

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Лекція №2, Невідкладні стани в акушерстві та гінекології (пreekлампсія, еклампсія, «гострий» живіт в гінекології)

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет стоматологічний
Кафедра акушерства та гінекології

**ЗАТВЕРДЖУЮ**
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«01» вересня 2023 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ЛЕКЦІЇ З НАВЧАЛЬНОЇ
ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет стоматологічний, курс IV
Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»
Лекція №2. Тема: «Невідкладні стани в акушерстві та гінекології
(пreekлампсія, еклампсія, «гострий» живіт в гінекології)»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Лекція №2, Невідкладні стани в акушерстві та гінекології (пreekлампсія, еклампсія, «гострий» живіт в гінекології)


Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «28» серпня 2023 р.

Завідувач кафедри _____  (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробник:

д.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології _____  Чумак З.В.

Лекція №2

Тема: «Невідкладні стани в акушерстві та гінекології (пreekлампсія, еклампсія, «гострий» живіт в гінекології)»

Мета: Лекційний матеріал спрямований на ознайомлення здобувачів вищої освіти про виникнення невідкладних станів в акушерстві та гінекології й змінами в організмі, до яких вони можуть призводити. Гіпертензивні розлади при вагітності (пreekлампсія, еклампсія) залишаються однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства, багато в чому визначають структуру материнської та перинатальної смертності.

Оволодіння знаннями діагностики та лікування позаматкової вагітності. Засвоїти особливості перебігу захворювань, що викликають «гострий живіт» в гінекології в залежності від класифікації форм захворювань.

Основні поняття: Ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Пreekлампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування. Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога.

Позаматкова вагітність, апоплексія яєчника. Класифікація, клініка, діагностика, лікування.

План і організаційна структура лекції:

1. Визначення, фактори ризику та частота виникнення гіпертензивних розладів при вагітності.
2. Діагностика пreekлампсії, еклампсії.
3. Ведення вагітних з пreekлампсією різного ступеня тяжкості, еклампсією.
4. Патологічні процеси що призводять до розвитку позаматкової вагітності.
5. Діагностичні критерії позаматкової вагітності
6. Невідкладна допомога при позаматковій вагітності

Заключний етап

Резюме лекції, загальні висновки.

Відповіді на можливі запитання

Завдання для самопідготовки студентів

Загальне матеріальне та навальнo-методичне забезпечення лекції:

Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби.

Зміст лекції:

Гестози вагітних - патологічні стани, що виникають у зв'язку з вагітністю. Чинником розвитку гестозів вважають плідне яйце. У вітчизняному акушерстві прийнято виділяти ранні та пізні гестози.

На території нашої країни існує різна термінологія стосовно даної патології. Термін – пізні гестози, який можна вважати застарілим, сучасними термінами є –гіпертензивні розлади при вагітності (пreekлампися, еклампсія).

Ситуація, при якій запліднена яйцеклітина прищеплюється і розвивається позаматкової порожнини. Це в більшості випадків відбувається в маткових трубах, іноді в яєчниках або в черевній порожнині - наявність випадків розвитку плодового яйця поза порожниною матки називаються позаматковою вагітністю. В залежності від локалізації імплантації плодового яйця позаматкову вагітність підрозділяють на трубну, яєчникову, у рудиментарному розі матки і черевну.

Етіопатогенез пreekламписі

Серед причин пreekламписі, особливо тяжких форм, провідне місце належить екстрагенітальній патології, аутоімунним порушенням; ендокринним захворюванням.

Суттєва роль у походженні пreekламписі належить:

1. Недостатності спіральних артеріол матки, яка спричиняє порушення плацентарного кровообігу;
2. Дисфункції ендотелію судин, пов'язаної з аутоімунним порушенням, викликаним вагітністю.

Зміни в органах, характерні для пreekламписі:

1. Серцево-судинній системі: генералізований вазоспазм, підвищення периферичного опору судин, гіповолемія.
 2. Гематологічні зміни: активація тромбоцитів, що супроводжується коагулопатією споживання, зниження обсягу плазми, підвищення в'язкості крові, гемоконцентрація.
 3. Нирки: протеїнурія, зниження швидкості клубочкової фільтрації, зниження екскреції сечової кислоти.
 4. Печінка: перипортальні некрози, субкапсулярна гематома.
 5. ЦНС: набряк головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи.
- Існує важка клінічна форму гестозу - HELLP-синдром.

