

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:

на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Завідувач кафедри

д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РЕКОМЕНДАЦІЯ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ
ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Невідкладне акушерство (код курсу 3.5.)
Курс	Передатестаційний цикл
Спеціальність	Загальна практика- сімейна медицина

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години

I. Мета

Кровотечі під час вагітності та пологів займають одне з ведучих місць в акушерській патології, суттєво впливають на показник материнської смертності, рівень якої складає до 30%, а також сприяють розвитку різних захворювань жіночого організму.

Актуальність цієї проблеми обумовлена не тільки медичними, але й соціальними аспектами, так як невиношування вагітності призводить до зниження народжуваності, впливає на фізичне і психічне здоров'я жінки, її сімейне благополуччя, працездатність та визначається частотою, високою перинатальною смертністю недоношених дітей, значними економічними затратами, які пов'язані з їх доглядом, а також значною долею цих дітей серед інвалідів з дитинства і хворих з хронічною патологією.

“Гострий живіт” являє собою загальне поняття, яке включає в себе захворювання, що характеризуються гострим початком у вигляді болю в животі, симптомами подразнення очеревини і напруженням м'язів передньої черевної стінки.

II. Об'єм повторної інформації

1. Будова внутрішніх і зовнішніх статевих органів жінки
2. Будова та топографія тазового дна.
3. Кровообіг статевих органів.
4. Венозні сплетіння органів малого таза.
5. Топографія органів черевної порожнини і малого таза.
6. Правила асептики і антисептики.
7. Методика ушивання ран.
8. Методи загального обстеження.
9. Параметри нормального гомеостазу.
10. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів. Знеболення під час пологів.

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття «акушерський травматизм».
2. Класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу та патогенезом.
3. Етіологію травм вульви, промежини, піхви, шийки матки.
4. Клініку, діагностику, лікування травм зовнішніх статевих органів
5. Класифікацію, клініку, діагностику, лікування розривів промежини.
6. Клініку, діагностику, лікування розривів піхви, гематом вульви та піхви.
7. Класифікацію, клініку, діагностику, лікування розривів шийки матки.
8. Етіологію, патогенез, класифікацію, фактори ризику післяпологового вивороту матки.
9. Клініку, діагностику, акушерську тактику при післяпологовому вивороті матки, профілактику цього ускладнення.
10. Етіологію, патогенез, фактори ризику та класифікацію акушерських травм кісткового таза.
11. Клініку, діагностику, лікування та профілактику акушерських травм кісткового таза.
12. Визначення термінів "невиношування вагітності", "самовільний аборт".
13. Причини, що обумовлюють невиношування вагітності.
14. Фактори ризику самовільного аботу.
15. Класифікацію, клініку, діагностику, лікування самовільного аботу.
16. Визначення терміну "звичний аборт".
17. Методи обстеження жінок зі звичним невиношуванням вагітності, тактика ведення, та методи профілактики.

18. Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
19. Класифікацію кровотеч, Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
20. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах. Методи зупинки кровотеч.
21. Визначення поняття "патологічна кровотеча"
22. Фактори ризику, причини, класифікацію післяпологових кровотеч.
23. Клініку, діагностику, лікування, профілактику кровотеч в послідовому і післяпологовому періодах.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування згідно теми по учбовим питанням.	30
3.	Опанування практичних навичок.	20
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	15
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних, пологове відділення, операційна.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
4. Інструментарій та муляж матки для відпрацювання практичних навичок з хірургічного гемостазу.

VI. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити фактори ризику акушерських кровотеч.		+	
2.	Прогнозувати ризик акушерських кровотеч.		+	
3.	Оцінити особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.		+	
4.	Визначити діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.		+	
5.	Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.		+	
6.	Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.		+	
7.	Скласти план лікування в акушерському стаціонар при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Класифікація кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах.
4. Передчасне відшарування плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
5. Передлежання плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
6. Диференціальна діагностика передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
7. Невідкладна допомога вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонарі.
8. Лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
9. Які ознаки початку пологової діяльності?
10. Яке визначення поняття «акушерський травматизм»?
11. Яка класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу?
12. Яка класифікацію пологового травматизму матері за патогенезом?
13. Яка етіологія травм вульви, промежини, піхви, шийки матки?
14. Які клініка, діагностика, лікування травм зовнішніх статевих органів?
15. Яка класифікація розривів промежини?
16. Які клініка, діагностика, лікування розривів промежини?
17. Які клініка, діагностика, лікування розривів піхви?
18. Які клініка, діагностика, лікування гематом вульви та піхви?
19. Яка класифікація розривів шийки матки?
20. Які клініка, діагностика, лікування розривів шийки матки?
21. Які етіологію і патогенез розривів матки?
22. Яка класифікація розривів матки?
23. Які фактори ризику розривів матки?
24. Які клініка і діагностика загрози розриву матки?
25. Яка акушерська тактика при загрозі розриву матки?
26. Які клініка і діагностика завершеного розриву матки?
27. Яка акушерська тактика при завершеному розриві матки?
28. Яка профілактика розриву матки?
29. Які причини та фактори ризику невиношування вагітності?
30. Який патогенез невиношування вагітності?
31. Яка класифікація самовільних абортів?
32. Які клініка і методи діагностики загрозового абортів, абортів в ході, неповного абортів, повного абортів, абортів, що не відбулися, мимовільного абортів?
33. Які методи профілактики невиношування вагітності?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Знати класифікацію кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.

2. Оцінити особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Визначити діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.
4. Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
5. Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
6. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
7. Яке визначення поняття "передлежання плаценти"?
8. Яка класифікація передлежань плаценти?
9. Яка клініка та діагностика при передлежанні плаценти?
10. Яка акушерська тактика при передлежанні плаценти у разі недоношеної вагітності?
11. Які класифікація, етіологія, клініка, діагностика і тактика ведення ПВНРП?
12. Які фактори ризику, причини, клініка післяпологової кровотечі?
13. Які причини, клініка затримки в матці частин плаценти?
14. Які причини, клініка затримки в матці частин плаценти?
15. Які лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в III періоді пологів?

Тестові завдання

1. При якому виді передлежання плаценти розродження проводиться тільки шляхом кесарського розтину:
 - A. Центральному
 - B. Крайовому
 - C. Боковому
 - D. Низькому розташування
 - E. В жодному з перерахованих.
2. Де потрібно проводити піхвове дослідження у вагітної з підозрою на передлежання плаценти:
 - A. У пологовій залі
 - B. У розгорнутій операційній
 - C. В приймальному відділенні пологового будинку
 - D. В передпологовій палаті
 - E. В оглядовій кімнаті.
3. Роділля 29 років доставлена до пологового будинку з вагітністю 39-40 тижнів з приводу кровотечі з піхви та гострого болю у животі, які з'явилися годину тому. АТ - 180/100 мм рт.ст. Серцебиття плода не прослуховується. При піхвовому обстеженні: кров'янисті виділення зі згортками крові. Шийка згладжена, розкриття повне. Плідний міхур цілий, постійно напружений, передлежить голівка – великим сегментом до входу у малий таз; плацентарна тканина не визначається. Яке ускладнення виникло в пологах?
 - A. Повне передлежання плаценти
 - B. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
 - C. Розрив шийки матки
 - D. Розрив варикозного вузла у піхві
 - E. Розрив тіла матки.
4. До пологового відділення надійшла повторно вагітна з приводу значних кров'янистих виділень з піхви. Під час огляду в дзеркалах: стінки піхви та шийка матки без патологічних змін. Під час піхвового обстеження: шийка вкорочена, маткове вічко

відкрите до 3 см, вище внутрішнього вічка пальпується губчаста тканина, поряд з нею визначаються оболонки. Про яку патологію ідеться?

- A. Часткове передлежання плаценти
- B. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти
- C. Повне передлежання плаценти
- D. Розрив крайового синуса
- E. Емболія навколоплідними водами

Ситуаційні задачі :

Задача 1.

П'ята доношена вагітність, другіпологи. В анамнезі 3 аборти. Вагітність протікала без ускладнень. З початком родової діяльності з'явилась кровотеча. Матка з чіткими контурами, положення плода повздовжнє, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см. За вічком визначаються оболонки і м'яка тканина, що виступає за край вічка. Голівка плода відштовхується від входу в малий таз. Після дослідження кровотеча посилилась, загальна крововтрата складає 300мл. Діагноз? Що робити?

Задача 2.

Роділля 37 років, вагітність I, 40 тижнів доставлена в клініку зі скаргами на біль в животі, короткочасну втрату свідомості. АТ – 80/60 мм рт.ст., пульс 126/хв, слабкого наповнення. Шкіра і слизові бліді. Матка напружена, відмічається випинання в правій її половині, ближче до дна матки. При пальпації болюча. Серцебиття плоду 160/хв, глухе. Із зовнішніх статевих органів виділяється кров в незначній кількості. Родова діяльність помірна, води не виливались. При піхвовому дослідженні розкриття шийки матки 5-6 см. Тканина плаценти не пальпується. Проведена амніотомія – вилились навколоплідні води яскраво забарвлені кров'ю. Діагноз? Що робити?

Правильні відповіді:

1. Вагітність п'ята, 40 тижнів. Пологи II. Положення плода продольне, передлежання головне. Перший період пологів. Передлежання плаценти. Кровотеча.

Тактика: корпоральний кесарів розтин.

2. Вагітність I, 40 тижнів. Пологи I, вчасні положення плода продольне, головне. Перший період пологів. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Першороділля старшого віку.

Тактика: Кесарів розтин у нижньому сегменті матки.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Допологова кровотеча (ДК) – це кровотеча, що виникає з 22 тиж., протягом вагітності й до народження дитини. ДК становить 2-5% від загальної кількості вагітностей і займає одне з перших місць серед причин МС і ПС в усьому світі. Народження більше 1/5 глибоко недоношених дітей пов'язано з ДК. Асоціація ДК з церебральним паралічем може бути пояснена передчасним народженням.

