

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 ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»

для здобувачів 6 курсу

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Спеціалізація: Акушерство та гінекологія

Освітньо-професійна програма: Медицина

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
К.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Оксана ПАВЛОВСЬКА
К.мед.н. доцент кафедри акушерства та гінекології Ольга ШЕВЧЕНКО
К.мед.н. доцент кафедри акушерства та гінекології Еліна ПАНЧУК
К.мед.н. асистент кафедри акушерства та гінекології Тетяна ЛУНЬКО

Рецензенти:

Завідувач кафедри сімейної медицини, загальної практики та поліклінічної
терапії, професор, доктор медичних наук Валентина ВЕЛИЧКО
Завідувач кафедри симуляційних медичних технологій,
доктор економічних наук, к.мед. н. Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

ТЕМА 24

«Порушення менструальної функції в репродуктивному віці, нейроендокринні синдроми. Фізіологічні та патологічні стани репродуктивної системи у різні вікові періоди»

Мета: сформувати професійні уміння з діагностики та лікування різних порушень менструальної функції у репродуктивному віці, нейроендокринних синдромів, засвоїти уміння самостійно використовувати знання та навички на практиці, сформувати уміння застосовувати знання в комплексі, сформувати чітке уявлення та уміння при послідовності дій при обстеженні та лікуванні фізіологічних та патологічних станів репродуктивної системи у різні вікові періоди.

Основна дидактична мета практичного заняття - розширення, поглиблення й деталізація наукових знань, отриманих здобувачами вищої освіти на лекціях та в процесі самостійної роботи, спрямованих на підвищення рівня засвоєння навчального матеріалу, формування компетентностей, розвиток наукового мислення та усного мовлення здобувачів вищої освіти. Залучити до аналітичної діяльності та до самостійного рішення клінічних задач здобувачів вищої освіти, перевірити рівень засвоєння знань.

Основні поняття:

Нейроендокринні синдроми, порушення функцій репродуктивної системи у різні вікові періоди зустрічаються доволі часто, мають багато спільного, характеризуються тими або іншими порушеннями гіпоталамо-гіпофізарної системи, але, разом з тим, кожний з них характеризується переважанням певної групи симптомів. Своєчасна діагностика та лікування таких станів дуже важливе для збереження репродуктивного здоров'я жінок, зниження ускладнень перебігання вагітності та пологів.

Здобувачам вищої освіти необхідно знати:

- поняття «гострі та хронічні аномальні маткові кровотечі (АМК)», система класифікації (PALM\COEIN) для визначення причин АМК, не пов'язаних з вагітністю, методи їх діагностики та лікування;
- нейроендокринні синдроми - передменструальний синдром, післяпологовий метаболічний нейроендокринний синдром, післяродовий гіпопітуїтаризм (синдром Шихана), гіперпролактинемія, клімактеричний синдром, синдром Штейна-Левенталя (оваріальна гіперандрогенія, склерополікістозні яєчники - СПКЯ), методи діагностики та лікування;
- порушення менструальної функції, статевого розвитку у дівчаток, запальні захворювання статевих органів у дівчаток та підлітків, методи контрацепції у підлітків (сучасні методи обстеження у дівчаток та підлітків з гінекологічними захворюваннями, ювенільні аномальні маткові кровотечі, аменорея у дівчаток, порушення статевого розвитку у дівчаток-підлітків, запальні захворювання вульви та піхви у дівчаток, методи контрацепції для дівчаток-підлітків);
- фізіологічні зміни в жіночих статевих органах в клімактеричному періоді, клімактеричний синдром, АМК в період пре- і пери менопаузи, опущення та випадання внутрішніх статевих органів, генітоуринарні розлади в клімактерії.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

Тестові завдання

1. Хвора 22 років скаржиться на відсутність менструацій, зростання волосся на обличчі, кінцівках. Заміжня. Менструації з 14 років, мізерні, нерегулярні. Об'єктивно: зріст - 160 см,

маса тіла - 65 кг. Статура по жіночому типу. Зростання волосся на обличчі у вигляді бакенбард, на верхній губі, підборідді, предплеччях, стегнах, гомілках. Зовнішні геніталії нормальної будови. Матка звичайних розмірів, яєчники збільшені, полікістозно змінені. Який найвірогідніший діагноз?

- A. Гіперпролактинемія
- B. Хвороба Іценко-Кушинга.
- C. Аденогенітальний синдром.
- D. Синдром Шерешевського-Тернера
- E. Синдром полікістозних яєчників

2. В жіночу консультацію звернулася хвора 36 років з скаргами на підвищену дратівливість, плаксивість, головний біль, серцебиття, набряки на руках і ногах, зменшення сечовипускання, нагрубання молочних залоз. Ці прояви виникають і поступово нарастають за декілька днів до менструації і зникають з її початком. Менструальний цикл без порушень. Перераховані скарги початку відзначати протягом останнього року. Який діагноз?

- A. Аденогенітальний синдром
- B. Синдром Шихана
- C. Передменструальний синдром
- D. Синдром Штейна-Левенталя
- E. Клімактеричний синдром

3. Хвора 30 років скаржиться на відсутність менструацій протягом 2-х років після пологів. Пологи ускладнилися масивною кровотечею. Після пологів хвора відзначила випадання волосся, втрату ваги. При бімануальному дослідженні тіло матки зменшено, статеві губи гіпопластичні.

Вкажіть етіологічний чинник ускладнення:

- A. Аденогенітальний синдром
- B. Спадковий чинник
- C. Некротичні зміни в аденогіпофізі унаслідок геморагічного шоку в пологах
- D. Метаболічний синдром

4. Порушення функцій сечових органів можливо при:

- A. Субсерозно розташованому міоматозному вузлі
- B. Аденоміозі
- D. Клімактеричному синдромі
- C. Краурозі вульви
- E. Пухлині яєчника

5. Нейроендокринним синдромом не є:

- A. Передменструальний
- B. Геморагічний синдром
- C. Полікістозних яєчників
- D. Гіперпролактинемія

6. При синдромі полікістозних яєчників не спостерігаються:

- A. Ановуляція
- B. Безпліддя
- C. Диспареунія
- D. Двостороннє збільшення яєчників
- E. Гіперліпідемія

7. Жінка 42 років, скаржиться на приливи жару, диспареунію і порушення сну, 1,5 міс тому перенесла гістеректомію з придатками з приводу міоми матки та пухлини яєчника. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Ендометріоз
- B. Гіперпролактинемія
- C. Клімактеричний синдром
- D. Генітальний пролапс
- E. Післякастраційний синдром

8. Хвора 37 років звернулася в жіночу консультацію з скаргами на помірні кров'яністі виділення із статевих шляхів протягом 10 днів, які з'явилися після затримки чергової менструації на 1,5 міс. При гінекологічному дослідженні: шийка матки візуально не змінена, матка не збільшена, щільна, рухома, безболісна, придатки з обох боків не збільшені, безболісні, склепіння глибокі. Який найвірогідніший діагноз?

- A. Хронічне запалення додатків матки
- B. Аномальна маткова кровотеча
- C. Позаматкова вагітність
- D. Міома матки
- E. Ендометріоз

9. Хвора 14 років скаржиться на тяжкість і біль внизу живота, що посилюються періодично. Вперше такі відчуття з'явилися 3 місяці тому. Зріст 155 см, вага 49 кг. Зовнішні статеві органи розвинуті нормально, при гінекологічному огляді було виявлено випинання дівочої перетинки. При УЗД органів малого тазу тіло матки та яєчники не збільшені, відповідають віковій нормі. Про яку аномалію статевих органів йдеться?

- A. Атрезія дівочої перетинки
- B. Перегородка піхви.
- C. Аплазія матки
- D. Подвоєння матки
- E. Синехії вульви

10. В гінекологічне відділення звернулася дівчинка 12 років з скаргами на кровотечу із статевих шляхів протягом 2-х тижнів, після затримки менструації протягом 3-х місяців, слабкість, головний біль, запаморочення. Менструації з 10 років. В аналізі крові Hb - 100 г/л, кількість тромбоцитів 200 тис. Живіт при пальпації безболісний, симптомів подразнення очеревини немає. Гінекологічне дослідження: virgo. При ректальному дослідженні: тіло матки і придатки без патології. Попередній діагноз?

- A. Апоплексія яєчника
- B. Аномальна маткова кровотеча у дівчаток
- C. Хвороба Верльгофа
- D. Синдром полікістозних яєчників
- E. Позаматкова вагітність

Вірні відповіді 1E, 2C, 3C, 4D, 5B, 6C, 7E, 8B, 9A, 10B

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

В Україні з 2016р. прийнятий Уніфікований клінічний протокол етапного надання медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах (АМК) - Наказ МОЗ України від 13.04.16р. № 353 (зі змінами 23.09.16р. № 994).

Аномальна маткова кровотеча (АМК) – це узагальнююче поняття для будь-якого відхилення менструального циклу від норми, що включає зміни регулярності і частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається.

Запропонована така нова термінологія:

- 1) **Гострі АМК** - епізоди кровотеч у невагітних жінок репродуктивного віку, інтенсивність яких вимагає негайного втручання з метою попередження подальшої втрати крові;
- 2) **Хронічні АМК** - це кровотечі з відхиленнями від норми за тривалістю, об'ємом та\або частотою, які виникають впродовж більшої частини останніх 6 місяців;
- 3) **Тяжка менструальна кровотеча (ТМК)** – надмірна менструальна крововтрата, що негативно впливає на фізичний стан жінки, соціальні, емоційні та\або матеріальні аспекти її життя. ТМК може проявлятися самостійно або в поєднанні з іншими симптомами.

Запропонована термінологія спрямована на спрощення опису клінічної картини і заміщення таких застарілих термінів, як менорагія, метрорагія, поліменорея, дисфункціональні маткові кровотечі.

Межі норми для менструального циклу (FIGO, 2011)

Параметри	Кількісні характеристики
Інтервал	24-38 днів
Тривалість кровотечі	4,5-8 днів
Кількість крові	5-80 мл\цикл

Нова система класифікації (PALM\COEIN) для визначення причин АМК, не пов'язаних з вагітністю

Структурні	Неструктурні
Р – поліпи А – аденоміоз L - лейоміома М – злоякісні пухлини, гіперплазія	С – коагулопатія О- порушення овуляції Е – патологія ендометрію І – ятрогенні N – некласифіковані

Лікування гострої АМК

За умови порушення вітальних функцій проводиться стабілізація їх показників (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, частота дихання, температура, когнітивні функції та ліквідація гіповолемії).

Якщо дозволяють клінічні обставини, то обирають **медикаментозну терапію** – транексамова кислота, комбінований оральний контрацептив, пероральні гестагени. Медикаментозна терапія при гострої АМК вважається неефективною при відсутності динаміки зменшення обсягу крововтрати впродовж 12 годин після призначення терапії з розвитком гемодинамічних та\або гематологічних ускладнень.

Вибір на користь **хірургічного лікування** розглядається у разі:

- нестабільності клінічного стану жінки;
- наявності протипоказань для медикаментозного лікування;
- відсутності ефекту від медикаментозного лікування

Серед хірургічних методів застосовуються:

- абляція\резекція ендометрію з обов'язковим гістологічним дослідженням ендометрію;

- кюретаж порожнини матки з обов'язковим гістологічним дослідженням ендометрію;
- емболізація маткових артерій;
- гистеректомія;
- специфічне хірургічне лікування при виявленні структурної патології (згідно відповідних протоколів)

Лікування хронічної АМК

При виявленні системного захворювання як причини АМК треба проводити його специфічне лікування. При виявленні структурної патології органів малого тазу лікування проводиться згідно відповідних клінічних протоколів.

Після виключення структурної патології органів малого тазу слід розглядати **медикаментозне лікування - корекція анемії (препарати заліза), гормональні методи (внутрішньоматкова система з прогестином, КОК, пероральні прогестини, агоністи гонадотропін-релізинг гормону), інгібітори фібринолізу (транексамова кислота).**

Медикаментозне лікування вважається неефективним при відсутності динаміки зменшення обсягу крововтрати впродовж 3 місяців після призначення терапії. Тоді слід обирати хірургічне лікування.

Нейроендокринні синдроми

1. Передменструальний синдром (ПМС) - це захворювання, що проявляється фізичними та емоційними симптомами, що впливають на повсякденне життя за 2 тижні до менструації. Ці симптоми, зазвичай, зменшуються з її початком та часто зникають до кінця менструації. Майже в усіх жінок спостерігаються деякі передменструальні симптоми. Симптоми у кожної жінки різні, але найпоширеніші включають:

- перепади настрою; почуття депресії, дратівливості чи гарячковості;
- почуття тривоги чи емоційного розладу;
- підвищену втому або проблеми зі сном;
- головний біль;
- зміни апетиту та потяг до їжі;
- почуття незграбності;
- затримку рідини та набряки;
- зміни шкіри або волосся;
- болючість молочних залоз.

У 2 - 4 зі 100 жінок спостерігається ПМС, який є досить тяжким, щоб порушувати повсякденне життя. У дуже невеликої частини жінок спостерігається ще більш інтенсивна форма ПМС, відома як передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР). Симптоми ПМДР включають депресію, перепади настрою, гнів, занепокоєння, почуття пригніченості, труднощі з концентрацією уваги, дратівливість та напругу.

Симптоми ПМС можуть з'явитися в будь-який час після менархе, але, як правило, після 20 років, і зазвичай, без лікування продовжуються протягом усього репродуктивного періоду. Деякі жінки відчувають більш тяжкі симптоми в пізньому репродуктивному віці, а жінки з передменструальними розладами мають більш високий ризик розвитку розладів настрою під час менопаузального переходу. ПМС повністю зникає після менопаузи та тимчасово - протягом вагітності або під час будь-якого порушення овуляції.

Фактори навколишнього середовища та генетичні фактори відіграють певну роль у розвитку передменструальних симптомів. Попередні дані свідчать про те, що ризик ПМС і ПМДР пов'язаний з генетичними варіаціями ESR1, гену альфа-рецептора естрогену. Інші можливі фактори ризику розвитку ПМС та ПМДР включають низький рівень освіти, куріння та травматичні події або тривожний розлад в анамнезі.

Різноманіття форм ПМС пов'язано із залученням у патологічний процес різних структур гіпоталамуса і лімбіко-ретикулярного комплексу. Очевидний зв'язок виникнення ПМС із

коливаннями гормонів яєчників. Провідну роль відводять гіперестрогенії (абсолютній чи відносній при дефіциті прогестерону) і зумовленій нею затримці натрію і рідини в тканинах організму, насамперед у ЦНС. Аналогічний ефект має пролактин, підвищений вміст якого або зміна чутливості рецепторного апарату до нього, що діагностуються при ПМС.