Етіологія і патогенез позаматкової вагітності

Імплантація плодового яйця поза порожниною матки відбувається внаслідок порушення транспортної функції маткових труб, зміною властивостей самого плодового яйця.

Порушення функції труби пов'язано:

- з запальними процесами будь-якої етіології;
- гормональним статусом організму;
- хірургічним втручанням на трубах.

Клінічні прояви гіпертензивних розладів

Класична триада симптомів гестозу (набряки, протеїнурія, гіпертонія), описана у 1913 році німецьким акушером Цангемейстром. Головний біль, порушення зору, біль в епігастрії та правому підребер'ї, які є клінічними проявами тяжких форм пreekлампсії.

Діагностика

Виставлення діагнозу пreekлампсії є правомірним у термін більше 20 тижнів гестації за наявності АТ більше 140/90 мм рт. ст. або у разі підвищення діастолічного АТ на 15% від вихідного в I триместрі вагітності з наявністю протеїнурії (білок у добовій сечі більше 0,3 г/л) і генералізованих набряків (збільшення маси тіла вагітної більше 900,0 г за тиждень чи 3 кг за місяць).

Діагноз "пreekлампсія" встановлюють за наявності гіпертензій у поєднанні з протеїнурією або генералізованими набряками або за наявності всіх трьох ознак коагулопатією споживання, зниження обсягу плазми, підвищення в'язкості крові, гемоконцентрація.

Тромбоцитопенія і гемоліз виникають внаслідок пошкодження ендотелію в змінених судинах. Якщо це порочне коло, що складається з пошкодження ендотелію та внутрішньосудинної активації системи зсідання, не переривається, то протягом декількох годин розвивається ДВЗ-синдром із смертельною кровотечею.

Діагноз "пreekлампсія" встановлюють за наявності гіпертензій у поєднанні з протеїнурією або генералізованими набряками або за наявності всіх трьох ознак (табл 1)

Таблиця 1

Діагностичні критерії тяжкості пreekлампсії/еклампсії.	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїнурія, г/доб	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка пreekлампсія	90-99	<0,3	–

Пreekлампсія середньої тяжкості	100-109	0,3-5,0	Набряки на обличчі, руках Інколи головний біль
Тяжка пreekлампсія	≥110	>5	Набряки генералізовані, значні Головний біль Порушення зору Біль в епігастрії або/та правому підребер'ї Гіперрефлексія Олігурія (< 500 мл/доб) Тромбоцитопенія
Еклампсія	≥90	≥3	Судомний напад (один чи більше)

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

На даний час розрізняють "чисті" і "поєднані" форми ПГВ. Поєднаний гестоз розвивається на тлі екстрагенітальних захворювань.

Для поєднаних форм пізніх гестозів ставлять діагноз гестозу залежно від проявів і ступеня тяжкості, а потім додають фразу "на тлі" екстрагенітальної патології.

Як критерій тяжкості гіпертензії у вагітних, показання до початку антигіпертензивного лікування та оцінки його ефективності використовують тільки значення діастолічного АТ.

Для діагностики пreekлампсії необхідно також визначати додаткові клініко-лабораторні критерії (табл. 2).

Таблиця 2

<i>Додаткові клініко-лабораторні критерії пreekлампсії</i>	Легка пreekлампсія	Пreekлампсія середньої тяжкості	Тяжка пreekлампсія
Сечова кислота, млмоль/л	< 0,35	0,35-0,45	> 0,45
Сечовина, млмоль/л	< 4,5	4,5–8,0	> 8
Креатинін, мкмоль/л	< 75	75–120	> 120 або олігурія
Тромбоцити · 10 ⁹ /л	> 150	80–150	< 80

Для моніторингу стану вагітних з групи ризику щодо розвитку пreekлампсії необхідно проводити скринінгові тести (контроль маси тіла, контроль АД, дослідження кількості тромбоцитів, дослідження сечі на вміст білка, бактеріоскопічне дослідження сечі) 1 раз на 3 тижні в першій половині вагітності і 1 раз на 2 тижні з 20 до 28 тижня та щотижнево після 28 тижня вагітності.

