р. "Клінічний протокол з акушерської допомоги. Дистрес плода під час вагітності і пологів".

36. Наказ МОЗ України № 624 від 03.11.2008 р. "Нормальні пологи".

37. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. "Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні".

38. Наказ МОЗ України № 514 від 15.08.2011 р. "Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я".

39. Наказ МОЗ України № 715 від 28.10.2011 р. "Про подальше впровадження Розширеної Ініціативи "Лікарня, доброзичлива до дитини" в Україні".

40. Наказ МОЗ України № 764 від 01.10.2012 р. "Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги "Ведення вагітності та пологів у вагітних із пренатально встановленими вродженими вадами серця плода".
41. Наказ МОЗ України № 59 від 21.01.2014 р. "Планування сім'ї. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах".
42. Наказ МОЗ України № 205 від 24.03.2014 р. "Про внесення змін до наказів МОЗ України від 29 грудня 2005 р. № 782 та від 31 грудня 2004 року № 676. Клінічний протокол "Акушерські кровотечі".
43. Наказ МОЗ України № 225 від 28.03.2014 р. Уніфікований клінічний протокол "Початкова, реанімаційна і післяреанімаційна допомога новонародженим в Україні".
44. Наказ МОЗ України № 205 від 08.04.2015 р. Клінічний протокол "Багатоплідна вагітність".
45. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні: практичні настанови / за ред. Р. О. Моїсеєнко. Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – 111 с.
46. Неонатологія: навчальний посібник / за редакцією Т. А. Знаменської. – К.: Асоціація неонатологів України, 2012. – 880 с.
47. Обухова О. А. Курс лекцій з основ біології. Навчальний посібник. – Суми: Вид-во СумДУ, 2008. – 168 с.
48. Серов В. Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 256 с.
49. Серов В. Н., Маркин С. А., Лубнин А. Ю. Эклампсия. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2002. – 464 с.
50. Чайка В. К. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство. – Донецк: ООО "Альматео", 2001. – 111 с.
51. Шифман Е. М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 430 с.
52. A. Vacci, N. Berdzuli, G. Gori et al. Акушерство / Учебный курс для врачей, разработанный группой международных экспертов под эгидой USAID. – К., 2006. – 197 с.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
--------------------	---

Розділ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ. ПРЕДМЕТ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ <i>(О. О. Тарановська)</i>	5
--	---

1.1. Організація надання акушерської (перинатальної) допомоги	7
1.2. Організація надання гінекологічної допомоги	10
1.3. Організація роботи служби планування сім'ї	11

Розділ 2. ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯ-ПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ. МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ. АКУШЕРСЬКА ТЕРМІНОЛОГІЯ <i>(Л. М. Добровольська)</i>	13
---	----

2.1. Фізіологія вагітності, пологів та післяпологового періоду	13
2.1.1. Будова статевих клітин	13
2.1.2. Запліднення та розвиток плодового яйця. Капацитація, клітинний фактор запліднення	15
2.1.3. Плацентажія. Будова і функції плаценти. Розвиток плодових оболонок. Навколоплодові води	16
2.1.4. Органогенез	18
2.1.5. Критичні періоди розвитку ембріона і плода. Вплив на ембріон і плід шкідливих факторів навколишнього середовища	22
2.1.6. Критерії перинатального періоду, живонароджуваності та мертвонароджуваності	25
2.1.7. Плід як об'єкт пологів	27
2.1.8. Фізіологічні зміни в організмі жінки, які виникають під час вагітності	29

2.1.9. Гігієна і дієтичне харчування вагітної	32
2.2. Методи обстеження вагітних	35
2.2.1. Діагностика вагітності ранніх термінів	35
2.2.2. Діагностика вагітності пізніх термінів. Акушерська термінологія	38
2.2.3. Визначення терміну вагітності та очікуваної дати пологів	46
2.3. Пологи. Біологічна готовність організму до пологів. Пологові сили. Регуляція пологової діяльності	47
2.4. Біомеханізми пологів при потиличних передлежаннях голівки плода	52
2.4.1. Термінологія	52
2.4.2. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання	52
2.4.3. Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання	56
2.5. Фізіологічний післяпологовий період	59
2.5.1. Зміни в організмі жінки у післяпологовому періоді	59
2.5.2. Ведення післяпологового періоду: догляд за породіллею, гігієна породіллі, лікувальна фізкультура, профілактика післяпологових захворювань, профілактика та лікування гіпогалакції, післяпологова контрацепція	60
2.5.3. Порядок та умови видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність у зв'язку з вагітністю та пологами	67