Причини ДК включають:

- передлежання плаценти (ПП) (20%, 1 на 200 вагітностей),
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНПП) (40%, 1 на 100 вагітностей),
- кровотечі з вульви, піхви, або шийки матки) (до 5%).

В разі, коли джерело кровотечі встановити неможливо, стан визначається як «неуточнена ДК» (35%). Причиною допологової кровотечі може бути розрив матки!

Враховуючи світовий досвід, величина кровотрати в разі ДК визначається як:

Кровомазання– плямикрові на білизні та гігієнічних прокладках

Мала кровотеча – кровотрата оцінена до 250 мл, яка зупинилась

Велика кровотеча– крововтрата оцінена від 250 до 1000 мл, яка зупинилась, при відсутності ознак геморагічного шоку

Масивна кровотеча– крововтрата більше ніж 1000 мл та/ або ознаки геморагічного шоку

Повторна ДК або рецидив кровотечі – термін застосовується, якщо епізод ДК відбувся більше ніж один раз.

Ризик виникнення АК оцінюють:

1. В амбулаторних умовах (жіноча консультація)

- при постановці на облік по вагітності;
- при оформленні відпустки по вагітності та пологах;
- за 2-3 тижні до передбачуваного терміну пологів.

2. Під час госпіталізації в акушерський стаціонар.

3. У разі виникнення ускладнень в допологовому періоді і або під час пологів.

В антенатальному періоді:

- підтвердження групи крові та резус-фактору у всіх жінок при постановці на облік,
- своєчасне виявлення та лікування анемії під час вагітності (якщо рівень гемоглобіну нижче 110 г/л, препарати заліза призначаються в дозі 200 мг/добу до досягнення рівня 110 г/л, після цього – 3 місяці – 100 мг/добу),
- оцінка виявлених факторів ризику та прийняття рішення відносно місця та часу розродження.

● **В терміні вагітності 37-38 тижнів: уточнення наявних факторів ризику,**

Визначення ступеню ризику, за показаннями – дообстеження; визначення місця розродження та плану розродження (сумісно зі спеціалістами акушерського стаціонару).

В пологах:

Передбачити перелік заходів щодо профілактики та лікування можливої патологічної крововтрати, забезпечити наявність необхідних медикаментів, інфузійних препаратів, банку крові.

Рациональне ведення пологів: відмова від необгрунтованого родозбудження, партнерські пологи, ведення пологів за партограмою, відмова від необгрунтованого призначення окситоцину, своєчасна та адекватна терапія аномалій пологової діяльності, знеболювання за показаннями, заборона застосування методу Кристелера в II періоді пологів.

В разі наявності факторів ризику ППК - ведення II та III періодів пологів «з катетером у вені» (G16-18). Активне ведення III періоду пологів (АВТІІІ), (згідно протоколу: наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 624 «**Нормальні пологи**». Дотримання техніки надання ручної допомоги під час пологів, техніки проведення акушерських операцій. Використання сучасного шовного матеріалу. Бережне відношення до тканин.

Прийняття свідомого та інформованого рішення:

Необхідно усвідомлювати, що пацієнтки не завжди розуміють надану їм інформацію у повній мірі, а також не можуть адекватно оцінити свій стан та прийняти самостійне рішення щодо необхідних втручань. Тому в екстрених випадках, при масивних акушерських кровотечах та геморагічному шоці, неефективності консервативного лікування та органозберігаючих методі вхірургічного гемостазу – рішення щодо видалення репродуктивного органу (гістеректомія) приймається черговою бригадою спеціалістів – не менше 3-ох (акушери-гінекологи, анестезіолог) за узгодженням питання з відповідальним черговим адміністратором родопомічного закладу (по телефону), які керуються положеннями даного протоколу.

Медичні працівники зобов'язані забезпечити збереження інформації щодо проведених оперативних втручань, їх обсягу, прогнозу відносно подальшої

репродуктивної функції та не допускати її розголосу іншим особам (родичам, чоловіку) без згоди пацієнтки.

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, 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 розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків, передбачених Законом (ст. 46 Закону України "Про інформацію" (2657-12)). Інформування жінки щодо ускладнень вагітності та пологів, що спричинили патологічну кровотечу, здійснених заходів по її зупиненню та відновленню ОЦК, проведених оперативних втручань слід проводити тоді, коли жінка 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. Головними моментами консультування – є забезпечення психологічної підтримки жінки, уміння консультанта заспокоїти пацієнтку, вселити оптимізм відносно подальшого особистого, інтимного життя, репродуктивного здоров'я. Після проведеного консультування у жінки не повинно залишитись будь-яких сумнівів або запитань щодо отриманої інформації.

■ **Передлежання плаценти** – ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки нижче передлеглої частини плоду, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки. Передлежання плаценти зустрічається у 0,5-0,8% випадків від загальної кількості вагітностей. В ранні терміни вагітності низьке розташування плаценти може спостерігатися у 30% випадків, але до строку пологів воно залишається приблизно в 0,3% випадків. Ризик розвитку даної патології: **Передлежання плаценти при попередній вагітності (ВШ 9,7); Попередні кесареві розтини (ВР 2,6)** Один попередній КР (ВШ 2,2), Два попередніх КР (ВШ 4,1), Три попередні КР (ВШ 22,4);- **Попереднє переривання вагітності - Багатонароджуючі (5+)- Вік матері >40 років- Багатоплідна вагітність-Куріння- Недостатність ендометрію внаслідок:**• Рубця на матці•Ендометриту• Ручного видалення плаценти•Кюретажу•Субмукозної фіброміоми матки• Допоміжні репродуктивні технології.

Діагностика: у разі, коли край плаценти досягає або перекриває внутрішнє вічко в 18-20 тижні вагітності (частота 2-4%) призначається трансвагінальне УЗД в 28-32 тижні вагітності, яке є безпечним та точним методом встановлення діагнозу. У разі, якщо край плаценти знаходиться менш ніж на 20 мм від внутрішнього вічка або перекриває його на 20 мм після 26 тижнів вагітності – це може свідчити про можливість клінічних проявів, пов'язаних з передлежанням плаценти.

В разі відсутності клінічних проявів, пов'язаних з передлежанням плаценти показано повторне трансвагінальне УЗД дослідження (враховуючи міграцію плаценти) в 36 тижнів.

Перекриття внутрішнього вічка на 20 або більше мм в третьому триместрі вагітності з високою вірогідністю буде потребувати КР.

В випадку, коли після 35 тижнів вагітності край плаценти знаходиться більш ніж на 20 мм від внутрішнього вічка – з високою вірогідністю можна прогнозувати успішні вагінальні пологи.

Розташування краю плаценти в проміжку 0-20 мм від внутрішнього вічка асоціюється з високою частотою КР, хоча вагінальні пологи залишаються можливими (в разі самостійного розв'язання пологової діяльності та відсутності кровотечі).

Будь-яке перекриття внутрішнього вічка плацентою після 35 тижнів вагітності (>0 мм) є показанням до КР. Регіональна анестезія може застосовуватися в разі КР при наявності передлежання плаценти без ознак кровотечі.

Жінки з передлежанням плаценти та КР в анамнезі мають високий ризик виникнення патології прикріплення плаценти.

Ультразвукові ознаки істинного прирощення плаценти (сіра шкала):

- Втрата анехогенної ретроплацентарної зони
- Наявність непостійної анехогенної ретроплацентарної зони
- Утончення або відсутність гіперехогенної межі між маткою та сечовим міхуром
- Наявність локальних екзофітних мас що проникають у сечовий міхур
- Патологічні плацентарні лакуни

Допплерографічні ознаки істинного прирощення плаценти

(кольоровий доплер):

- Дифузний або локальний лакунарний кровообіг.
- Васкулярні озерця з турбулентним кровообігом (пікова систолічна швидкість вище 15 см/сек).
- Підвищена васкуляризація межі між маткою та сечовим міхуром.
- Значне розширення судин надпериферійної субплацентарної зони.

Трьохмірний енергетичний Доплер

- Численні когерентні судини через товщу межі між маткою та сечовим міхуром (базальна площина)
- Підвищена васкуляризація (бокова площина)
- Нерозподілені котелідони та інтравільозний кровообіг, хаотичні гілки, обвідні судини (бокова площина).

Плановий КР в разі передлежання плаценти та відсутності симптомів кровотечі рекомендують проводити у 38-39 тижнів, а в разі очікування патологічного прикріплення плаценти в 36-37 тижнів вагітності.

У разі встановленого діагнозу передлежання плаценти, накладання шву на шийку матки не попереджує кровотечу та не дозволяє пролонгувати вагітність. Недоцільним є профілактичне призначення токолітиків у разі передлежання плаценти для запобігання кровотечі.

Лікування та акушерська тактика при передлежанні плаценти.

Кровотеча в II половині вагітності є терміновим показанням для госпіталізації. Лікування та обстеження вагітних з кровотечею у II половині вагітності повинно проводитися тільки в стаціонарі. Тактика лікаря залежить від:

1. об'єму крововтрати та інтенсивності кровотечі;
2. стану жінки та плода;
3. виду передлежання плаценти;
4. терміну вагітності;
5. ступеня зрілості легенів плода.

Акушерська тактика при недоношеній вагітності

При появі кров'янистих виділень в другій половині вагітності, в першу чергу, слід запідозрити передлежання плаценти і терміново госпіталізувати вагітну.

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 - вичікувальна тактика. Метою такої тактики є пролонгація вагітності для дозрівання легенів плода. Проводиться:

- госпіталізація;
- токолітична терапія за показаннями;
- прискорення дозрівання легень плода до 34 тижнів вагітності (дексаметазон 6 мг через 12 годин протягом 2 діб);
- моніторне спостереження за станом вагітної та плода.