Лікування пreekлампсії

Надання допомоги залежить від стану вагітної, параметрів АТ та протеїнурії.

Легка пreekлампсія

У разі відповідності стану вагітної критеріям легкої пreekлампсії при терміні вагітності до 37 тижнів можливий нагляд в умовах стаціонару денного перебування. Проводять навчання пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку пreekлампсії: вимірювання АТ, контроль балансу рідини та набряків, реєстрація рухів плода.

Проводять *лабораторне обстеження*: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ, визначення стану плода (нестресовий тест за можливості). Медикаментозну терапію не призначають. Не обмежують вживання рідини та кухонної солі.

Показання для госпіталізації

Поява хоча б однієї ознаки пreekлампсії середньої тяжкості; порушення стану плода. У разі стабільного стану жінки у межах критеріїв легкої пreekлампсії тактика ведення вагітності вичікувальна. Пологи ведуть згідно акушерської ситуації.

Пreekлампсія середньої тяжкості

Планова госпіталізація вагітної до стаціонару

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

Охоронний режим – напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.

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

Комплекс вітамінів та мікроелементів для вагітної, за необхідності препарати заліза. При діастолічному АТ > 100 мм рт.ст. призначення гіпотензивних препаратів (метилдофа по 0,25-0,5 г 3-4 рази на добу,

максимальна доза – 3 г на добу; за необхідності додають ніфедипін по 10 мг 2-3 рази на добу, максимальна добова доза – 100 мг).

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

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

- контроль АТ – кожні 6 годин першої доби, надалі – двічі на добу;
- аускультация серцебиття плода кожні 8 годин;
- аналіз сечі – щодоби;
- добова протеїнурія – щодоби;
- гемоглобін, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, АлТ і АсТ, креатинін, сечовина – кожні три дні;
- щоденний моніторинг стану плода.

При прогресуванні пreekлампсії розпочинають підготовку до розродження:

Розродження.

Метод розродження у будь-який термін гестації визначається готовністю пологових шляхів та станом плода. За умови неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландінами проводять операцію кесаревого розтину. Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять родозбудження та пологи ведуть через природні пологові шляхи.

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

- діастолічний АТ >110 мм рт.ст.;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл/год);
- тромбоцитопенія ($< 100 \cdot 10^9$ /л);
- ознаки ДВЗ-синдрому;
- підвищення активності АлТ та АсТ.

Тяжка пreekлампсія

Вагітну госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії стаціонару III рівня для оцінки ступеня ризику вагітності для матері і плода та

вибору методу розродження протягом 24 годин. Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу. Негайні консультації терапевта, невропатолога, окуліста.

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

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

Ретельне динамічне спостереження:

- контроль АТ – щогодини;
- аналіз сечі – кожні 4 години;
- контроль погодинного діурезу (катетеризація сечового міхура катетером Фалея);
- гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, функціональні печінкові проби, креатинін плазми – щодоби;
- моніторинг стану плода.

Лікування. Охоронний режим (суворий ліжковий). В термін вагітності до 34 тижнів – кортикостероїди для профілактики РДС- дексаметазон по 6 мг через 12 годин, чотири рази, впродовж 2 діб.

Тактика ведення активна з розродженням у найближчі 24 години з моменту встановлення діагнозу незалежно від строку вагітності.

Антигіпертензивна терапія.