Розділ 3. МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЛОДА. ПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ. ДИСТРЕС ПЛОДА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ Й ПОЛОГІВ (Л. М. Добровольська)73

3.1. Методи діагностики стану внутрішньоутробного плода	73
3.2. Плацентарна недостатність	78

3.3. Дистрес плода під час вагітності й пологів	83
3.3.1. Дистрес плода під час вагітності	83
3.3.2. Дистрес плода під час пологів	84
Розділ 4. ПЕРИНАТАЛЬНА ОХОРОНА ПЛОДА. ФІЗІОЛОГІЯ ТА ПАТОЛОГІЯ ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ. МЕТОДИ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАНІМАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНОГО. ФАРМАКОТЕРАПІЯ В АКУШЕРСТВІ (Т. Ю. Ляховська)	90
4.1. Перинатологія як науковий напрямок в акушерстві	90
4.2. Анатомо-фізіологічні особливості періоду новонародженості	91
4.2.1. Анатомо-фізіологічні особливості доношених новонароджених	92
4.2.2. Фізіологічні (перехідні) стани новонародженого	95
4.2.3. Анатомо-фізіологічні особливості недоношених новонароджених	97
4.3. Догляд і годування новонароджених	99
4.4. Організація роботи відділення новонароджених	106
4.5. Патологія періоду новонародженості	109
4.5.1. Пологові травми новонароджених	109
4.5.2. Захворювання новонароджених	112
4.6. Асфіксія новонародженого. Методи інтенсивної терапії та реанімації новонародженого	118
4.7. Фармакотерапія в акушерстві	121
4.8. Питання медичної етики та деонтології в акушерстві	125
Розділ 5. ПАТОЛОГІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ПОЛОГІВ (О. Г. Макаров)	132
5.1. Вагітність і пологи при тазовому передлежанні плода	132

5.1.1. Діагностика тазових передлежань	132
5.1.2. Ведення вагітності при тазовому передлежанні	135
5.1.3. Біомеханізм пологів притазовому передлежанні	136
5.1.4. Ведення пологів при тазовому передлежанні	138
5.2. Вагітність і пологи при аномаліях кісткового таза. Анатомічно звужений і клінічно вузький таз	142
5.2.1. Анатомічно звужений таз	142
5.2.2. Клінічно вузький таз	144
5.3. Крупний плід	147
5.4. Особливості перебігу і ведення пологів при багатоплідній вагітності	149
5.5. Аномалії скоротливої діяльності матки	155
5.5.1. Патологічний преліментарний період	156
5.5.2. Слабкість пологової діяльності	157
5.5.3. Надмірно сильна пологова діяльність	158
5.5.4. Дискоординована пологова діяльність	158
5.6. Невиношування вагітності	159
5.6.1. Спонтанний аборт	159
5.6.2. Передчасні пологи	168
5.7. Переношування вагітності	170

**Розділ 6. ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ВАГІТНОСТІ. ПРЕЕК-
ЛАМПСІЯ. ЕКЛАМПСІЯ (В. К. Ліхачов, Н. О. Удовицька)**179

6.1. Гіпертензивні розлади при вагітності	179
6.2. Преєклампсія	180
6.2.1. Етіопатогенез преєклампсії	181
6.2.2. Клініка і діагностика преєклампсії	182

6.2.3. Тактика ведення та лікування пацієнок із преєклампсією	183
6.3. Еклампсія	188
6.4 Роль жіночої консультації у профілактиці гестозу	191

<i>Розділ 7. АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС І ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ. ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ. АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС ДРУГОЇ ПОЛОВИНИ ВАГІТНОСТІ, У ПОЛОГАХ ТА ПІСЛЯПОЛОВОМУ ПЕРІОДІ. ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ І РЕАНІМАЦІЯ ПРИ КРОВОТЕЧІ В АКУШЕРСТВІ. ПОЛОГОВИЙ ТРАВМАТИЗМ. ОПЕРАТИВНЕ АКУШЕРСТВО (Т. О. Ляховська)</i>	<i>195</i>
--	------------