Класифікація ПМС



Основний передменструальний розлад (ПМР) - це найпоширеніший та загально визнаний тип ПМС. Як і при усіх ПМР, симптоми повинні бути достатньо сильними, щоб впливати на повсякденну діяльність або перешкоджати роботі, успішності у навчанні або міжособистісним стосункам. Симптоми основного ПМР є неспецифічними і повторюються в овуляторних циклах. Вони повинні бути присутніми під час лютеїнової фази і зникати з початком менструації, після якої настає тиждень без симптомів. Обмежень щодо типу або кількості симптомів, що виникають, не існує; проте деякі жінки матимуть переважно психологічні, переважно соматичні або змішані симптоми.

Виділяють чотири підтипи ПМР, які не відповідають критеріям основного ПМР, їх називають «варіантними»:

- **Передменструальне загострення фонового захворювання (ПМЗ)**, такого як цукровий діабет, депресія, епілепсія, бронхіальна астма та мігрень. Такі пацієнтки будуть відчувати симптоми, характерні для їхнього фонового захворювання протягом усього менструального циклу.
- **Неовуляторний ПМР** виникає за наявності активності яєчників без овуляції. Наразі недостатньо доказів, але вважається, що фолікулярна активність яєчників здатна викликати симптоми.
- **Прогестаген-індукований ПМР** спричинений екзогенними прогестагенами, присутніми в гормональній терапії та комбінованих оральних контрацептивах (КОК). Симптоми ПМС можуть відновлюватися у жінок, які є особливо чутливими до прогестагенів та застосовують контрацептиви, що містять лише прогестаген. Але ці симптоми ПМС не є циклічними – тому вони не належать до варіантних ПМР і вважаються побічними ефектами безперервної терапії прогестагенами (можливо, зі схожими механізмами дії).

- **ПМР з відсутністю менструацій** спостерігається у жінок, у яких є оваріальний цикл, але відсутня менструація.

Діагностика ПМР з відсутністю менструацій у жінок з нормальною функцією яєчників та овуляцією, за відсутності менструацій, є більш складною. Ці жінки відчувають типові циклічні симптоми ПМС/ПМДР, але не можуть використовувати менструацію, як орієнтир для своїх симптомів.

Приклади включають:

- жінок, які перенесли гістеректомію (із збереженням яєчників) або абляцію ендометрія, результатом якої є аменорея приблизно у 35–40 % випадків;
- жінок, які використовують ЛНГ-ВМС (для контрацепції або лікування тяжких менструальних кровотеч). Аменорея, зазвичай, розвивається через шість місяців використання, але овуляція зберігається приблизно у 75% жінок.

Передменструальний дисфоричний розлад. На додаток до фізичних симптомів, виникає щонайменше один афективний, такий як гнів, дратівливість та/або внутрішня напруга, протягом лютеїнової фази менструального циклу, а іноді - ще у перші кілька днів менструації, однак після менструації симптоми зменшуються і зникають.

Діагноз ПМДР вимагає наявності п'яти з 11 вказаних симптомів (Додаток 1), одним з яких має бути настрій. Симптоми повинні виникати строго під час лютеїнової фази і бути досить сильними, щоб порушувати повсякденну життєдіяльність.

Додаток 1

Критерії передменструального дисфоричного розладу (ПМДР) (O'Brien S. та ін., 2011)

A.	Протягом більшості менструальних циклів принаймні 5 симптомів присутні в останній тиждень перед початком менструації, потім зменшуються впродовж кількох днів після початку менструації та стають мінімальними або відсутні протягом тижня після менструації
B.	Має бути присутній ≥ 1 симптом: виражена афективна лабільність (наприклад, перепади настрою, безпричинний смуток, підвищена образливість); виражений гнів чи дратівливість або часті міжособистісні конфлікти; виражене відчуття безнадії, пригнічений настрій, самопринизливі думки; виражена напруга, тривога, відчуття «на межі»
C.	Має бути присутній ≥ 1 симптом, а в сумі з вищенаведеними симптомами критерію B має бути 5 симптомів: порушення концентрації уваги; порушення апетиту, потяг до певної їжі, переїдання; зниження інтересу до звичайної діяльності; швидка втомлюваність, нестача енергії; відчуття пригніченості або неможливості контролю своєї поведінки; болючість молочних залоз, здуття живота, збільшення маси тіла або біль у м'язах/суглобах; гіперсомнія або безсоння
D.	Симптоми супроводжуються клінічно значущим дистресом або порушенням діяльності на роботі, навчанні, під час повсякденної активності або при взаємодії з іншими людьми
E.	Розлад не є звичайним загостренням симптомів іншого патологічного стану або психічного розладу, такого як великий депресивний розлад, панічний розлад, стійкий депресивний розлад (дистимія) або розлад особистості (хоча це може відбуватися одночасно з будь-яким із цих розладів)
F.	Наявність критерію A слід визначати за даними проспективного ЩС протягом щонайменше 2 циклів, під час яких наявні симптоми
G.	Симптоми не пов'язані з фізіологічним впливом певної речовини (наприклад зі зловживанням наркотиками, ліками) або іншим патологічним станом (наприклад з гіпертиреозом)

В залежності від превалювання тих чи тих симптомів у клінічній картині виділяють чотири форми ПМС:

- 1) нейропсихічна (дратівливість, депресія, слабкість, агресивність);
- 2) набрякова – набряки молочних залоз, обличчя, кінцівок;
- 3) цефалгічна - головний біль, запаморочення, нудота, пітливість;
- 4) кризова – симпато-адреналові кризи.

Класифікація за ступенем тяжкості

Залежно від ступеню тяжкості захворювання розрізняють:

- 1) легку форму ПМС - поява 3-4 симптомів за 2-10 днів до менструації при значній вираженості 1-2 з них;
- 2) важку форму ПМС - поява 5-7 симптомів за 3-14 днів до менструації з різкою вираженістю 2-5 або всіх.

Класифікація за стадіями ПМС

1. Компенсована - симптоми хвороби з'являються в II фазі циклу, припиняються з початком менструації і з роками не прогресують;
2. Субкомпенсована - симптоми ПМС зникають тільки із закінченням менструації, а тяжкість захворювання з роками усугубляється;
3. Декомпенсована - симптоми захворювання зберігаються протягом декількох днів після закінчення менструації і світлі проміжки поступово скорочуються.

Для діагностики та диференціальної діагностики ПМС слід розглянути нижченаведені аспекти/запитання (Таблиця 1)

Таблиця 1. Основні дані, необхідні для діагностики та прийняття рішення щодо лікування ПМР

Анамнез щодо менструацій/репродуктивного періоду: частота, тривалість, тяжкість, болючість, регулярність менструацій, наявність аменореї, відомості про останню менструацію, вагітності
Анамнез ПМР: вік, в якому почалися розлади, їх характер, періодичність і тяжкість, наявність або відсутність симптомів після менструації, наявність періоду без симптомів під час фолікулярної фази
Порушення діяльності: вплив симптомів на роботу, навчання, побутову, соціальну активність тощо (щонайменше 3-5 днів); ступінь дистресу
Супутні патологічні стани (психологічні, фізичні стани, захворювання), прояви яких нарастають перед початком менструації
Суїцидальні наміри
Переносимість попередньої або поточної гормональної терапії
Планування сім'ї та готовність використовувати під час лікування бар'єрні методи контрацепції
Ставлення пацієнтки до різних методів лікування ПМР
Анамнез лікування ПМР: ефективність, побічні ефекти
Прихильність до лікування

Менструальна мігрень

Слід запідозрити менструальну мігрень у жінок та дівчат, у яких мігрень виникає переважно між 2-а днями до та 3-а днями після початку менструації, щонайменше у двох із 3-х менструальних циклів.

Діагностика Діагноз ПМС підтверджується скоріше часом виникнення, а не типом симптомів, та ступенем їхнього впливу на повсякденну діяльність. Характер симптомів у окремої пацієнтки не впливає на діагноз. Для того, щоб відрізнити фізіологічні менструальні симптоми від ПМС, слід довести, що ці симптоми викликають у жінки значні розлади під час лютеїнової фази менструального циклу.

Обов'язкові:

- **Детальний збір анамнезу** щодо менструацій, симптомів ПМР та їх впливу на повсякденну діяльність, наявності факторів ризику ПМС, значущих травматичних подій нещодавно або в минулому, наявності супутньої патології, проведеного лікування та його переносимості.
- **Фізикальний огляд** (при фізикальному огляді жінок з ПМС/ПМДР, зазвичай, не виявляють специфічних ознак. Можлива наявність болючості при пальпації молочних залоз, здуття живота та збільшення маси тіла в лютеїнову фазу менструального циклу);
- **Лабораторні обстеження** Не існує специфічних біохімічних відхилень, пов'язаних із ПМС/ПМДР. Добові концентрації гонадотропінів та статевих стероїдних гормонів у сироватці крові жінок з ПМС нічим не відрізняються від жінок без ПМС. Для диференціальної діагностики проводиться визначення у сировотці крові ФСГ, пролактин, естрадіол (E2), ТТГ, кортизол на 2-5 день менструального циклу, натще, між 8.00 та 9.00 годинами ранку.

Диференціальна діагностика

Передменструальні розлади слід завжди диференціювати з: ПМЗ основного психічного розладу (афективними розладами, такими як великий депресивний розлад, малий депресивний розлад або дистимічний розлад); менопаузальним переходом; порушенням функції щитовидної залози (гіпер- або гіпотиреозом); зловживанням алкоголем або психоактивними речовинами та іншими захворюваннями.

Лікування

Лікування ПМС потрібно проводити доти, доки у жінки продовжуються оваріальні цикли. Припинення лікування може призвести до рецидиву передменструальних симптомів, тому тривале лікування має важливе значення. Жінки з рецидивуючими симптомами, як правило, потребують лікування, доки не завагітніють або не закінчать менопаузальний перехід.

1. Емпірична терапія

Найбільш вагомими докази ефективності емпіричної терапії ПМР існують для застосування *токоферолу (вітаміну E), екстракту плодів прутняка звичайного (Agni casti fructus) та когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).*

У випадку лікування жінок з тяжкою формою ПМС, КПТ слід завжди розглядати, як варіант лікування. КПТ є важливим інструментом для зменшення функціональних порушень при ПМДР. Якщо КПТ виявиться успішною для пацієнтки, це дозволить уникнути медикаментозного лікування та потенційних побічних ефектів.

2. Негормональні лікарські засоби

Селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну (СИЗС) та селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну та норадреналіну (СИЗСН) слід розглядати, як один із варіантів лікування тяжкої форми ПМС. Підставою для початку лікування антидепресантами, за неефективності немедикаментозних засобів корекції, є наявність симптомів депресії впродовж не менше 2-х тижнів.

Застосування СИЗС/СИЗСН рекомендується у лютеїнову фазу менструального циклу або у безперервному режимі. Сприятливий ефект можна очікувати протягом 48 годин після

початку лікування, але, власне, антидепресивний ефект проявляється наприкінці другого тижня терапії.

3. Лікарські засоби, що містять гормони

Овуляцію можна пригнітити, використовуючи КОКи, трансдермальні естрогени у комбінації з прогестагенами, аналоги ГнРГ з додатковою терапією прикриття.

Трансдермальний естрадіол у поєднанні з циклічним прийомом прогестерону у мікронізованій формі (100 або 200 мг) перорально або вагінально циклічно у лютеїнову фазу 10-12 днів або прогестагеном ЛНГ-ВМС 52 мг протягом тривалого часу є ефективним для лікування фізичних та психологічних симптомів тяжкої форми ПМС.

Для лікування жінок з тяжким ПМС/ПМДР ефективними є монофазні КОКи, що містять етинілестрадіол, дроспіренон та левомефолат кальцію, і їх слід розглядати в якості медикаментозної терапії першої лінії, після оцінки медичних критеріїв прийнятності контрацепції.

Аналоги ГнРГ можуть застосовуватися з метою встановлення діагнозу ПМДР (у важких для діагностики випадках) та перед плануванням хірургічного лікування тяжких форм ПМДР у випадку неефективності медикаментозної терапії.

Аналоги ГнРГ пригнічують синтез стероїдних гормонів у яєчниках, а отже викликають різке полегшення або повне зникнення симптомів у пацієнок з основним ПМР, але їх негативний вплив на мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) дозволяє розглядати їх лише у тяжких випадках. Слід застосовувати додаткову терапію прикриття та проводити вимірювання МЩКТ.

4. Хірургічне лікування

Для лікування пацієнок із тяжкими формами ПМС/ПМДР може розглядатися хірургічне втручання - тотальна гістеректомія з двосторонньою сальпінгооваріоектомією у випадку:

- якщо медикаментозна терапія виявилася неефективною;
- потрібне тривале лікування аналогами ГнРГ;
- інша гінекологічна патологія є показанням для хірургічного лікування.

Для лікування жінок із тяжкою формою ПМС не рекомендуються абляція ендометрія та тотальна гістеректомія зі збереженням яєчників. Залишення яєчників призведе до збереження ПМС (за класифікацією - «варіантний» ПМР з відсутністю менструацій).

Жінкам після хірургічного лікування ПМС, за відсутності протипоказань, рекомендовано застосовувати гормональну терапію, особливо якщо їх вік молодше 45 років.

2. Менопаузальний синдром

Симптоми:

- ВС (припливи та пітливість);
- психоемоційні симптоми (перепади настрою, проблеми зі сном);
- урогенітальні симптоми (дискомфорт та сухість піхви);
- сексуальні розлади (знижене лібідо);
- симптоми з боку опорно-рухової системи (болі в суглобах та м'язах).

Для усіх жінок, старше 40 років, які прийшли на прийом, доцільно задати 6 запитань для виявлення менопаузального синдрому.

Таблиця 1. Опитування щодо виявлення менопаузального синдрому:

Запитання 1	- (щодо розуміння зміни характеру менструацій з віком, наявність менструацій / їх відсутність): Коли у вас останній раз була менструація (регулярність, періодичність, зміна тривалості і обсягу)?
Запитання 2	- (щодо оцінки змін емоційного та фізичного стану пацієнтки): Чи бувають у вас припливи жару або нічна пітливість (кількість, тривалість)?