Лікування артеріальної гіпертензії не є патогенетичним, але необхідне для матері та плода. Зниження АТ має на меті попередження гіпертензивної енцефалопатії та мозкових крововиливів. Слід прагнути довести АТ до безпечного рівня (150/90–160/100 мм рт. ст., не нижче!), який забезпечує збереження адекватного мозкового та плацентарного кровотоку. Швидке і різке зменшення рівня АТ може викликати погіршення стану матері та плода. Антигіпертензивну терапію проводять при підвищенні діастолічного тиску > 100 мм рт.ст. Доведено, що медикаментозну антигіпертензивну терапію не слід розпочинати, якщо АТ<150/100 мм рт.ст. Постійна антигіпертензивна терапія здатна зменшити частоту прогресування гіпертензії (розвитку тяжкої гіпертензії) та підвищення тяжкості пreekламписії, що розвинулася, але не може запобігти пreekламписії. Постійна антигіпертензивна терапія не поліпшує наслідки вагітності для плода і, навіть, призводить до збільшення частоти

народження дітей з низькою масою тіла та з малою масою для гестаційного віку. У цілому, зниження АТ завдяки медикаментозній терапії може покращувати наслідки вагітності для матері, але не для плода. Слід уникати застосування сечогінних, особливо у випадках пreekлампсії (крім набряку легенів або ниркової недостатності). Категорично протипоказані інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту та блокатори рецепторів ангіотензину II.

Як антиконвульсант з одночасною антигіпертензивною дією використовують сульфат магнію, що є препаратом вибору для профілактики та лікування судом, які у госпіталізованих жінок виникають внаслідок недостатнього лікування тяжкої пreekлампсії.

Абсолютно доведено, що сульфат магнію попереджає розвиток еклампсії і є препаратом вибору для її лікування. Усі жінки з еклампсією повинні отримувати сульфат магнію під час пологів та упродовж 24 годин після пологів. Магnezіальна терапія – це болосне введення 4 г сухої речовини сульфату магнію (в/в протягом 5 хвилин) з подальшою безперервною внутрішньовенною інфузією зі швидкістю, яка визначається станом хворої. Магnezіальну терапію починають з моменту госпіталізації, якщо діастолічний АТ > 130 мм рт.ст. Мета магnezіальної терапії – підтримка концентрації іонів магнію в крові вагітної на рівні, потрібному для профілактики судом.

Достатність дози сульфату магнію визначається рівнем його у сироватці крові у перші 4-6 годин. Якщо немає можливості проводити контроль рівня сироваткового магнію, погодинно ретельно оцінюють наявність/відсутність клінічних симптомів токсичності сульфату магнію (зниження колінних рефлексів, ЧД < 14).

Моніторинг стану вагітної під час проведення антигіпертензивної та магnezіальної терапії включає вимірювання АТ кожні 20 хв.; підрахунок ЧСС; спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути не менше 14 за 1 хв.); визначення сатурації O₂ (не нижче 95%); кардіомоніторний контроль; ЕКГ; перевірка колінних рефлексів кожні 2 год.; контроль погодинного діурезу (має бути не менше 50 мл/год.). Крім того, контролюють симптоми наростання тяжкості пreekлампсії: головний біль, порушення зору (двоїння предметів, «мерехтіння мушок» в очах), біль у епігастрії; симптоми можливого набряку легенів (тяжкість в грудях, кашель з мокротинням чи без нього, задуха, підвищення ЦВТ, поява крепітації чи вологих хрипів при аускультатії легенів); зростання ЧСС та ознак гіпоксії; зниження рівня свідомості; стан плода (аускультатія серцебиття щогодини, фетальний моніторинг).

Тактика розродження.

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

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

Після пологів лікування пreekлампсії продовжують залежно від стану жінки, клінічної симптоматики та лабораторних показників. Необхідні моніторинг АТ і антигіпертензивна терапія. Дози антигіпертензивних препаратів поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 годин після пологів. Магnezіальна терапія триває не менше 24 годин після пологів.

Пreekлампсія у післяпологовому періоді

Призначають охоронний режим, контроль АТ, збалансоване харчування.

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

Лікування. За умови застосування гіпотензивних препаратів до пологів, після пологів продовжують їх введення. У разі недостатньої ефективності терапії додають тiazидні діуретики. При виникненні гіпертензії вперше після пологів лікування починають з тiazидних діуретиків. Сульфат магнію призначають за показаннями у разі ризику виникнення еклампсії. Проводять ретельний контроль інволюції матки. Профілактика кровотечі введенням окситоцину.

Еклампсія

Про високий ризик розвитку еклампсії свідчать: сильний головний біль, висока гіпертензія (діастолічний АТ > 120 мм рт.ст.), нудота, блювання, порушення зору, біль у правому підребер'ї та/або епігастральній ділянці.

Головні цілі екстреної допомоги:

- припинення судом;
- відновлення прохідності дихальних шляхів.

Задачі інтенсивної терапії після ліквідації судом:

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

Перша допомога при розвитку приступу еклампсії. Лікування у разі нападу судом починається на місці. Розгортають палату інтенсивної терапії чи

госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Хвору укладають на рівну поверхню у положенні на лівому боці, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот і висуваючи вперед нижню щелепу, паралельно евакуюють вміст ротової порожнини. За можливості, якщо збережено спонтанне дихання, вводять повітровід та проводять інгаляцію кисню. За умови розвитку тривалого апное негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судоми повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції.

Паралельно з проведеними заходами щодо відновлення адекватного газообміну здійснюють катетеризацію периферичної вени та починають введення протисудомних препаратів (сульфат магнію – боліус 4 г протягом 5 хвилин внутрішньовенно, потім підтримуюча терапія 1–2 г/год) під ретельним контролем АТ і ЧСС. Катетеризують сечовий міхур. Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські маніпуляції) проводять під загальною анестезією. Після ліквідації судом проводять корекцію метаболічних порушень, водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану, білкового обміну. Здійснюють обстеження невропатологом та окулістом. 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.

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

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. За умови продовження нападу судом термінове розродження проводять після переведення хворої на ШВЛ. Після закінчення оперативного втручання ШВЛ продовжують до стабілізації стану пацієнтки. Після пологів лікування продовжують відповідно до стану породіллі. Магnezіальна терапія має тривати ще не менше 48 годин.

Спостереження за жінкою, що перенесла пreekлампсію/еклампсію після виписування з пологового стаціонару. В умовах жіночої консультації за участю терапевта проводять диспансерний нагляд за жінкою, яка перенесла середнього ступеня або тяжку пreekлампсію чи еклампсію.

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

У разі збереження гіпертензії протягом 3 тижнів після пологів жінку госпіталізують до терапевтичного стаціонару. Тривалість диспансерного нагляду після перенесеної середнього ступеня або тяжкої пreekлампсії чи еклампсії – 1 рік.

Рекомендувати жінкам, що перенесли пreekлампсію щоденний контроль АТ на протязі року після пологів, так як у великих проспективних дослідженнях продемонстровано, що в жінок, які перенесли гестаційну гіпертензію або пreekлампсію, існує підвищений ризик розвитку артеріальної гіпертензії у подальшому; смерті від інсульту; смерті від усіх серцево-судинних причин.

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

Клініка і діагностика позаматкової вагітності

Причини позаматкової вагітності: хронічні запалення придатків матки, аномалії розвитку маткових труб, спайковий процес в області малого тазу, обумовлений ендометріозом, апендицитом, інфекційними процесами після пологів або перериванням вагітності, хірургічними вмешательствами на маткових трубах, використанням ВМК, прийомом мініпілей та ін'єкціями медроксипрогестерона, ендокринні порушення. В гінекології частіше зустрічається порушена трубна вагітність - розриви труби чи трубний аборт.

Вагітність, порушена по типу розриву труби: гострий початок, при якому в деяких жінок передують затримка чергових місячних, біль унизу живота розповсюджується у задній прохід, під-, надключичну ділянку, плече чи лопатку, супроводжується нудотою чи блювотою, запамороченням аж до втрати свідомості, іноді діареєю.

Хвора часто загальмована, рідше виявляє ознаки занепокоєння, шкіра і слизові бліді, кінцівки холодні, подих частий поверхневий. Тахікардія, пульс слабкого наповнення, артеріальний тиск знижений. Язик вологий, не обкладений. Живіт трохи роздутий, напруга м'язів черевної стінки відсутня. При пальпації - хворобливість унизу живота, більше на стороні поразки, також виражені симптоми подразнення очеревини. При перкусії-притуплення в пологих місцях живота.

При огляді за допомогою дзеркал: ціаноз і блідість слизуватої піхви і екзоцервіксу. Бімануальне дослідження (дуже хворобливе) виявляє сплющення

чи випинання заднього чи одного з бічних зводів. Матка легко зміщається, як би «плаває» у вільній рідині.

При сумніві в правильності діагнозу роблять пункцію черевної порожнини через задній звід піхви.

Переривання трубної вагітності за типом трубного аборту представляє діагностичні труднощі, тому що характеризується повільним плином і не робить помітного впливу на загальний стан хворої. Варто підкреслити, що ретельно зібраний анамнез надає неоціненну допомогу в діагностиці трубного аборту. Основна триада симптомів при трубному аборті: затримка менструації, біль у животі, кров'янисті виділення з піхви.

Живіт м'який, безболісний при пальпації. При огляді в дзеркалах: розпушення і ціаноз слизуватої оболонки і кров'янисті виділення з цервікального каналу. При бімануальному дослідженні: трохи збільшена матка, одностороннє збільшення придатків (часто ковбасоподібної чи ретортовидної форми); піхвові зводи можуть залишатися високими або сплюсненими.

Додаткові методи дослідження:

1. Визначення в сироватці крові і сечі хоріального гонадотропіну (ХГ).
2. УЗД.
3. Лапароскопія.
4. Гістологічне дослідження зіскрібка ендометрію.

Лікування може бути хірургічним та консервативним. Хірургічне лікування трубної вагітності в більшості випадків –сальпінгектомія. Ціллю такого лікування є збереження життя жінки. У неускладнених тяжкою кровотечею випадках можуть виконуватись органозберігаючі операції, деякі з них- при лапароскопії: сальпінготомія, сегментарна резекція і анастомоз, фімбріальна евакуація. В зв'язку з певним ризиком розвитку трофобластичної хвороби рекомендують дослідження рівня ХГ через 2-3 тижні після операції для порівняння з попереднім рівнем. При персистуючому чи підвищеному рівні ХГ виконують повторне дослідження або проводять терапію метотрексатом.

Консервативне лікування з використанням метотрексату рідко використовується як самостійний метод.

Лапаротомія виконується при постановці діагнозу перерваної позаматкової вагітності. Затримка в проведенні операції може привести до катастрофічних наслідків. Першими заходами повинні бути виведення хворої із шоку, зупинка кровотечі та підтримка діяльності кардіоваскулярної системи.

Алгоритм лікування позаматкової вагітності.

Принципи ведення хворих з ектопічною вагітністю:

1. Підозра на позаматкову вагітність є показанням для термінової госпіталізації.

2. Рання діагностика допомагає зменшити кількість ускладнень і надає можливість застосовувати альтернативні методи лікування.

3. У разі встановленого діагнозу позаматкової вагітності необхідно провести невідкладне оперативне втручання (лапароскопія, лапаротомія). Оперативне лікування позаматкової вагітності є оптимальним. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності. 4. У разі вираженої клінічної картини порушеної ектопічної вагітності, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання у найкоротші терміни лапаротомічним доступом. Якщо клінічна картина стерта, немає ознак гіповолемії та внутрішньої кровотечі проводять УЗД органів малого таза і/або лапароскопію. 5. На догоспітальному етапі у разі порушеної позаматкової вагітності об'єм невідкладної допомоги визначається загальним станом хворої та величиною крововтрати. Інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів) залежить від стадії геморагічного шоку (див. протокол - "Геморагічний шок"). 6. Тяжкий стан хворої, наявність виражених гемодинамічних порушень (гіпотонія, гіповолемія, гематокрит менше 30 %) - абсолютні показання для оперативного втручання лапаротомним доступом з видаленням вагітної маткової труби і проведенням протишокової терапії.

Алгоритм лікування позаматкової вагітності.

Принципи ведення хворих з ектопічною вагітністю:

1. Підозра на позаматкову вагітність є показанням для термінової госпіталізації.

2. Рання діагностика допомагає зменшити кількість ускладнень і надає можливість застосовувати альтернативні методи лікування.

3. У разі встановленого діагнозу позаматкової вагітності необхідно провести невідкладне оперативне втручання (лапароскопія, лапаротомія). Оперативне лікування позаматкової вагітності є оптимальним. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності.

4. У разі вираженої клінічної картини порушеної ектопічної вагітності, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання у найкоротші терміни лапаротомічним доступом. Якщо клінічна картина стерта, немає ознак гіповолемії та внутрішньої кровотечі проводять УЗД органів малого таза і/або лапароскопію.

5. На догоспітальному етапі у разі порушеної позаматкової вагітності об'єм невідкладної допомоги визначається загальним станом хворої та величиною крововтрати. Інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів) залежить від стадії геморагічного шоку (див. протокол - "Геморагічний шок").

6. Тяжкий стан хворої, наявність виражених гемодинамічних порушень (гіпотонія, гіповолемія, гематокрит менше 30 %) -абсолютні показання для оперативного втручання лапаротомним доступом з видаленням вагітної маткової труби і проведенням протишокової терапії.

7. Застосовують комплексний підхід до лікування жінок з позаматковою вагітністю, який включає: а) оперативне лікування; б) боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою; в) ведення післяопераційного періоду; г) реабілітацію репродуктивної функції.

8. Оперативне лікування проводять як лапаротомним, так і лапароскопічним доступом. До переваг лапароскопічних методик відносяться:

- скорочення тривалості операції;
- скорочення тривалості післяопераційного періоду;
- скорочення тривалості перебування в стаціонарі;
- зменшення кількості рубцевих змін передньої черевної стінки;
- косметичний ефект.

9. Виконання органозберігаючих операцій при позаматковій вагітності су- проводиться ризиком розвитку у післяопераційному періоді персистенції трофобласта, що є результатом його неповного видалення з маткової труби і черевної порожнини. Найбільш ефективним методом профілактики даного ускладнення є ретельний туалет черевної порожнини 2 - 3 літрами фізіологічного розчину і однократне введення метотрексату у дозі 75 -100 мг внутрішньом'язовоу першу, другу добу після операції.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:

1. *Сальпінгостомія (туботомія).* Виконується подовжня сальпінгостомія. Після видалення плодового яйця сальпінгостому, звичайно не ушивають. У разі, коли ворсини хоріона не проростають у м'язову оболонку маткової труби обмежуються її вишкрібанням.

2. *Сегментарна резекція маткової труби.* Видаляють сегмент маткової труби, де знаходиться плодове яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби. При неможливості виконання сальпінго-сальпінго анастомоза можна перев'язати обидва кінці і накласти анастомоз пізніше.

3. *Сальпінгектомія.* Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечею. Операцію і гемотрансфузію у такому разі проводять одночасно.

Хірургічного лікування вимагає пельвіоперитоніт, що протікає на фоні піосальпінксу, піовару і тубоваріального абсцесу.

Розповсюджений перитоніт характеризується рано виникаючою ендогенною інтоксикацією.

Класифікація перитоніту по К.С.Симоняну:

I фаза - реактивна; II фаза – токсична; III фаза - термінальна.

Клініка: біль у животі, захисна напруга м'язів черевної стінки, симптоми роздратування очеревини позитивні, завзятий парез кишечника.

Висока лихоманка, поверхневе дихання, блювота, неспокійне поведіння й ейфорія, тахікардія, холодний піт. Виражений лейкоцитоз зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво і токсичною зернистістю нейтрофілів, підвищення рівня лужної фосфатази, різке зниження числа тромбоцитів

Лікування в 3 етапи: передопераційна підготовка, оперативне втручання, інтенсивна терапія в післяопераційному періоді

Передопераційна підготовка: декомпресія шлунка, катетеризація підключичної вени (проводиться інфузійна терапія, спрямована на ліквідацію гіповолемії і метаболічного ацидозу, корекцію водяного, електролітного і білкового балансу, детоксикацію організму), уведення серцевих засобів, адекватна оксигенація, в/в введення антибіотиків у максимально можливих дозуваннях.

Обсяг оперативного втручання суцього індивідуальний, особлива вимога - повне видалення вогнища інфекції з наступним дрениванням черевної порожнини.

Тривалість інфузійної терапії в післяопераційному періоді повинна переслідувати наступні цілі:

- ліквідація гіповолемії шляхом уведення колоїдних розчинів і білкових препаратів;
- заповнення втрати хлоридів і калію;
- корекція ацидозу;
- забезпечення енергетичних потреб організму;
- антиферментна й антикоагулянтна терапія;
- забезпечення форсованого діурезу;
- боротьба з інфекцією шляхом застосування антибіотиків широкого спектра дії;
- профілактика і лікування функціональної недостатності серцево-судинної системи;
- профілактика і ліквідація гіповітамінозу.

Дуже важливе відновлення моторно-евакуаторної функції шлунка і кишечника.

Питання:

1. Яка класифікація пreekлампсії?
2. Які основні теорії етіології, патогенезу пре еклампсії?
3. Яка клініка пreekлампсії різного ступеня тяжкості?
4. Які методи оцінки ступеня тяжкості пreekлампсії?
5. Яка тактика лікаря і методи лікування легкої пreekлампсії?
6. Яка тактика лікаря і методи лікування пreekлампсії середньої тяжкості?
7. Яка тактика лікаря і методи лікування тяжкої пreekлампсії?
8. Яка тактика лікаря і методи лікування пreekлампсії в післяпологовому періоді?
9. Яка клініка і діагностика еклампсії?
10. Яка перша допомога при розвитку приступу еклампсії?
11. Яка акушерська тактика і лікування еклампсії?
12. Яке спостереження за породіллями, що перенесли пreekлампсію/еклампсію після виписування із стаціонару?
13. Яка класифікація розвитку позаматкової вагітності?
14. Які засоби розвитку гострого живота при позаматковій вагітності?
15. Які контрольні засоби та методи розвитку позаматкової вагітності?
16. Які критерії контролю розвитку позаматкової вагітності?
17. Які оперативні втручання при розвитку та прогресуванню позаматкової вагітності?

Література, яка використана лектором для підготовки лекції

Основна:

1. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 1. Акушерство: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 424 с.
2. Акушерство та гінекологія: нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац. підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічерда В.Г., Волянська А.Г. - К.: ВСВ «Медицина», 2017. – 696 с.
3. Невідкладні стани в акушерській практиці: практичне керівництво / А.Я. Сенчук, В.Г. Гінзбург, І.І. Чермак та ін.; за ред. проф. А.Я. Сенчука. – Київ: Фенікс, 2019. – 336 с.
4. Передчасні пологи: навч. посіб. / Г.С. Манасова, К.О. Ніточко, М.В. Шаповал. – Тернопіль: Крок. 2023. – 186 с.

5. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
6. Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.
7. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 7th Edition S. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, D. A. Driscoll, V. Berghella and W. A. Grobman, Elsevier. – 2017. – 1320 pp.
8. Obstetrics by Ten Teachers (20th ed) Louise C. Kenny, Jenny E. Myers. – CRC Press. – 2017. – 342 pp.

Додаткова:

1. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
2. Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології: монографія / І.З. Гладчук, О.Я. Назаренко, Р.О. Ткаченко – Одеса: ОНМедУ, 2021. – 112 с.
3. Ситуаційні задачі з акушерства: навчальний посібник. / В.М. Запорожан, А.Г.Волянська, Г.Л. Лавриненко та інш.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – Одеса: ОНМедУ, 2014. – 140 с
4. The model of screening for preeclampsia in the second and third trimesters of gestation / L. Berlinska, V. Marichereda, O. Rohachevskyi, A. Volyanska, G. Lavrynenko // Electronic Journal of General Medicine. - 2023 - 20(3), em473, <https://www.ejgm.co.uk/>
5. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології.

Електронні інформаційні ресурси

1. <https://www.cochrane.org/>
2. <https://www.ebcog.org/>
3. <https://www.acog.org/>
4. <https://www.uptodate.com>
5. <https://online.lexi.com/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. <https://www.thelancet.com/>
9. <https://www.rcog.org.uk/>
10. <https://www.npwh.org/>
11. <http://www.aagu.com.ua/> асоціація акушер-гінекологів України