2. У разі прогресування кровотечі (більше 250 мл), появі симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, незалежно від стану плоду 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. При відновленні кровотечі - кесарів розтин. При припиненні кровотечі пологи ведуться через природні пологові 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, неправильному положенні плода (косе або поперечне) чи тазовому передлежанні виконується кесарів розтин;
- при неповному передлежанні плаценти, мертвому плоді можлива амніотомія, при припиненні кровотечі - розродження через природні пологові шляхи.

2. При крововтраті більше 250мл - незалежно від ступеню передлежання - терміновий кесарів розтин.

3. При повному передлежанні, діагностованому за допомогою УЗД, без кровотечі - госпіталізація до строку розродження, кесарів розтин у терміні 37-38 тижнів.

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, екстирпація атки без додатків, за необхідності - перев'язка внутрішніх клубових артерій спеціалістом, який володіє цією операцією.

Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому проводиться за показаннями (див. відповідну тему заняття).

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – це відшарування плаценти розташованої поза нижнім сегментом матки під час вагітності або у I – II періодах пологів.

Класифікація:

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

Клініко-діагностичні критерії передчасного відшарування нормально розташованої плаценти:

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти може бути у вагітних у разі наступної патології:

- 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 травма;

- психічна травма;
- раптове зменшення об'єму навколоплодових вод;
- абсолютно чи відносно коротка пуповина;
- патологія скоротливої діяльності матки.

Діагностика:

1. *Оцінка стану вагітної*, який буде залежати від величини відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.

2. *Зовнішнє акушерського обстеження:*

- гіпертонус матки;
- матка збільшена у розмірах, може бути деформована з локальним випячуванням, якщо плацента розташована по передній стінці;
- болючість при пальпації;
- утруднення або неможливість пальпації та аускультативні серцебиття плода;
- поява симптомів дистресу плода або його загибель.

3. *Внутрішнє акушерське дослідження:*

- напруженість плодного міхура;
- при вилитті навколоплодових вод – можливе їх забарвлення кров'ю;
- кровотеча різної інтенсивності із матки.

4. *УЗ-дослідження* (ехо-негативне вогнище між маткою та плацентою), але цей метод не може бути абсолютним діагностичним критерієм так, як гіпоехогенна зона може візуалізуватись у пацієнток і без відшарування.

У разі відсутності зовнішньої кровотечі діагноз передчасного відшарування плаценти базується на підвищеному тонусі матки, локальній болючості, погіршенні стану плода. Кров із ретроплацентарної гематоми просочує стінку матки і формує матку Кувелера (матково-плацентарна апоплексія), яка втрачає здатність скорочуватись, що веде до розвитку кровотеч з масивною крововтратою за рахунок коагулопатії та гіпотонії.

Лікування:

Необґрунтовано запізніле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати, геморагічного шоку та ДВЗ- синдрому, втрати репродуктивної функції жінки.

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. При наявності ознак матки Кувелера – екстирпація матки без додатків.

2. Відновлення величини крововтрати, 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 акушер-гінекологів, анестезіологів, неонатологів. Проводиться моніторне спостереження за станом вагітної та плода, КТГ, УЗД в динаміці.

Особливості кесаревого розтину:

- передуюча операції амніотомія (якщо є умови);
- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішня поверхня) 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, при необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плод), **консіліумом вирішується питання про збереження матки**. Хірурги спостерігають деякий час (10-20 хв.) при відкритій черевній порожнині за станом матки та при відсутності кровотечі дренують черевну порожнину для контролю гемостазу. Така тактика, у виняткових випадках, допускається лише у закладах, в яких наявне цілодобове чергування лікарів акушер-гінеколога, анестезіолога.
 - у ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.

Тактика при відшаруванні плаценти наприкінці I або у II періодах

- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
- при головному передлежанні плода - накладання акушерських щипців;
- при тазовому передлежанні - екстракція плода за тазовий кінець;
- при поперечному положенні другого з двійні плода виконується акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку. У деяких випадках більш надійним буде кесарський розтин;
 - ручне відділення плаценти та видалення посліду;
 - скорочуючі засоби - в/в 10 ОД окситоцину, при відсутності ефекту 800 мкгмізопростола (ректально);
 - ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;
 - відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.
- Пацієнтка залишається під наглядом чергової бригади (бригади термінального центру) в операційній протягом наступних 6 годин.
- У ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.

ТРАВМАТИЗМ ПОЛОГОВИХ ШЛЯХІВ

Розриви матки

Розривом матки називається порушення цілості її стінок.

Розрізняють наступні розриви матки:

- 1) за часом виникнення:
 - а) під час вагітності;
 - б) під час пологів.

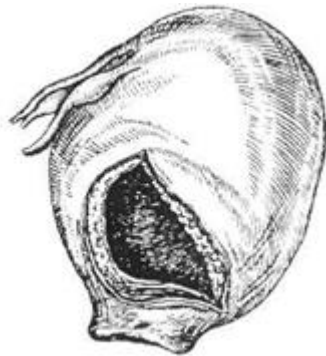
Під час вагітності розриви матки спостерігаються рідко — в 9 % випадків по відношенню до всіх розривів;

- 2) по етіології і патогенезу:
 - а) самовільні;
 - б) насильницькі.

Самовільними - називаються такі розриви матки, що виникають без яких-небудь зовнішніх дій; насильницькі — розриви, пов'язані найчастіше з неправильно застосованими оперативними втручаннями.

- 3) по локалізації:
 - а) у дні матки;
 - б) у тілі матки;
 - в) у нижньому сегменті матки;
 - г) відриви матки від склепіннь піхви.
- 4) по характеру пошкодження:
 - а) повний розрив;
 - б) неповний розрив.

Повні розриви матки спостерігаються в 9 разів частіше, ніж неповні, і відбуваються в тих місцях, де серозний шар щільно спаяний з міометрієм (мал. 1). Неповний розрив може мати будь-яку локалізацію, але частіше буває в нижньому сегменті. У цих випадках спостерігаються гематоми параметральної клітковини (мал. 2);



Мал. 1. Повний розрив матки в області нижнього сегменту



Мал. 2. Неповний розрив матки

- 5) за клінічним перебігом:
 - а) загроза розриву;
 - б) розрив, що починається;
 - в) здійснений розрив.

Причини розривів матки різні. У 1875 р. Бандль висунув механічну теорію розривів. Згідно цієї теорії розриви матки в пологах пояснювали просторовими невідповідностями між передлеглою частиною плоду і тазом матері. Така невідповідність може виникати при:

- 1) вузькому тазі;
- 2) поперечному положенні плоду;
- 3) розгинальних передлежаннях і асинклітичних вставленнях голівки;

- 4) гідроцефалії плоду;
- 5) великому плоді;
- 6) пухлинах в області малого тазу;
- 7) рубцюватих звуженнях різних відділів родових шляхів;
- 8) неправильних положеннях матки після фіксуючих операцій і т.д.

Якщо за таких умов розвивається хороша пологова діяльність, плід поступово переміщається в переростянутий нижній сегмент, який при пологовій діяльності, що продовжується, різко стоншується, і в результаті відбувається його розрив

На початку минулого сторіччя (1911р.) Я. Д. Вербов висунув іншу теорію розривів матки.

Згідно його теорії, основною причиною розривів матки є глибокі патологічні зміни запального і дегенеративного характеру в мускулатурі матки. Такі зміни міометрія виникають при:

- 1) рубцях на матці після різних операцій (кесаревий розтин, вилучення міоматозних вузлів, операція при позаматковій вагітності з видаленням інтерстиціальної частини труби, перфорація при внутрішньоматковому втручанні і т. д.);
- 2) пошкодженнях матки при абортах, що особливо кримінальних і часто повторюються;
- 3) інфантилізмі і аномаліях розвитку статевих органів, характеризується недостатнім розвитком міометрія;
- 4) запальних захворюваннях матки і придатків;
- 5) більше 5 пологів в анамнезі;
- 6) багатоводдя, багатоплідді;
- 7) прирощення і передлежання плаценти.

В даний час більшість акушерів визнають значення обох етіологічних моментів походження розривів. Особливо часто розриви матки виникають при одночасному існуванні патологічних змін в стінці матки і яких-небудь перешкод для вигнання плоду.

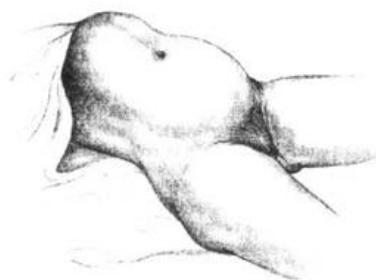
Загрозливий розрив матки

Загрозливий розрив матки — це такий стан, коли ні розриву матки, надривів міометрія ще не відбулося. **Клінічна картина** такого стану найбільш виражена при механічній перешкоді до вигнання плоду і при патологічних змінах стінки матки.

Найбільш типову клінічну картину спостерігають при так званому бандлевському розриві матки, тобто при наявності перешкод для плоду, що народжується (загрозливий розрив, що почався і здійснений).

Симптоми загрози розриву матки:

- 1) бурхлива пологова діяльність (перейми стають сильними і різко болючими);
- 2) матка витягнута в довжину, дно її відхилене у бік від середньої лінії, круглі зв'язки напружені і болючі;
- 3) контракційне кільце розташоване високо (на рівні пупка) і криво, матка набуває форми пісочного годинника;
- 4) нижній сегмент матки різко перерозтягнутий і стоншений. При пальпації нижнього сегменту визначається напруга його і різка болючість, внаслідок чого не вдається визначити передлеглу частину;
- 5) з'являється випинання або припухлість над лоном. Ознака Вастена позитивна;
- 6) спостерігається утруднення самовільного сечовипускання унаслідок здавлення сечового міхура або уретри між голівкою і кістками тазу;



7) часто наголошується самовільна і безрезультатна скоротлива діяльність при голівці, що високо стоїть;

8) поведінка породіллі стає неспокійною.

Якщо своєчасно не буде надана необхідна допомога, то загрозливий розрив матки перейде в розрив, що починається.

Мал. 3. Високе косе стояння контракційного кільця. Загроза розриву матки

Розрив матки, що починається

Для розриву матки, що починається, характерне приєднання до виражених симптомів загрози розриву матки нових симптомів, викликаних надривом міометрія.

Перейми набувають судорожного характеру. З'являються сукровичні або кров'яні виділення з пологових шляхів, в сечі — домішки крові. Погіршується стан плоду (почастішання серцебиття, підвищення рухової активності плоду, відходження меконію при голівних передлежаннях, іноді внутріутробна смерть плоду). Породілля збуджена, скаржить на сильні, безперервні болі, відчуття страху, боязнь смерті. Часто наголошується порушення ритму перейм, загальна слабкість, запаморочення. За відсутності негайної допомоги відбувається розрив матки.

Розрив матки, що відбувся

Розрив матки, що відбувся може бути:

- повним — розрив всіх трьох шарів стінки матки; частіше відбувається в тілі матки.
- неповним — це розрив слизового і м'язового шарів матки із збереженням цілості серозного покриву тіла матки; частіше відбувається в нижньому сегменті.

Ознаки розриву матки, що відбувся:

- подразнення очеревини, що характеризується болючістю при пальпації і самостійним болем в животі, здуттям живота, появою гикавки, нудоти, блювати;
- відчуття «хрускоту снігу» при обмацуванні передньої черевної стінки;
- наростаюча підочеревинна гематома, яка визначається у вигляді м'якої пухлини, що розташована поряд з маткою і розповсюджується вгору по бічній стінці тазу;
- блідість шкірних покривів, що раптово наступила, почастішання пульсу, згасання сил при ясній свідомості;
- рухливість до цього фіксованою у вході в малий таз передлежачої голівки;
- раптова поява кровотечі після припинення пологової діяльності;
- відсутність серцебиття плоду;
- пальпація плоду або його частин безпосередньо під черевною стінкою.

У неясних випадках, при підозрі на розрив матки, а також після плодоруйнівних операцій, після повороту плоду на ніжку, а також при вагінальному родорозрешенні з приводу загрозливого розриву необхідно провести ручне обстеження порожнини матки, а шийку матки оглянути за допомогою дзеркал.

Відсутність яскравої клінічної картини загрозливого розриву матки, що почався, характерний для вагітних і породіль з рубцем на матці. Тому в тих випадках, коли на матці є рубець, слід наперед визначати його стан, тобто його повноцінність.

Рубець на матці вважають неповноцінним, якщо:

- попередній кесаревий розтин був проведений менше року тому;
- у післяопераційному періоді була лихоманка;
- рубець заживав вторинним натягом;
- розріз на матці був корпоральним;
- плацента розташована в області рубця;
- під час даної вагітності наголошувалися болі в животі або кров'яні виділення задовго до пологів;
- визначається болючість рубця при його пальпації або при ворухінні плоду;
- шкіра в області рубця спаяна з тканинами передньої черевної стінки;
- при пальпації або при УЗД рубця визначали його стоншення і/або ніші.

Тактика лікаря при появі симптомів загрози розриву матки

При появі симптомів загрози розриву матки необхідно негайно припинити пологову діяльність і закінчити пологи оперативним шляхом.

Для зняття пологової діяльності необхідно дати глибокий наркоз.

Родорозрішення при загрозовому розриві матки. При голівці, що стоїть у вході в малий таз, показане родорозрішення шляхом кесарського розтину; при голівці, що стоїть в порожнині малого тазу, — плодоруйнівна операція. Поворот плоду на ніжку, екстракція плоду за тазовий кінець і накладення акушерських щипців протипоказані, оскільки вони можуть привести до розриву матки. Після видалення плоду і дитячого місця необхідне ручне обстеження порожнини матки.

Родорозрішення при розриві, що почався і при розриві, що здійснився. При розриві матки, що почався і при розриві, що здійснився, показана негайна лапаротомія. Чим менше пройде часу від початку розриву до операції, тим кращі її безпосередні результати. Якщо операція проведена в перші 2 години, смертність складає 29 %, а якщо пізніше, то вона досягає 42 %. Під час операції з черевної порожнини видаляють плід, плаценту і кров, що вилілася.

Об'єм оперативного втручання при розриві матки, що почався або при розриві матки, що здійснився. Об'єм оперативного втручання залежить від стану жінки, характеру розриву і інфікування матки. При важкому загальному стані жінки, а також при лінійних невеликих розривах матки, що недавно відбулися, у молодих жінок за відсутності інфікування проводять зашивання розривів після висічення країв рани. У всіх інших випадках проводять надпихову ампутацію або екстерпацію матки. Після закінчення операції показана ретельна ревізія органів черевної порожнини.

До початку операції, в час і після її закінчення проводять боротьбу з шоком і крововтратою за загальноприйнятими принципами, корекцію гемокоагуляції, починають антибактеріальну терапію.

Якщо діагноз розриву матки, що здійснився під час пологів не встановлюється, то в таких випадках, якщо породілля не помирає від кровотечі, то протягом найближчої доби розвиваються симптоми, характерні для розлитого перитоніту. Стан породіллі стає важким, риси обличчя загострюються, очі западають. Язик сухий, обкладений нальотом. Пульс частий, слабкого наповнення. Скарги на болі, черевна стінка напружена, різко болюча. Позитивний симптом Щьоткіна-Блумберга. Наростають явища парезу кишечника, нудота, гикавка, блювота. Після встановлення діагнозу показана негайна лапаротомія, екстирпація матки і дренирування черевної порожнини.

Розрив шийки матки

Розриви шийки матки при пологах відбуваються досить часто.

Причини виникнення розривів шийки матки різноманітні. В більшості випадків є поєднання декількох чинників.

Причинами розривів шийки матки є:

- зміни шийки матки запального характеру, після рубцевих змін;
- ригідність шийки матки у вікових першонароджуючих;
- надмірне розтягування шийки матки при великому плоді, розгинальних передлежаннях голівки;
- швидкі і стрімкі пологи;
- тривалі пологи при передчасному відходженні навколоплідних вод;
- тривале стиснення шийки матки між голівкою і кістками тазу;
- оперативні пологи — щипці, вакуум-екстракція плоду, поворот плоду на ніжку, витягання плоду за тазовий кінець, ручне відділення плаценти і виділенні посліду;
- плодоруйнівні операції;
- нераціональне ведення II періоду пологів, рання потужна діяльність.

Розриви шийки матки залежно від їх глибини ділять на три ступені:

- до I ступеня відносять розриви шийки матки з однієї або двох боків не більше 2 см;
- до II ступеня відносять розриви більше 2 см, але піхви, що не доходять до склепіння;

- до III ступеня відносять розриви, що доходять до склепінь або перехідні на нього. При перших пологах практично у всіх випадках відбуваються поверхневі (до 1 см) надриви шийки матки, внаслідок чого зовнішній зів надалі набуває щілеподібної форми.

Клініка розриву шийки матки. Єдиним симптомом розривів шийки матки є кровотеча з родових шляхів, яка виникає після народження плоду і посліду, при матці, що добре скоротилася. Кровотеча може бути від незначної до профузної, витікаючи при цьому кров має яскраво-червоний колір.

Діагностика розриву шийки матки. Для того, щоб поставити діагноз розриву шийки матки після пологів, необхідно оглянути шийку матки за допомогою дзеркал. Цей огляд обов'язковий для всіх породіль. Шийку матки після пологів оглядають при хорошому освітленні в пологовому залі в асептичних умовах. Шийку матки оголяють за допомогою дзеркал, захоплюють вікончастими щипцями спочатку за передню губу, потім, перекладаючи їх і розтягуючи краї, оглядають шийку матки на всьому протязі через кожні 2 см.

Розриви промежини і піхви

Розриви промежини є найбільш частим видом акушерського травматизму і зустрічаються в 7-15 % всіх пологів, причому у первородящих вони спостерігаються в 2-3 рази частіше, ніж у повторнородящих.

Причини розриву промежини:

- неправильне надання акушерської допомоги — передчасне розгинання і прорізування голівки;
- швидкі і стрімкі пологи;
- великий плід;
- оперативне родорозрішення (акушерські щипці, вакуум-екстракція);
- ригідність тканин у першонароджуючих старше 30 років, рубці, що залишилися після попередніх пологів, а також висока промежина;
- анатомічно вузький таз, особливо плоскорихитичний, при якому відбувається швидке прорізування голівки, і інфантильний, при якому спостерігається вузький лонний кут;
- прорізування голівки великим розміром при розгинальних передлежаннях:
 - переднеголовному;
 - лобовому;
 - лицевому.

Розриви промежини можуть бути мимовільними і насильницькими: До самовільних відносять такі розриви, які виникають незалежно від зовнішніх дій, а до насильницьких відносять розриви, що виникають унаслідок нераціонального ведення пологів (акушерська «агресія») або у зв'язку з родорозрішувальними операціями.

Розрив промежини може починатися із задньої або бічної стінок піхви, але частіше починається із задньої спайки з подальшим переходом на промежину і задню стінку піхви.

Симптоми загрози розриву промежини

Розриву промежини передують ознаки, що свідчать про загрозу розриву і виражаються в значному випинанні промежини, її ціанозі, набряку, а потім і зблідненні. Поява цих ознак пов'язана спочатку із здавленням вен і утрудненням лімфатичного і венозного відтоку, а потім з ішемізацією тканин унаслідок здавлення артерій. Шкіра промежини стає блискучою, на ній з'являються незначні тріщини, і відбувається розрив промежини.

При появі симптомів загрози розриву промежині проводять або серединний розріз її — перинеотомію, або бічний розріз (при низькій промежині) — епізіотомію, оскільки рівні краї різаної рани заживають краще.

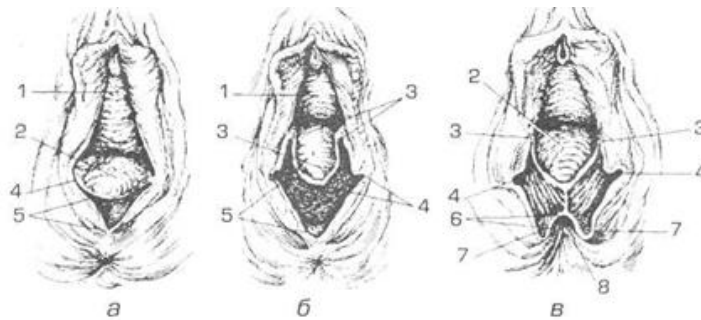
Розриви піхви найчастіше є продовженням розривів промежини, але можуть спостерігатися і ізольовані розриви піхви. Тому стінки піхви повинні бути оглянуті навіть при незначній кровотечі і обов'язково зашиті. Іноді розриви піхви можуть бути глибокими і проникати до навколопіхвової і навіть навколоматкової клітковини. Зашивання таких розривів

технічно важко і вимагає хорошого знання анатомії. При таких глибоких розривах можуть утворитися гематоми, можливе їх інфікування.

Класифікація розриву промежини

Розрізняють чотири ступені розриву промежини (мал. 4):

- розрив I ступеня — порушується цілісність тільки задньої спайки;
- розрив II ступеня — порушується шкіра промежини, стінки піхви і м'яза тазового дна, окрім зовнішнього сфінктера прямої кишки;
- розрив III ступеня — окрім вище перелічених утворень відбувається розрив зовнішнього сфінктера прямої кишки;
- розрив IV ступеня — окрім вище перелічених утворень відбувається розрив передньої стінки прямої кишки.



Мал. 4. Розриви промежини I (а), II (б), IV (в) ступені:

1 — передня стінка піхви; 2 — задня стінка піхви; 3 — верхній край розриву; 4 — задня спайка; 5 — шкіра промежини; 6 — слизова оболонка прямої кишки; 7 — зовнішній сфінктер прямої кишки; 8 — задній прохід.

Рідкісною формою розриву промежини є центральний розрив її. У цих випадках ні задня спайка, ні зовнішній сфінктер прямої кишки не страждають, а рвуться тканини, лежачі між цими утвореннями. В результаті плід народжується через отвір, що утворився, а не через статеву щілину.

Ускладнення при розривах промежини

При розривах промежини в більшості випадків виникає помірна кровотеча, але при III і IV ступені розриву і особливо при варикозному розширенні вен кровотеча може бути профузним.

Окрім цього, розриви промежини легко інфікуються і можуть стати джерелом розвитку післяпологових септичних захворювань.

Технічно неправильне відновлення цілісності промежини сприяє надалі розвитку опущень і випадень жіночих статевих органів, а при III і IV ступеню розриву може розвинути нетримання газів і калу або утворитися вагінально-ректальна нориця.

Лікування розривів промежини

Лікування розривів промежини полягає у відновленні анатомічних взаємин тканин шляхом накладення швів.

Зашивання розривів промежини проводять після народження посліду і огляду (а при необхідності і зашивання) шийки матки і стінок піхви. Зашивання проводять в пологовій залі при дотриманні всіх правил асептики і антисептики. Підготовку операційного поля і рук хірурга і асистентів проводять за прийнятими в хірургії правилами.

При I і II ступені розриву зашивання проводять частіше під місцевою інфільтраційною або пудендальною анестезією новокаїном, при III і IV ступені показано загальне знеболення.

Особливості ведення післяопераційного періоду при розривах промежини

У післяопераційному періоді поверхня швів повинна знаходитись в чистоті. Туалет промежини стерильними тампонами і обробляють міцним розчином калія перманганату. Туалет промежини проводять після кожного акту сечовипускання або дефекація.

Особливості ведення післяопераційного періоду при розривах промежини I-II ступеню

При розривах промежини I-II ступеня, якщо не було стільця, на 3-й день породіллі призначають клізму або гліцеринову свічку. При набряку тканин промежини в області швів призначають міхур з льодом або фізіотерапія (терапевтичний лазер, ультразвук і ін.).

Особливості ведення післяопераційного періоду при розривах промежини III-IV ступеня

При розривах III—IV ступеня протягом перших днів породіллі отримує рідку їжу (бульйон, сире яйце, чай, соки), призначають антибактеріальну терапію і вазелінове масло. Проносне дають на 6-й день, після чого знімають шви з шкіри промежини.

Причини утворення гематом в післяпологовому періоді

Гематоми зовнішніх статевих органів і піхви виникають під час пологів унаслідок тривалого або швидкого періоду вигнання плоду або при витяганні голівки плоду за допомогою акушерських щипців. Під впливом травми відбувається розтягування і розрив судин в глибині м'яких тканин, поверхня яких залишається непошкодженою. Кров, що виливається з пошкоджених судин, скупчується в тканинах і рихлій клітковині, утворюється гематома, розміри якої можуть перевищувати голівку новонародженого.

Клінічна картина при гематомах

Клінічна картина характеризується появою синьо-багрової пухлини в області зовнішніх статевих органів або піхви, вхід в піхві розташований ексцентрично. Навіть невеликі гематоми можуть викликати відчуття дискомфорту (відчуття тиску, розпирання) і різкий біль. При великих або прогресуючих гематомах розвивається картина геморагічного шоку. Гематоми можуть розповсюджуватися вгору на клітковину малого тазу.

Розпізнають гематоми при огляді зовнішніх статевих органів і піхви, а також при вагінальному дослідженні.

Тактика лікаря при гематомах зовнішніх статевих органів і піхви

Невеликі непрогресуючі гематоми частіше розсмоктовуються самостійно. Можливе нагноєння гематом. При прогресуванні гематоми — хірургічна зупинка кровотечі.

Прогресуючі гематоми і гематоми більше 4—5 см в діаметрі підлягають розтинку з метою лігування судини, видалення згустків крові і ушивання рани. При ознаках інфекції зашивання рани протипоказане.

Виворіт матки

Виворіт матки виникає при неправильному веденні послідового періоду, унаслідок слабкості зв'язкового апарату матки. Виворіт матки може бути повним або частковим. Завжди супроводжується розвитком больового шоку. Діагностика не представляє труднощів.

Лікування вивороту матки полягає в негайній протишоковій терапії і вправленні матки, що вивернута, під глибоким наркозом.

Розтягування і розриви зчленувань тазу

Причини травм зчленувань тазу

У окремих вагітних має місце надмірне розм'якшення зчленувань тазу (симфізит, симфізіопатія). При пологах великим плодом, пологуруйнівних операціях розм'якшені зчленування починають розтягуватися, лонні кістки відходять один від одного на значну відстань (більше 0,5см). При розриві лонного зчленування може бути зсув лонних кісток, пошкодження сечовипускального каналу, клітора, сечового міхура. При цьому розтягуються і крижово-клубові зчленування. У суглобах утворюються крововиливи, в подальшому може бути запальний процес.

Клініка розтягування і розриву зчленувань тазу

Клінічно ці ускладнення викликають появу після пологів, хворій дискомфорт в області лонного зчленування, крижів, куприка, які посилюються при розведенні ніг і ходьбі, порушується хода. Можуть з'явитися ознаки запалення в області травми — гіперемія шкіри, набряк навколишніх тканин.

Розпізнають пошкодження зчленувань тазу при огляді і пальпації області лонного зчленування і за допомогою рентгенографії.

Лікування травм зчленувань тазу

Лікування може бути консервативним (спокій, туге бинтування тазу, корсети). При розриві лонного зчленування або значній розбіжності кісток тазу потрібне хірургічне втручання.

Сечостатеві і кишкові нориці

Утворення сечостатевих і кишково-статевих нориць після пологів пов'язане з неправильним веденням останніх, особливо при вузькому тазі. Нориці не небезпечні для життя жінки, але є важким каліцтвом і роблять її інвалідом. Нориці утворюються унаслідок тривалого стояння голівки плоду в одній площині (більше 2 годин), внаслідок чого відбувається порушення кровообігу в навколишніх тканинах з подальшим їх некрозом. Утворення нориць відбувається на 6-7-й день після пологів, тобто після виписки породіллі з пологового будинку. Крім того, нориці можуть утворитися при загоєнні зашитих травм промежини вторинним натягненням, при пораненні сечового міхура і кишечника під час розтину черевної порожнини.

Клініка нориць

Основний клінічний прояв нориць — це або виділення сечі через піхву поза актом сечовипускання, або виділення газів і рідкого калу, що супроводжуються завжди місцевою запальною реакцією в піхві.

Діагностика нориць

Діагностують сечостатеві нориці шляхом огляду піхви і шийки матки за допомогою дзеркал і цистоскопії, кишково--статеві, — при огляді піхви за допомогою дзеркал, пальцево- ректального дослідження і при ректоскопії і іригоскопії, кольоровій і рентгенівській фістулографії.

Лікування нориць

Дрібні вагінально-ректальні нориці можуть закритися самі при дотриманні відповідної дієти і гігієни. При сечостатевих і кишково-статевих свищах, що не закрилися, необхідні пластичні операції, які є досить складними і можуть бути виконані не раніше чим через 4-6 місяців після пологів.

МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ

Невиношування вагітності - самовільне (спонтанне) передчасне переривання вагітності від зачаття до 37 тижня. Переривання вагітності в термін до 22 тижнів або масою плода до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак його життя, називається **абортом (викиднем)**. Виділяють також поняття *недоношування* вагітності - передчасні пологи.

- ранній спонтанний аборт - спонтанне (самовільне) переривання вагітності (до 11 тижнів + 6 днів);
- пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тижня + 6 днів;
- передчасні пологи з 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154 - 259 днів).

Частота мимовільних переривань вагітності по триместрам розподіляється наступним чином: в I триместрі - 75-80%, у II триместрі - 9-12%, в III триместрі - 4 - 8%. Висока частота переривань у I триместрі є свого роду природнім відбором, елімінацією аномально сформованого ембріону і в 50-60% пов'язана з хромосомними аномаліями зародка. Однак ці порушення можуть бути пов'язані і з рядом інших причин, зокрема, з інфекцією, радіацією, стресом та ін.

Невиношування - поліетіологічна патологія. Порушення вагітності, як правило, обумовлено поєднанням ряду причин, які можуть діяти або водночас, або приєднуватись з прогресуванням вагітності.

САМОВІЛЬНИЙ АБОРТ (ВИКИДЕНЬ)

Самовільний аборт відбувається без будь-яких зовнішніх втручань. Якщо самовільний аборт у жінки повторюється більше як 2 рази, його називають **звичним**.

1. Материнські причини:

нейро-ендокринні - гіпофункція яєчників (недостатність фолікулярної фази циклу, недостатність лютеїнової фази циклу, хронічна ановуляція, первинна яєчникова недостатність); порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники (гіпофункція гіпофізу, синдром полікістозних яєчників - СПКЯ, гіперпролактинемія, гіперандрогенія яєчникового, надниричкового, змішаного генезу, тиреопатія, та їх поєднання);

анатомо-функціональні- вади розвитку статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, дефекти матки (внутрішньоматкові синехії, патологія рецепторного апарату, гіоплазія матки, аномалії розвитку матки), пухлини матки та яєчників;

інфекційні - інфікування бактеріальними, вірусними, паразитарними та умовно-патогенними мікроорганізмами;

імунологічні - аутоімунні процеси (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак й інші аутоімунні захворювання), алоімунні процеси (ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та антигенами системи АВО, сенсibiliзація за фетальними антигенами), імунодефіцитні процеси;

генетичні фактори і хромосомні аномалії- найбільш часті хромосомні порушення - трисомія, моносомія, триплоїдія, тетраплоїдія.

2. Патологія вагітності - важкі форми ранніх гестозів, шийкова вагітність, міхурцевий занесок.

3. Екстрагенітальна патологія матері.

4. Патологія стану організму батька, у тому числі фактори, що сприяють виникненню патологічних змін еякуляту.

5. Соціально-середовищні фактори.

6. Нез'ясовані причини.

Фактори ризику самовільного аборту

- пізні менархе та тривалий період становлення менструального циклу;
- розлад менструального циклу;
- медичні аборти, особливо, перший аборт, їх ускладнення;
- безпліддя, особливо після лікування методами допоміжних репродуктивних технологій;
- наявність самовільного переривання попередніх вагітностей;
- перинатальні втрати в анамнезі;
- патологічний перебіг попередніх вагітностей;
- запальні захворювання статевих органів;
- доброякісні пухлини матки;
- гінекологічні операції в анамнезі;
- алергічні захворювання полівалентного характеру;
- шкідливі звички (куріння);
- вплив тератогенів (інфекції, токсичні речовини, ліки);
- дефіцит фолієвої кислоти
- провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження, соїїз).

Класифікація

1. *За стадіями розвитку виділяють:*

- *загрозливий аборт*
- *аборт " в ходу*

- неповний аборт,
- повний аборт

2. Розрізняють також :

- аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)
- інфікований аборт

Загрозливий аборт.

Клініка. При загрозливому аборті у хворої відмічається тягучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер; можливі скудні або помірні кров'янисті виділення із статевих шляхів, затримка місячних.

Діагностика. При огляді у дзеркалах зовнішнє вічко закрито, спостерігаються скудні або помірні кров'янисті виділення

Бімануальне піхвове дослідження свідчить, що матка легко збудлива, її тонус підвищений, розміри відповідають терміну вагітності

УЗ ознаками загрози аборту будуть наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається у порожнину матки, деформація контурів плідного яйця, його вдавнення за рахунок гіпертонусу матки, наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.

Тактика ведення загрозливого аборт.

Після встановлення діагнозу та до початку лікування необхідним є визначення життєздатності ембріона/плода та подальшого прогнозу вагітності. Для цього використовують критерії сприятливого чи несприятливого прогнозу даної вагітності.

Сприятливий прогноз:

- сонографічні ознаки - наявність серцевих скорочень при КТР плода 6мм (трасвагінально), відсутність брадикардії, відповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця, ріст плідного яйця в динаміці;
- біохімічні ознаки - рівень ХГЛ та прогестерону відповідає гестаційному віку.

Несприятливий прогноз:

- наявність спонтанних абортів в анамнезі, вік жінки >34 років;
- сонографічні ознаки - відсутність серцевих скорочень при КТР 10 мм (трасабдомінально), брадикардія, пусте плідне яйце діаметром 15мм при терміні гестації 7 тижнів, 21 мм- в 8 тижнів; невідповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця; відсутність росту плідного яйця через 710 днів; субхоріальна гематома;
- біохімічні ознаки - рівень ХГЛ нижче норми для гестаційного віку, зростає менш ніж на 66% за 48 годин (до 8 тижнів вагітності) або знижується; вміст прогестерону нижче норми для гестаційного віку та знижується.

За наявності клінічних ознак загрозливого аборт у термін вагітності менше 8 тижнів та несприятливих ознак прогресування вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується.

Пацієнтка має бути поінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності та можливих ускладнень, пов'язаних з використанням лікарських засобів. Потрібне отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

При зарозі переривання вагітності в термін більше 8 тижнів та за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження та підтримку розвитку вагітності.

Лікування. Для лікування загрозливого аборт використовуються препарати прогестерону. Показанням для застосування прогестерону є наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень), доведена до

вагітності недостатність лютеїнової фази, виліковане безпліддя, вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій. Застосування прогестерону за будь-якими іншими показаннями не має доведеної ефективності. Рутинне призначення гестагенних препаратів при загрозовому аборті не підвищує відсоток виношування (А).

Застосування інших традиційних методів лікування (ліжковий режим, спазмолітична та седативна терапія) не мають доказів ефективного та безпечного застосування.

Препарати прогестерону:

- масляний розчин прогестерону (внутрішньом'язово);
- мікронізований прогестерон - утрожестан (вагінально або перорально);
- синтетичні похідні прогестерону - дідрогестерон (перорально).

Різні препарати прогестерону не можна призначати одночасно.

Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально). Не доведено переваги будь-якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону.

Моніторинг ефективності лікування визначається за допомогою: даних УЗД, тестів функціональної діагностики, динаміки рівнів ХГЛ та прогестерону в сироватці крові (один раз на тиждень до зникнення симптомів).

Аборт в ході

Клініка. Ця стадія самовільного аборту супроводжується тягнучим болем в нижніх відділах живота (у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів здебільше у великій кількості.

Діагностика. При огляді у дзеркалах відмічається вкорочена шийка матки, зовнішнє вічко відкрите. Кров'яністі виділення у великій кількості; частини плідного яйця у цервікальному каналі, підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в рані терміни вагітності). При бімануальному піхвовому дослідженні визначається підвищений тонус матки, її розмір відповідає строку вагітності.

За необхідністю може бути проведене УЗД, при якому відмічається повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів), наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

Тактика ведення аборту в ході.

В термін вагітності менше 16 тижнів:

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

В термін вагітності більше 16 тижнів:

- у разі відсутності значної кровотечі після спонтанного вигнання елементів плідного яйця проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати.
- у разі кровотечі, під адекватним знеболенням:
 - при наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекають спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати;
 - при відсутності умов - абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливо використання утеротоніків:

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

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

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

Неповний аборт

Клініка. Для неповного аборт характерна наявність болю в нижніх відділах живота (біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного та зменшенням в подальшому через експульсію плідного яйця. Кров'янисті виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираженості, переважно значні.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається вкорочена шийка матки, відкрите зовнішнє вічко, що супроводжується кров'янистими виділеннями різного ступеня вираженості.

При бімануальному піхвовому дослідженні відмічається м'якої консистенції матка, розміри якої менше терміну гестації, різний ступінь розкриття шийки матки.

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

Тактика ведення неповного аборту

У разі неповного аборту обов'язково проводять звільнення матки від залишків ембріональних/плодових тканин з наступним їх патогістологічним дослідженням.

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

Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки (кюретаж або вакуум-аспірація). Абсолютні показання до 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 тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки

Медикаментозний метод може використовуватися

- лише у разі підтвердженого неповного аборт у першому триместрі.
- якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації

- лише за умови госпіталізації до медичного закладу що надає екстрену допомогу цілодобово

Протипоказання

Абсолютні:

- наднирникова недостатність;
- тривала терапія глюкокортикоїдами;
- гемоглобінопатії або антикоагулянтна терапія;
- анемія (НЬ < 100 г/л);
- порфірія;
- мітральний стеноз;
- глаукома;

- прийом нестероїдних протизапальних засобів протягом попередніх 48 годин.

Відносні:

- гіпертензія,
- тяжка бронхіальна астма.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують: Мізопростол - 800-1200мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару. Препарат вводять у задне склепіння піхви лікарем під час огляду у дзеркалах. Через кілька годин (як правило протягом 3-6 годин) після введення мізопростолу починаються маткові скорочення та вигнання залишків плідного яйця.

Спостереження:

Жінка залишається для спостереження в умовах стаціонару протягом доби після вигнання і може бути виписана із стаціонару у разі:

- відсутності значної кровотечі,
- відсутності симптомів інфекції,
- можливості негайно звернутися до цього медичного закладу у будь який час цілодобово.

Через 7-10 днів після виписки з стаціонару в амбулаторних умовах проводиться контрольний огляд пацієнтки та УЗД.

Перехід до хірургічної евакуації після медикаментозної евакуації здійснюють у разі:

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

Рандомізовані дослідження демонструють відсутність статистичної різниці ефективності хірургічної та медикаментозної евакуації при неповному викидні в терміні до 70 днів від 1 дня останньої менструації.

Повний аборт

Клініка. При повному аборті хвора може скаржитись на тягучий біль в нижніх відділах живота різної інтенсивності (може бути відсутній), незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів (можуть бути відсутні) після експульсії плідного яйця.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається сформована шийка матки, закрите зовнішнє вічко; спостерігаються незначні кров'яністі виділення або вони можуть бути відсутні.

При бімануальному піхвовому дослідженні пальпується щільна матка, розміри якої менше терміну гестації. Цервікальний канал закритий (іноді не повністю).

За результатами УЗД порожнина матки <15 мм, цервікальний канал закритий (іноді не повністю), плідне яйце/плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються

Тактика ведення повного аборт.

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

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

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

Клініка. Припинення розвитку вагітності із затримкою плодових тканин в матці супроводжується зникненням суб'єктивних ознак вагітності. Іноді спостерігаються кров'янисті виділення з матки та підвищення температури тіла.

Діагностика. При огляді у дзеркалах шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрито. За даними бімануального піхвового дослідження розміри матки менше терміну гестації, цервікальний канал закритий.

При проведенні УЗД:

- *5-6 тижнів:* невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації, не візуалізується жовточний мішок, не візуалізується ембріон. Діагноз вагітності, що не розвивається, в терміні 5-6 тижнів має бути підтверджено не менше ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в ультразвукових критеріях дослідження треба повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівнів хоріогонічного гонадотропіну.
- *7-8 тижнів:* відсутність серцевих скорочень ембріону, невідповідність розмірів терміну гестації.
- *9-12 тижнів:* відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону, невідповідність розмірів матки терміну гестації.

Тактика ведення аборт, що не відбувся

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

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

Індукція скоротливої діяльності при вагітності, що не розвивається в другому триместрі здійснюється застосуванням препаратів простагландинів (мізопропростол), або утеротонічних засобів (окситоцин), або хірургічним методом (кюретаж, вакуум-аспірація). Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено за індивідуальними клінічними показаннями.

Звичний аборт.

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

Дослідження каріотипу подружньої пари обумовлено тим, що приблизно у 25% випадків звичного невиношування один з батьків або обоє (рідше), є носіями

збалансованої хромосомної аномалії. Виявлення порушення у будь-кого з батьків є показанням до консультації клінічного генетика для встановлення вірогідності народження дітей без застосування допоміжних репродуктивних технологій, а також для визначення показань для проведення цитогенетичного дослідження плідного яйця (плода) якомога у ранньому терміні вагітності.

Ультразвукове дослідження репродуктивних органів проводиться з метою виявлення вроджених або набутих порушень, які можуть перешкоджати розвитку вагітності. Двомірне ультразвукове дослідження з або без гістеросальпінгографії, проведене кваліфікованим спеціалістом, є достатнім для виявлення порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

Не доведена необхідність рутинного проведення гістеросальпінгографії для діагностики порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

Ведення жінок зі звичним невиношуванням вагітності різної етіології

Антифосфоліпідний синдром є причиною звичного невиношування вагітності в близько 20% випадків. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності та антифосфоліпідним синдромом комбінована терапія аспірин та гепарин достовірно знижує частоту мимовільного абортів на 54%. Визначення наявності вовчакового антикоагулянту та антифосфоліпідних антитіл проводиться з використанням стандартних тестів. Наявність позитивного результату тесту для одних і тих же антитіл (Ід М і ІдС) двічі з проміжком 4-6 тижнів на рівні середніх або високих титрів є підставою до встановлення діагнозу та проведення лікування. *Застосування кортикостероїдів у жінок з звичним невиношуванням та АФС не збільшує частоту живонароджень та може супроводжуватись збільшенням материнської та неонатальної захворюваності*

Будь яка **тяжка інфекція у матері**, що перебігає з бактеріємією або вірусемією, може бути чинником самовільного викидня, хоча роль інфекційного фактора в структурі чинників невиношування вагітності не зовсім з'ясована. Для того, щоб інфекційний агент був «прийнятий» як чинник саме звичного невиношування він повинен мати здатність персистенції у геніальному тракті жінки без наявних ознак, або спричинювати мінімальні прояви.

Виявлення і лікування **бактеріального вагінозу** у ранні терміни вагітності зменшує ризик повторних самовільних абортів і передчасних пологів. Обстеження на ТОГССН інфекцію для виявлення причин звичного невиношування у випадках коли є підозра на наявність інфекції, або відомості про наявність інфекції у минулому чи проведення її лікування

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) - не пов'язане зі скоротливою діяльністю матки мимовільне згладжування та розкриття шийки, що призводить до повторного переривання вагітності частіше в другому триместрі.

Діагностика. До групи високого ризику належать жінки, що мають в анамнезі: два та більше епізодів переривання вагітності в другому триместрі, які не були результатом скоротливої діяльності матки чи відшарування плаценти; випадки мимовільного безболісного розкриття шийки матки до 4-6 см при попередніх вагітностях; наявність хірургічних втручань на шийці матки, розриви шийки матки другого або третього ступенів в минулих пологах; інструментальні дилатації шийки матки під час штучного переривання вагітностей.

При огляді можна встановити вроджені або набуті анатомічні дефекти ектоцервіксу, розкриття шийки матки до 2 та більше см в другому триместрі вагітності при відсутності маткових скорочень та відшарування плаценти; пролабірування плідного міхура з зовнішнього вічка шийки матки.

При трансвагінальному УЗД - вкорочення шийки матки до 25мм та більше в терміні 16- 24 тижнів, клиноподібну трансформацію каналу шийки матки на 40% довжини та більше

Недостатність лютеїнової фази.

Діагностика.

- визначення співвідношення рівнів прогестерону в 1 та 2 фазу менструального циклу (менше ніж в 10 разів);
- визначення реологічних властивостей цервікального слизу (неадекватно високий цервікальний індекс за шкалою Magici);
- визначення динаміки синдрому «зіниці» (закриття цервікального каналу після 21 дня циклу);
- гіполютеїновий тип мазка за даними гормональної кольпоцитології - зберігається високий каріопікнотичний індекс при зниженні еозинофільного індексу);
- визначення різниці базальної температури (різниця між найнижчим значенням у 1 фазу та найвищим у 2 повинна складати більше 0,4 градусів С °);
- дворазове гістологічне дослідження пайпель-біоптатів ендометрію на 22 - 24 день циклу (триденне відставання ендометрію від фази циклу).

Прегравідарна підготовка при звичному невиношуванні

- **Припинення шкідливих впливів** (відмова від паління, вживання алкоголю, виключення впливу факторів шкідливого промислового виробництва, уникнення психоемоційних перевантажень та стресів)
- **Оздоровлення жінки** (нормалізація режиму праці та відпочинку, раціональне харчування, регулярні фізичні навантаження -вранішня гімнастика, плавання, прогулянки, тощо; санація екстрагенітальних вогнищ хронічної інфекції, нормалізація маси тіла, щеплення проти краснухи імунонегативних жінок для профілактики вродженої краснухи, вакцинація проти гепатиту В жінок репродуктивного віку групи ризику, що забезпечує профілактику вертикальної передачі інфекції, зменшення ризику печінкової недостатності та цирозу печінки у матері).
- **Призначення фолієвої кислоти** 400 мкг на день за 3 місяця до зачаття зменшує частоту вад невральної трубки на 2/3.
- **Лікування хронічних захворювань** підготовка пацієнток з хронічними екстрагенітальними захворюваннями:
 - цукровий діабет стійка компенсація вуглеводного метаболізму у продовж трьох місяців до запліднення, та призначення фолієвої кислоти 800мкг на день за 3 місяці до зачаття;
 - артеріальна гіпертензія (тримання нормотензії, перехід на антигіпертензивні препарати, дозволені до застосування під час вагітності);
 - гіпотиреоз (корекція замісної терапії I₂-тироксидом для досягнення еутиреоїдного стану);
 - епілепсія (перехід на проти судомні засоби з меншою негативною дією на плід, збільшення дози фолієвої кислоти до 800мкг на день за 3 місяці до зачаття);
 - вади серця (радикальне хірургічне лікування за показаннями);
 - хвороби, що потребують постійної антикоагулянтної терапії (відміна тератогенних кумаринових похідних, призначення гепарину);
 - інші екстрагенітальні захворювання (хірургічне лікування, корекція терапії, досягнення ремісії хвороби);
 - виявлення та лікування ВІЛ інфекції.

Лікування звичного невиношування вагітності.

При встановленні етіологічного фактору невиношування проводять патогенетичне лікування, спрямоване на усунення патології, яка лежить в основі переривання вагітності.

З метою лікування звичного невиношування вагітності необхідно застосовувати лише **заходи з доведеною ефективністю**.

Лікування станів, які супроводжуються дефіцитом ендogenous прогестерону (недостатність лютеїнової фази, вилікуване безпліддя, вагітність в наслідок допоміжних репродуктивних технологій) є ефективним..

В групі жінок зі звичним викиднем застосування прогестерону з метою профілактики переривання вагітності демонструє статистично достовірне зниження частоти переривання вагітності в порівнянні з плацебо або відсутністю терапії .

Методика лікування прогестероном наведена вище.

Схема комбінованої терапії антифосфоліпідного синдрому після чітко встановленого діагнозу.

- **Аспірин 75 мг/добу.**

Прийом аспірину починають як тільки тест на вагітність стає позитивним та продовжують до пологів.

- **Нефракціонований гепарин 5 000 ОД** підшкірно кожні 12 годин або низькомолекулярний гепарин у середній профілактичній дозі Застосування гепарину починають як тільки за допомогою УЗД зареєстрована серцева діяльність ембріону. Застосування гепарину припиняють в 34 тижні вагітності. При застосуванні нефракціонованого гепарину проводять контроль рівня тромбоцитів щотижнево протягом перших трьох тижнів, потім кожні 4 - 6 тижнів.

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

Лікування істміко-цервікальної недостатності.

Лікування полягає в накладанні профілактичного чи лікувального шва на шийку матки. Операція проводиться в терміні 13 - 16 тижнів вагітності за наявності нижче вказаних умов:

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

піхви. **Профілактичний шов** на шийку матки

показаний:

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

Терапевтичний шов на шийку матки показаний жінкам групи ризику з наступними УЗ даними:

- -коротка шийка (менше 2,5 см) без клиноподібної трансформації цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу на 40 % та більше при одноразовому дослідженні.

Ургентний або лікувальний шов на шийку матки пропонують жінкам з моменту встановлення діагнозу.

ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК В АКУШЕРСТВІ

Геморагічний шок – стан тяжких гемодинамічних і метаболічних порушень, які виникають внаслідок крововтрати та характеризуються нездатністю системи кровообігу забезпечити адекватну перфузію життєво важливих органів через невідповідність об'єму циркулюючої крові об'єму судинного русла.

Небезпека розвитку геморагічного шоку виникає при крововтраті 15 - 20% ОЦК або 750 - 1000 мл. Кровотеча, яка перевищує 1500 мл (25-30% від ОЦК або 1,5% від маси тіла) вважається **масивною**.

Чинники ризику виникнення геморагічного шоку в акушерстві:

- Кровотечі у ранні строки вагітності:
 - аборт;
 - позаматкова вагітність;
 - пухирний занос.
- Кровотечі у пізні строки вагітності або у пологах:
 - передчасне відшарування плаценти;
 - передлежання плаценти;
 - розриви матки;
 - емболія навколоплодовими водами.
- Кровотечі після пологів:
 - гіпо- або атонія матки;
 - затримка посліду або його частин у порожнині матки;
 - розриви пологових шляхів.
- Печінкова недостатність.
- Патологія системи гемостазу.

Таблиця 1. Класифікація геморагічного шоку за клінічним перебігом та ступенем тяжкості (Чепкий Л.П. та співавт., 2003).

Ступінь тяжкості шоку	Стадія шоку	Об'єм крововтрати	
		% ОЦК	% маси тіла
1	Компенсований	15 – 20	0,8 – 1,2
2	Субкомпенсований	21 - 30	1,3 – 1,8
3	Декомпенсований	31 – 40	1,9 – 2,4
4	Необоротний	> 40	> 2,4

Таблиця 2. Критерії тяжкості геморагічного шоку.

Показник	Ступінь шоку				
	0	1	2	3	4
Втрата крові (мл)	< 750	750–1000	1000-1500	1500-2500	> 2500
Втрата крові (% 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
Тест „білої плями”	N (2 с)	2 – 3 с	> 3 с	> 3 с	> 3 с
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
Швидкість діурезу мл/год	50	30 – 50	25 – 30	5 – 15	0 - 5
Психічний статус	Спокій	Незначне занепокоєння	Тривога, помірне занепокоєння	Занепокоєння, страх або сплутаність	Сплутаність свідомості або кома

Примітка: * - на магістральних артеріях; ** - за методом Короткова може не визначатися

Складнощі визначення об'єму крововтрати в акушерстві обумовлені значною гемодилуцією витікаючої крові амніотичною рідиною, а також затримкою великої кількості крові у піхві або порожнині матки.

Інтенсивна терапія геморагічного шоку.

Загальні принципи лікування гострої крововтрати:

1. Негайна зупинка кровотечі консервативними або хірургічними методами у залежності від причини розвитку кровотечі (див. протокол «Акушерські кровотечі»).
2. Відновлення ОЦК.
3. Забезпечення адекватного газообміну.
4. Лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності.
5. Корекція метаболічних порушень.

Першочергові дії при виникненні геморагічного шоку:

1. Оцінюють життєво важливі функції (пульс, артеріальний тиск, частоту та характер дихання, психічний статус).
2. Повідомляють відповідального чергового акушер-гінеколога або заступника головного лікаря з лікувальної роботи про виникнення кровотечі та розвиток геморагічного шоку, мобілізують персонал.
3. Піднімають ноги хворої або ножний кінець ліжка (положення Тренделенбурга) для підвищення венозного оберту до серця.
4. Повертають вагітну на лівий бік для запобігання розвитку аорто-кавального синдрому, зменшення ризику аспірації при блюванні та забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів.
5. Катетеризують одну - дві периферичні вени катетерами великого діаметру (№№ 14 - 16G).

При існуючій можливості доступу до кількох периферичних вен не слід поспішати з катетеризацією центральних вен тому, що при їх катетеризації існує велика вірогідність виникнення ускладнень.

За умови розвитку шоку 3 – 4 ступеню необхідна катетеризація трьох вен, при цьому одна з них повинна бути центральною. Перевагу при катетеризації вени надають венесекції v. Brahiales або пункції та катетеризації за Сельдингером v. Jugularis interna.

6. Набирають 10 мл крові для визначення групової та резус належності, перехресної сумісності, вмісту гемоглобіну та гематокриту, виконують тест Лі-Уайта до початку інфузії розчинів.

7. Проводять інгаляцію 100% кисню зі швидкістю 6 - 8 л/хв. через носо-лицеву 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). **Темп, об'єм та компонентність інфузійної терапії визначається ступенем шоку та величиною крововтрати** (див. таблицю 3).

За умови розвитку шоку 2 – 3 ст., темп інфузії дорівнює 200 – 300 мл/хв. Після стабілізації АТ на безпечному рівні подальшу інфузію проводять зі швидкістю 2 літри розчинів за годину.

Лікування геморагічного шоку є більш ефективним, якщо інфузійна терапія розпочата якомога раніше, не пізніше 30 хв. від розвитку перших проявів шоку.

Не рекомендується застосовувати у програмі інфузійно-трансфузійної терапії декстрану (реополіглюкин), 5% альбумін та розчини глюкози. За умови крововтрати не більше 30% ОЦК, для протишокової терапії можливо введення одних кристалоїдів

(0,9% розчин хлориду натрію, розчин Рингера) в обсязі у 4 - 5 разів більше, ніж об'єм крововтрати (А).

Не проводять гемотрансфузію, якщо крововтрата менше 1500 мл

Трансфузію крові проводять при крововтраті більше 1500 мл або при наявності попередньої анемії. Показання до гемотрансфузії визначають індивідуально у кожному окремому випадку, але орієнтуються на показники вмісту гемоглобіну та гематокриту ($Hb < 70$ г/л; $Ht < 0,22$ л/л).

Якщо жінка знаходиться у шоковому стані не слід давати рідину перорально .

2. Зупиняють кровотечу консервативними або хірургічними методами у залежності від причини розвитку кровотечі (див. протокол «Акушерські кровотечі»).

3. Зігрівають жінку, але не перегрівають її тому, що при цьому поліпшується периферична мікроциркуляція, а це може спричинити зменшення кровопостачання у життєво важливих органах (В). Враховуючи великий обсяг розчинів, які вводяться, їх також підігрівають до 36°C .

4. Катетеризують сечовий міхур.

5. Продовжують інгаляцію 100% кисню зі швидкістю 6 – 8 л/хв., за необхідності – ШВЛ.

Показання до ШВЛ:

- гіпоксемія ($\text{PaO}_2 < 60$ мм рт. ст. при $\text{FiO}_2 > 0,5$);

- частота дихання більше 40 за хвилину;

- низьке інспіраторне зусилля (пацієнтка не здатна створити від'ємний тиск у дихальних шляхах більше 15 см вод. ст. при максимальному зусиллі);

- крововтрата 3% від маси тіла або більше 35 мл/кг.

Використовують ендотрахеальні трубки з манжетами великого об'єму та низького тиску.

ШВЛ за умови декомпенсованого шоку проводять під контролем газового складу крові.

Якщо зберігається низьке PaO_2 (< 75 мм рт. ст.)- підвищують FiO_2 максимум до 0,6 (більш високе FiO_2 при використанні більше 48 годин може спричинити розвиток синдрому гострого ушкодження легень).

Якщо податливість легень збережена - підвищують позитивний тиск у кінці видиху (ПТКВ).

Використовують високочастотну ШВЛ.

Оцінюють адекватність серцевого викиду та рівень гемоглобіну. При необхідності коригують алкалоз та гіпофосфатемію, що усуває зміщення кривої дисоціації оксигемоглобіну.

Критерії припинення ШВЛ:

- стабілізація клінічного стану хворої;

- частота дихання менше 30 за хвилину;

- інспіраторне зусилля менше - 15 см вод. ст.;

- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 80$ мм рт.ст./0,4 при ПТКВ 7 см вод. ст.;

- можливість пацієнтки самостійно подвоїти об'єм видихуваного повітря за хвилину.

6. Лабораторне спостереження: загальний аналіз крові, підрахунок кількості тромбоцитів, час згортання, коагулограма, електролітний склад крові. При можливості – КОС та гази крові.

7. Моніторне спостереження: неінвазивне визначення АТ (за умови розвитку шоку 4 ст. та за наявності апаратури – інвазивне визначення АТ), ЧСС, пульсоксиметрія, ЕКГ, термометрія, контроль погодинного діурезу. За умови розвитку шоку 3 - 4 ст. – контроль ЦВТ.

8. У разі наростання серцевої недостатності на фоні проведення інфузійної терапії (ЦВТ більше 140 мм. вод. ст., поява ознак інтерстиціального набряку легень) темп інфузії зменшують і починають введення симпатоміметиків (дофамін – 5 – 20 мкг/кг/хв., добутамін - 5 – 40 мкг/кг/хв.)

9. При появі ознак коагулопатії проводять терапію ДВЗ-синдрому у залежності від стадії (див. протокол “Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в акушерстві”).

10. Корекція ацидозу гідрокарбонатом натрію за умови, що рН крові < 7,1 .

Після виведення хворої з шокового стану продовжують лікування у відділенні інтенсивної терапії

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.
3. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложнымисостояниями. М.:МИА, 2007.
4. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
5. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
6. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі».
7. Наказ МОЗ України від 03.11.02008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року, № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
8. Практическое акушерство с неотложными состояниями. Руководство для врачей / В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.