7.1. Позаматкова вагітність	197
7.2. Передлежання плаценти	202
7.3. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	205
7.4. Кровотечі у послідовому періоді пологів	208
7.5. Післяпологова кровотеча	210
7.5.1. Рання (первинна) післяпологова кровотеча	211
7.5.2. Пізня (вторинна) післяпологова кровотеча	217
7.6. Геморагічний шок	218
7.7. Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в акушерстві	221
7.8. Акушерський травматизм	225
7.8.1. Розриви шийки матки	225
7.8.2. Розриви піхви	226
7.8.3. Гематоми вульви, піхви	227
7.8.4. Розриви промежини	228
7.8.5. Виворіт матки	230

7.8.6. Післяпологові нориці	232
7.8.7. Пошкодження кісткового таза	233
7.8.8. Розриви матки	234
7.9. Оперативне акушерство	240
7.9.1. Кесарів розтин	240
7.9.2. Акушерські лежача	246
7.9.3. Вакуум-екстракція плода	250
7.9.4. Плодоруйнівні операції	252

**Розділ 8. ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ ПРИ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В АКУШЕРСТВІ**

<i>(В. К. Ліхачов)</i>	261
8.1. Захворювання серцево-судинної системи	262
8.1.1. Набуті вади серця	263
8.1.2. Вроджені вади серця	265
8.1.3. Артеріальна гіпертензія у вагітних	268
8.1.4. Артеріальна гіпотензія у вагітних	272
8.2. Захворювання крові у вагітних	274
8.2.1. Залізодефіцитна анемія вагітних	276
8.2.2. Фолієводефіцитна анемія	277
8.2.3. Інші види анемії у вагітних	277
8.3. Ендокринні захворювання у вагітних	278
8.3.1. Цукровий діабет і вагітність	278
8.3.2. Захворювання щитоподібної залози і вагітність	282
8.4. Захворювання сечовидільної системи і вагітність	284
8.4.1. Безсимптомна бактеріурія	284

8.4.2. Цистит	285
8.4.3. Пієлонефрит. Гестаційний пієлонефрит	285
8.4.4. Гломерулонефрит	288
8.5. Захворювання органів дихання і вагітність	290
8.5.1. Бронхіти	290
8.5.2. Гостра пневмонія	291
8.5.3. Бронхіальна астма	292
8.6. Хвороби органів травлення та печінки і вагітність	293
8.6.1. Хронічний гастрит у вагітних	293
8.6.2. Хронічний холецистит у вагітних	295
8.6.3. Панкреатит у вагітних	297
8.6.4. Хронічний гепатит у вагітних	298
8.6.5. Холестатичний гепатоз вагітних	300
8.7. Інфекційні захворювання у вагітних	300
8.8. Вагітність при аномаліях розвитку жіночих статевих органів ...	302
8.9. TORCH-інфекції у вагітних	304
8.10. Невідкладні стани в акушерстві	311
8.10.1. Септичний шок в акушерстві	311
8.10.2. Емболія навколоплодовими водами	313
8.10.3. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)	314
ВІДПОВІДІ ДО СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ	322
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	323

Навчальне видання

АКУШЕРСТВО

Підручник для студентів
вищих медичних навчальних закладів України
III–IV рівнів акредитації
за редакцією доктора медичних наук,
професора В. К. Ліхачова

Художньо-технічний редактор Г. П. Грибан
Коректор Л. М. Калашник
Обкладинка Є. Г. Прокопенка
Комп'ютерна верстка Є. Г. Прокопенка

Мова українська

Підписано до друку 10.11.15. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура PetersburgC.
Ум. друк. арк. 19,5. Ум. фарб.-відб. 19,9.
Обл.-вид. арк. 18,2. Тираж 300 пр. Вид. № 23.

Видавець і виготівник: ПП «Дивосвіт».
36014, Полтава, вул. Жовтнева, 37, оф. 25.
Тел. (0532) 50-65-63, тел./факс (05322) 7-33-60.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції серія ДК № 866 від 22.03.02.

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК