

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра акушерства та гінекології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«01» вересня 2025р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ЛЕКЦІЙ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»
для здобувачів 4 курсу

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 221 «Стоматологія»

Спеціалізація: Акушерство та гінекологія

Освітньо-професійна програма: Стоматологія

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету
Протокол № 1 від “27” серпня 2025 р.

Завідувач кафедри, професор _____  Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

Д. мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології Алла ВОЛЯНСЬКА
К.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Ганна ЛАВРИНЕНКО
Д.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Зінаїда ЧУМАК
К.мед.н. доцент кафедри акушерства та гінекології Ольга ШЕВЧЕНКО

Рецензенти:

Завідувач кафедри пропедевтики педіатрії, професор, д.мед.н.
Олена СТАРЕЦЬ
Доцент кафедри внутрішньої медицини №2, к.мед.н. Ігор ЛИСИЙ

ЛЕКЦІЯ №1

Тема: «ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ. МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ.

ФІЗІОЛОГІЯ ПОЛОГІВ І ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ»

Актуальність теми: Вагітність спричиняє вагомі зміни в організмі жінки, направлені на створення та забезпечення оптимальних умов для розвитку плода.

Багаточислені фізіологічні й адаптаційно–захисні механізми активізують усі органи та системи, змінюються всі види обміну речовин.

Знання “норми вагітності” дозволяє лікарю швидко орієнтуватися у визначенні патології, яка зумовлює ускладнення пологів та післяпологового періоду.

Знання фізіології пологів започатковує клінічне акушерство. Ретельне дотримання, а в разі необхідності - максимально наближене наслідування фізіологічним процесам у пологах є прямим і природним шляхом зниження материнської та перинатальної захворюваності й смертності. Вивчення основних етапів перебігу та ведення фізіологічних пологів дозволяє опанувати на практиці найважливіші методи обстеження роділь, вміння оцінювати акушерську ситуацію, надання належної допомоги у фізіологічних пологах з урахуванням даних, оснований на принципах доказової медицини. Важливою складовою даної теми лекції є вивчення тактики лікаря при веденні пологів на всіх етапах, усунення пологового травматизму, профілактики дистресу плода та асфіксії новонародженого. Впровадження сучасних перинатальних технологій (партнерські пологи, регіональні методи знеболення, сумісне перебування породіллі та немовляти з дотриманням теплового ланцюжка) сприяє зниженню частоти ускладнень під час пологів.

Мета: Розуміти фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки. Засвоїти методи обстеження вагітних. Засвоїти тактику введення фізіологічної вагітності. Засвоїти особливості введення фізіологічних пологів та післяпологового періоду.

Основні поняття (перелік питань): Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності. Гігієна та харчування вагітної. Методи обстеження вагітної, діагностика ранніх та пізніх термінів вагітності. Топографія плода у матці. Ведення фізіологічної вагітності. Прегравідарна підготовка.

Передвісники пологів, прелімінальний період. Визначення початку пологів. Біомеханізми пологів при передньому виді потиличного передлежання. Клінічний перебіг пологів. Ведення пологів. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар. Первинний туалет новонародженого, дотримання теплового ланцюжка.

Зміст лекційного матеріалу

До вагітності з початку завжди слід ставитися як до нормальної (фізіологічної). В першу чергу слід переконати жінку, вона має бути впевнена,

що вагітність - це не хвороба. У той же час медпрацівникам необхідно бути уважними відносно раннього розпізнавання ознак небезпеки, оскільки про жодну вагітність не можна сказати, що ускладнення не виникнуть і в перспективі їх не буде.

Аntenатальний нагляд передбачає насамперед профілактику виникнення та розвитку ускладнень, що пов'язані з проблемами перебудови жіночого організму та його адаптації до вагітності.

Аntenатальний догляд супроводжують проблеми та запитання, на які лікар повинен дати відповідь: робота, заняття фізичною культурою та спортом, прийом ліків, вітамінів та мікроелементів, використання сексуального життя, паління, алкоголю, вживання наркотиків, повітряні подорожі, поїздки на автомобілі, туристичні подорожі, харчування.

ЗМІНИ В ОРГАНІЗМІ ВАГІТНОЇ:

Психологічний стан.

На розвиток психологічних порушень під час вагітності впливають наступні фактори:

- гормональні та фізіологічні зміни;
- особисті властивості;
- соціально-економічний статус;
- відношення у сім'ї;
- невирішені конфлікти;
- генетична передлеглисть (наприклад, до депресії);
- фізичні та психічні захворювання;
- вживання алкоголю та наркотиків.

Дискомфортні стани: втома, закрепи, ранкова нудота/блювота, печія, болі у спині, геморой, набряки ніг.

Імунна система

• *формується* імунологічна толерантність між материнським організмом і плодом.

• *пригнічуються* фактори місцевого та загального імунітету в материнському організмі (що обумовлено дією ХГЛ, ПЛ, ГК, естрогенів, прогестерона, альфа-фетопротейну тощо).

Ендокринна система

• *гіпоталамус:* збільшується утворення окситоцину та вазопресину;

• *гіпофіз:* збільшення передньої долі гіпофізу, зростає секреція гонадотропних гормонів, збільшується продукція пролактину, пригнічується продукція СТГ;

• *паращитоподібні залози* функціонують з підвищеною активністю, у разі зниження їх функції розвивається гіпокальціємія, що проявляється судомами, спазмами пілоричного відділу шлунку, астматичними явищами;

• *щитоподібна залоза:* збільшується у розмірах (у 35-40% вагітних), функція її збільшується, але залишається еутиреоїдною, підсилюється продукція тироксин-зв'язувального глобуліну, підвищуються рівні загального T₃ та T₄;

- *наднирники* продукцію глюкокортикоїдів підсилюються, що регулюють вуглеводний та білковий обмін і мінералокортикоїдів, що регулюють мінеральний обмін;

- *підвищується* інсулінорезистентність (чутливість до інсуліну знижується на 50-80%), знижується вживання тканинами глюкози, знижується рівень глюкози в крові;

- *плацента*: починаючи з 7 доби вагітності відзначається зростання концентрацій *хоріонічного гонадотропіну людини та прогестерону, естрогени* синтезуються переважно комплексом плацента-плід з метаболітів холестерину матері та забезпечують ріст і розвиток матки, регуляцію біохімічних процесів у міометрії, збільшення активності ферментних систем, підвищення енергетичного обміну, накопичення глікогену та АТФ. *Плацентарний лактоген (ПЛ)* - утворюється синцитіотрофобластом плаценти з 5-6 тижня вагітності і його максимальна концентрація визначається на 36-37 тижні вагітності, потім його рівень знижується з 40-41 тижня. Концентрація ПЛ прямо корелює з масою плода і різко зростає у разі захворювання нирок у матері.

- *яєчники*: в даному органі утворюється нова залоза внутрішньої секреції - жовте тіло, що продукує прогестерон, функціонує перші 3,5-4 місяці вагітності.

Центральна нервова система

- *збуджуваність кори головного мозку* знижується до 3-4 місяців, а потім поступове підвищення збуджуваності (формування у корі головного мозку вогнища підвищеної збудливості - гестаційної домінанти, що проявляється певною гальмованістю вагітної та спрямуванням її інтересів на виношування вагітності);

- *знижена збуджуваність* відділів ЦНС, які знаходяться нижче, а також рефлекторного апарату матки. Напередодні пологів збуджуваність спинного мозку і нервових елементів матки збільшується;

- *змінюється тонус вегетативної нервової системи*, що зумовлює на ранніх термінах вагітності такі симптоми, як сонливість, підвищену дратівливість, плаксивість, запаморочення та ін.

Серцево-судинна система

- *відзначається*: зниження адаптації до фізичних навантажень; збільшення кровонаповнення яремних вен, набряклість периферичних тканин;

- *серце*: відмічаються зміни: систолічний шум (95%) та систолічний ритм галопу (90%);

- *центральна гемодинаміка*: відмічаються збільшення ОЦК на 35-45% за рахунок збільшення об'єму плазми;

- *серцевий викид чи хвилинний об'єм серця*: підвищується на 30-40% починаючи з ранніх термінів вагітності і досягаючи максимуму у 20-24 тижні вагітності. У першій половині вагітності серцевий викид збільшується за рахунок зростання ударного об'єму серця (на 30 - 40%). У другій половині вагітності переважно за рахунок підвищення частоти серцевих скорочень на 15%. Зростання ХОС пояснюють дією на міокард плацентарних гормонів

(естрогени і прогестерон) і частково як наслідок формування матково-плацентарного кола кровообігу;

- *зниження систолічного і діастолічного АТ* з початку вагітності до 24 тижня вагітності (на 5-15 мм рт.ст від вихідного); зниження системного судинного опору на 21%; зниження опору легеневих судин на 35% (пояснюється судинорозширювальною дією прогестерону);

- *периферичний судинний опір* знижується (релаксивна дія на судинну стінку ХГЛ, естрогенів, прогестерону і формування матково-плацентарного кола кровообігу, який має низький судинний опір);

- *центральний венозний тиск* у III триместрі дорівнює у середньому 8 (4-12) см вод. ст., у невагітних 3,6 (2-5) см вод.ст.;

- *збільшення венозного тиску* (7-10 мм рт.ст.) у нижніх кінцівках (обумовлено механічним тиском матки на нижню порожнисту і вени тазу більш ніж у 10 разів зростаючим матковим кровотоком під час вагітності), розслаблювальною дією прогестерону на судинну стінку, зниженням осмотичного тиску крові, підвищеною проникненістю капілярів (дія прогестерону та альдостерону), зростанням внутрішньотканинного тиску (утримання натрію), що пояснює схильність до набряків, варикозного розширення вен та геморою;

- *зміщення позиції серця* ближче до горизонтальної і зменшення кута дуги аорти, що пов'язано з підняттям діафрагми та призводить до збільшення навантаження на лівий шлуночок серця;

- *ЕКГ*- зміщення електричної осі серця вліво.

Система крові

- *об'єм плазми* зростає з 2600 мл на 45% (1250 мл - перша вагітність та 1500 мл під час наступних вагітностей) і становить 3900-4000 мл;

- *загальний об'єм еритроцитів* збільшується від 1400 мл на 33%, що пояснюється дією еритропоетину, хоріонічного гонадотропіну або плацентарного лактогену;

- *фізіологічна гіперплазмія* характеризується зниженням гематокритного числа до 30%, гемоглобіну з 135-140 до 110-120 г/л - необхідна для потреб матері і плода, захищає від синдрому нижньої порожнинної вени, компенсує крововтрату під час пологів, знижує в'язкість крові і тим самим знижує периферійний опір;

- *рівень гематокриту та альбуміну* знижується на 25%;

- *рівень гемоглобіну* змінюється;

- *кількість лейкоцитів* збільшується у периферичній крові і в першому триместрі вагітності їх кількість становить 3000-15000/мм³, у другому та третьому триместрах 6000-16000/мм³, під час пологів кількість лейкоцитів може сягати 20 000-30 000/мм³;

- *кількість тромбоцитів* перебуває у межах нормальних;

- *система гемостазу*: притаманний стан гіперкоагуляції (протягом усієї вагітності постійно прогресує збільшення рівню фібриногену (І фактор) у 2 рази (до 600 мг%) та факторів VII-X, фібринолітична активність крові знижується;

- *ШОЕ* збільшується до 40 - 50 мм/год;
- зниження $p\text{CO}_2$ крові (на 15-20%), що сприяє переходу вуглекислоти через плаценту;
- *підвищується* $p\text{O}_2$;
- збільшується доставка кисню до тканин та плаценти;
- *підвищується* екскреція бікарбонатів.

Дихальна система

- *відзначається*: може бути поява задишки (65% жінок), набряки слизової носа, носові кровотечі, збільшення окружності грудної клітки, купол діафрагми підіймається на 4 см, розширюється нижня апертура грудної клітки;
- *підвищується*: потреба в кисні, тиск кисню, дихальний об'єм (30-40%), ємкість вдиху (5%), життєва ємкість легень, хвилинний об'єм (на 40%);
- *знижується* - функціональний залишковий об'єм та об'єм видиху приблизно на 20%, загальна ємкість легень (на 5%), вміст вуглекислого газу (помірний дихальний алкалоз).

Обмін речовин

- *основний обмін в основному* збільшується на 20%;
- збільшується потреба у кілокалоріях у середньому до 2000 - 3200 ккал у день;
- *підсилюються* пластичні процеси;
- *посилюється* синтез РНК, що призводить до підвищення синтезу білків у рибосомах;
- *обмін вітамінів і мікроелементів* збільшується за рахунок значної активізації процесів клітинного метаболізму в організмі матері і плода;
- *жировий обмін* - підвищується асиміляція жирів, знижується процес їх окислення, що призводить до накопичення в крові кетонових тіл, у-аміномасляної та ацетоуксусної кислот, збільшується відкладання жиру у різних органах та тканинах (наднирники, плацента, шкіра, молочні залози та ін.);
- *вуглеводний обмін* - лабільний вміст цукру в крові (деяке перевищення норми) і періодичне появлення цукру у сечі.

Шлунково-кишковий тракт

- *апетит* збільшується, іноді з незвичними смаковими пристрастями;
- *відзначається*: майже у 70% вагітних відмічається ранкова нудота, частота якої максимально припадає на 8-10 тижні вагітності і припиняється між 14 і 16 тижнями (пояснюється підвищенням прогестерону, ХГЛ, розслабленням гладких м'язів шлунку);
- *підвищується частота гінгівітів*, можуть виникати рясно васкуляризовані пухлини, які регресують після родів;
- *знижується* вірогідність виникнення виразкової хвороби шлунку (пов'язують із підсиленням секреції муцину слизовою оболонкою шлунку та зниженням секреції соляної кислоти);
- збільшується ризик гастро-езофагального рефлюксу, що обумовлено гіпотонією стравоходу, зниженням тонуусу шлунково-стравохідного сфінктера та анатомічним зміщенням шлунку;

- *зростає частота закрепів* що обумовлено зниженням перистальтики кишечника та розширенням гемороїдальних вен за рахунок підвищення центрального венозного тиску й дії прогестерону;

- *підвищується ризик утворення жовчного камення* за рахунок розширення і погіршення евакуації жовчі з жовчного міхура та підвищення вмісту холестерину в крові;

- *печінка*: підсилюється кровообіг, розміри печінки не збільшуються, підвищується вміст лужної фосфатази, збільшується активність АСТ, знижується продукція альбумінів і підвищується концентрація глобулінів, відбувається підвищення синтетичної функції печінки (ліпідемія з високим рівнем холестерину та його ефірів), знижується антитоксична функція печінки;

- *збільшується частота геморою* - результат закрепів, підвищеного венозного тиску і розслаблюючої дії прогестерону на судинну стінку.

Нирки

- *анатомічні зміни*: збільшення розміру нирок, розширення чашечно-лоханочної системи (на 15 мм у правій та на 5 мм у лівій нирці), збільшення діаметру сечівників на 2 см (частіше правого сечівника), обумовлюють підвищений ризик захворювання пієлонефритом;

- *функціональні зміни*: змінюється фільтраційна здатність нирок - до 16 тижня вагітності нирковий кровоплин зростає на 75%, клубочкова фільтрація підвищується вже з 10 доби вагітності до 50% (пов'язано з артеріоділатацією і вторинною затримкою Na та води в організмі). У II та III триместрах вагітності клубочкова фільтрація зменшується, а канальцева реабсорбція залишається незмінною, що спричиняє до збільшення загальної кількості рідини в організмі вагітної (до 7 літрів). Кліренс креатиніну збільшується на 40%, збільшується екскреція глюкози, фільтрація білків не змінюється.

Геніталії

- *розміри матки* збільшуються, об'єм зростає в 1000 разів, вага матки збільшується з 50-60 г у невагітному стані до 1000 г у кінці вагітності;

- *форма* матки подовжена, куляста на 8 тижні та знов подовжена на 16 тижні вагітності;

- *позиція матки* - матка виходить з порожнини тазу, повертається і нахилиється вправо;

- *консистенція* матки прогресивно пом'якшується, що зумовлено підвищеною васкуляризацією та наявністю амніотичної рідини;

- *шийка матки* розм'якшена і стає ціанотичною;

- *межа між ендо- і екзоцервіксом* - межа перехідного епітелію зміщується назовні і формується ектопія циліндричного епітелію, яку не можна розглядати як "ерозію";

- *скорочення* матки з першого триместра нерегулярні та безболісні (перейми Брекстон-Гіксона), але в пізніх термінах це спричиняє дискомфорт і може бути причиною хибного пологового болю;

- *ємкість* матки зростає з 4-8 мл у невагітному стані до 5000 мл у кінці вагітності;

- *міометрій* гіпертрофується (ефект естрогенів), гіперплазується (ефект прогестерону), окремі м'язові волокна подовжуються у 15 разів;
- *кровоносні судини матки* розширюються, подовжуються, особливо венозні, та новоутворюються, за рахунок чого матковий кровоплин зростає більш ніж у 10 разів (до вагітності він становить 2 - 3% хвилинного об'єму серця (ХОС), а в пізні терміни вагітності 20-30% ХОС - 500-700 мл/хв). Утворюється маткове коло кровообігу - "друге серце", яке тісно пов'язане з плацентарним і плодовим кровоплином;
- *нервові елементи матки* - збільшується кількість чутливих, баро-, осмо-, хемо- та інших рецепторів;
- *біохімічні зміни* - значне зростання кількості актоміозину, креатинфосфату і глікогену, зростає активність ферментних систем (АТФаза актоміозину та ін.), накопичуються високоенергетичні злуки (глікоген, макроергічні фосфати), м'язові білки та електроліти (іони кальцію, натрію, калію, магнію, хлору та ін.);
- *маткові труби* - потовщуються, кровообіг в них значно посилюється;
- *яєчники* - дещо збільшуються, але циклічні процеси в них припиняються. Жовте тіло після 16 тижня вагітності зазнає інволюції;
- *зв'язки матки* - значно потовщуються і подовжуються, особливо круглі і крижово-маткові;
- *ціаноз вульви* - результат підвищеного кровопостачання, утруднення відтоку крові по венах, які стискаються збільшеною маткою, і зниження тону судин;
- *гіперпигментація шкіри вульви і промежини* - пояснюється гіперестрогенією і підвищенням концентрації меланостимулювального гормону;
- *збільшення кількості піхвових білей і зниження їх рН (4,5-5,0)* - результат гіперплазії піхвового епітелію, збільшення кровообігу і трансудації.

Маса тіла

- *середня прибавка 10 - 12 кг* й залежить від конституції;
- *зростання маси* відбувається в основному в другому та третьому триместрах;
- з набраної маси трохи більше половини іде в тканини матері (кров, матка, жир, груди), а решта - на плід (3000-3500 г), плаценту (650 г), навколоплідні води (800 г) та матку (900 г).

Шкіра

- *судинні зірочки* - на обличчі, руках, верхній половині тулуба;
- *долонна еритема* - зумовлена збільшенням на 20% загального обміну речовин і на 16% кількості капілярів, які раніше не функціонували;
- *смуги розтягнення (striae gravidarum)* - на нижніх ділянках живота, молочних залозах і стегнах, які мають спочатку рожевий або багровий колір;
- *гіперпигментація* - у ділянці пупка, ореоли молочних залоз, білої лінії живота, шкіра вульви і промежини, може з'являтися "маска вагітності" чи хлоазма;

- *пупок* - згладжується у другій половині і випинається наприкінці вагітності;
- *невуси* - збільшуються у розмірах і стають більш пігментованими (різке збільшення потребує консультації спеціаліста);
- *потові і сальні залози* – гіперпродукція, іноді призводить до появи акне;
- *волосся* - іноді на шкірі обличчя, живота і стегон відзначається ріст волосся, що зумовлено підвищеною продукцією андрогенів наднирниками та частково плацентою. Має місце значне випадіння у перші 2-4 місяці і поновлення нормального росту волосся через 6-12 місяців після пологів.

Молочні залози

- *відчуття поколювання і розпирання* - пов'язано із значним збільшенням кровопостачання молочних залоз;
- *розвиток* вивідних протоків (вплив естрогенів) і альвеол (вплив прогестерона);
- *активація* гладких м'язів сосків і збільшення монтгомерових фолікулів і маленьких горбиків біля ореоли;
- *збільшення маси* - з 150-250 г (до вагітності) до 400-500 г (наприкінці її);
- *продукується молозиво* - частіше у жінок, які народжували (сумісна дія естрогенів, прогестерону, пролактину, плацентарного лактогену, кортизолу й інсуліну).

Кістково-м'язова система

- *збільшення компенсаторного люмбального лордоза*, що проявляється болями у нижніх відділах попереку;
- *розвиток відносної слабкості зв'язок* - дія релаксину і прогестерону. Лонне склепіння стає рухливим і розходиться на 0,5-0,6 см приблизно у 28-30 тижнів, що призводить до нестійкої ходи, втрати рівноваги і падіння (сімфізіопатія);
- *збільшення нижньої апертури грудної клітини*;
- *обмін кальцію* - концентрація іонізованої форми кальцію в сироватці крові не змінюється за рахунок збільшення продукції паратиреоїдного гормону, знижується загальна кількість кальцію за рахунок його мобілізації на потреби плода. За фізіологічного перебігу вагітності обмін солей у кістках збільшується (вплив кальцитоніну), але щільність кісток не втрачається;
- *збільшення гризових дефектів*, особливо у ділянці пупка та по середній лінії - діастаз прямих м'язів (результат збільшення матки і її тиснення на передню черевну стінку зсередини).

Вагітність раннього строку визначають за сукупністю анамнестичних даних, певних суб'єктивних та об'єктивних ознак, даних гінекологічного огляду, апаратних і лабораторних методів дослідження.

Ознаки вагітності

В ранні терміни діагноз вагітності встановлюють на основі сумнівних та вірогідних ознак.

Сумнівні ознаки - це різного роду суб'єктивні відчуття, а також об'єктивно визначені зміни в організмі, крім змін у внутрішніх статевих органах:

- **суб'єктивні відчуття** — нудота, блювота, втрата чи посилення апетиту, зміни в апетиті (відраза до м'яса, риби), смакові примхи (пристрасть до солоної, гострої чи кислої їжі, до незвичайних речовин — крейди, глини), зміни нюхових відчуттів (огода до запаху м'ясної їжі, тютюнового диму, парфумів), зміни з боку нервової системи: дратівливість, сонливість, нестійкість настрою, легка стомлюваність; нудота, блювання зранку.

- **об'єктивні явища** — пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, зовнішніх статевих органів, посилення пігментації сосків та навколо них.

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

Виявлення вірогідних ознак вагітності виконують шляхом: опитування; пальпації; огляду зовнішніх статевих органів і входу в піхву; дослідження за допомогою дзеркал; піхвового бімануального дослідження.

- **припинення менструацій** у дітородному віці жінки. Затримка місячних є важливою ознакою, особливо у жінок з регулярним циклом.
- **нагрубання молочних залоз і виділення з сосків молозива** чи молока,
- **дані гінекологічного обстеження**: розпушення та ціаноз присінку вагіни, самої вагіни і шийки матки; збільшення і розм'якшення матки, зміну її величини та форми; підвищення скоротливої здатності матки (короткочасне ущільнення розм'якшеної матки).

З настанням вагітності по мірі її прогресування розміри матки змінюються. Зміни форми матки визначають при дворучному (бімануальному) дослідженні.

Матка у невагітних жінок має грушеподібну форму, дещо ущільнену в передньо-задньому розмірі. З настанням вагітності форма матки змінюється.

На наявність вагітності вказують наступні ознаки:

Збільшення матки. Збільшення помітно на 5-6 тижні вагітності, матка набуває кулеподібну форму. Починаючи з 7-8 тижнів матка стає асиметричною, може випинати один з її кутів. Приблизно до 10 тижня матка знову стає кулеподібною, а до кінця вагітності набуває овоїдну форму.

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

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

Ознака Піскачека: в ранні терміни вагітності нерідко має місце асиметрія матки, завдяки куполоподібному випинанню правого чи лівого кута

її з 7-8 тижнів. Випинання відповідає місцю імплантації плодового яйця. По мірі росту плодового яйця випинання поступово зникає (до 10 тижня).

Ознака Снегірєва: Для вагітності характерна легка змінюваність консистенції матки. При вагінальному дослідженні розм'якшеної вагітної матки вона внаслідок механічного подразнення починає під пальцями скорочуватися і стає з м'якої більш щільною. Після припинення подразнення матка знову набуває м'якої консистенції.

Ознака Губарєва-Гауса: легка рухомість шийки матки в ранні терміни вагітності. Легка зміщуваність шийки матки пов'язана зі значним розм'якшенням перешийку.

ХГЛ виділяється трофобластом, потім хоріоном, плацентою. Виділення починається з 7—8 дня після запліднення, тому лабораторна діагностика можлива після цього строку. Для дослідження треба брати ранкову сечу, в якій спостерігається найбільша концентрація гормону, оскільки метод має поріг чутливості. Визначення бета-ХГЛ в плазмі є більш достовірним. Треба підкреслити, що хоча ХГЛ продукується трофобластом, реакція належить лише до імовірних ознак, тому що при такому патологічному стані, як хоріонепітеліома, також спостерігається позитивні реакції на ХГЛ. Крім того, після переривання вагітності реакції залишаються позитивними протягом 7—10 днів, а при патологічних станах (хвороби трофобласту) — 2-4 місяці.

Імуноферментні експрес-методи визначення ХГ в сечі дозволяють діагностувати вагітність через 1-2 тижня після нідації плодового яйця.

Існують тест-системи для швидкого визначення наявності або відсутності вагітності, якими можуть користуватися самі жінки.

Інші методи дослідження Дослідження базальної температури ґрунтовано на впливі прогестерону на центр терморегуляції, розташований в гіпоталамусі (гіпертірмічний ефект). Перші 3 місяці вагітності базальна температура, що вимірюється вранці натщесерце в ліжку одним і тим самим термометром, - вище 37°C.

Дослідження властивостей шийкового слизу також ґрунтовано на впливі прогестерону на фізико-хімічні властивості слизу. Під час вагітності, починаючи з самих ранніх її термінів, відсутній симптом "зіниці", тому що діаметр каналу шийки матки менше 0,2 см. При висушуванні на повітрі секрету із каналу шийки матки в ньому відсутні великі кристали.

Достовірні ознаки є переконливим доказом наявності вагітності у обстежуваної жінки. Всі ознаки цієї групи мають тільки об'єктивний характер і походять тільки від плода.

- ворухіння плода, які визначаються рукою чи при вислуховуванні (а не такі, що відчуває сама вагітна) або на УЗД;
- вислуховування серцевих тонів плода (з 5-7 тижнів за допомогою інструментальних методів дослідження: УЗД, а з 17-19 тижнів – при аускультатії);
- визначення частин плода при пальпації живота жінки (голівки, ніжок, сідниць, ручок) (прийоми Леопольда);
- визначення серцебиття плода за допомогою кардіотокографії.

Діагноз вагітності є несумнівним, якщо при обстеженні визначають частини плода, серцебиття і рухи плода, при ультразвуковому дослідженні - плодове яйце.

Таким чином, діагноз вагітності встановлюють на основі даних клінічного обстеження. Однак, в деяких випадках при ускладненні діагностики вагітності або з метою диференційної діагностики застосовують лабораторні діагностичні методи.

В теперішній час стандартом діагностики вагітності в ранні строки є поєднання двох методів:

- визначення бета-ХГЛ в сечі або в плазмі крові;
- трансвагінальне ультразвукове дослідження.

Розмір матки протягом перших 3 місяців вагітності, коли вона перебуває ще в порожнині малого таза, визначається при дворучному гінекологічному дослідженні, надалі при пальпації живота — за висотою стояння дна матки.

При встановленні строку вагітності точність залежить від раннього звертання жінки до жіночої консультації. Зважаючи на труднощі визначення строку запліднення, діагноз вагітності встановлюється з інтервалом в тиждень (наприклад: вагітність 8—9 тижнів). Більш достовірно строк вагітності визначається на підставі вимірювання параметрів ембріона та плода методом ультразвукового дослідження.

ФІЗІОЛОГІЯ ПОЛОГІВ

Нормальні (фізіологічні) пологи - це пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у вагітної у терміні вагітності 37-42 тижні, потиличному передлежанні плода, при задовільному стані матері та новонародженого після пологів. З початком пологової діяльності вагітну називають роділлею.

Передвісники пологів:

1. опущення дна матки,
2. підвищення реакції матки на механічні подразники,
3. виходження із каналу шийки матки слизової пробки,
4. зниження ваги жінки на 1-1,5 кг,
5. зменшення кількості навколоплідних вод,
6. вставлення голівки у першонароджуючих жінок.

Прелімінарний період - це рідкі, слабкі переймоподібні болі внизу живота та в попереку, які виникають на тлі нормального тону мати тривалістю до 6-8 годин, що призводять до пом'якшення, згладжування і відкриття шийки матки, розгортання нижнього маткового сегменту, опускання передлеглої частини плода.

Визначення початку пологів.

Перейми - це мимовільні скорочення м'язів матки. Проміжки між переймами називають паузою.

Регулярна пологова діяльність - наявність 1-2 або більше скорочень матки протягом 10 хвилин, тривалістю 20 або більше секунд, що приводить до структурних змін шийки матки - її згладжування та розкриття.

Біологічна готовність організму до пологів визначається за даними ступеня зрілості шийки матки:

1. консистенція шийки матки,
2. довжина її піхвової частини,
3. прохідність каналу шийки матки,
4. положення шийки стосовно провідної осі таза,
5. стан зовнішнього вічка,
6. місце знаходження передлеглої частини плода.

Оцінка ступеня "зрілості" шийки матки за шкалою Бішопа

Ознака	Ступінь «зрілості»		
	0 балів	1 бал	2 бали
Положення шийки	Дозаду	Допереду	Серединне
Довжина шийки (см)	>2	1-2	<1
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Стан зовнішнього вічка (см)	закритий	Відкритий на 1см	Відкритий на >2см
Місце знаходження передлеглої частини плоду	Рухома над входом в малий таз	Притиснена до входу у малий таз	Притиснена або фіксована у вході в малий таз

0-2 бала - шийка «незріла»

3-5 балів - шийка «недостатньо зріла»

> 6 балів - шийка «зріла»

Біомеханізм пологів – це комплекс поступальних, обертальних, згинальних і розгинальних рухів, які робить плід, проходячи пологовим каналом.

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

Перший момент – згинання голівки та опускання її в площину входу до малого таза.

Другий момент – внутрішній поворот голівки.

Третій момент – розгинання голівки в площині виходу.

Четвертий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки.

Регуляція пологової діяльності

Початок пологів - результат поступової інтеграції зв'язку морфологічних, гормональних, біохімічних і біофізичних станів.

Характеристика перейм в латентній фазі I періоду пологів:

- сила слабка-помірна,
- тривалість 15-20 секунд,
- частота 1-2 перейми за 10 хвилин,

Активна фаза - розкриття шийки матки від 3-4 см включно до 10 см. Мінімальна швидкість розкриття шийки матки в активну фазу, що вважається нормою становить 1 см/год як у перших так і у наступних пологах. Зазвичай швидкість розкриття у жінок, що народжують вдруге чи втретє більше, ніж у таких, що народжують вперше.

Активна фаза розділяється в свою чергу на три підфази: прискорення, максимального підйому та уповільнення. Підфаза *прискорення* у першонароджуючих продовжується до 2 годин, у повторнонароджуючих - до 1 години. Підфаза *максимального підйому* триває стільки ж годин відповідно. Підфаза *уповільнення* у першонароджуючих продовжується 1-2 години, у повторнонароджуючих - 0,5-1 годину. Уповільнення в кінці I періоду пологів пояснюється сповзанням шийки матки з голівки плода, що просувається.

Характеристика перейм в активній фазі I періоду пологів:

- сила помірна,
- тривалість 45-50 секунд,
- частота 3-5 перейми за 10 хвилин,

Другий період (період вигнання) від моменту повного розкриття шийки матки до народження дитини. Важливо відрізнити ранню фазу другого періоду - від повного розкриття до початку потуг та активну - безпосередньо фазу потуг.

Потуги (натуги) - ритмічне, свідомо кероване поєднання скорочення маткової мускулатури, черевного пресу, діафрагми та тазового дна;

Характеристика потуг у II періоді пологів:

- сила помірна-сильна,
- тривалість 55-60 секунд,
- частота – через 1-1,5 хвилин,

Припустима тривалість другого періоду у жінок, що народжують вперше та повторно, відповідно, 2 та 1 година без застосування епідуральної анестезії, та, відповідно 3 та 2 години з епідуральною анестезією. Повноцінна потужна діяльність з'являється лише коли голівка знаходиться на тазовому дні (активна фаза).

- *врізування голівки* - поява голівки з вульварного кільця лише під час потуги;

- *прорізування голівки* - голівка зберігає положення у вульварному кільці після припинення потуги.

Третій період (послідовий) продовжується від народження плода до виділення плаценти з оболонками. За відсутності ознак кровотечі його тривалість не повинна перевищувати 30 хвилин. Механізми відшарування нормально розміщеної плаценти:

- а) початок відшарування з центру плацентарної поверхні з вивертанням амніотичної оболонки назовні - механізм Шультце,

б) початок відшарування з краю з наступним згортанням плаценти навпіл - механізм Дункана.

Цілість посліду визначають візуально.

Крововтрата у послідовому періоді, що не перевищує 0,5% маси роділлі: вважається фізіологічною.

Ведення пологів:

- оцінка ступеня прогнозованого ризику розвитку материнської та перинальної патології з метою визначення необхідного рівня допомоги в пологах;
- визначення плану ведення пологів та обов'язкове поінформоване узгодження його з жінкою;
- забезпечення емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);
- контроль за станом матері та плода в пологах з веденням партограми;
- вільне положення роділлі під час пологів;
- знеболювання пологів за показаннями;
- оцінка стану дитини при народженні, проведення первинного туалету новонародженого та раннє прикладання до грудей матері, виконання принципів "теплого ланцюжка".

Ведення першого періоду (період розкриття)

Зовнішні методи оцінки ступеня розкриття шийки матки.

Зовнішніми методами оцінити ступінь розкриття шийки матки можливо тільки приблизно. Орієнтовно про ступінь розкриття шийки матки в родах судять по висоті стояння контракційного кільця (границя між порожнім мускулом, що скорочується, і нижнім сегментом матки, що розтягується). Шийка матки при пологах звичайно буває розкрита на стільки, на скільки поперечних пальців контракційне кільце розташоване вище лонної дуги.

Внутрішні методи оцінки ступеня розкриття шийки матки.

З метою визначення динаміки розкриття шийки матки та розташування голівки плода в пологах проводиться внутрішнє акушерське дослідження, яке виконують при надходженні жінки до пологового відділення, через кожні 4 години під час першого періоду пологів та після вилиття навколоплідних вод (для своєчасної діагностики можливого випадання з плином амніотичної рідини пуповини та дрібних частин плода).

Показання до внутрішнього акушерського дослідження:

1. Кожні 4 години на протязі першого періоду пологів і кожен годину у другому періоді пологів.
2. Після розриву плідного міхура.
3. Патологічна частота серцебиття плода (менш 100 та більш 180 уд/хв) для з'ясування причин, що можуть пояснити ознаки порушення його стану.
4. Випадіння пуповини з піхви.
5. При багатоплідній вагітності після народження першого плода.
6. При неправильному положенні плода, або підозри на вставлення голівки плода у вході до малого тазу у стані розгинання для з'ясування акушерської ситуації.

7. Затримка прогресу пологів у зв'язку з неефективністю маткових скорочень - для амніотомії та перед стимуляцією окситоцином.
8. Необхідність дострокового розродження (тяжка преeklampsія, антенатальна загибель плода та інша патологія).
9. При прийнятті рішення оперативного вагінального розродження (акушерські щипці, вакуумекстракція, екстракція плода за тазовий кінець).
10. Кровотеча після 22 тижнів вагітності (в умовах операційної).

Визначення ступеня вставлення голівки зовнішніми методами

Ступень вставлення голівки можна визначити IV прийомом Леопольда.

Рекомендований також метод абдомінальної пальпації, яким визначається висота стояння голівки плода на кількість поперечників пальців над симфізом:

5/5 - голівка плода розташування над симфізом на ширину 5 пальців, голівка плода знаходиться над входом до малого тазу;

4/5 - ширина 4 пальців, голівка притиснута до входу в малий таз;

3/5 - ширина 3 пальців, голівка малим сегментом у вході до малого тазу;

2/5 - ширина 2 пальців, голівка великим сегментом у вході до малого тазу;

1/5 - 0/5 - ширина 1 пальця, голівка знаходиться у порожнині тазу.

Визначення ступеня вставлення голівки методом внутрішнього акушерського дослідження

- *Голівка над входом у малий таз.* Таз вільний, голівка розташована високо, вона не перешкоджає пальпації безіменної лінії таза, мису; стрілоподібний шов знаходиться в поперечному розмірі на однаковій відстані від симфізу і мису, велике і мале тім'ячко - на одному рівні.

- *Голівка малим сегментом у вході в малий таз.* Крижова западина вільна, до мису можна підійти зігнутих пальцем (якщо він досяжний). Внутрішня поверхня симфізу доступна дослідженню, мале тім'ячко нижче великого. Стрілоподібний шов розташований в злегка косому розмірі.

- *Голівка великим сегментом у вході в малий таз.* Голівка займає верхню третину симфізу і крижів. Мис недосяжний, сідничні ості пальпуються легко. Голівка зігнута, мале тім'ячко нижче великого, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів.

- *Голівка в широкій частині малого таза.* Голівка найбільшою окружністю пройшла площину широкої частини малого таза. Дві третини внутрішньої поверхні лонного зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Вільно пальпуються IV і V крижові хребці і сідничні ості. Стрілоподібний шов розташований в одному з косих розмірів, мале тім'ячко нижче великого.

- *Голівка у вузькій частині малого таза.* Дві верхні третини крижової западини і уся внутрішня поверхня лонного зчленування зайняті голівкою. Сідничні ості важко досягаються. Голівка знаходиться близько до дна таза, внутрішній поворот її ще не закінчений, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів, близько до прямого. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

• *Голівка у виході таза.* Крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, стрілоподібний шов розташований в прямому розмірі виходу з малого таза. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

Визначення положення голівки плода при внутрішньому дослідженні по відношенню до рівня сідничних остей - linea interspinalis (положення"0"). Відстань від сідничних остей до площини входу в малий таз дорівнює такій від остей до площини виходу таза.

- Знак "-" означає, що голівка знаходиться вище сідничних остей (ближче до входу в малий таз).
- Знак "+" означає, що голівка плода розміщується нижче сідничних остей (ближче до виходу таза).

Положення голівки визначається таким чином:

- 3 - голівка над входом в таз;
- 2 - голівка притиснута до входу в малий таз;
- 1 - голівка малим сегментом у вході в малий таз,
- 0 - голівка великим сегментом у вході в малий таз,
- +1 - голівка в широкій частині малого тазу;
- +2 - голівка у вузькій частині малого тазу,
- +3 - голівка у виході з малого тазу.

Оцінка стану плода.

Стан плода в I періоді визначають за показниками серцебиття, кольору навколоплідних вод та конфігурації голівки.

• Серцебиття плода реєструють шляхом періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора або, за показаннями, фетального моніторингу (кардіотокографії).

Періодична аускультатія здійснюється в латентній фазі кожні 30 хвилин, в активній – кожні 15-20 хвилин згідно наступних правил:

- вагітна знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається негайно після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми; аускультатія триває протягом 60 секунд.

Частота серцевих скорочень плода в нормі має бути від 110 до 170 ударів за 1 хвилину. Різке збільшення ЧСС (більше 180 уд/хв), або її уповільнення (менше 100 уд/хв) з порушенням ритму є діагностичною ознакою порушення стану плода.

За наявності аускультативних порушень серцебиття плода проводять кардіотокографічне дослідження.

• Колір навколоплідних вод визначається під час їх вилиття та під час кожного внутрішнього акушерського дослідження. В нормі навколоплідні води є прозорими. Поява свіжого меконію у навколоплідних водах свідчить про погіршення стану плода, особливо у поєднанні з порушенням частоти серцевих скорочень плода.

• Конфігурація голівки плода - це процес пристосування її до пологових шляхів жінки. Ступені конфігурації голівки плода:

- Перша - кістки черепа зближені, торкаються одна одної,
- Друга - кістки помірно знаходяться одна на одну,

- Третя - кістки значно знаходять одна на одну, у поєднанні з відсутністю просування голівки по пологовому каналу за наявністю активної пологової діяльності є патологією.

Контроль за станом жінки:

- пульс та артеріальний тиск (кожні 2 години),
- температура (кожні 4 години),
- сеча: об'єм; наявність білка або ацетону - за показами (кожні 4 години).

Ведення другого періоду пологів

- вимірювання артеріального тиску, пульсу у роділлі кожні 10 хвилин;
- контроль серцевої діяльності плода кожні 5 хвилин під час ранньої фази, та після кожної потуги під час активної фази;
- контроль за просуванням голівки плода по родовому каналу, який здійснюється за допомогою внутрішнього акушерського дослідження кожен годину.
- проведення амніотомії, якщо не відбувається своєчасного вилиття навколоплідних вод.

Надання вільного положення жінки під час потуг сприяє більш динамічному проходженню плода через пологові шляхи, при цьому найбільш ефективними є позиції сидячи навпочіпки, сидячи на стільці, стаючи, підтягуючись на дробинці, лежачи на боці.

Ведення третього періоду пологів

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

Активне ведення третього періоду пологів

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків;
- народження посліду шляхом контрольованих тракцій за пуповину при відведенні матки долонею від лона;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Правила введення утеротоніків: протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плода, при його відсутності - ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

Контрольовані тракції за пуповину:

- перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці;
- покласти другу руку безпосередньо над лоном жінки і утримувати матку відводячи її від лона;
- злегка натягнути пуповину і дочекатись сильного скорочення матки (за звичай через 2-3 хв. після введення окситоцину);
- одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти, одночасно при цьому продовжувати

проводити другою рукою контртракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхуючи матку від лона).

- якщо плацента не опускається (тобто не народжується) протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжуйте обережно її утримувати у стані легкого натягнення; друга рука залишається над лоном, утримуючи матку.

- дочекатися поки матка знову добре скоротиться та повторити контрольовану тракцію за пуповину з контртракцією на матку.

Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки над лоном.

Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки.

Уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо ділянка материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, є привід запідозрити затримку ділянок плаценти та розпочати необхідні заходи.

Масаж матки: після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною.

В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х год., щоб бути впевненому в тому, що після масажу матка не розслабляється, а залишається щільною. При необхідності проводять повторний масаж.

Очікувальне ведення третього періоду пологів

Акушерка після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини, перетискає та перетинає пуповину. Проводиться ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відшарування плаценти, кількістю кров'яних виділень.

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

Якщо є ознаки відшарування плаценти, але вона не народжується застосовують консервативні методи виділення посліду (прийом Абуладзе)

За відсутності ознак відшарування плаценти і зовнішньої кровотечі протягом 30 хвилин після народження плода - проводиться ручне відокремлення і виділення посліду.

В разі виникнення кровотечі - ручне відокремлення та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

Після виділення плаценти є необхідним її ретельний огляд (переконання у цілісності плаценти з оболонками).

Огляд пологових шляхів після пологів (за допомогою вагінальних дзеркал).

Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.

Стан новонародженого оцінюють за шкалою Апгар через 1 та 5 хвилин після народження. Шкала передбачає оцінку за десятибальною системою п'яти показників (0-2 бали за показник): серцевий ритм, дихання, шкіряні покриви, тонус м'язів, рефлекс.

10 -7 балів – задовільний стан новонародженого,
6 балів та нижче - свідчить про можливу асфіксію різного ступеня тяжкості.

За умови задовільного стану новонародженого, його викладають на живіт матері, проводять обсушування сухою пелюшкою та накривають іншою сухою пелюшкою.

ФІЗІОЛОГІЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

Післяпологовий період (пуерперій), починається після народження посліду, який характеризується *зворотним розвитком (інволюцією)* всіх органів та систем, що зазнали зміни у зв'язку з вагітністю та пологами. Найбільш виражені інволюційні зміни відбуваються в статевих органах, особливо в матці. Темп змін максимально виражений у перші 8-12 діб.

Ранній післяпологовий період відзначають, як перші 2 години після пологів. Після закінчення цього часу починається *пізній післяпологовий період*, який триває 6 тижнів.

В організмі породіллі відбуваються анатомічні та фізіологічні зміни.

Матка починає значно зменшуватися в розмірах внаслідок різкого скорочення її мускулатури після народження посліду. Тіло матки має майже кулясту форму, зберігає більшу рухливість за рахунок зниження тону розтягнутого зв'язкового апарата. Шийка матки має вигляд тонкостінного мішка із широко зяючим зовнішнім вічком. Шийковий канал вільно пропускає в порожнину матки кість руки. Відразу після пологів розмір матки відповідає 20 тиж вагітності. Дно її пальпується на 1-2 поперечних пальці нижче пупка. Через кілька годин тонус, що відновлюється, м'язів тазового дна й піхви зміщує матку догори. До кінця першої доби дно матки пальпується вже на рівні пупка. На 2-3 добу тіло матки звичайно перебуває в стані перегину донеду (anteversioflexio). На положення матки в малому тазі впливає й стан сусідніх органів (сечового міхура, кишечника).

В статевих органах (матці, піхві, яєчниках, маткових трубах), на тазовому дні, у молочних залозах, а також у всіх системах організму (травної, кровообігу, сечовиділення, ендокринної) відбуваються зміни в післяпологовому періоді.

Внутрішня поверхня матки являє собою велику раневу поверхню з найбільш вираженими деструктивними змінами в області плацентарної площадки. Просвіти маткових судин різко звужуються при скороченні мускулатури матки. У них утворюються тромби, що сприяє зупинці кровотечі після пологів.

Інволюції темпи матки залежать від багатьох факторів. Найбільший вплив на контрактильність матки здійснює паритет, ступінь розтягання під час вагітності (маса плоду, багатоводдя, багатоплідність), грудне вигодовування з перших годин.

Загоєння внутрішньої поверхні матки починається з розпаду й відторгнення обривків губчатого шару децидуальної оболонки, згортків крові, тромбів. Розпад децидуальної оболонки, згортки крові й інші тканинні елементи утворюють лохії. Протягом 8-10 днів виділяється близько 500-1500

мл лохій, рН їх нейтральний або лужний. У перші 2-3 дні лохії кров'янисті, у їхньому складі переважають еритроцити (*lochia rubra*). На 3-4 день лохії приймають кров'янисто-серозний вигляд. У їхньому складі переважають лейкоцити (*lochia serosa*). Через тиждень після пологів з'являється слиз, децидуальні клітини й клітки плоского епітелію, а еритроцити майже зникають (*lochia alba*). При фізіологічному перебігу післяпологового періоду лохії мають своєрідний прілий запах, їхнє виділення звичайно припиняється через 5-6 тиж.

Епітелізація внутрішньої поверхні матки відбувається паралельно з відторгненням децидуальної оболонки й закінчується до 10 дня післяпологового періоду (крім плацентарної площадки). Повністю ендометрій відновлюється через 6 тиж після пологів. Звичайний тонус зв'язкового апарата матки відновлюється до кінця 3 тиж.

Раніше інших відділів скорочується й формується внутрішній зів. *Інволюція шийки матки* відбувається повільніше. Це пов'язано зі скороченням циркулярних м'язових волокон. Через 3 доби внутрішній зів пропускає один палець. Формування шийкового каналу закінчується до 10 дня. До цього часу повністю закривається внутрішній зів. Зовнішній зів замикається до кінця 3 тиж і приймає щілевидну форму. Епітелізація піхвової частини шийки матки триває протягом 6 тиж після пологів.

Через 3 тиж м'язові *стілки піхви* здобувають колишній тонус. У жінок, що годують, із-за дефіциту естрогенів слизова оболонка піхви витончується, знижується секреція залоз, що може приводити до сухості.

Перші дні після пологів *м'язи промежини* скорочуються в'яло, в подальшому їх скорочення протікає інтенсивніше. До 10-12 дня тонус промежини відновлюється, але найчастіше не повністю. Травми промежини під час пологів сприяють розвитку пролапса геніталій. Інволюція м'язів передньої черевної стінки триває в середньому 4-6 тиж.

Внаслідок виділення великої кількості пролактину в жінок, що годують, менструація відсутня протягом декількох місяців або всього часу годування грудьми. У жінок, що не годують, менструація відновлюється через 6-8 тиж після пологів. Перша менструація після пологів, як правило, відбувається на тлі ановуляторного циклу: фолікул росте, зріє, але овуляція не відбувається й жовте тіло не утворюється.

Приблизно в 20% жінок овуляція відбувається через 6 міс після пологів. Строки появи овуляції залежать від кількості годувань в день.

Найвищого розвитку досягає *функція молочних залоз* після пологів. Під час вагітності під дією естрогенів формуються молочні протоки, під впливом прогестерону відбувається проліферація залозистої тканини.

Перше прикладання немовляти до грудей матері запускає механізм лактації. Суть лактації визначається двома основними процесами: секрецією молока в залозі під впливом пролактину й спорожнюванням залози під впливом окситоцину. Лактофлора із зони ареоли попадає в основний локус формування біоценозу організму - кишківник дитини, забезпечуючи фізіологічну контамінацію мікрофлори. У першу добу післяпологового

періоду молочні залози секретують молозиво (colostrum). Попереднє харчування дитини молозивом має велике значення, тому, що готує його ШКТ до засвоєння «зрілого» молока.

Серцево-судинна система.

Крововтрата, що при пологах не повинна перевищувати 0,5% від маси тіла (300-400 мл), після пологів зростає ударний обсяг серця. Хвилинний обсяг серця відразу ж після пологів зростає приблизно на 80%. Це пов'язане з вимиканням плацентарного кровотоку, поверненням позасудинної рідини в кровотік і збільшенням венозного повернення. ЧСС зменшується, серцевий викид незначно підвищується, а через два тижні після пологів вертається до норми. Гемодинаміка в післяпологовому періоді залежить від віку жінки, способу розродження, знеболювання пологів, крововтрати, активності породіллі.

ОЦК - його нормалізація відбувається через 3 тиж після пологів. В ранньому післяпологовому періоді відзначають підвищення кількості лейкоцитів.

Сечовивідна система.

Під час пологів сечовий міхур стискається голівкою плода, тому в перші години після пологів слизова оболонка сечового міхура набрякла. Перерозтягнення й неповне спорожнювання сечового міхура під час пологів супроводжуються зниженням його тону й, як наслідок, затримкою сечі в першу добу післяпологового періоду. Післяпологова гіпотонія сечового міхура може бути обумовлена й провідниковою анестезією (епідуральна анестезія). Частота патологічних станів сечового міхура зростає в міру збільшення маси плода й залежить від тривалості пологів. Протягом 6 тиж після пологів є розширення сечоводів і ниркових мисок, що служить фактором ризику розвитку інфекції сечовивідних шляхів. Нирковий кровотік і реабсорбція в каналцях вертаються до вихідного рівня через 6-8 тиж після пологів.

Травна система.

У найближчі тижні після пологів звичайно відновлюється знижена моторика ШКТ. Вертається до вихідного рівня синтез білків у печінки й показники їхнього рівня в крові.

Дихальна система.

Ємність легенів швидко змінюється в порівнянні з вагітністю. Залишковий обсяг збільшується, а життєва ємність і обсяг вдиху зменшуються. Також зменшується споживання кисню. Нормалізація споживання кисню залежить від ступеня анемізації, психологічних факторів, лактації.

Клініка післяпологового періоду

Післяпологовий період у фізіологічному періоді, характеризується задовільним загальним станом жінки, нормальною температурою тіла, частотою пульсу, правильною інволюцією матки, нормальною кількістю й складом лохий, достатньою лактацією.

Після пологів, у перші години, може зберігатися слабкість. Породілля має потребу у відпочинку, спокої й глибокому сні, які швидко відновлюють її сили й гарне самопочуття. Інволюція матки може супроводжуватися нерегулярними, але больовими скороченнями міометрія, які більше виражені в повторнородящих. Ці скорочення особливо інтенсивні під час годування дитини.

Лихоманку у здорових породіль звичайно не спостерігають. Однак робота всієї мускулатури тіла під час пологів може підвищити температуру. Цим можна пояснити нерідко підвищення температури в найближчі 12 год після пологів (перший фізіологічний підйом). Температура не повинна перевищувати 37,5 °C при наявності гарного пульсу й задовільного загального стану. Другий фізіологічний підйом температури може виникати на 2-3 день після пологів. Підвищення температури можна пояснити масовим висхідним проникненням мікроорганізмів з піхви в матку й реабсорбцією продуктів лізису тканин у порожнині матки. Звичайно підвищена температура зберігається протягом декількох годин і нормалізується без лікування. Нерідко в здорових породіль виникає порушення функції сечового міхура. Клінічний симптом цього порушення - відсутність позивів до сечовипускання навіть при переповненні сечового міхура. Утруднення сечовипускання може бути наслідком набряку шийки сечового міхура тривало притиснутої, під час пологів, голівкою плода.

Розслаблення й розтягання передньої черевної стінки й м'язів тазового дна сприяють гіпотонії кишківника, що приводить до затримки стільця в перші дні післяпологового періоду. Іноді цьому заважає обмеження й набряк гемороїдальних вузлів, які стають різко хворобливими й можуть інфікуватися.

Після нормальних пологів, перші 2 год, породілля перебуває в пологовій залі. Уважно стежить за загальним станом жінки, її пульсом, тиском, постійно контролює стан матки: визначає її консистенцію, ВДМ, стежить за ступенем крововтрати (кожні 15 хв). У ранньому післяпологовому періоді роблять огляд м'яких тканин родових шляхів. Огляд шийки матки й верхніх відділів піхви роблять за допомогою дзеркал. Всі виявлені розриви зашивають. При оцінці крововтрати в родах ураховують кількість крові, що виділилася в послідовому та в післяпологовому періодах. Середня крововтрата становить 250 мл.

Максимальна фізіологічна крововтрата становить не більше 0,5% від маси тіла породілля.

На каталці, через 2 год породілля перевозять у післяпологове відділення. Процеси, що відбуваються в організмі породілля після неускладнених пологів, фізіологічні, тому породілля варто вважати здоровою.

Спільне перебування матері й дитини значно знижує ризик післяпологових ускладнень у породіль та немовлят. Це пов'язане з тим, що мати здійснює догляд за дитиною самостійно, обмежуючи контакт немовляти з персоналом акушерського відділення, знижується можливість інфікування госпітальними штамами умовно патогенних мікроорганізмів.

Активне ведення післяпологового періоду, яке полягає в ранньому (через 4-6 ч) вставанні, що сприяє поліпшенню кровообігу, прискоренню процесів

інволюції в половій системі, нормалізації функції сечового міхура й кишківника, а також профілактиці тромбоемболічних ускладнень. Щодня за породіллями спостерігають лікар і акушерка. 2 рази на добу вимірюють температуру тіла. Особливу увагу приділяють характеру пульсу, вимірюють тиск. Оцінюють стан молочних залоз, їхню форму, стан сосків, наявність тріщин (після годівлі дитини), наявність або відсутність нагрубання. Щодня оглядають зовнішні статеві органи й промежину, звертають увагу на наявність набряку, гіперемії, інфільтрації.

Догляд за зовнішніми статевими органами, особливо при наявності розриву або розрізу промежини, включає обмивання слабким дезінфікуючим розчином і обробку швів на шкірі антисептиками. Альтернативою шовковим швам служать сучасні синтетичні нитки, що розсмоктуються (вікрил, дексон), їхнє використання не перешкоджає ранній виписці.

Тільки після відновлення тону м'язів промежини породіллі дозволяють вправи для відновлення тону м'язів черевного преса.

Лактація й грудне вигодовування вимагає певні обмеження дієти. Слід пам'ятати, що склад грудного молока погіршується, якщо мати, що годує, перевантажує їжу вуглеводами, їсть багато цукру, кондитерських виробів, круп. При цьому в молоці знижується кількість білка. Необхідно обмежити вживання так званих алергенів: шоколаду, кава, какао, горіхів, меду, грибів, цитрусових, полуниці, деяких морепродуктів, тому що вони можуть викликати небажані реакції в дитини.

В основі сучасних перинатальних технологій лежить винятково грудне вигодовування.

Насамперед спільне перебування необхідно для зменшення контактів немовляти з іншими дітьми. Саме головне - здійснення можливості годування на першу вимогу.

Не менш важливий результат спільного перебування - формування в дитини загального з матір'ю біоценозу й знаходження породіллем навичок догляду за немовлям під керівництвом медичного персоналу.

Використовування сосок і різків для годування приводить до послаблення оральної моторики - основного фактора повноцінного смоктання.

При ослабленні смоктання не відбувається повного спорожнювання міоепітеліальній зони соска, альвеол і немає повноцінного стимулу для вироблення пролактину. Все це приводить до розвитку гіпогалакції.

Абсолютні протипокази до грудного вигодовування:

- вживання наркотиків та алкоголю;
- Т-клітинна лейкемія;
- рак молочної залози (РМЗ);
- герпетична висипка на сосках;
- активна форма туберкульозу легенів;
- призначення хіміотерапевтичних засобів при онкологічних захворюваннях;
- ВіЛ-інфекція;
- галактоземія у дитини.

Наявність імплантів молочних залоз не служить протипоказом до грудного вигодовування.

При ускладненому перебігу пуерперія може виникнути необхідність піхвового дослідження. Напередодні виписки необхідно провести бесіду про особливості режиму в домашніх умовах.

В першу добу після виписки здійснюється активний патронаж породіллі й немовляти вдома.

Протягом 4-6 тиж після пологів, при першому відвідуванні жіночої консультації варто зважити пацієнтку, виміряти тиск. Більшість породілей втрачають до 60% від набраної за вагітність маси тіла. Якщо пологи ускладнилися кровотечею й супутньою анемією, варто зробити клінічний аналіз крові в динаміку. При наявності кров'янистих виділень необхідно здійснити додаткові дослідження (УЗД) і призначити відповідне лікування.

При огляді зовнішніх статевих органів варто звертати увагу на стан рубця на промежині (у випадку розривів або епізіотомії) і наявність ознак неспроможності м'язів тазового дна. При огляді шийки матки в дзеркалах потрібно провести Пап-тест (цитологічний мазок). При дворучному піхвовому дослідженні, в післяпологовому періоді, нерідко можна визначити незначне відхилення матки назад, що проходить згодом без лікування. При випаданні матки, стресовому нетриманні сечі, цисто- й ректоцеле хірургічні методи лікування застосовують тільки в тому випадку, якщо жінка більше не планує пологи. Пластику піхви рекомендують робити не раніше 3 міс після пологів.

При відвідуванні лікаря необхідно також підібрати спосіб контрацепції.

Фізіологія періоду новонародженості

Після відокремлення плода від матері починається період поза-утробного його життя. *Неонатальний період* починається від моменту народження дитини до закінчення 28 повних діб. В цей час починається пристосування організму до навколишнього середовища. Вже з моменту народження відбуваються значні зрушення в обміні речовин, змінюються функції окремих органів і систем. Встановлюються легеневе дихання, позаутробний кровообіг, починають функціонувати органи травлення, появляється власна терморегуляція, змінюються морфологічні та фізико-хімічні властивості крові.

Забезпечення підтримки теплового ланцюжка. Ці заходи впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5°C - 37,5° при вимірюванні в аксілярній ділянці.

Десять кроків теплового ланцюжка.

1) Тепла пологова кімната (операційна). [В].

Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25°C – 28°C. Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2) *Негайне обсушування дитини [B].*

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

3) *Контакт “шкіра – до – шкіри”[C].* Контакт “шкіра-до-шкіри” запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір’ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше 2 годин.

3 *метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксілярній ділянці електронним термометром.*

4) *Грудне вигодовування. [A].*

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

5) *Відкласти зважування та купання. [B].*

Купання та зважування новонародженого відразу після народження приводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти.

Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома.

Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту “шкіра-до-шкіри” перед переведенням в палату спільного перебування.

6) *Правильно одягнути та загорнути дитину. [A].*

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

7) *Цілодобове спільне перебування матері та дитини [A]*

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

8) *Транспортування в теплих умовах. [B]*

Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення, (палату) медичні працівники зобов’язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір’ю.

При народженні дитини шляхом кесарського розтину, новонароджений транспортується в куветі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9) Реанімація в теплих умовах.

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

10) Підвищення рівня підготовки та знань.

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

Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Питання для самоконтролю до теми:

1. Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності. Гігієна і харчування вагітної.
2. Методи обстеження вагітних. Зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження вагітних.
3. Ведення фізіологічної вагітності.
4. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.
5. Періоди пологів. Тривалість їх у першо- та повторнонароджуючих.
6. Період розкриття шийки матки. Клініка, ведення.
7. Період вигнання плода. Клініка, ведення.
8. Послідовий період. Ознаки відшарування плаценти. Клініка, ведення послідовного періоду (активне ведення, очікувальна тактика ведення).
9. Визначення цілісності посліду. Поняття про фізіологічну та патологічну крововтрату.
10. Клініка та ведення післяпологового періоду.
11. Концепція грудного вигодовування. Переваги між грудним вигодовуванням та штучним.
12. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.

ЛЕКЦІЯ №2

Тема: «НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ (ПРЕЕКЛАМПСІЯ, ЕКЛАМПСІЯ, «ГОСТРИЙ ЖИВІТ» В ГІНЕКОЛОГІЇ)»

Актуальність теми: Гіпертензивні розлади під час вагітності за даними Європейського кардіологічного товариства є найпоширенішими медичними ускладненнями, які спостерігаються у 5–10% вагітностей у всьому світі. Вони залишаються основною причиною захворюваності та смертності матерів, плодів та новонароджених. Ризики для матері включають передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, інсульт, поліорганну недостатність та синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. Плід має високий ризик затримки внутрішньоутробного росту (25% випадків прееклампсії), недоношеності (27% випадків прееклампсії) та внутрішньоутробної смерті (4% випадків прееклампсії).

В гінекологічній практиці невідкладні стани, які вимагають термінового втручання, це позаматкова вагітність, апоплексія яєчника, перекручування ніжки пухлини яєчника, некроз міоматозного вузла. При цьому також можуть спостерігатися різні гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини (апендицит, гострий холецистит, гострий панкреатит, перфоративна виразка шлунку, гостра кишкова непрохідність). Тоді особливо важливо поставити правильний діагноз та надати в повному обсязі медичну допомогу, яка значною мірою залежить від професійної підготовки лікаря.

Мета: Сформулювати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до розвитку прееклампсії/еклампсії, їх ускладнень під час вагітності та в післяпологовому періоді. Сформулювати чітке уявлення про послідовність дій з надання допомоги при невідкладних станах.

Основні поняття: Прееклампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування. Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна

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

Зміст лекційного матеріалу

Згідно **наказу МОЗ України №151 від 24.01.2022р.** (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «**Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді**») на теперішній час визначають наступні поняття:

Гіпертензія під час вагітності визначається, коли сАТ ≥ 140 мм рт.ст. та дАТ ≥ 90 мм рт.ст. при двохкратному вимірі з інтервалом більше ніж 4 години АБО сАТ ≥ 160 мм рт.ст. та дАТ ≥ 110 мм рт.ст., при однократному вимірюванні. Гіпертензія під час вагітності зустрічається у жінок з раніше існуючою первинною або вторинною хронічною артеріальною гіпертензією, а також у вагітних жінок, які мають маніфестацію гіпертензії в другій половині гестації.

Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ) - артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності, або якщо жінка вже приймає антигіпертензивні препарати. ХАГ може бути первинною чи вторинною за етіологічним чинником. Гіпертензія зберігається після 6 тижнів (42 доби післяпологового періоду).

Гестаційна гіпертензія (ГГ) - артеріальна гіпертензія, яка виникла після

20 тижнів вагітності без патологічної протеїнурії чи інших органних порушень, АТ нормалізується протягом 6 тижнів післяпологового періоду. Гестаційна гіпертензія може перейти в преєклампсію, тому вимагає відповідного моніторингу.

Поєднана преєклампсія – артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності + протеїнурія АБО прогресування гіпертензії на $\geq 30/15$ мм рт.ст. при тому самому об'ємі медикаментозного лікування у другій половині вагітності АБО органні порушення.

Рання преєклампсія – преєклампсія, що розвинулась до 34 тижнів вагітності.

Пізня преєклампсія – преєклампсія, що розвинулась після 34 тижнів вагітності.

Помірна преєклампсія - це полісистемний синдром, що проявляється, після 20 тижнів вагітності, підвищенням артеріального тиску у межах 140-159/90-109 мм рт.ст. та протеїнурією.

Тяжка преєклампсія визначається як тяжка гіпертензія (сАТ ≥ 160 або дАТ ≥ 110 мм рт.ст.) + протеїнурія АБО гіпертензія будь-якого ступеня + один чи більше з наступних симптомів:

- сильний головний біль;
- порушення зору;
- набряк диска зорового нерва;
- біль в епігастральній ділянці;

- нудота, блювання;
- біль у правому підребер'ї або болючість при пальпації печінки;
- підвищені сухожилкові рефлексії;
- генералізовані набряки;
- олігоурія (діурез $< 0,5$ мл/кг/год);
- кількість тромбоцитів нижче 100×10^9 л;
- підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та/або АлАТ > 70 МО/л);
- затримка росту плода.

Еклампсія – один чи більше судомний напад, у хворої з прееклампсією.

HELLP-синдром – гемоліз еритроцитів, підвищення активності печінкових ферментів та тромбоцитопенія.

Протеїнурія є проявом порушення функції нирок, при якому визначається ≥ 300 мг білка в добовій порції сечі, або білок $\geq 0,3$ г/л у разовій порції двічі, або співвідношення у сечі протеїн(мг):креатинін(ммоль) ≥ 30 .

Набряки. Діагностично значущими є генералізовані набряки або такі, що виникли раптово. Помірні набряки спостерігаються у 50-80% вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Прееклампсія, що перебігає без набряків, визнана небезпечнішою для матері та плода, ніж прееклампсія з набряками.

Фактори ризику розвитку гіпертензивних розладів вагітності:

До групи ризику виникнення ГРВ належать жінки, які мають щонайменше один фактор високого ризику з перерахованих нижче:

- цукровий діабет 1 або 2 типу;
- хронічна гіпертензія;
- гіпертензивні розлади під час попередньої(их) вагітності(ей);
- хронічна хвороба нирок;
- аутоімунні захворювання (СЧВ, АФС);
- багатоплідна вагітність або два фактори помірного ризику з наступних: перша вагітність; вік вагітної жінки 40 років та старше; інтервал між вагітностями більше 10 років;
- індекс маси тіла (ІМТ) 35 кг/м^2 або більше при першому зверненні до жіночої консультації;
- сімейна історія прееклампсії.

Клінічний супровід пацієнток із прееклампсією.

1. Допологовий нагляд вагітних з ПЕ.

Помірна прееклампсія (АТ 140-159/90-109 мм рт.ст., протеїнурія 0,33г/доб.)

Госпіталізація.

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

Початкова терапія може розпочинатись з одного з препаратів АГТ: метилдофа, бета-адреноблокатор або ніфедипін.

Цільовий рівень АТ: сАТ 130-150 мм рт. ст., дАТ 80-95 мм рт.ст.

Недоцільно різке зниження АТ (не більш ніж 25% від максимальних показників АТ).

АТ повинен вимірюватися 4 рази на добу.

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

Тяжка преєклампсія (АТ $\geq 160/110$ мм рт.ст., протеїнурія > 3 г/доб.) АБО будь яка гіпертензія, що супроводжується одним або декількома з наступних ознак:

- серцева недостатність, набряк легень;
- гіперрефлексія, постійний головний біль, погіршення зору (розмитість або

мерехтіння перед очима);

- сироватковий показник креатиніну > 90 мкмоль / л,
- олігурія $< 0,5$ мл/кг/год.,
- протеїнурія $> 0,3$ г/доб. або $0,3$ г/л двічі через 6 год;
- тромбоцитопенія $< 100 \cdot 10^9$ /л;
- гемоліз: шизоцити або фрагменти еритроцитів;
- $\uparrow$ непрямого білірубину,
- $\uparrow$ лактатдегідрогенази > 600 МО/л, порушення гемостазу;
- $\uparrow$ трансаміназ в сироватці крові удвічі чи більше,
- блювання, гострий біль у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті;
- ЗРП.

Госпіталізація до ВРІТ закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Розпочати протисудомну терапію (магнію сульфат).

Початкова антигіпертензивна терапія на госпітальному етапі має починатись з ніфедипіну (у краплях або таблетках, які слід розжовувати), урапідилу парентерально або бета-адреноблокаторів парентерально. При високому АТ перевага надається урапідилу. За наявності резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрату (нітрогліцерин).

Цільовий рівень АТ має бути не нижче $150/100$ мм рт.ст.

АТ повинен вимірюватися принаймі 4 рази на добу, або залежно від клінічної ситуації.

Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), коагулограма, трансамінази, білірубін (щодня).

2. Протисудомна терапія

Початкова доза:

16 мл 25% розчину (4 г) магнію сульфат + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію ввести протягом 10-15 хв. в/в повільно (бажано з використанням перфузора - шприцевого насосу).

Підтримувальна доза:

Варіант 1: за допомогою перфузора 50 мл 25% р-ну магнію сульфату вводять із швидкістю 4 мл (1 г) / год;

Варіант 2: введення магнію сульфату в/в крапельно (розчин готують таким чином: 30 мл 25 %-го розчину 7,5 г магнію сульфату вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9% розчину хлориду натрію. отриманий 3,33% розчин магнію сульфату необхідно вводити через допоміжну лінію крапельниці

паралельно інфузійній терапії). Швидкість введення розчину підбирають згідно зі станом вагітної – від 1 г/год (10–11 крапель) до 2 г/год. (22 краплі/хв.).

3. Спостереження за станом плода

При виборі консервативного лікування ПЕ рекомендується проведення наступних тестів: ультразвукова фетометрія та оцінка амніотичного індексу; доплерометрія кровоплину в артеріях пуповини (у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, додатково проводять доплерометрію кровоплину у венозній протоці та середній мозковій артерії).

Рекомендовано щоденне проведення КТГ.

У жінок із ПЕ кардіотокографію слід повторити за клінічними показаннями: жінка повідомляє про зміну рухів плода; вагінальна кровотеча; біль в животі; погіршення загального стану матері.

При порушенні стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

Допологове призначення глюкокортикостероїдів для жінок із ПЕ при терміні вагітності ≤ 34 тижнів для профілактики РДС синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

4. Термін та метод розродження при ПЕ

Для жінок з помірною прееклампсією у терміні гестації **22+0 – 33+6 тижнів** рекомендовано обрати вичікувальну тактику, проте лише у медичних закладах, які здатні надати висококваліфіковану медичну допомогу передчасно народженій дитині та забезпечити постійний моніторинг жінки в умовах ВАІТ.

При тяжкій ПЕ необхідно вирішити питання про пологи після стабілізації гемодинамічного стану матері, після проведення профілактики РДС плода та транспортування вагітної жінки до закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (за можливості).

34+0 - 36+6 тижнів: при тяжкій ПЕ показано розродження до 48 годин – в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, після стабілізації стану вагітної; при помірній ПЕ при стабільному стані плода – консервативна тактика.

Розродження жінок з помірною ПЕ після **37 тижнів** – упродовж 24-48 годин, після стабілізації гемодинаміки, при забезпеченні цілодобової доступності екстреної допомоги та адекватного моніторингу за станом матері та плода.

Розродження жінок з тяжкою ПЕ після **37 тижнів** – лише в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, упродовж 24 годин після стабілізації стану гемодинаміки.

Підвищена резистентність в судинах пуповини, вдвічі знижує відсоток успішних вагінальних пологів; при нульовому або реверсивному кровотоці показаний кесарів розтин.

Можливість пологів через природні пологові шляхи повинна бути розглянута в усіх випадках ПЕ (включаючи тяжку) за відсутності показань до кесарева розтину, задовільному стані плода.

Кінцевий вибір методу розродження повинен ґрунтуватися на аналізі клінічної ситуації, враховувати стан матері, плода, можливості лікувального закладу, досвід лікарів.

5. Спостереження у пологах

Продовжити допологову АГТ.

АТ слід вимірювати щогодини при помірній ПЕ, при тяжкій – постійний моніторинг.

Забезпечити адекватне знеболення пологів. За відсутності протипоказань оптимальним методом знеболення пологів є епідуральна аналгезія.

Якщо АТ стабільний зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Протисудомну терапію та АГТ проводять упродовж усього періоду пологів (у т.ч. під час кесарева розтину), щоб підтримати показники сАТ < 160 мм рт.ст. та дАТ < 110 мм рт.ст.

6. Післяпологовий нагляд

Контроль АТ у жінок з ПЕ, після пологів: 4 рази на добу протягом 5 днів після пологів (тяжка ПЕ).

У жінок з тяжкою ПЕ після пологів слід підтримувати такі рівні АТ: систолічний < 160 мм рт. ст., діастолічний < 100 мм рт. ст.

У жінок з цукровим діабетом, АТ необхідно утримувати на рівні < 130/80 мм рт.ст.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень у післяпологовому періоді має проводитись в жінок з ПЕ, з додатковими факторами ризику.

У жінок з тяжкою ПЕ АГТ продовжують в післяпологовому періоді.

У жінок без супутніх патологій, АГТ необхідно проводити для утримання АТ < 140/90 мм рт.ст. Дози АГТ поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 годин після пологів. Якщо жінка отримувала два чи більше антигіпертензивних препарати – один препарат скасовують.

Терапія МС триває не менше 24 годин після пологів або після останнього нападу судом.

Лікарські засоби для зниження АТ у жінок, які годують груддю: ніфедипін, бета-адреноблокатори, каптоприл та еналаприл.

Особливості медичної допомоги при тяжкій прееклампсії.

1. Контроль інфузії магнію сульфату.

В антенатальному періоді призначення магнію сульфату має супроводжуватися кардіомоніторингом плода.

Введення магнію сульфату не можна переривати тільки на підставі зниження артеріального тиску.

Тривалість терапії магнію сульфату - не менше 24 годин.

Рішення щодо зміни швидкості введення магнію сульфату (збільшення або зменшення дози) чи припинення терапії магнію сульфату приймають на підставі оцінки показників сироваткового магнію або у разі появи клінічних ознак токсичності магнію сульфату (сплутана свідомість, зниження ЧД до 12

і менше за хв., зниження $SpO_2 < 95\%$, пригнічення колінних рефлексів, розвиток АВ-блокади).

Моніторинг стану вагітної під час проведення терапії магнію сульфату:

- вимірювання АТ кожні 20 хв.;
- підрахунок частоти серцевих скорочень (ЧСС); спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути ≥ 14 за 1 хв.);
- визначення концентрації магнію кожні 4-6 годин (терапевтичний діапазон – 3-8 ммоль/л);
- визначення сатурації O_2 ($\geq 95\%$);
- перевірка колінних рефлексів кожні 2 год.;
- контроль погодинного діурезу ($\geq 0,5$ мл/кг/год.);
- аускультация серцебиття плода щогодини, фетальний моніторинг (за показаннями).

Протипоказання до терапії магнієм сульфату:

- гіпокальціємія (< 1 ммоль/л іонізованого кальцію);
- пригнічення дихального центру (ЧД < 14 /хв.);
- артеріальна гіпотензія (сАТ < 90 мм рт.ст.);
- кахексія (ІМТ менше 16 кг/м^2).

Тільки за неефективності або непереносимості терапії магнію сульфату та протягом короткого проміжку часу може використовуватися діазепам (10-20 мг в/в) Рутинне використання діазепаму в якості протисудомного засобу у пацієнток з ПЕ та еклампсією не рекомендоване. У пацієнток з еклампсією діазепам – це лише допоміжний седативний засіб при проведенні ШВЛ.

Застосування тіопенталу натрію (вища разова 1,0 г, добова - 5,0 г внутрішньовенно) має розглядатися тільки як седація та протисудомна терапія за умов ШВЛ.

2. Інфузійна терапія (ІТ) при прееклампсії

Проведення ІТ не є рутинною практикою при лікуванні прееклампсії. ІТ не повинна застосовуватися для лікування олігурії ($< 0,5$ мл/кг/год).

Для лікування стійкої олігурії не рекомендується введення допаміну та фуросеміду.

Загальний об'єм рідини обмежується фізіологічною добовою потребою (40-45 мл/кг/добу) з урахуванням введеної та випитої рідини та нефізіологічних втрат (крововтрата тощо), але не більше 80 мл/год або 1мл/кг/год. При проведенні ІТ баланс рідини повинен бути від'ємним. Максимальний об'єм інфузії не повинен перевищувати 800 мл на добу.

У разі необхідності корекції колоїдно-онкотичного тиску (альбумін плазми ≤ 25 г/л або загальний білок плазми ≤ 50 г/л) показано введення 15-25% альбуміну.

Свіжозаморожена плазма не рекомендується для корекції КОТ.

Контроль показників центральної гемодинаміки проводити за допомогою ехокардіографії або неінвазивного контролю серцевого викиду (за можливості).

Рутинний моніторинг центрального венозного тиску не рекомендується.

За необхідності катетеризації центральної вени дану маніпуляцію проводити під контролем ультразвукового дослідження судин.

3. Знеболення пологів та кесаревого розтину при ПЕ

Вибір методу анестезії повинен залежати від досвіду лікаря-анестезіолога.

Раннє введення епідурального катетера (за відсутності протипоказань) рекомендується для контролю болю під час пологів.

Визначення кількості тромбоцитів має бути проведено всім пацієнткам з ПЕ, які поступили для розродження, якщо не проведено раніше.

При операції кесаревого розтину у жінок з ПЕ методом вибору є регіонарна (спінальна, епідуральна, спінально-епідуральна) анестезія за відсутності протипоказань.

Умови для проведення регіонарної анестезії при тяжкій ПЕ та після нападу еклампсії: відсутність судом, рівень свідомості 14 - 15 балів (шкала Глазго), відсутність неврологічного дефіциту, контрольований АТ, відсутність коагулопатії, рівень тромбоцитів $\geq 100 \cdot 10^9/\text{л}$, відсутність ознак гострого порушення стану плода.

При операції кесаревого розтину у жінок з еклампсією метод вибору - загальна анестезія.

Для індукції використовують тіопентал натрію (4-5 мг/кг).

У випадках значної вихідної артеріальної гіпертензії (АТ > 190/130 мм рт.ст) у вагітних з ПЕ/еклампсією допускається застосування фентанілу 50 – 100 мкг до народження дитини, а також урапідилу. Міорелаксація забезпечується суксаметонієм (1,5 мг/кг).

Не припиняти введення МС під час розродження! Після операції продовжують введення МС зі швидкістю 1-2 г/год з метою попередження судомного нападу.

Тактика ведення у разі еклампсії.

Допомогу починають надавати на місці, де стались судоми.

Необхідно:

- зафіксувати час та покликати колег на допомогу;
- захистити жінку від пошкоджень, утримуючи її під час судом;
- підготувати обладнання (повітроводи, відсмоктувач, маска, мішок Амбу,

кисень) та магнію сульфату для болюсного введення.

Після судом, за необхідності, електровідсмоктувачем очистити ротову порожнину та гортань. Провести аускультацию легень. За можливості, проводять інгаляцію киснем.

Покласти жінку на рівну поверхню у положенні на лівому боці або зі зміщенням матки вліво на 15-20°.

Забезпечити подачу кисню (100% кисень зі швидкістю 8-10 л за хв.), оцінити дихання після нападу судом, пульсоксиметрія, аускультация легень для виключення аспірації або набряку легень.

За умови розвитку тривалого апное негайно розпочати примусову вентиляцію маскою з подачею 100% кисню.

Якщо судоми повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (2 мг/кг суксаметонію) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ).

Після нападу негайно розпочати терапію магнієм сульфату, не використовувати діазепам в якості альтернативи магнію сульфату.

Ввести болус 4 г (16 мл 25% р-ну + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію) упродовж 5 хв. в/в, потім продовжувати по 1–2 г/год. Якщо напад повторюється, внутрішньовенно вводять ще 2 г (8 мл 25% розчину) протягом 3–5 хвилин.

Замість додаткового болусу магнію сульфату можна використовувати діазепам 5–10 мг в/в (2–5 мг за хв, максимум 10мг), АБО мідозолам 5–10 мг в/в протягом 2–5 хв, АБО клоназепам 1–2 мг в/в протягом 2–5 хв.

Якщо сАТ $\geq$ 160 мм рт.ст. або дАТ $\geq$ 110 мм рт.ст. проводять АГТ. Прагнути знизити сАТ до 130–150 мм рт.ст. і дАТ до 80–90 мм рт.ст.

Якщо напад судом триває понад 30 хвилин, цей стан розглядають як екламптичний статус.

Не призначати метилергометрин!

Після нападу судом показане невідкладне розродження. Кращий метод розродження після нападу еклампсії - кесарів розтин. Розродження має бути здійснене незалежно від терміну гестації.

Розглянути використання карбетоцину, якщо є ризик ППК.

Профілактика ВТЕ.

У випадках розвитку нападу еклампсії в кінці другого періоду пологів можливе використання вихідних акушерських щипців.

Активне ведення III періоду.

Показання до подовженої ШВЛ у разі еклампсії:

- кома;
- крововилив у мозок;
- поєднання з коагулопатичною кровотечею;
- поєднання з шоком (геморагічним, септичним, анафілактичним);
- набряк легень;
- нестабільна гемодинаміка;
- прогресуюча поліорганна недостатність.

Критерії припинення ШВЛ:

- повне відновлення свідомості;
- відсутність судом та судомної готовності без застосування протисудомних препаратів;
- стабілізація гемодинаміки;
- припинення дії препаратів, які пригнічують дихання;
- відсутність ознак гострого респіраторного дистрес синдрому;
- стабільність стану системи гемостазу;
- сатурація $O_2 > 95\%$, $PaO_2 > 120$ мм рт.ст. при $FiO_2 < 0,4$ ($PaO_2/FiO_2 > 300$).

Інтенсивна терапія еклампсії без ШВЛ:

- напад судом виник під дією надзвичайних стимулів (перейми, потуги) чи у післяпологовому періоді;
- після нападу еклампсії збережені елементи свідомості;
- відсутність неврологічної симптоматики;
- відсутність інших показань до ШВЛ.

Післяпологовий період

Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах ВАІТ.

Рання нутритивна підтримка до 25 ккал /кг/добу (назогастральний зонд після операції).

Магнію сульфату 1-2г/год в/в не менше доби.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень: введення профілактичних доз низькомолекулярного гепарину за відсутності протипоказань (коагулопатія, тромбоцитопенія, неконтрольована артеріальна гіпертензія, геморагічні ускладнення) починається через 8-12 годин після розродження.

«ГОСТРИЙ ЖИВІТ» В ГІНЕКОЛОГІЇ

«Гострий живіт» – це комплекс симптомів, що розвиваються при гострих захворюваннях і/або пошкодженнях органів черевної порожнини та заочеревинного простору; в абсолютній більшості випадків становить безпосередню загрозу для життя жінки та потребує негайного надання невідкладної допомоги, нерідко потребує оперативного втручання, ще до встановлення остаточного діагнозу.

Причини виникнення «гострого живота» найчастіше поділяють на такі клінічні прояви, як:

- гострі внутрішньочеревні кровотечі (порушена позаматкова вагітність, апоплексія яєчника);
- порушення кровообігу у внутрішніх статевих органах (перекрут ніжки пухлини й пухлиноподібних утворень яєчника, перекрут та/або некроз лейоматозного вузла);
- гострі запальні захворювання внутрішніх статевих органів з втягненням у процес очеревини.

«Гострий живіт» гінекологічного походження треба диференціювати з хірургічними захворюваннями: гострий апендицит, перфорація виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, гострий холецистит, гострий панкреатит, гостра кишкова непрохідність та ін. «Несправжній гострий живіт» – стани та захворювання, що призводять до його розвитку, супроводжуються болем у животі різної інтенсивності, захисним напруженням м'язів живота під час спроби пальпації, можуть супроводжуватися змінами у стані хворої, але рідко характеризуються перитонеальними ознаками і не потребують хірургічного втручання. Причини: овуляторний синдром, захворювання придатків матки, фунікуліт, ниркова коліка, хвороба Крона, тромбоз клубових вен.

Розглянемо основні причини гострої внутрішньочеревної кровотечі в гінекології.

Позаматкова (ектопічна) вагітність (graviditas extrauterinae) – це стан, при якому запліднене плодове яйце імплантується і розвивається поза порожниною матки.

Класифікація:

- за локалізацією: трубна; яєчникова; черевна; шийкова; в рудиментарному розі матки;
- за перебігом: прогресуюча; порушена (трубний аборт, розрив маткової труби); вагітність, що не розвивається.

Трубна вагітність (частота - 98–99%); форми (залежно від місця прикріплення заплідненої яйцеклітини):

- 1) в ампулярному відділі маткової труби;
- 2) в перешийковому (істмічному);
- 3) в інтерстиціальному (інтрамуральному);
- 4) у фібріальному відділі маткової труби.

Яєчникова вагітність (частота – 0,1–0,7 %); форми:

1) епіоваріальна (екстрафолікулярна) вагітність, що розвивається на поверхні яєчника;

2) інтрафолікулярна (вагітність, що розвивається всередині фолікула).

Черева вагітність (частота – 0,3–3,4 %); форми:

1) первинна – імплантація відбувається одразу на пристінковій (парієтальній) очеревині, сальнику чи будь-яких органах черевної порожнини;

2) вторинна – плодове яйце прикріплюється в черевній порожнині після екскурсії його з маткової труби внаслідок трубного мимовільного аборту.

Вагітність в рудиментарному розі матки (частота – 0,1–1,9 %); анатомічно її можна віднести до маткової, однак через відсутність зв'язку рудиментарного рогу з піхвою клінічно така вагітність протікає як позаматкова.

Шийкова вагітність (частота – 0,3–3,4 %); форми:

1) справжня шийкова – плідне яйце імплантується і розвивається тільки в шийковому каналі;

2) перешийко-шийкова – місцем прикріплення плідного яйця служить шийка та ділянка перешийка.

Етіологія та патогенез. Запліднене яйце імплантується поза порожниною матки внаслідок порушення транспорту заплідненої яйцеклітини або у зв'язку зі зміною його властивостей. У звичайних умовах запліднення яйцеклітини відбувається в ампулярному відділі маткової труби, після чого запліднена яйцеклітина просувається по ній до матки за рахунок перистальтичних рухів труби та мерехтіння миготливого епітелію ендосальпінкса.

Фактори ризику виникнення позаматкової вагітності: запальні захворювання матки та придатків матки в анамнезі; рубцово-спайкові зміни органів малого тазу внаслідок перенесених раніше операцій на внутрішніх статевих органах (пельвіоперитоніту, абортів); порушення гормональної функції яєчників; генітальний інфантилізм; ендометріоз; тривале використання внутрішньоматкових контрацептивів. Найбільш поширеними

інфекціями, які зумовлюють значний спайковий процес в органах малого таза, є гонорея, хламідіоз, туберкульоз, проте до виникнення перитубарних спайок може призвести будь-яка неспецифічна інфекція внаслідок абортів, внутрішньоматкових діагностичних та лікувальних втручань, застосування ВМК, перенесеного апендициту.

Слизова оболонка маткової труби реагує на запалення набряком, проліферацією сполучної тканини, що спричиняє порушення функції миготливого епітелію і значне звуження її просвіту; в результаті порушується анатомічне розташування маткової труби, її іннервація та здатність реагувати на вплив естрогенів і прогестерону, перераховані фактори призводять до порушення рухової активності маткової труби, що врешті-решт впливає на формування позаматкової вагітності. Крім порушення структури і функції маткових труб внаслідок запалення, в розвитку значного спайкового процесу важливу роль відіграє ендометріоз, що також може призводити до виникнення позаматкової вагітності.

Причини позаматкової вагітності є порушення функції яєчників, як наслідок гіпоталамо-гіпофізарної дисфункції, тому що перистальтика маткових труб та анатомо-функціональна спроможність сфінктера, розташованого в інтерстиціальному відділі труби, залежать від впливу естрогенів і прогестерону; з урахуванням цього можна пояснити досить високу частоту позаматкової вагітності серед жінок з генітальним інфантилізмом; в такій ситуації у зв'язку з гіпофункцією яєчників виникають анатомо-фізіологічні зміни в маткових трубах (довгі, покручені, зі слабкою перистальтикою), що призводить до імплантації заплідненої яйцеклітини в матковій трубі. Певну роль в етіології ектопічної вагітності відіграють пухлини матки і придатків, що призводить до стиснення просвіту труби та порушення транспорту плідного яйця.

Одним з етіологічних факторів настання позаматкової вагітності є порушення протеолітичної активності трофобласта плідного яйця; при зниженій активності трофобласта або в разі уповільненого його утворення плідне яйце імплантується в шийці матки, тобто виникає шийкова вагітність. Причиною вагітності в рудиментарному розі матки або матковій трубі може виступати міграція заплідненої яйцеклітини з однієї маткової труби в іншу.

Клінічна картина прогресуючої трубної вагітності. При трубній вагітності спостерігаються звичайні ознаки вагітності ранніх термінів (як суб'єктивні, так й об'єктивні). Шийка матки щільна, а в ділянці перешийку – розм'якшена, хоча і не в такій мірі, як при матковій вагітності. Матка розм'якшена, поступово збільшується, але розміри не відповідають необхідним для даного терміну вагітності. Форма її залишається грушоподібною, не відмічається асиметричного випинання одного з кутів, як це буває при матковій вагітності. Поза маткою або дещо збоку вдається пропальпувати потовщену нещільну вагітну трубу.

Консистенція придатків більш щільна, різко виражений больовий синдром. При виникненні труднощів у визначенні правильного діагнозу (запалення придатків чи прогресуюча трубна вагітність) жінці призначають

повне обстеження, нагляд упродовж 1–2 днів. Нормальна температурна реакція, стабільна кількість лейкоцитів у динаміці та відсутність об'єктивних симптомів запалення свідчить на користь позаматкової вагітності. У постановці діагнозу важливе значення мають позитивні тести на вагітність, ультразвукова діагностика, діагностична лапароскопія.

Діагностика. Тести діагностики вагітності засновані на виявленні хоріонічного гонадотропіну (ХГ) в сироватці крові та сечі жінки. Високу специфічність має радіоімунологічний метод кількісного визначення β -ХГЛ в сироватці крові, який не відповідає кількості поступового збільшення, що притаманне матковій вагітності.

При УЗД виявляється дещо збільшена матка з лінійними або окремими ехоструктурами в порожнині, виникнення яких зумовлено гіперплазією ендометрія та розвитком децидуальної тканини. Плідне яйце в порожнині матки відсутнє. Воно виявляється в ділянці придатків матки у вигляді округлого утворення і розміри його відповідають терміну вагітності. Високі діагностичні можливості має лапароскопія, але у зв'язку з інвазивністю її використання обмежене та проводиться переважно як заключний етап обстеження у складних діагностичних ситуаціях.

Для діагностики часто використовують пункцію черевної порожнини, яку виконують через заднє склепіння піхви, отримують кров, яка не згортається. Отримання такого пунктату підтверджує наявність внутрішньочеревної кровотечі. Але якщо крові у пунктаті немає, то це не виключає трубну вагітність, оскільки кров може не досягти прямокишечно-маткового заглиблення із-за спайок або вагітність ще є прогресуючою.

Розрив маткової труби та трубний аборт. Характерні симптоми позаматкової вагітності виявляються, коли настає трубний аборт або розрив труби. При трубному аборті плідне яйце розтягує маткову трубу, що призводить до її локального збільшення, стоншення та пошкодження ендосальпінксу.

Ворсинами хоріона руйнують кровоносні судини та виникає відшарування зародка, антиперистальтичні скорочення міосальпінксу виганяють плідне яйце з труби в черевну порожнину, що супроводжується крововиливом в черевну порожнину. Розрив маткової труби здійснюється внаслідок проростання її слизової, м'язової та серозної оболонок ворсинами хоріона. Внутрішньочеревна кровотеча відбувається із пошкоджених судин труби. Якщо локалізація плідного яйця в істмічному або ампулярному відділі труби, то перфорація стінки труби виникає на 4–6-му тижні вагітності, якщо в інтрамуральному – то вагітність може продовжуватись до 10–12 тиж завдяки потужній м'язовій оболонці та рясному кровопостачанню цього відділу.

Клінічна картина. Порушення трубної вагітності за типом розриву маткової труби характеризується раптовим, гострим початком. У жінки виникає напад болю внизу живота, що супроводжується непритомністю. Біль іррадіює у задній прохід, плече, надключичну ділянку (френікус-симптом). У зв'язку з наростаючою кровотечею з'являється блідість шкіри і видимих слизових оболонок, прискорюється пульс, знижується артеріальний тиск,

тобто виявляються ознаки геморагічного шоку. Дихання прискорюється, у важких випадках виникає блювання, шкіра укривається потом, температура тіла знижується. Живіт здутий, болючий при пальпації, позитивні симптоми подразнення очеревини. При перкусії живота визначається притуплення в ділянці скупчення крові, яка вилилась.

При перекладанні хворої на бік зони приглушення перкуторного звуку змінюються у зв'язку з тим, що кров, яка вилилась, стікає до того боку, на якому лежить хвора. Проведення внутрішнього гінекологічного обстеження значно ускладнюється через різку болючість черевної порожнини. При огляді за допомогою дзеркал можна виявити ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки. Кров'яні виділення з цервікального каналу мізерні, незначні. Їх поява пов'язана з відшаруванням децидуальної оболонки матки. Обережне бімануальне дослідження виявляє сплюснення або випинання заднього склепіння піхви. Матка легко зсувається. Складається враження, що матка та збільшені однієї зі сторін придатки матки ніби «плавають» у вільній рідині. Відмічається різна болючість при зміщенні шийки матки і різка болючість заднього склепіння піхви («крик Дугласа»).

Діагностика. При проведенні тесту на вагітність та виявлення позитивного результату з подальшим ультразвуковим дослідженням і виявленні аморфних ехо-компонентів в позаматковому просторі та відсутності плідного яйця в порожнині матки необхідно провести пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви для підтвердження діагнозу. Диференційну діагностику слід проводити з апоплексією яєчника, гострим запаленням придатків матки, матковим абортom ранніх термінів, пельвіоперитонітом при некрозах фіброматозних вузлів матки та перекрутом ніжки пухлини яєчника.

Інші види позаматковій вагітності. Яєчникова, черевна ектопічна вагітність та вагітність у рудиментарному розі матки бувають рідко.

Яєчникова вагітність. Плідне яйце може імплантуватись на поверхні яєчника або розвиватися всередині фолікула. Ця вагітність переривається на ранніх термінах, схожа на картину трубної.

Черевна вагітність буває як первинна, так і вторинна. Плідне яйце може прикріплюватися до різних органів черевної порожнини. Вона закінчується розривом капсули плодовмістища на ранніх термінах, масивною кровотечею, перитоніальним шоком й втратою свідомості. При вагінальному дослідженні пальпується невелика матка, частини плода визначаються під черевною стінкою.

Клінічними проявами шийкової та перешийково-шийкової вагітності є кровотеча із піхви на тлі затримки менструації при відсутності больового синдрому. При гінекологічному огляді звертає на себе увагу ексцентричне розташування зовнішнього вічка та розширення судин шийки матки. Бімануальне дослідження виявляє м'яку «діжкоподібну» збільшену шийку і невеликих розмірів щільну матку. Після проведення дослідження кровотеча посилюється.

Вагітність у рудиментарному розі матки, який має недостатньо розвинутий м'язовий шар і неповноцінну слизову оболонку, переривається в 8–16 тиж, виникає інтенсивна крововтрата з розвитком внутрішніх перитонеальних симптомів.

Лікування хворих з ектопічною вагітністю хірургічне. Характер операції залежить від локалізації плідного яйця, ступеня крововтрати, загального стану жінки та вираженості патологічних змін в ураженій і протилежній трубі, від віку хворої та бажання надалі мати дітей.

Лапароскопія. Лапароскопічну сальпінготомію слід розглядати як первинне оперативне втручання при лікуванні трубної вагітності за наявності патологічних змін у другій матковій трубі і бажання збереження фертильності. Сальпінготомія – виділення плідного яйця через розріз у трубі з наступним ушиванням маткової труби (з метою збереження маткової труби). Проводиться у ранні терміни прогресуючої вагітності або з невеликим пошкодженням труби (трубним абортom) при помірній крововтраті.

Лапаротомія з тубектомією. Виконують при наявності у хворої великої кровотечі, значних патологічних змін маткової труби, що обумовлені порушеною вагітністю або запальними процесами. При масивній крововтраті проводять реінфузію аутокрові, яка знаходиться в черевній порожнині.

Медикаментозне лікування трубної вагітності. Медикаментозне лікування позаматкової вагітності із застосуванням метотрексату. Ця терапія є найефективнішою в пацієток, в яких концентрація ХГЛ у сироватці менше 3000 МО/л, а клінічні симптоми мінімальні. Метотрексат – антагоніст фолієвої кислоти, порушує та блокує синтез ДНК; частіше використовують поєднання сальпінготомії, з енуклеацією плідного яйця, з наступним локальним введенням метотрексату.

При лікуванні яєчникової вагітності малого терміну проводять резекцію яєчника або оваріоектомію (виділення яєчника).

При вагітності, що розвивається в придатковому розі матки, видаляють рудиментарний ріг з прилеглою матковою трубою.

Лікування черевної вагітності має великі труднощі через можливу масивну крововтрату. Може потребувати видалення разом з плодовістилицем й навколишніх тканин (парієтальної очеревини, резекція кишечника, сальника).

При профузній кровотечі з причини шийкової вагітності показано проведення екстирпації матки без придатків.

Апоплексія яєчника (розрив яєчника). До схильних факторів відносяться - перенесені запальні процеси, локалізовані в малому тазу, які привели до склеротичних змін у тканині яєчника та судин, до застійної гіперемії і варикозного розширення вен. Не виключена роль і ендокринних факторів. Кровотечі з яєчника можуть сприяти захворювання крові з порушенням її згортання.

Розрив яєчника відбувається в період овуляції або в другу фазу менструального циклу (розрив кісти жовтого тіла).

Розрізняють 3 клінічні форми захворювання: анемічну, больову та змішану.

У клінічній картині анемічної форми переважають симптоми інтраперитонеальної кровотечі. Початок захворювання може бути пов'язаний з фізичними травмами, фізичною напругою, статевим актом, а може починатися без видимої причини. Гострий інтенсивний біль в животі з'являється у другій половині чи в середині циклу. Нерідко біль поширюється у задній прохід, зовнішні статеві органи, куприк; може спостерігатися френікус-симптом.

Болючий приступ супроводжує слабкість, запаморочення, нудота, іноді блювота, холодний піт, непритомний стан. При огляді звертає на себе увагу блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія при нормальній температурі тіла. У залежності від величини крововтрати знижується артеріальний тиск. Живіт залишається м'яким, трохи роздутим. Напруга м'язів черевної стінки відсутня. При пальпації живота виявляється розлита хворобливість в усій нижній половині його. Симптоми подразнення очеревини виражені в різному ступені. Перкусія живота може виявити в черевній порожнині наявність вільної рідини.

Під час бімануального (досить болісного) дослідження визначають нормальних розмірів матку, іноді - збільшений хворобливий кулястий яєчник. При значній кровотечі знаходять нависання та болючість заднього та/або бічних склепінь піхви.

У клінічному аналізі крові переважає картина анемії.

Больова форма апоплексії яєчника спостерігається у випадках крововиливу у тканини фолікула чи жовтого тіла без кровотечі чи з невеликою кровотечею в черевну порожнину.

Захворювання починається гостро з приступу болю унизу живота, що супроводжується нудотою та блювотою на фоні нормальної температури. Ознаки внутрішньої кровотечі відсутні. Живіт частіше м'який, але може виявлятися деяка напруга м'язів черевної стінки в клубових ділянках. Пальпація живота хвороблива в нижніх відділах, там же визначаються помірно виражені симптоми подразнення очеревини. Вільної рідини в черевній порожнині знайти не вдається. Кров'янистих виділень із статевих шляхів немає.

При внутрішньому гінекологічному дослідженні визначають нормальних розмірів матку, зсув якої викликає біль, і трохи збільшений круглий хворобливий яєчник. Склепіння піхви залишаються високими.

Клінічний аналіз крові не виявляє значних відхилень від норми.

Лікування апоплексії яєчника залежить від ступеня внутрішньочеревної кровотечі. Анемічна форма захворювання вимагає хірургічного лікування, обсяг якого може бути різним. Якщо відбувся розрив жовтого тіла, його варто ушити гемостатичними Т-подібними швами. Найбільш типовою операцією є резекція яєчника. Видаляють яєчник цілком тільки в тих випадках, коли вся його тканина просочена кров'ю.

В останні роки з'явилася можливість проведення операцій, що щадять,

з використанням лапароскопії, під час яких здійснюють евакуацію крові, що вилилася в черевну порожнину, і коагуляцію ділянки яєчника, що кровоточить.

Больова форма апоплексії яєчника без клінічних ознак наростаючої внутрішньочеревної кровотечі можна лікувати консервативно. Призначають спокій, холод на низ живота, препарати гемостатичної дії, вітаміни. Консервативна терапія проводиться в стаціонарі під спостереженням медичного персоналу.

Питання для самоконтролю до теми:

1. Сучасна термінологія, визначення поняття «пreekлампсія».
2. Класифікація пreekлампсії.
3. Тактика лікаря та методи лікування пreekлампсії.
4. Клініка та діагностика еклампсії.
5. Перша допомога при розвитку приступу еклампсії.
6. Поняття «гострий живіт» в гінекології.
7. Позаматкова вагітність: класифікація, клініка, тактика ведення.
8. Апоплексія яєчника: класифікація, клініка, тактика ведення.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ ДО ТЕМ ЛЕКЦІЙ:

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 і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020. - 376 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. Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology / Ed. by S. Arulkumaran, W. Ledger, L. Denny, S. Doumouchsis. – Oxford University Press, 2020 – 928 p.
7. 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.
8. 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.

Додаткова:

1. Збірник ситуаційних задач та тестових завдань з гінекології: навчальний посібник / А.Г.Волянська, Г.Л. Лавриненко, Н.А. Бикова та ін.; за ред. проф. І.З. Гладчука. – Одеса: Олді+, 2024. - 310с.
2. Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології: монографія / І.З. Гладчук, О.Я. Назаренко, Р.О. Ткаченко – Одеса: ОНМедУ, 2021. – 112 с.
3. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб. / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін.; за ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
4. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
5. 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
6. 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/>
7. Наказ МОЗ України від 09.08.2022 №1437 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність».
8. Наказ МОЗ України від 26.01.2022 №170 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи».
9. Наказ МОЗ України від 24.01.2022 №151 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді».
10. Наказ МОЗ України від 24.09.2022 №1730 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність».

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
7. <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
8. <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
9. <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health

10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / *American Medical Association*
12. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
13. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
14. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
15. www.gmc-uk.org - *General Medical Council (GMC)*
16. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
17. www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я.