Запитання 3	- Чи страждаєте Ви від депресії, перепадів настрою або безсоння?
Запитання 4	- Чи є у вас неприємні відчуття в ділянці серця або за грудиною, чи пов'язані ці відчуття з фізичним навантаженням; чи є епізоди підвищеного АТ (посилене серцебиття, порушення серцевого ритму)?
Запитання 5	- Чи є у вас відчуття сухості та печіння слизової оболонки піхви, проблеми із сечовиділенням (збільшення частоти сечовиділення, нетримання сечі), проблеми зі статевим життям (зміна сексуального бажання, сексуальної активності)?
Запитання 6	- Чи бувають у вас неприємні відчуття в суглобах та м'язах (біль у суглобах, скарги, подібні до ревматизму)?

Для визначення оцінки тяжкості симптомів використовують міжнародну шкалу MRS з оцінки симптомів менопаузи (Menopause Rating Scale)

Які з перелічених нижче симптомів зараз вас турбують? Будь ласка, зазначте квадрат, що найбільше відповідає прояву кожного симптому. Якщо якийсь симптом у вас відсутній, то зазначте квадрат із позначкою «немає симптому».					
Симптоми:	Немає симптому	Виражений незначно	Виражений помірно	Значно виражений	Надзвичайно виражений
Бали	0	1	2	3	4
1. Напади відчуття жару, пітливості (епізоди пітливості)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Неприємні відчуття у ділянці серця (незвичне відчуття серцебиття, порушення серцевого ритму, прискорення серцебиття, відчуття стиснення у грудній клітці)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Проблеми зі сном (важкість засинання, прокидання вночі, завчасне прокидання)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Депресивний настрій (відчуття пригнічення, суму, плаксивість, відсутність мотивації, зміни настрою)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Дратівливість (знервованість, внутрішня напруга, агресивність)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Відчуття стурбованості (внутрішній неспокій, панічний настрій)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Відчуття фізичного та психічного виснаження (зниження загальної працездатності, погіршення пам'яті, послаблення концентрації уваги, забудькуватість)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Проблеми зі статевим життям (зміна сексуального бажання, сексуальної активності та задоволення від сексу)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Проблеми із сечовиділенням (важкість сечовиділення, збільшена необхідність сечовиділення, нетримання сечі)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Сухість слизової оболонки піхви (відчуття сухості та печіння у піхві, важкість проведення статевого акту)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Неприємні відчуття у суглобах та м'язах (біль у суглобах, скарги, подібні до ревматизму)	☐	☐	☐	☐	☐

Інтерпретація результатів оцінки симптомів менопаузи:

0-4 балів - немає симптомів або слабо виражені;

5-8 балів - слабкі симптоми;

9-15 балів - помірні симптоми;

більше 16 балів - тяжкі симптоми.

Генітоуринарний менопаузальний синдром (ГУМС) включає симптоми та ознаки, зумовлені впливом дефіциту естрогенів на сечостатеві шляхи жінки, включаючи піхву, статеві губи, уретру та сечовий міхур. Цей синдром включає:

- симптоми вагінальної сухості, печіння та подразнення;
- сечові симптоми та стани дизурії, гострі та рецидивуючі інфекції сечовивідних шляхів;
- дискомфортні відчуття болю та сухості під час інтимних стосунків.

На відміну від ВС, які, зазвичай, зменшуються з часом ГУМС, як правило, прогресує без ефективної терапії.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ). Менопауза запускає розвиток артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, ожиріння за абдомінальним типом, виникнення інсулінорезистентності, збільшення симпатoadреналового тону, порушення

раку молочної залози; остеопорозу (за допомогою онлайн-інструменту, такого як FRAX) <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/>; цукрового діабету; венозної тромбоемболії; та наявності: сімейного та особистого анамнезу раку ендометрія (PE), яєчників та кишечника (наприклад, синдром Лінча) та абсолютних або відносних протипоказань для МГТ.

Переломи стегна обумовлюють найбільшу частку пов'язаного з остеопорозом фінансового навантаження на систему охорони здоров'я, але інші переломи, пов'язані з остеопорозом, особливо переломи хребців, є значущою причиною захворюваності.

Діагностика

Обов'язкові:

1. Детальний збір анамнезу щодо дати останньої менструації, менопаузальних симптомів, їх вираженості та впливу на повсякденну діяльність, наявності факторів ризику ССЗ, супутньої патології, проведеного лікування та його ефективності; визначення стадій репродуктивного старіння за допомогою використання критеріїв STRAW +10 (обов'язкових, додаткових та описових критеріїв).

Критерії STRAW +10: етапи старіння репродуктивної системи жінки

[illegible]

* Кров взята на 2-5 день циклу

** Приблизний очікуваний рівень на підставі кількісного визначення з використанням дійсного міжнародного гіпофізарного стандарту

↑ = збільшується

Примітки. ОМ - остання менструація; ФСГ - фолікулостимулюючий гормон; АМГ - антимюлерів гормон, МО - міжнародні одиниці

2. Фізикальне обстеження:

- індексу маси тіла (ІМТ);
- окружності талії;
- артеріального тиску (АТ);
- обстеження органів малого тазу (дослідження шийки матки в дзеркалах, бімануальне дослідження).

3. Лабораторне обстеження: Тест на ФСГ у жінок віком від 40 до 45 років із симптомами менопаузи (крім жінок, які застосовують комбіновану естроген-гестагенну контрацепцію або високі дози прогестагенів)

4. Інструментальне обстеження (перед призначенням МГТ):

- УЗД органів малого тазу з визначенням товщини та структури ендометрія;
- УЗД комплексу інтима-медіа каротидних та стегнових артерій у пацієнток низького та помірного ризику ССЗ, визначених за шкалою SCORE.

5. Диференціальна діагностика проводиться у молодих жінок 40 - 45 років із симптомами менопаузи.

Бажані: Перед призначенням МГТ консультація лікаря-гематолога для жінок з менопаузальними порушеннями і високим ризиком розвитку венозної тромбоемболії (ВТЕ) (насамперед, з сімейним анамнезом ВТЕ або спадковою тромбофілією високого ризику).

Лікування

1. Немедикаментозне лікування

Слід зосереджувати увагу на здоровому способі життя, включаючи регулярне фізичне навантаження, споживання кальцію/вітаміну D, відмову від куріння, надмірного споживання алкоголю та кофеїну, підтримання оптимальної ваги та зменшення стресу.

Контрольоване дихання, когнітивно-поведінкова терапія, тренування усвідомленості, акупунктура, гіпноз та блокування зірчастих гангліїв можуть бути корисними методами, які слід враховувати при лікуванні ВС, особливо у випадках коли МГТ протипоказана.

2. Менопаузальна гормональна терапія

Мета МГТ – частково компенсувати знижену функцію яєчників при дефіциті статевих гормонів, використовуючи оптимальні дози гормональних препаратів, які покращують якість життя та загальний стан пацієнток, забезпечують профілактику пізніх обмінних порушень.

Базові обстеження перед призначенням МГТ:

- Збір анамнезу – виявлення факторів ризику. Особлива увага: тютюнопаління, наявність родичок першої лінії з раком молочної залози та/або яєчників, наявність тромбозів в анамнезі у пацієнтки або близьких родичів, остеопороз в сімейному анамнезі.
- Огляд: маса тіла, вага, ІМТ, окружність живота, артеріальний тиск.
- Гінекологічний огляд.
- Цитологічний мазок за Папаніколау.
- УЗД органів малого таза з визначенням товщини та структури ендометрія.
- Мамографія.
- Додатково (не обов'язково в усіх випадках, при індивідуальних показаннях):
- Цукор крові. При факторах ризику цукрового діабету–2 годинний глюкозотолерантний тест із 75 г глюкози, глікозильований гемоглобін, інсулін із підрахунком індексу інсулінорезистентності HOMAIR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance)*.
- Ліпідограма.
- АЛТ, АСТ.
- Денситометрія.
- ЕКГ.
- Коагулограма.
- УЗД вен і артерій (індивідуально, при факторах ризику тромбозів, варикозної хвороби).

- ФСТГ, естрадіол, тиреотропний гормон, пролактин, загальний тестостерон – переважно при порушенні менструального циклу / припиненні менструації в жінок до 40 років або від 40 до 45 років за відсутності вазомоторних симптомів. Рівень тиреотропного гормону як скринінг тест може бути рекомендований всім жінкам 1 раз на 3 роки.

АЛГОРИТМ ПРИЗНАЧЕННЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ



* Виняток – у випадках генітального ендометріозу або субтотальної гістеректомії призначається комбінована терапія у безперервному режимі.

Режими менопаузальної гормонотерапії

I – монотерапія естрогенами або прогестагенами.

Монотерапія естрогенами трансдермально або перорально призначається жінкам після тотальної гістеректомії, однак при субтотальній гістеректомії та при гістеректомії з приводу ендометріозу рекомендовано естроген-гестагенні препарати для МГТ.

Монотерапія прогестагенами призначається у фазі менопаузального переходу для регуляції менструального циклу. Можливо введення ВМС-ЛНГ з контрацептивною та лікувальною метою.

II – комбінована терапія (естрогени з прогестагенами) у циклічному режимі

Двофазні пероральні лікарські засоби призначаються на стадії менопаузального переходу або в перименопаузі:

естрадіол 1/2 мг (14 днів), потім естрадіол 1/2 мг + дидрогестерон 10 мг (14 днів); естрадіол 2 мг (14 днів), потім естрадіол 2 мг + прогестерон у мікронізованій формі 200 мг (14 днів); естрадіол 2 мг (11 днів), потім естрадіол 2 мг + ципротерон 1 мг (10 днів) та 7 днів перерви; естрадіол 2 мг (9 днів), потім естрадіол 2 мг + левоноргестрел 0,15 мг (12 днів) та 7 днів перерви.

У разі застосування естрогенів у вигляді трансдермального гелю, спрею або пластиру безперервно, слід обов'язково додавати прогестагени протягом останніх 12–14 днів на кожні 28 днів циклічного режиму (дидрогестерон 10 мг/добу або прогестерон у мікронізованій формі 200 мг/добу) або застосувати ВМС-ЛНГ 0,02 мг/добу.

III – монофазна комбінована терапія (естрогени з прогестагенами) у безперервному режимі в постменопаузі.

Жінкам в постменопаузі з інтактною маткою призначаються комбіновані монофазні низькодозовані пероральні лікарські засоби (естрадіол + дидрогестерон 1/5 мг, 0,5/2,5 мг; естрадіол 1 мг + дроспіренон 2 мг; естрадіол 2 мг + діногест 2 мг), а також тиболон 2,5 мг.

У випадку використання естрогенів трансдермально (спрей, пластр або гель) прогестагени додають у безперервному режимі у зменшеній дозі (дидрогестерон 5 мг/добу або прогестерон у мікронізованій формі 100 мг/добу або ВМС-ЛНГ 0,02 мг/добу).

Абсолютні та відносні протипоказання до МГТ

Абсолютні протипоказання:

- Діагностований у минулому або підозра на рак молочної залози.
- Діагностовані у минулому або підозра на естроген-залежні злоякісні пухлини (наприклад, РЕ III, IV ст. та низькодиференційований РЕ).
- Встановлені прогестаген-залежні новоутворення (наприклад, менінгіома) або підозра на них.
- Вагінальні кровотечі нез'ясованого генезу. Нелікована гіперплазія ендометрія.
- Наявна ВТЕ (тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легеневих артерій) або ВТЕ у минулому.
- Відомі тромбофілії (наприклад, дефіцит протеїну С, протеїну S або антитромбіну III).
- Активні або нещодавні тромбоемболічні захворювання артерій (наприклад, стенокардія, інфаркт міокарду (ІМ)).
- Гострі захворювання печінки, а також наявність захворювань печінки в минулому, якщо показники її функції не нормалізувалися.
- Відома гіперчутливість до діючих речовин або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу.
- Порфірія.

Відносні протипоказання:

- Лейоміома матки.
- Ендометріоз.
- Мігрень.
- Сімейна гіпертригліцеридемія.
- Жовчнокам'яна хвороба.
- Епілепсія.
- Підвищений ризик розвитку раку молочної залози.
- РЕ I та II ст.

Ризики та довгострокові переваги менопаузальної гормональної терапії

Серцево-судинні захворювання МГТ не збільшує ризик ССЗ у жінок у віці до 60 років та ризик смерті від ССЗ. Останні дані свідчать, що застосування МГТ не пов'язане зі збільшенням АТ.

Венозна тромбоемболія – узагальнене поняття, що включає тромбоз глибоких вен, тромбофлебіт і тромбоемболію легеневої артерії чи її гілок. Ризик ВТЕ, пов'язаний з трансдермальною МГТ, що застосовується у стандартних терапевтичних дозах, не перевищує вихідний популяційний ризик. Ризик збільшується на тлі застосування пероральної МГТ порівняно з базовим популяційним ризиком та є більшим, ніж для трансдермальних форм лікарських засобів. Для жінок у пери- та постменопаузі, які мають підвищений ризик розвитку ВТЕ, у тому числі з ІМТ понад 30 кг/м² рекомендують застосування трансдермальної, а не пероральної МГТ.

Інсульт Базовий ризик розвитку інсульту серед жінок у віці до 60 років дуже низький. Прийом пероральних (але не трансдермальних) естрогенів пов'язаний із незначним збільшенням ризику розвитку інсульту. Для жінок старше 60 років або більше 10 років після менопаузи, які застосовують монотерапію пероральними естрогенами або комбіновану МГТ ризик інсульту підвищений. **Мігрень** Пов'язана з коливанням рівня естрогенів та порушенням менструального циклу під час перименопаузи. Ефективне лікування ВС може призвести до зменшення симптомів мігрені. Мігрень з аурою не є протипоказанням для призначення МГТ. Перевага надається менш тромбогенним гормональним засобам, тобто естрогенам у трансдермальних лікарських формах (пластир, спрей або гель), за необхідності призначення МГТ жінкам з мігренню та аурою у постменопаузі.

Цукровий діабет 2 типу Прийом МГТ (перорально або трансдермально) не пов'язаний із підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету 2 типу. У жінок з цукровим діабетом 2 типу та супутніми факторами ризику ССЗ, такими як ожиріння, можливе застосування

трансдермальних естрогенів. У жінок з цукровим діабетом 2 типу та низьким ризиком ССЗ можливе застосування пероральних естрогенів у складі МГТ.

Рак молочної залози МГТ тільки естрогенами пов'язана з незначним підвищенням або взагалі незмінним ризиком виникнення раку молочної залози. МГТ естрогенами та прогестагенами може бути пов'язана зі збільшенням ризику виникнення раку молочної залози. Будь-яке збільшення ризику раку молочної залози пов'язане з тривалістю лікування та зменшується після припинення МГТ.

Остеопороз Під час застосування МГТ ризик переломів кісток та розвитку остеопорозу зменшуються. Ця перевага зберігається під час лікування, але зменшується після його припинення та може тривати довше у жінок, які приймали МГТ більш тривалий час.

Деменція Ймовірність впливу МГТ на ризик розвитку деменції невідома.

Втрата м'язової маси та сили Є обмежені дані, що МГТ може збільшити м'язову масу та силу.

3. Негормональне медикаментозне лікування

- *Лікарські засоби на основі сангвінарії канадської* можуть полегшити ВС. Завдяки слабкій естрогенній дії вони зменшують ступінь тяжкості клімактеричного синдрому, не впливаючи при цьому на проліферативні процеси в ендометрії.
- *Лікарські засоби на основі циміцифуги* мають ефекти, подібні до дії селективних модуляторів рецепторів естрогенів (SERM), антиоксидантні, протизапальні та серотонінергічні ефекти. Не мають естрогенних властивостей, але здійснюють виражений позитивний вплив на зниження ВС, мають помірний позитивний вплив на кісткове ремоделювання та незначний позитивний вплив на вагінальний епітелій, при цьому практично не впливають або діють, як антиестрогени на ендометрій, молочні залози, фактори згортання крові.
- *Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (C133C)* (пароксетин, флуоксетин та ін.) та інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну I33CH) (венлафаксин, дулоксетин та ін.), клонідин (деякі протиепілептичні препарати та інші лікарські засоби центральної дії).
- *Габапентин* - при посиленні припливів у нічний час, із нічним потовиділенням та повторюваними пробудженнями.
- *Бета-аланін* - для лікування припливів жару та інших ВС. Діє, як антагоніст нікотинової кислоти, спрямован на: регуляцію просвіту судин, шляхом пригнічення вивільнення гістаміну, збільшення утворення карнозину та активації рецепторів гліцину.
- *Лікарські засоби, що застосовуються в урології* (оксибутинін) у комбінації з місцевими естрогенами становлять фармакологічне лікування першої лінії для жінок після менопаузи з симптомами гіперактивності сечового міхура.

4. Лікарські засоби з гормоноподібною дією

Тиболон – синтетичний стероїд, що володіє андрогенними, гестагенними та естрогенними властивостями та виділений в окремий клас терапії – STEAR (тканиноселективний регулятор естрогенної активності). Не відрізняється за ефективністю від традиційної МГТ у лікуванні ВС та урогенітальних симптомів, збільшує мінеральну щільність кісткової тканини та ефективний у профілактиці остеопорозу. Слід застосовувати лише жінкам > 12 місяців після менопаузи, оскільки він може спричинити нерегулярні кровотечі у молодих жінок.

3. Гіперпролактинемія – стійке підвищення рівня пролактину в сироватці крові. Синдром гіперпролактинемії – це симптомокомплекс, що виникає на фоні підвищеного рівня пролактину, найбільш характерним проявом якого є порушення функції репродуктивної системи, а в тяжких випадках, при існуванні пролактинсекретуючих пухлин гіпофіза – до неврологічних і нейроофтальмологічних порушень. Це найбільш розповсюджений гіпофізарний гормональний розлад, що є причиною порушень менструальної та генеративної функцій у більш ніж 25-30% випадків, а також багатьох доброякісних захворювань молочних залоз і матки. Пролактин є поліпептидним гормоном, що

секретується в лактотрофах передньої частки гіпофіза, бере участь в ініціації і підтримці лактації, функціонуванні жовтого тіла, продукції прогестерону. Фізіологічна секреція пролактину має імпульсивний характер й підвищується під час сну. Найбільш високі показники пролактину спостерігаються протягом часу після пробудження, найнижчі - з 9.00-11.00.

Таблиця 1. Етіологія гіперпролактинемії

Фізіологічні фактори	Патологічні чинники	Фармакологічні засоби
• Коїтус • Фізичні вправи • Вагітність • Лактація • Сон • Стрес • Прийом їжі • Гіпоглікемія	Порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи • Гранулематозні процеси • Інфільтративні процеси • Опромінення • Кіста кишені Ратке (гіпофізарного ходу) • Травми: відрив ніжки гіпофіза, хірургічні втручання в ділянці турецького сідла • Пухлини: краніофарингіоми, герміноми, метастатичні ураження, менінгіоми; розростання пухлини, що знаходиться супраселярно Патологія гіпофіза • Пролактинома • Ідіопатична форма гіперпролактинемії • Параселярні пухлини або лімфоцитарний гіпофізит • Макроаденома (компресійна) • Мультигормональна аденома • Акромегалія • Хірургічні втручання • Травми Системні розлади • Травми грудної клітки, хірургічні втручання на ній, оперізуючий лишай • Хронічна ниркова недостатність • Інфаркт міокарда • Цироз печінки • Епілептичний напад • Синдром полікістозних яєчників • Гіпотиреоз	• Анестетики • Антikonвульсанти • Антидепресанти • Антигістамінні препарати • Антигіпертензивні засоби • Агоністи ацетилхоліну • Наркотичні препарати • Стимулятори вивільнення катехоламінів • Блокатори дофамінових рецепторів • Інгібітори синтезу дофаміну • Естрогени (оральні контрацептиви та їх відміна) • Нейролептики/антипсихотичні засоби • Нейропептиди • Опіати та антагоністи опіатних рецепторів

Пролактиноми є найбільш поширеними (приблизно 40%) пухлинами гіпофіза. Зазвичай вони є доброякісними та мають моноклональне походження, залежно від розміру вони класифікуються на мікроаденоми з діаметром < 10 мм та макроаденоми з діаметром ≥ 10 мм (синоніми: мікро- та макропролактинома). Пролактиноми становлять близько 40 % від субклінічних аденом гіпофіза, у той же час клінічні ознаки пролактиноми варіюються в діапазоні від 6-10 до 50/100 000 досліджених випадків, переважають в жінок і рідко зустрічаються у дітей.

Класифікація:

1. Гіперпролактинемічний гіпогонадизм (пролактиноми, ідеопатична гіперпролактинемія)
2. Гіперпролактинемія в поєднанні з іншими гіпоталамо-гіпофізарними захворюваннями (гормонально-активні аденоми гіпофіза, системні захворювання з ураженням гіпоталамо-гіпофізарної області, аномалії судин головного мозку)
3. Симптоматична гіперпролактинемія (медикаментозна, психогенна, внаслідок ураження периферичних ендокринних залоз)
4. Бессимтомна гіперпролактинемія

Таблиця 2. Маніфестація гіперпролактинемії

Гормональна гіперсекреція	
1. Репродуктивні та сексуальні порушення	
Жінки	
Порушення статевого дозрівання у дівчат	
Розлади менструального циклу (аменорея/олігоменорея, аномальні маткові кровотечі, недостатність лютеїнової фази)	
Галакторея Безпліддя Зниження статевого потягу, диспареунія	
Передменструальний синдром Дисгормональні захворювання молочних залоз	
Чоловіки	
Порушення статевого дозрівання у хлопчиків Слабка вираженість вторинних статевих ознак	
Еректильна дисфункція та зниження лібідо	
Зміни у спермограмі Безпліддя	
Гінекомастія Зменшення м'язової маси Галакторея	
2. Психоемоційні розлади	
Депресія Порушення сну та пам'яті Тривога Дратівливість Емоційна лабільність	
3. Метаболічні порушення	
Дисліпідемія Ожиріння Інсулінорезистентність Остеопороз	
Компресійний синдром (макроаденоми)	
Сильний головний біль Зорові порушення	
Параліч черепних нервів (III, IV і VI пар) шляхом стиснення в кавернозному синусі	
Лікворея	
Симптоми підвищення внутрішньочерепного тиску	
Гіпопітуїтаризм	

Діагностика:

• **Лабораторна діагностика**

Одноразовий аналіз на рівень пролактину в сироватці крові (> 25 нг/мл у жінок і > 20 нг/мл у чоловіків) за умови виключення стресу при венепункції. Якщо є сумнів щодо постановки діагнозу, пропонується повторне визначення концентрації пролактину в інший день шляхом двох вимірів з інтервалом у 15-20 хв для уникнення похибок, викликаних пульсуючою секрецією цього гормона. В фолікулярній фазі менструального циклу концентрація пролактину є нижчою, ніж у лютеїновій (але знаходиться в межах референтних значень). **Прийнято вважати, що при рівні пролактину до ~ 200 нг/мл має місце фармакологічна гіперпролактинемія, > 250 нг/мл – мікропролактинома, ≥ 500 нг/мл – макропролактинома**

• **Візуалізаційні методи**

МРТ з гадолінієм та з акцентом на селярній ділянці дає змогу дослідити анатомічні структури найбільш точно, а також виміряти розмір пухлини та її зв'язок із зоровою хіазмою і кавернозним синусом, тому в даний час є методом вибору для діагностичної візуалізації.

• **Підозра на фармакологічну гіперпролактинемію**

Рекомендується повторне визначення рівня пролактину через 72 год після відміни препарату, якщо це не призведе до погіршення стану пацієнта.

• **Інші методи обстеження при гіперпролактинемії**

- β -хоріонічний гонадотропін людини або УЗД органів малого таза для виключення вагітності у жінок репродуктивного віку з аменореєю рекомендовано аналіз на.
- Для виключення гіпотиреозу - визначення концентрацій тиреотропного гормона і вільного тироксину (ТТГ, Т4 вільний).

- Консультації нейрохірурга, а також офтальмолога з оцінкою гостроти зору, стану зорового нерва і комп'ютерною периметрією (з метою визначення полів зору) при діагностуванні макропролактиноми або гормонально неактивної аденоми гіпофіза з супраселлярним ростом.
- Рентгенівська остеоденситометрія при тривалому анамнезі гіперпролактинемічного гіпогонадізму для оцінки мінеральної щільності кісткової тканини і діагностики остеопору доцільно виконати.

Лікування

Медикаментозне лікування гіперпролактинемії

Лікування гіперпролактинемії ґрунтується на її першопричині. За наявності фізіологічної гіперпролактинемії у пацієнтів з безсимптомною її формою і макропролактинемією медикаментозне лікування не показане.

Фармацевтичні засоби, що застосовуються при лікуванні гіперпролактинемії і пролактином, представлені двома групами:

- похідні алкалоїдів ріжків (ерголінові агоністи дофаміну):
 - препарати 2-бромо- α -ергокриптину (бромокриптин – I генерація);
 - препарати 2-бромо- α -ергокриптину і 2-бромо- β -ергокриптину мезилату;
 - препарати каберголіну (III генерація);
- похідні трициклічних бензогуанолінів (неерголінові агоністи дофаміну):
 - препарати хінаголіді (II генерація).

Лікування, як правило, включає призначення агоністів дофаміну, таких як каберголін або бромокриптин, чи рослинних препаратів дофамінергічної дії на основі стандартизованих екстрактів прутняка звичайного. **Каберголін-препарат першої лінії** як найбільш ефективний щодо нормалізації рівня пролактину та зменшення розмірів пухлини гіпофіза.

Препарат	Доза	Побічні реакції
Бромокриптин	Почати з 0,625-1,25 мг/доб; стандартний діапазон терапевтичної дози – 2,5-10 мг/доб	Мінімум побічних ефектів досягається шляхом поступового підвищення дози Загальні: запаморочення, головний біль, нудота, постуральна артеріальна гіпотензія, закладеність носа, закріп Можливі: аномалії клапанів серця Нечасто: втома, неспокій, депресія, непереносимість алкоголю Рідко: чутливість до холодного – вазоспазм, психоз
Каберголін	Почати з 0,25-0,5 мг/тиж; стандартний діапазон терапевтичної дози – 0,25-3,0 мг/тиж	
Стандартизовані екстракти плодів Vitex agnus castus	Дози залежать від рівня дитерпенів у стандартизованому екстракті прутняка звичайного, а також індивідуальних особливостей пацієнта	У поодиноких випадках спостерігаються шлунково-кишкові розлади (нудота, біль у шлунку), алергічні реакції, головний біль, акне, в окремих випадках повідомляється про порушення менструального циклу та запаморочення

Хірургічне лікування

З огляду на високу ефективність медикаментозного лікування тільки невелика частина пацієнтів з пролактиномами вимагає хірургічного втручання. Показання до проведення хірургічного втручання:

- збільшення розмірів пухлини, незважаючи на оптимальну схему лікування;
- апоплексія гіпофіза;
- непереносимість медикаментозної терапії;
- наявність макропролактином, резистентних до лікування агоністами дофаміну;

- діагностування мікроаденом, резистентних до лікування агоністами дофаміну, в жінок, які планують вагітність;
- компресію зорового перехрестя, що зберігається на фоні медикаментозного лікування;
- наявність пролактиноми з кістозним компонентом, резистентної до лікування;
- поява ліквореї на фоні прийому агоністів дофаміну;
- виявлення макроаденоми в пацієнтів із психічними захворюваннями за наявності протипоказань до призначення агоністів дофаміну.

Проведення трансфеноїдальної операції рекомендується пацієнтам із непереносимістю високих доз каберголіну та резистентністю до інших препаратів цієї групи. Виконання операції трансфеноїдальним доступом переважає над транскерепним, проте ефективність лікування залежить від досвіду нейрохірурга і ступеня пухлинного поширення та може становити 80-90% для мікроаденом, але < 50% для макроаденом.

Променеве лікування Застосовують в разі необхідності впливу на залишкову тканину пухлини за неможливості проведення радикальної операції, у випадках непереносимості або резистентності до лікування агоністами дофаміну, при агресивних пролактиномах або карциномах.

4. Післяпологовий гіпопітуїтаризм (синдром Шихана).

В основі генезу цього синдрому лежить зв'язок масивної кровотечі під час пологів з наступною гіпофункцією передньої частки гіпофізу. Після масивних післяпологових та післяабортних кровотеч частота синдрому складає 40 %. Він розвивається при крововтраті 800 мл у кожної четвертої жінки, при крововтраті 1000 мл – у кожної другої, при крововтраті до 4000 мл у 2/3 жінок.

Патогенез. Синдром Шихана розвивається внаслідок некротичних змін в гіпофізі, які виникають на фоні внутрішньосудинного згортання крові в судинах передньої частки гіпофізу після кровотеч чи бактеріальному шоку при пологах чи абортах. Сприяють розвитку цих змін особливості кровообігу в гіпофізі, маса передньої частки якого протягом вагітності збільшується в 2 рази, а також препарати споришу, які широко використовуються в пологах та при кровотечах. При важких формах пізнього гестозу є схильність до підвищення внутрішньосудинного згортання крові. Крім того, після пологів має місце фізіологічне зниження рівня АКТГ, що також сприяє ішемії гіпофізу. Вважають, що клінічні прояви синдрому Шихана знаходяться в прямій залежності від величини ураження гіпофізу. Виражена клінічна картина захворювання розвивається при ураженні 80 % тканини гіпофізу. Є також думка, що прояви клінічного перебігу захворювання залежать від ступеня ураження гіпоталамічних структур. Одночасно з некротичними змінами в гіпофізі внаслідок внутрішньосудинних тромбозів виникають зміни трофічного характеру інших органів та систем: нирок, печінки, мозкових структур.

Клініка. Клінічна картина характеризується різним ступенем гіпофункції ендокринних залоз, перш за все щитоподібної, надниркової та статевих. Моранді З. (1957) виділяє наступні форми синдрому Шієна в залежності від недостатності тропних гормонів гіпофізу:

1. **Глобальна форма** – з клінічними проявами недостатності ТТГ, гонадотропінів, АКТГ. Захворювання може перебігати в легкій чи важкій формі;
2. **Часткова форма** – з недостатністю гонадотропної, тиреотропної, адренокортикотропної функцій;
3. **Комбінована недостатність** гонадотропної та тиреотропної функцій, тиреотропної та адренокортикотропної функцій.

Виділяється форми синдрому: легку, середньої важкості, важку.

- **Легка форма** характеризується головним болем, швидкою втомою, мерзлякуватістю, тенденцією до гіпотензії. При обстеженні виявляють гіпофункцію щитоподібної залози та глюোকортикоїдної функції надниркових залоз.
- **Форма середньої важкості** відзначається зниженням гормональної функції яєчників (олігоменорея, ановуляторне безпліддя) та щитоподібної залози (пастозність, схильність

до набряків, ламкість нігтів, сухість шкіри, втома, гіпотензія зі схильністю до неприємності).

- **Важка форма** - симптоматика тотальної гіпофункції гіпофізу з вираженою недостатністю гонадотропінів (стійка аменорея, гіпотрофія статевих органів та молочних залоз), тиреотропного гормону (мікседема, облісіння, сонливість, зниження пам'яті), АКТГ (гіпотензія, адинамія, слабкість, підсилена пігментація шкіри). Значно знижується маса тіла, але при більш легких формах спостерігається її збільшення в зв'язку з пастозністю і схильністю до набряків внаслідок гіпофункції щитоподібної залози. Характерна також анемія, яка погано піддається лікуванню.

Діагноз. Найважливішим опорним пунктом в діагностиці захворювання є характерний анамнез і зв'язок початку захворювання з кровотечею чи септичним шоком при пологах чи абортах. Вважають характерними ознаками синдрому Шієна відсутність нагрубання молочних залоз після пологів та агалактію.

При гормональних дослідженнях виявляють різні ступені зниження в крові вмісту гонадотропінів, АКТГ а також E_2 , кортизону, T_3 і T_4 . При введенні тропних гормонів відповідно підвищується рівень периферичних гормонів в крові. Відмічаються також гіпоглікемія та гіпоглікемічний тип цукрової кривої при навантаженні глюкозою. В сечі знижений рівень 17-КС.

Диференційний діагноз проводять з нервовою анорексією, пухлиною гіпофізу, хворобою Аддісона, мікседемою.

Лікування. Замісна терапія глюкокортикоїдними та тиреотропними препаратами при клінічних проявах гіпофункції відповідних залоз. Є думка, що доцільно використовувати кортизон чи преднізолон, але не дексазон та дексаметазон, оскільки останні володіють вираженою антикортикотропною активністю, пригнічуючи і без того знижене виділення АКТГ гіпофізом. Преднізолон рекомендують призначати по 5 мг 2 рази на день протягом 2-3 тижнів (курсом один раз в 2-3 місяці залежно від клінічної картини захворювання).

При аменореї чи олігоменореї жінкам до 40 років проводять циклічну гормонотерапію, після 40 років призначають андрогени, враховуючи їх високий анаболічний ефект, метилтестостерон по 5 мг на день протягом 2-3 місяців; задовільний ефект дають андрогени при випадінні волосся. Анаболічні препарати (ретаболіл, метіландростендіол та ін.), вітаміни групи В, С, РР, біостимулятори – алое, ФІБС по 20-30 внутрішньом'язових ін'єкцій. Харчування повинно бути повноцінним з наявністю білка в їжі. Показані препарати заліза під контролем аналізу крові.

Хворих з важкою формою синдрому Шієна лікують тільки в умовах ендокринологічного стаціонару. Профілактикою захворювання є розумна тактика ведення вагітних з гестозом, їх своєчасна терапія, профілактика кровотечі, а також адекватні реанімаційні заходи в разі появи кровотеч в пологах, абортах та септичному шоці.

5. Гіперандрогенія

- найбільш поширена ендокринопатія у жінок, спричинена надмірною продукцією андрогенів яєчниками та/або наднирниками чи підвищенням локальної тканинної чутливості до циркулюючих андрогенів. До частих та характерних проявів ГА належать дерматопатії (акне, алопеція, себорея та гірсутизм) і синдром полікістозних яєчників (СПКЯ). Окрім цього, ГА може проявлятися порушеннями репродуктивної функції жінки, такими як розлади овуляції, безпліддя та невиношування вагітності. ГА спостерігаються в 10–20% жінок. Окрім високої поширеності в популяції, доведено зв'язок ГА не тільки з порушеннями репродуктивної функції, зокрема з безпліддям, але і з ускладненнями вагітності (гестаційний діабет, передчасні пологи, прееклампсія), метаболічними розладами, підвищеним ризиком раку ендометрія, цукровим діабетом 2-го типу, серцево-судинними захворюваннями.

Поняття «гіперандрогенія» є узагальненим, оскільки включає в себе різні за патогенезом стани, але зі схожими клінічними проявами.

Види гіперандрогенії:

- *абсолютна* - за рахунок абсолютного збільшення кількості гормонів;
- *відносна* - у вигляді підвищеної чутливості рецепторів до нормальної або зниженої кількості андрогенів в організмі за рахунок збільшення фракції вільних андрогенів.
- *первинна*
- *вторинна*
- *ідіопатична*

Причини виникнення ГА станів:

- збільшення синтезу андрогенів у яєчниках та/або наднирниках;
- посилене перетворення тестостерону в більш активну форму – дигідротестостерон внаслідок підвищення активності 5 α -редуктази;
- зниження рівня глобуліну, який зв'язує статеві стероїди (ГЗСС);
- підвищена чутливість рецепторів сальних залоз і волосяних фолікулів до андрогенів;
- прийом препаратів із андрогенним ефектом (андрогени, анаболічні стероїди, даназол та ін.).
- ГА може сформуватися при гіпоталамічному синдромі пубертатного та постпубертатного періодів, вродженій дисфункції кори наднирників, гіпотиреозі, гіперпролактинемії, ожирінні, стресі, анорексії, пухлинах гіпофізу (акромегалія, хвороба Кушинга) (вторинна ГА).

Існує також ідіопатична ГА, яка проявляється периферичними клінічними симптомами за відсутності порушень функції наднирників, розладів овуляції і полікістозних змін яєчників. Ідіопатична форма ГА може бути пов'язана з надлишковою активністю ферменту 5 α -редуктази, який сприяє перетворенню тестостерону на дигідротестостерон у волосяних фолікулах, і найчастіше проявляється гірсутизмом різного ступеня на тлі нормального овуляторного менструального циклу (МЦ). Також причиною ідіопатичної ГА може бути висока щільність андрогенових рецепторів у волосяних фолікулах за нормального рівня тестостерону (частіше є причиною акне).

В структурі захворюваності переважає ГА з дерматопатіями, яка характеризується підвищеною чутливістю сально-волосяних фолікулів до нормальних рівнів андрогенів. Рідше зустрічається секреторна ГА, за якої визначаються підвищені рівні андрогенів у крові.

Класифікація:

1. **Пухлинна**
2. **Непухлинна (функціональна)**

- *яєчникова*
 - синдром полікістозних яєчників
 - андрогенпродукуюча пухлина яєчників
- *надниркова*
 - адреногенітальний синдром
 - андрогенпродукуюча пухлина надниркових залоз
- *змішана*

Клінічні прояви

ГА може проявлятися ізольованим клінічним симптомом (наприклад, гірсутизмом або акне), однак набагато частіше спостерігається поєднання симптомів у різних комбінаціях.

Гірсутизм – посилений ріст волосся в жінок за чоловічим типом. У разі наявності гірсутизму в жінки з регулярним овуляторним циклом і нормальним рівнем циркулюючих андрогенів (індекс вільного тестостерону в нормі при повторному дослідженні) встановлюється діагноз «ідіопатичний гірсутизм» (частота: $\leq 20\%$ в популяції). За наявності гірсутизму спостерігається посилений ріст термінального волосся, подібного до того, що зазвичай знаходиться в пахвових зонах або в ділянці лобка. Надмірне оволосіння за

чоловічим типом у жінок може виявлятися на обличчі, грудях, спині, по середній лінії живота, в області сідниць, на плечах і стегнах. Вираженість і розподіл гірсутизму визначають за модифікованою шкалою Феррімана-Галлвея (див.рис.1), при цьому проводиться оцінка росту волосся на 9 андрогенчутливих ділянках тіла жінки, кожна з яких оцінюється за бальною шкалою. У жінок європеоїдної раси загальна сума більше 8 балів є індикатором гірсутизму і підвищеного рівня андрогенів.

Акне (лат. *acne vulgaris*) – це хронічне захворювання апарату сальних залоз, що маніфестує переважно в пубертатному віці і характеризується гіперпродукцією шкірного сала, порушенням процесів фолікулярної кератинізації, колонізацією *Propionibacterium acnes* та запаленням. Акне найчастіше зустрічається в дівчат (14–17 років) та жінок молодого віку (18–29 років). Частота акне в цих вікових групах досягає 60–75%. Близько 10% жінок страждають на персистуючу форму акне навіть у віці 50–60 років.

Андрогенна алопеція Приблизно в 15% жінок репродуктивного віку з маніфестацією алопеції і відсутністю інших проявів ГА спостерігається підвищений рівень андрогенів. Зазвичай випадання або зрідження волосся відзначається на маківці і в тім'яній ділянці, але іноді може мати дифузний характер. За тяжких форм ГА з вірилізацією спостерігається типове облісіння за чоловічим типом із втратою волосся в скроневих ділянках.

Вірилізація Більш високі рівні андрогенів призводять до вірилізації, що характеризується кліторомегалією, огрубінням голосу, вираженим гірсутизмом, збільшенням м'язової маси, гіпотрофією молочних залоз, аменореєю. Симптоми вірилізації найчастіше виникають на фоні ГА пухлинного генезу, при вірильній формі адреногенітального синдрому, стромальному текоматозі, синдромі HAIR-AN (який включає гіперандрогенію (HA), інсулінорезистентність (IR) та чорний акантоз (AN)). Розвиток вірильного синдрому слід підозрювати також при швидкому прогресуванні проявів ГА з олігоменореєю або аменореєю.

Порушення МЦ Приблизно в 50–70% випадків ГА діагностуються порушення МЦ, у 60–74% випадків – ендокринне безпліддя і в 21–32% – невиношування вагітності, що пов'язані з порушенням секреції та метаболізму андрогенів.

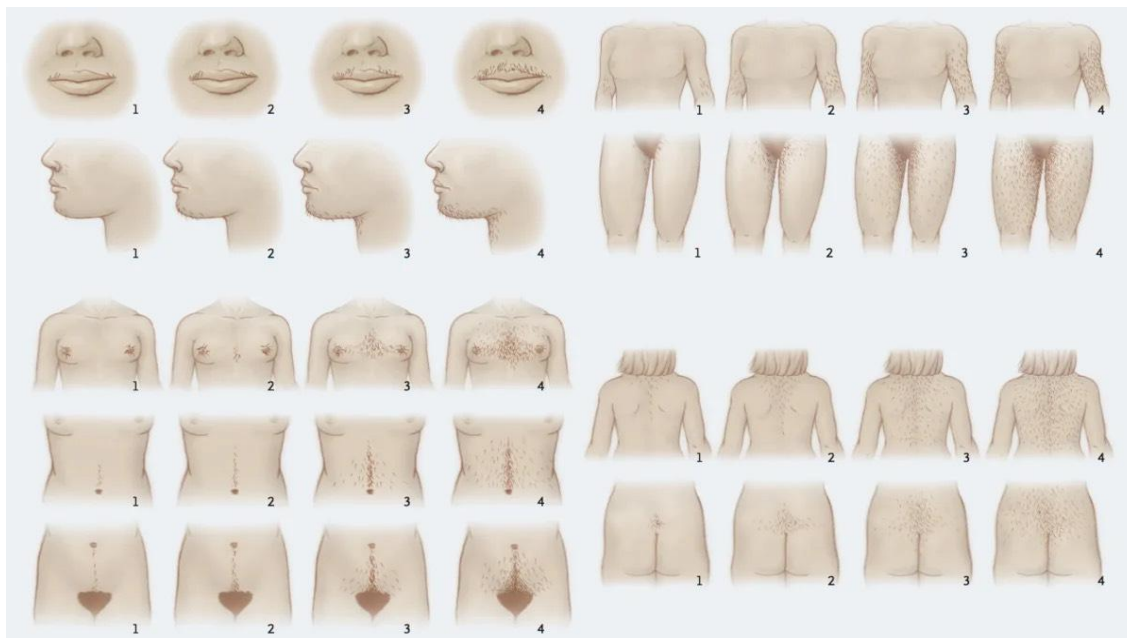
Клінічні прояви менструальної дисфункції включають оліго-/аменорею, аномальні маткові кровотечі, передменструальний синдром, дисменорею. Форма порушень менструальної функції варіює від спорадичних епізодів олігоовуляції та ановуляції до аменореї.

Зазвичай у жінок із порушенням овуляції на фоні ГА спостерігається нормальне або запізніле менархе, яке супроводжується нерегулярними менструаціями і епізодами аменореї. В значній кількості пацієнток із ГА зберігаються регулярні менструації (з інтервалом близько 4 тижнів), але виявляється порушення овуляції: пролонгована фолікулярна фаза, недостатність лютеїнової фази, ановуляція.

Рисунок 1. Модифікована шкала Феррімана-Галлвея

Кожній з дев'яти найбільш чутливих до андрогенів ділянок тіла жінки присвоюється бал від 0 (немає волосся) до 4 (найбільш виражений ріст волосся), і ці окремі бали підсумовуються, щоб підрахувати гірсутне число.

Критерії оцінки ступеня тяжкості гірсутизму:



- легкий (до 15 балів);
- помірний (16–25 балів);
- тяжкий (більше 25 балів).

Перед оцінкою гірсутизму рекомендовано протягом щонайменше 4-х тижнів не здійснювати епіляцію чи видаляти волосся за допомогою воску, а також упродовж не менше 5 днів уникати гоління волосся.

Для оцінки тяжкості перебігу акне найбільш прийнятним визнано посднаний підхід, відповідно до якого визначається характер і розповсюдженість елементів акне та підраховується їхня кількість. Цей підхід лежить в основі адаптованої класифікації ступенів тяжкості акне і обумовлює подальшу терапевтичну тактику.

Методи лабораторної та інструментальної діагностики: індекс вільного тестостерону, андростендіон, ДЕА-С (дегідроепіандростерона сульфат), 17-ОП (17-оксипрогестерон), кортизол (в слині, сечі), АКТГ, АМГ, пролактин, ТТГ, Т4 вільний, інсулін, рівень глюкози натще і двогодинний пероральний глюкозотолерантний тест, індексу НОМА-IR, мала та велика дексаметазонові проби, концентрація прогестерону в сироватці крові на 20–24 день циклу, УЗД/МРТ органів малого тазу, краніографія в бічній проекції або МРТ голови (при підозрі на патологію гіпофізу), а також КТ і МРТ наднирників, електроенцефалографія (за показаннями).

Лікування:

Патогенетична терапія проявів ГА включає:

- лікування дерматопатій;
- нормалізацію гормонального профілю та менструальної функції;
- захист ендометрія від гіперплазії (наслідок гіперестрогенії на фоні ановуляції);
- надійну контрацепцію при застосуванні антиандрогенів та системних ретиноїдів;
- корекцію метаболічних порушень;
- лікування безпліддя (при актуальності вагітності).

У разі бажання пацієнтки завагітніти може бути показана індукція овуляції, на фоні якої лікування гірсутизму й акне не проводиться. Якщо на момент обстеження в жінки немає репродуктивних планів, то для лікування пацієнток із порушеннями менструальної функції та/або шкірними проявами ГА рекомендована системна монотерапія з використанням КОК, в деяких випадках у комбінації з топічним лікуванням акне і себореї та косметичними методами лікування гірсутизму.

Естроген-гестагенні комбінації, що містять прогестини-антиандрогени (КОК) – перша лінія лікування СПКЯ, яка сприяє вирішенню низки проблем: відновленню регулярних менструальноподібних кровотеч, захисту ендометрія, нормалізації рівня

андрогенів, запобіганню прогресування полікістозних змін в яєчниках, лікуванню дерматопатій, забезпеченню надійної контрацепції.

В Україні зареєстровані естроген-гестагенні комбінації з такими прогестинами-антиандрогенами як ципротерона ацетат (ЦПА), дроспіренон, дієногест і хлормадінона ацетат (ХМА).

При акне легкого ступеня тяжкості застосовують топічну медикаментозну терапію (ретиноїди, антибіотики, антисептики та їх комбінації). КОК, що містять прогестини з антиандрогенним ефектом, також використовують для лікування акне легкого ступеня тяжкості в жінок, що потребують контрацепції. При акне середньотяжкого ступеня використовують місцеві засоби в поєднанні з КОК, спіронолактоном або системними антибактеріальними препаратами. При тяжких/дуже тяжких формах акне показані комбінація ЕЕ/ЦПА або системні ретиноїди (наприклад, ізотретиноїн)

Моноterapia антиандрогенами лише за наявності протипоказань до застосування естроген-гестагенних комбінацій чи при їх непереносимості. Спіронолактон (50–100 мг на добу), ЦПА (10–100 мг на добу) та флутамід (125–375 мг на добу).

6. Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ)

Вперше описали синдром, клінічними симптомами якого були аменорея, безпліддя, гірсутизм, ожиріння, двобічне збільшення та ущільнення яєчників, в 1935 році І. Штейн і М. Левенталь.

Класифікація. В 1982 р. Б. І. Желєзнов визначив 2 форми:

- первинні (справжні), або хвороба полікістозних яєчників (ХПКЯ);
- вторинні, або синдром полікістозних яєчників (СПКЯ).

Інші дослідники визначали 3 форми СПКЯ (Р. Е. Hughesodon, 1982; С. Gilling-Smith et al., 1994):

1.1 Типова, або саме синдром Штейна – Левенталю - яєчникова форма, обумовлена первинним ферментативним дефектом яєчника.

1.2. Поєднана форма, що характеризується оваріальною та наднирковою гіперандрогенією.

1.3. Центральна, або дієнцефальна, форма з вираженими змінами у гіпоталамо-гіпофізарних зв'язках.

На сьогодні найбільш обґрунтованою є теорія центрального генезу виникнення СПКЯ. Функціональні та морфологічні порушення в яєчниках є наслідком зміненої гіпоталамо-гіпофізарної неадекватної стимуляції. При порушенні ритму виділення гонадотропін-релізінг-гормону збільшується синтез лютеїнізуючого гормону (ЛГ) і зменшується секреція фолікулостимулюючого гормону (ФСГ). Надлишок ЛГ призводить до вагомого збільшення синтезу андрогенів з холестерину в фолікулах, нестача ФСГ і надлишок андрогенів - до утворення атрезії фолікулів, дрібних кіст, гіперплазії стромы яєчників, потовщення їх оболонки.

СПКЯ є дуже поширеним ендокринним порушенням серед жінок репродуктивного віку. СПКЯ у загальній популяції спостерігається в 6–15% жінок. Серед жінок із СПКЯ гірсутизм зустрічається в 72 % випадків, акне – в 15 %, безпліддя – в 33%, порушення овуляції – у 65–85% .

Зазвичай СПКЯ виявляється вже в ранньому репродуктивному періоді, його клінічні прояви вкрай варіабельні та можуть включати:

- порушення МЦ (оліго-/аменорея) на тлі оліго-/ановуляції;
- безпліддя;
- полікістозні яєчники за даними УЗД;
- дерматопатії (акне, гірсутизм, зменшення росту волосся на голові в області «скальпа»);
- метаболічні порушення: ожиріння, інсулінорезистентність (ІР) і, як наслідок, метаболічний синдром.

Більшість провідних наукових гінекологічних товариств рекомендує дотримуватися *Роттердамських критеріїв* для діагностики СПКЯ.

СПКЯ діагностується, коли в пацієнтки наявні хоча б 2 критерії з 3-х перерахованих нижче при виключенні інших причин, які можуть давати схожу клінічну картину (вроджена дисфункція кори наднирників, андрогенпродукуючі пухлини, синдром Кушинга):

- надлишкова активність або секреція андрогенів (клінічні та/або біохімічні ознаки ГА);
- оліго-/ановуляція;
- полікістозні яєчники за даними УЗД органів малого тазу.

Робочою групою експертів Національного інституту здоров'я США було рекомендовано виділяти **4 фенотипи СПКЯ** (клінічні варіанти), що включають такі прояви:

- фенотип А (класичний): гіперандрогенія + ановуляція + полікістозні яєчники (за даними УЗД);
- фенотип В (неповний класичний): гіперандрогенія + ановуляція;
- фенотип С (овуляторний): гіперандрогенія + полікістозні яєчники (за даними УЗД);
- фенотип D (неандрогенний): ановуляція + полікістозні яєчники (за даними УЗД).

ГА зустрічається в 65–75% пацієток із СПКЯ та має місце в 3-х із 4-х фенотипів. Крім того, ключову роль у патогенезі синдрому відіграє інсулінорезистентність (ІР). ГА та ІР – дві ключові ланки патогенезу цього захворювання – утворюють патологічне «замкнене коло»:

- високий рівень андрогенів сприяє формуванню абдомінального ожиріння та ІР;
- ІР призводить до компенсаторної гіперінсулінемії, що в свою чергу сприяє утворенню андрогенів в яєчниках і корі наднирників;
- гіперінсулінемія пригнічує утворення в печінці ГЗСС, що сприяє підвищенню в плазмі вільних фракцій андрогенів (особливо тестостерону).

Окрім вищезазначених проявів, у жінок із ГА частіше діагностується гіперплазія ендометрія.

Діагностика

1. Фізикальний огляд: антропометричні показники (зріст, вага, індекс маси тіла (ІМТ), об'єм талії і стегон); вираженість і розподіл гірсутизму за модифікованою шкалою Феррімана-Галлвея (Ferriman-Gallwey); акне, алопеції; наявність чорного акантозу.

2. Лабораторна діагностика: індекс вільного тестостерону, андростендіон, ДЕА-С (дегідроепіандростерона сульфат), 17-ОП (17-оксипрогестерон), АМГ, пролактин, ТТГ, Т4 вільний, ліпідограма, інсулін, рівень глюкози натще і двогодинний пероральний глюкозотолерантний тест, індексу НОМА-IR, мала та велика дексаметазонові проби, концентрація прогестерону в сироватці крові на 20–24 день циклу.

3. Інструментальна діагностика: УЗД/МРТ органів малого тазу

УЗД критерії діагнозу СПКЯ:

- візуалізація не менше 12 фолікулів діаметром 2–9 мм хоча б в одному яєчнику та/або
- обсяг хоча б одного яєчника більше за 10 см³ за відсутності домінантного фолікула діаметром понад 10 мм.

УЗД для оцінки морфології яєчників слід проводити в ранній фолікулярній фазі.

Крім того, УЗД дозволяє дослідити стан і товщину ендометрія для виключення гіперпластичних процесів і раку ендометрія на фоні гіперестрогенії, а також для визначення показань до гістероскопії та біопсії ендометрія.

4. Лапароскопія діагностична/лікувальна. При огляді можуть виявити збільшені розміри яєчників (до 5-6 см в довжину і 3-4 см в ширину), потовщену і ущільнену капсулу із судинним малюнком на поверхні, наявність підкапсулярних кіст, відсутність жовтого тіла.

Лікування:

- модифікація способу життя (дієта, адекватні фізичні навантаження, відмова від паління), застосування вітамінотерапії (особливо вітаміну Д та препаратів магнію) і комбінованих препаратів рослинного походження з антиандрогенною, гормонокорегуючою та протизапальною дією;
- монотерапія естроген-гестагенними препаратами (в тому числі ЕЕ/ЦПА, КОК, пластир, вагінальне кільце);

- метформін при наявності протипоказань до застосування КОК із лікувальною метою як терапія 2-ї лінії в пацієнок із СПКЯ з порушенням МЦ.
- стимуляція овуляції (кломіфен (кlostильбегіт), хоріонічний гонадотропін, хумегон, пергонал, неопергонал, профазі ФСГ). Кломіфен по 50 мг 1 раз в день з 5-го дня менструального циклу протягом 5-ти днів. При відсутності овуляції в першому циклі дозу кломіфену збільшують у наступних циклах до 100-150 мг/добу. Тривалість лікування - 3-4 місяці. Курс лікування можна повторювати 2-3 рази. Якщо максимальна доза не дає ефекту і овуляція не настає, то організм жінки резистентний до даного препарату. Жінкам, які резистентні до кломіфену, можна застосувати гонадотропіни (хумегон, пергонал, неопергонал), виділені із сечі жінок в менопаузі, так звані людські менопаузальні гонадотропіни (ЛМГ), в складі яких є по 75 МО ЛГ і ФСГ. Починають з 50 МО на добу з 5-го дня циклу через день внутрішньом'язово, 100-150 МО на добу. В останні роки запропоновано введення очищеного ФСГ із ЛМГ - метродину, який містить 75 МО ФСГ і мізерну кількість ЛГ. Препарат вводять з 5 дня менструального циклу по 75 МО (1 ампула) внутрішньом'язово кожний день 5-7 днів під строгим контролем ехоскопії. Якщо розмір домінантного фолікула досягнув 18-20 мм в діаметрі, вводять внутрішньом'язово одноразово хоріонічний гонадотропін або профазі в дозі 10000 ОД МО.
- при діагностиці наднирникової гіперандрогенії у хворих СПКЯ лікування треба спрямувати на нормалізацію функції надниркових залоз. Доцільно призначити препарати глюкокортикоїдів: дексаметазон (0,25-0,50 мг/добу) або преднізолон (5-10 мг/добу) протягом 3-5 місяців. Препарати можна застосовувати як окремо, так і одночасно із стимуляцією овуляції кломіфеном.
- хірургічне лікування СПКЯ: клиноподібна резекція обидвох яєчників, при якій видаляється до двох третин тканини, електропунктура яєчників (дрілінг), резекційна біопсія, термокаутеризація, діатермокоагуляція, лазерна резекція яєчників, лазерна деструкція за допомогою аргонного променя. Показанням до оперативного лікування є резистентні форми полікістозу яєчників, коли консервативна терапія протягом 1-2 років не дає бажаного результату. Позитивний ефект після оперативного лікування пов'язаний із зменшенням маси яєчкової тканини, покращанням кровопостачання, руйнуванням незрілих фолікулів, що призводить до зменшення продукції андрогенів та яєчкової інгібіну. Після операції частота відновлення менструальної функції становить 70-80 %, дітородної функції - 40-55 %.

Лікування ПМС включає медикаментозну та немедикаментозну терапію. Бажано починати з **немедикаментозної** - психотерапія, дотримання дієти, при більш вираженій симптоматиці рекомендується фізіотерапевтичне лікування - масаж загальний і комірної зони, бальнеотерапія, електроаналгезія, ендоназальний електрофорез vit B₁.

При ПМС середньої тяжкості і важкої показана медикаментозна терапія: препарати, які покращують метаболізм та функціональний стан ЦНС (ноотропні, психотропні препарати); препарати ангіопротекторної, нейромедіаторної дії (дофамінергічні, серотонінергічні), іммунокоректори, адаптогени, нестероїдні протизапальні препарати; гормональна терапія - призначається індивідуально – гестагени, КОК.

7. Дисменорея

Є найпоширенішим гінекологічним розладом серед дівчат-підлітків і молодих жінок, що проявляється менструальним болем, супроводжуваним різними нейровегетативними, обмінними, психоемоційними порушеннями, які негативно позначаються на їхніх соціальних стосунках, успішності в навчанні та роботі, психологічному благополуччі.

Багато пацієнок вважають дисменорею варіантом нормального перебігу менструації, прояви якого неможливо полегшити.

Дисменорея визначається як стан, що характеризується повторюваним спазмоподібним болем, який виникає під час менструації та локалізується переважно в нижній частині живота. Виділяють первинну дисменорею, яка діагностується за відсутності захворювань органів малого таза, та вторинну, яка має місце за їх наявності. Біль може іррадіювати у внутрішню частину живота, поперек або поздовжню ділянку стегна й, як правило, проявляється за кілька годин до або з моменту початку менструації й переважно зникає на 2-3-й день циклу.

При первинній дисменореї біль не змінює своїх характеристик від одного циклу до наступного. У разі якщо відмічається посилення болю, або біль зберігається наприкінці менструації, або наявний односторонній біль, важливо визначити вторинні причини дисменореї.

Існують наукові дані про те, що як дуже раннє, так і пізнє менархе є фактором ризику розвитку дисменореї. Куріння також може посилювати менструальний біль, і це, ймовірно, пов'язано з тим, що нікотин спричиняє вазоконстрикцію, особливо судин міометрія. Суперечливими факторами ризику розвитку дисменореї є низький індекс маси тіла, тривалий менструальний цикл, аборти в анамнезі, гінекологічні захворювання та наявність психологічних симптомів, таких як депресія, підвищена тривога, стрес тощо.

У патофізіології первинної дисменореї важлива роль належить таким факторам, як скорочення матки та вивільнення медіаторів запалення. Простагландини беруть участь у регуляції овуляції, проліферації ендометрія та його циклічних змінах, пов'язаних із реалізацією менструальної функції. Високий рівень простагландинів викликає підвищення тону міометрія, скорочення матки і спричиняє появу болю. У патофізіології первинної дисменореї задіяний вазопресин, який посилює скорочення матки (рисунк).

Основною причиною вторинної дисменореї є ендометріоз, однак інші захворювання, такі як аденоміоз, інфекції, міома матки, обструктивні аномалії репродуктивного тракту або кіста яєчника, також можуть спричиняти розвиток даного стану.

Лікування первинної дисменореї спрямоване на зменшення больового синдрому та симптомів, які часто викликають дискомфорт і погіршують якість життя пацієнток, через вплив на продукцію простагландинів або зниження тону матки.

Медикаментозна терапія дисменореї включає призначення як гормональних, так і негормональних лікарських засобів.

Основою лікування первинної дисменореї є інгібітори простагландин-синтази, із яких найбільш часто використовують **нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)**. Механізм дії НПЗП полягає у пригніченні ферменту циклооксигенази (ЦОГ), який відповідає за синтез простагландинів.

Прийом препаратів даної групи найкраще починати за 1-2 дні до початку менструації та продовжувати протягом перших 2-3 днів менструації у дозі, що відповідає масі тіла.

Гормональні контрацептиви

Гормональні контрацептиви виявляються ефективними в купіруванні дисменореї за рахунок зниження вироблення простагландинів і лейкотрієнів через гальмування проліферації ендометрія й/або овуляції.

Гормональні контрацептиви класифікуються на засоби:

- короткострокової зворотної дії, такі як КОК, що містять естрогенний і прогестинний компоненти, прогестинні оральні контрацептиви, вагінальне кільце та трансдермальний пластир з естрогенним і прогестинним компонентами;
- тривалої зворотної дії, такі як прогестеронвмісні внутрішньоматкові спіралі (за наявності протипоказань до використання інших терапевтичних засобів, зокрема психічних розладів), підшкірні імпланти, що містять етоногестрел, та ін'єкції медроксипрогестерону ацетату.

Нефармакологічні варіанти терапії дисменореї

Окремі систематичні огляди та випробування свідчать про недостатність доказів щодо її ефективності. Проте існують наукові дані про користь проведення таких втручань, як

точковий масаж, психотерапія, застосування трав та нутрієнтів, черезшкірна електрична стимуляція нервів, термотерапія тощо.

Порушення менструальної функції, статевого розвитку у дівчаток. Запальні захворювання статевих органів у дівчаток та підлітків. Методи контрацепції у підлітків. Сучасні методи обстеження у дівчаток та підлітків з гінекологічними захворюваннями.

Обстежування дівчаток починають зі збору анамнезу, зокрема сімейного, опитування, виявлення скарг, перенесених захворювань, віку менархе (якщо почались менструації), менструальної функції. Обов'язково проводять загальний та гінекологічний огляд (per rectum, якщо дівчинка не живе статевим життям), оцінку статевого розвитку за методом Tanner, оцінку антропометричних параметрів (маса, зріст, розвиток жирової тканини та особливості її розподілу, індекс маси тіла, тип конституції), відповідність цих параметрів віку дівчинки.

Також проводять загально-клінічні лабораторні дослідження, УЗД органів малого тазу та черевної порожнини (при необхідності МРТ), визначення концентрацій гормонів та їх метаболітів в крові (здебільшого ФСГ, ЛГ, пролактин, естрадіол, прогестерон, тестостерон, кортизол, гормони щитоподібної залози).

При наявності запальних проявів проводять мікроскопічні та мікробіологічні дослідження, застосовують метод полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР), серологічні методи. Місцеві та системні зміни імунітету можна виявити при імунологічному дослідженні крові – наприклад, визначення субпопуляцій лімфоцитів крові з використанням моноклональних антитіл, визначення концентрацій основних класів імуноглобулінів IgG, IgM, IgA, оцінка інтерферонового статусу, визначення цитокінів у сироватці крові (цитокінового статусу), імуноферментні методи (ІФА) для виявлення антитіл до збудників урогенітальних інфекцій – цитомегаловірусу, ВІЛ, ВПГ, ВПЧ, хламідій або мікоплазм.

При підозрі на генетичну патологію проводять медико-генетичне консультування, цитогенетичне дослідження (визначення каріотипу), молекулярно-генетичні дослідження.

Порушення менструальної функції у підлітковому віці

Процес статевого дозрівання складається з певних етапів і характеризується послідовними змінами ступеня зрілості надгіпоталамічних центрів ЦНС, гіпоталамуса, гіпофізу, статевих залоз і органів-мішеней статевих стероїдних гормонів.

Одним з провідних розладів менструальної функції у підлітків в період її становлення є **аномальні маткові кровотечі (ювенільні)**. Згідно з прийнятим в Україні з 2016р. Уніфікованим клінічним протоколом етапного надання медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах (АМК) - Наказ МОЗ України від 13.04.16р. № 353 (зі змінами 23.09.16р. № 994) розроблен алгоритм надання допомоги дівчатам при аномальних маткових кровотечах.

Можливі чинники: конституціональні особливості (астенічний, інтерсексуальний, інфантильний тип статури), підвищена алергізація, несприятливі клімато-географічні і матеріально-побутові чинники, вплив ушкоджувальних чинників в ante- і інтранатальному періоді (недоношування, гестоз, резус-конфлікт), часті інфекційні захворювання в дитячому віці, психічні потрясіння, фізичне перевантаження, струс головного мозку, простудні захворювання, поєднання декількох чинників одночасно. Серед дівчаток шкільного віку це поширене гінекологічне захворювання (10-15% у віковій групі 12-18 років).

Клінічна картина АМК. Спостерігаються частіше всього в перші 2 роки після менархе (першої менструації), але іноді вже з менархе. Виникають після затримки менструації на різний термін, продовжуються до 7 днів і більш, різні по інтенсивності, завжди безболісні, досить швидко приводять до анемізації навіть при невеликій крововтраті і вторинним порушенням згущуючої системи крові (тромбоцитопенії, уповільненню

згортання, зниженню протромбінового індексу, уповільненню ретракції кров'яного згустка).

Обстеження дівчаток з АМК повинне проводитися спільно з педіатром, гематологом, ендокринологом, невропатологом, отоларингологом. Проводять загальне обстеження, спеціальне гінекологічне, УЗД, рентгенографію черепа, ендоскопічне дослідження: вивчають коагулограму, біохімічні показники крові.

Обов'язково проведення **диференціального діагнозу** із захворюваннями крові, що супроводжуються підвищеною кровоточивістю, порушеннями функції печінки, захворюваннями надниркових і щитовидної залози, диенцефальною патологією, гормонопродукуючими пухлинами яєчників, саркомою матки, патологією шийки матки, вагітністю, чужорідними тілами і пухлинами піхви.

В підлітковому віці причиною АМК переважно виступають розлади овуляції, пов'язані з незрілістю гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової регуляції. Особливу увагу треба звернути на виключення АМК, спричинених соматичною патологією (коагулопатія та ін.) та кровотеч внаслідок артеріо-венозних мальформацій матки.

При **лікуванні** дівчат з хронічною АМК перевага надається тактиці, спрямованій на формування двофазного менструального циклу шляхом виявлення та усунення причин його порушення. Призначається медикаментозна терапія – спочатку негормональна (інгібітори фібринолізу, антианемічна терапія), при неефективності можливо призначення гормональної терапії (за згодою дівчини та її батьків) - КОК, прогестини.

При **невідкладних випадках у дівчат з гострою АМК необхідно дотримуватись загальних принципів проведення екстрених реанімаційних заходів (оцінка основних показників життєдіяльності – АД, ЧСС, частота дихання), ліквідація гіповолемії**. При важкому стані хворої, обумовленому масивною крововтратою, при кровотечі, що продовжується, а також при рецидивуючих кровотечах, невіддатливих лікуванню, показаний хірургічний гемостаз з лікувальною і діагностичною метою - фракційне вишкрібання слизової матки (для виключення органічної патології). Обов'язково усунення анемії і відновлення гемодинаміки - гемотрансфузія, переливання кровозамінників, прийом залізовмісних і гемостимулюючих препаратів.

Аменорея

Досить часто у підлітків зустрічається таке порушення менструального циклу, як аменорея. Аменорея – це відсутність менструації з пубертатного віку або протягом 6 міс і більше після періоду нормального або порушеного менструального циклу.

Аменорея - це не самостійне захворювання, а симптом різних порушень репродуктивної системи. Обстеження включає вивчення анамнезу, оцінку психоемоційного статусу, будови тіла, наявності вторинних статевих ознак, гінекологічний огляд, УЗД органів малого тазу, КТ або МРТ головного мозку, вивчення гормонального статусу, генетичне дослідження, за потреби консультації ендокринолога, невролога, терапевта, уролога. Аменорею поділяють на первинну та вторинну.

Первинна – коли не було жодної менструації з пубертатного віку (дисгенезія гонад, аплазія матки, атрезія дівочої перетинки, затримка статевого дозрівання, функціональні та патологічні порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи).

Вторинна – коли була хоча б одна менструація (атрезія каналу шийки матки, синдром Ашермана – внутрішньоматкові сінехії, психогенна аменорея, на тлі втрати маси тіла, гіперпролактинемії, синдром резистентних яєчників, синдром виснаження яєчників).

Показання до обстеження дівчат з аменореєю:

- 1) відсутність першої менструації у віці 16 років і більше;
- 2) відсутність менархе протягом 3 років і більше від початку та розвитку вторинних статевих ознак;

3) відсутність, крім аменореї, інших ознак статевого дозрівання (молочних залоз, статевого оволосіння) у віці 14 років і більше;

4) аменорея з невідповідністю показників росту і маси тіла хронологічному віку.

Лікування в залежності від виявлення причини.

Аменорея може бути:

1) **фізіологічною** (до пубертатного віку, вагітність, лактація, клімактеричний період) або **патологічною** (внаслідок інших причин);

2) **справжньою** (коли в організмі жінки репродуктивного віку не відбуваються зміни, характерні для повноцінного функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи) або **несправжньою** (коли такі зміни відбуваються, але менструації немає - це зазвичай може бути внаслідок механічних причин, таких як атрезія дівочої перетинки, атрезія цервікального каналу).

Профілактика порушень менструальної функції у дівчаток

До факторів, які можуть призвести до порушень становлення менструальної функції, належать різні соматичні, гострі та хронічні інфекційні захворювання, стрес, патологічні стани ендокринних залоз (щитоподібна залоза, гіпофіз, гіпоталамус, наднирники), емоційні або фізичні перевантаження, генетичні чинники.

Тому з метою профілактики порушень менструального циклу у дівчат необхідно забезпечити умови щодо своєчасного виявлення та лікування генітальних та екстрагенітальних захворювань, санації вогнищ хронічних інфекції, запобігати у дівчат перевантажень, стресових факторів.

Аномалії розвитку статевих органів у дівчат

Усі вади розвитку піхви та матки належать до вроджених аномалій, які виникають на ранніх етапах ембріогенезу.

Аплазія матки та піхви – (Синдром Майера-Рокітанського-Кістнера-Хаузера) – відсутність матки та піхви поєднується з нормально розвинутими молочними залозами, великими та малими соромітними губами. Будова тіла за жіночим типом, вторинні статеві ознаки розвинуті добре, скарги на відсутність менструацій та неможливість статевих відносин. Лікування оперативне, пластична операція зі створенням штучної піхви (кольпопоез).

Аплазія піхви при функціонуючій матці – варіанти від аплазії по всій довжині піхви до аплазії її частки.

Атрезія дівочої перетинки - скарги на щомісячні болі у нижніх відділах живота (обумовлені перешкодою відтіканню менструальної крові із матки, що функціонує). Лікування оперативне, пластична операція.

Аплазія шийки матки при функціонуючій матці – скарги також на щомісячні болі в нижніх відділах живота, зовнішній вигляд вказує на нормальний ступінь фізичного та статевого дозрівання. Лікування оперативне, пластична операція.

Подвоєння матки та піхви - відмічають правильний розвиток зовнішніх статевих органів, нормальну довжину піхви. Лікування хірургічне.

Матка з додатковим рогом – лікування хірургічне (видалення додаткового рога матки).

Порушення статевого розвитку у дівчаток та підлітків

Передчасне статеве дозрівання (ПСД)

Це група захворювань, об'єднаних однією або низкою ознак, зумовлених передчасним впливом статевих гормонів на організм дівчинки. ПСД називають появу вторинних статевих ознак у дівчат до 8 років. Поява вторинних статевих ознак після 8 і до 10 років отримала назву раннього статевого дозрівання.

Форми ПСД - справжнє і несправжнє, також виділяють самостійну групу захворювань - гонадотропіннезалежну форму ПСД, за якої активація діяльності статевих залоз зумовлена генетичними порушеннями (синдром Мак-К'юна-Олбрайта).

Також розрізняють ПСД за **ізосексуальним типом** (характеризується появою статевих ознак відповідно до статі), і ПСД за **гетеросексуальним типом** (статеві ознаки не відповідають статі дитини).

Виділяють **повну (справжню)** форму ПСД, за якої спостерігають розвиток усіх вторинних статевих ознак і появу менструацій, і **неповну (ізольовану) форму** - телархе (ізольований розвиток молочних залоз) і адренархе (ізольований розвиток статевого оволосіння) за відсутністю менструації.

Класифікація передчасного статевого розвитку

Справжній ПСД:

- 1) ідіоматичний;
- 2) церебральний (пухлини ЦНС);
- 3) ураження ЦНС не пухлинного генезу (арахноїдальні кісти, пологова травма, гідроцефалія, опромінення, хірургічне втручання);
- 4) вроджені синдроми – нейрофіброматоз I типу, туберозний склероз, синдром Рассела-Сільвера, Ван-Віка - Грумбах;
- 5) СПД внаслідок тривалої дії статевих стероїдів (несвоєчасне лікування вродженої дисфункції кіркової речовини надниркових залоз, стан після видалення стероїдних пухлин).

Несправжній ПСД:

- 1) гормонально-активні пухлини яєчників;
- 2) пухлини надниркових залоз;
- 3) фолікулярні кісти яєчників.

Гонадотропіннезалежні форми ПСД - синдром Мак-К'юна-Олбрайта.

Неповні форми ПСД (прискорене телархе, адренархе).

Для обстеження потрібно зібрати анамнез, провести оцінку статевого розвитку по методу Tanner, виконати УЗІ органів малого тазу, черевної порожнини, нирок, наднирників, молочних залоз, визначити кістковий вік, провести ЄЄГ, МРТ головного мозку, необхідні консультації окуліста, невролога, нейрохірурга, ендокринолога, генетика. Необхідно також провести гормональні дослідження - визначення рівня ФСГ, ЛГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону, тестостерону, кортизолу, ДГЕА, гормонів щитоподібної залози.

Для зменшення симптомів ПСД застосовують різні методи гормонотерапії, при новоутвореннях ЦНС проводять хірургічне та променеве лікування, пухлини яєчників підлягають хірургічному видаленню.

Передчасний статеведозрівання по гетеросексуальному типу

Причиною даного захворювання є вірильна форма природженої гіперплазії кори надниркових – адреногенітальний синдром. Його першопричиною є природжена недостатність ферментних систем кори надниркових залоз, яка призводить до недостатнього синтезу кортизолу. Внаслідок цього стимулюється синтез АКТГ і підвищується синтез адреналових андрогенів наднирниками, визначається гіперплазія наднирникових залоз, що є причиною гіперандрогенії і вірілізації зовнішніх статевих органів дівчинки.

Внаслідок цього вже внутрішньоутробно виникає маскулінізація зовнішніх статевих органів плоду. Далі, з 2-3 років змінюються пропорції тіла у бік маскулінізації. Діти відстають в зростанні, грубіє голос, рано наголошується зростання волосся на лобку і обличчі, відсутні вторинні жіночі статеві ознаки.

Лікування даного типу передчасного статевих розвитку полягає в терапії глюкокортикоїдами і хірургічному лікуванні при значній вірилізації (пластика зовнішніх статевих органів).

Затримка статевих дозрівання (ЗСД)

Відсутність або недорозвинення вторинних статевих ознак в 13-14 років, менархе впродовж 3 років після появи вторинних статевих ознак, відсутність менархе до 15 років слід вважати затримкою статевих розвитку. Затримка статевих розвитку може бути центрального і гонадного генезу.

ЗСД центрального генезу. Причиною можуть бути токсичні, інфекційні ураження ЦНС, тяжкі екстрагенітальні захворювання (цукровий діабет, гіпотиреоз, невроз, психоз), спадкові, генетичні патології, пухлини ЦНС. У таких дівчаток скарги на відсутність менструацій, недостатній розвиток вторинних статевих ознак, іноді низькорослість. Обстеження таке саме, як при передчасному статевому дозріванні.

Лікування таких пацієнток включає негормональні методи, гормонотерапію, лікування суміжними фахівцями, органічні захворювання головного мозку вимагають спеціального лікування, яке визначає невролог та нейрохірург.

ЗСД яєчникового генезу. Найчастішою причиною даної патології є різні форми дисгенезії гонад (типова, стерта, чиста і змішана), пов'язані з генетичним або хромосомним дефектом або з важким ураженням гонад в ембріональному або ранньому постнатальному періоді.

Типова форма дисгенезії гонад – синдром Шерешевського-Тернера (45XO). При цьому мають місце: низький зріст і соматичні аномалії, первинна аменорея, індіферентна будова статевих органів, відсутність гонад, порушення набору хромосом, високий рівень гонадотропінів.

Лікування полягає в гормонотерапії. Чистий гонадний дисгенез – XX46/46XY (синдром Свайера) – затримка росту, вади розвитку відсутні, вторинні статеві ознаки не розвинуті.

Змішана форма дисгенезії гонад - 46 XY (інтерсексуальна будова тіла, можливі соматичні вади розвитку, зовнішні статеві органи сформовані за жіночим типом, але гонади мають змішану будову).

Лікування гормональне (естрогени, гестагени), спрямоване на фемінізацію фігури, зменшення проявів статевих інфантилізму, стимуляцію росту при низькорослості.

Запальні захворювання вульви та піхви у дівчат

Запальні захворювання вульви та піхви у дівчат зустрічаються доволі часто. Висока захворюваність зумовлена віковими особливостями – піхва має лужну реакцію, мікрофлора представлена переважно коками з невеликою кількістю лейкоцитів, імунні механізми захисту недостатні.

Клінічна картина характеризується появою збільшеної кількості виділень зі статевих органів, відчуття дискомфорту, відчуття печіння в ділянці зовнішніх статевих органів.

Діагностика полягає у вивченні анамнезу, проводять гінекологічний огляд, мікроскопічне та мікробіологічне дослідження виділень з піхви, діагностику ентеробіозу, аналіз крові на вміст глюкози.

Лікування включає рекомендації батькам щодо правил гігієни, санацію вогнищ хронічної інфекції, стимуляцію захисних сил організму дитини, зрошують піхву за допомогою катетера антисептичними розчинами, а після отримання результатів мікробіологічного дослідження призначають відповідну терапію.

Якщо не лікувати запальні захворювання вульви та піхви у дівчаток, то можуть виникнути **синехії малих соромітних губ** - їх зрощення, коли поступово перекривається вхід до піхви і уретра, що спричинює утруднення сечовипускання.

Лікування полягає в роз'єднанні малих соромітних губ після місцевого знеболювання.

Запальні захворювання внутрішніх статевих органів у дівчат

Запалення внутрішніх статевих органів може бути наслідком апендициту, епідемічного паротиту, хронічного тонзиліту, крім того, це може бути наслідком контактно-побутового або статевого шляху зараження ППСШ.

Клінічна картина характеризується появою відчуття болю різної інтенсивності внизу живота, збільшенням виділень зі статевих органів. Може підвищуватись температура тіла, порушення функції кишок аж до появи симптомів подразнення очеревини. За тривалого перебігу захворювання виникає вторинне порушення менструальної функції. **Діагностика** включає вивчення анамнезу, загальне, гінекологічне, клініко-лабораторне дослідження, визначення мікробіологічного збудника у виділеннях з піхви, при підозрі на ППСШ проводять верифікацію діагнозу.

Лікування є комплексним, проводять його у стаціонарних умовах, з парентеральним уведенням антибактеріальних препаратів, антимикотичних, протиалергічних, імуномодулювальних препаратів, фізичних методів терапії.

Методи контрацепції для підлітків. Особливості підбору та застосування бар'єрних та гормональних методів контрацепції

Головне завдання контрацепції у підлітків – профілактика першого абортів, ППСШ та СНІДу. Основні вимоги до контрацепції: висока ефективність; добра переносимість; безпека; оборотність; захист від ППСШ та СНІДу. Певне значення має доступність, конфіденційність, економічна вигода від придбання контрацептивів. Найбільш прийнятними для сексуально активних підлітків є КОК, що містять малі дози етинілестрадіолу (20-30 мкг) і прогестагени третього покоління. Ефективність КОК при правильному прийомі наближається до 95-98%.

До недоліків КОК необхідно віднести необхідність їх приймати регулярно і щодня, що вимагає високої мотивації поведінки і викликає проблеми у деяких дівчат, вони не захищають від ППСШ, СНІДу. При статевих зв'язках з різними партнерами найбільш кращим є «подвійний» метод, тобто поєднання КОК з презервативом.

В даний час можливе використання альтернативних таблеткам методів гормональної контрацепції (вагінальне кільце, нашкірний пластр). Ефективність цих засобів контрацепції не поступається КОК, для ряду жінок вони є кращими, особливо для молодих жінок, для яких складно щодня пам'ятати про прийом таблеток.

Малоефективними методи контрацепції у підлітків є міні-пили, ін'єкційні препарати, ритмічні методи. Однак гестагенні контрацептиви можуть бути з успіхом використані юними матерями, що годують. Не рекомендується використання ВМС дівчатами-підлітками у зв'язку з анатомо-фізіологічними особливостями репродуктивної системи в підлітковому періоді.

Посткоїтальна (екстрена, термінова) контрацепція має велике значення для підлітків, оскільки саме підлітки досить часто мають «незапланований секс», не володіючи жодними засобами контрацепції. В даний час застосовується метод Юзпе з використанням КОК, рекомендується застосовування не пізніше 72 год після «незахищеного» статевих акту з інтервалом між прийомами в 12 ч.

Клімактеричний період в житті жінки. Фізіологічні зміни в жіночих статевих органах в клімактеричний період. Поняття перименопаузального періоду

Клімактерій (від грец. climacteric – щабель сходів) – це фізіологічний перехідний період у житті жінки, впродовж якого на фоні вікових змін в організмі домінують інволютивні процеси в репродуктивній системі, що характеризуються зниженням репродуктивної і

менструальної функції внаслідок генетично запрограмованого згасання та припинення функціонування яєчників.

Згідно з критеріями STRAW+10 (Stages of Reproductive Aging Workshop), виділяють **4 періоди клімактерію**: період менопаузального переходу, менопауза, перименопауза і постменопауза.

Період менопаузального переходу характеризується варіабельністю менструальних циклів, починається у віці 40–45 років і закінчується з настанням менопаузи. На фоні порушень менструального циклу можуть з'являтися вазомоторні симптоми (ВС) та психоемоційні симптоми дефіциту естрогенів, відзначаються варіабельні рівні фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), естрадіолу (Е2), зниження рівнів прогестерону, інгібіну В і антимюлерового гормону (АМГ).

Менопауза – це остання самостійна менструація в житті жінки, її дата оцінюється ретроспективно через 12 місяців відсутності менструацій.

Менопаузальний синдром - комплекс симптомів, які можуть супроводжувати клімактерій.

Ятрогенна менопауза (посткастраційний синдром) - припинення менструальної функції в результаті хірургічного видалення обох яєчників (з видаленням матки або без) або іншого способу припинення функції яєчників (радіоактивне опромінення, хіміотерапія).

Виділяють передчасну недостатність яєчників (до 40 років), ранню менопаузу (40–45 років), своєчасну менопаузу (46–54 роки) і пізню менопаузу (від 55 років).

Перименопауза включає період менопаузального переходу від появи перших симптомів та 12 місяців після останньої самостійної менструації.

Постменопауза – період після настання менопаузи до закінчення життя жінки. Розрізняють фази ранньої та пізньої постменопаузи. Фазі ранньої постменопаузи, яка для більшості жінок триває протягом 5–8 років, притаманні симптоми клімактеричного синдрому. У фазі пізньої постменопаузи на перший план виходить соматичне старіння жінки, зокрема, кардіоваскулярні захворювання, остеопороз і генітоуринарний менопаузальний синдром. ВС менш виражені, але можуть персистувати протягом тривалого часу.

Гормональна функція яєчників істотно знижується, відбуваються ановуляторні цикли. За принципом зворотного гормональної регуляції за рахунок зниженого рівня естрогенних з'єднань через центральні структури і нейротрансмітерні механізми індукуються підвищена продукція і викид гонадотропних гормонів гіпофіза, зазначаються високий рівень гонадотропінів в плазмі крові жінок в перед- і постменопаузальний періоди. Підвищення концентрації ФСГ виявляється за кілька років до настання менопаузи, а рівень ЛГ підвищується дещо пізніше. У постменопаузі на тлі різкого зниження естрогенів відзначаються вікові зміни і у всіх інших органах і системах жіночого організму: обмінної, серцево-судинної, сечової, кісткової та ін.

Патологічні стани в пре-та перименопаузальному періоді

Всі вікові порушення гомеостазу, функціонального стану всіх органів і систем при старінні організму жінки компенсуються адаптаційними механізмами і в нормі не супроводжуються розвитком патологічних синдромів. Але іноді розвивається **клімактеричний (менопаузальний) синдром, при якому порушується фізіологічне протікання клімактерію**, він відноситься до нейроендокринних синдромів і більш детально розбирається вище цієї методичної розробки.

Аномальні маткові кровотечі в період пре- та перименопаузи

Причина їх виникнення - старіння гіпоталамічних структур, при якому порушується циклічний викид гонадотропінів, процеси дозрівання фолікулів і їх гормональна функція. Відбуваються порушення по типу персистенції фолікула. Виникаюча гіперестрогенія в цьому віці значно частіше приводить до розвитку гіперплазії атипії, аденоматоза, залозистих поліпів ендометрія, і, відповідно, підвищується ризик розвитку злоякісних захворювань ендометрія.

Алгоритм дій при АМК в клімактеричному періоді - згідно **Наказу № 353 від 13.04 2016 р.** (Уніфікований клінічний протокол етапного надання медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах).

Для діагностики, уточнення характеру патології використовуються анамнестичні і клінічні дані, УЗД, гістероскопія, гістологічне дослідження вишкріба ендометрія.

Лікування здійснюється тільки хірургічним шляхом, проводять гістероскопію з обов'язковим вишкрібом ендометрію, якщо немає такої можливості, то проводять фракційне лікувальне-діагностичне вишкрібання ендометрію, в усіх випадках вишкріб підлягає гістологічному дослідженню. Подальша тактика визначається віком хворої, супутними гінекологічними і екстрагенітальними захворюваннями, гістологічним результатом.

Показання до оперативного лікування:

- 1) поєднання АМК з рецидивуючою, аденоматозною атипією, гіперплазією ендометрія;
- 2) поєднання АМК з вузлуватою формою ендометріозу матки (аденоміоз);
- 3) підслизиста міома матки;
- 4) пухлини яєчників;
- 5) аденокарцинома ендометрія.

При протипоказаннях до гормонального і оперативного лікування останніми роками успішно застосовуються резекція (абляція) ендометрія під контролем гістероскопа і кріодеструкція ендометрія рідким азотом.

Опущення та випадання внутрішніх статевих органів

Опущення і випадання внутрішніх статевих органів у жінки - це порушення положення матки або стінок піхви, що проявляється зміщенням статевих органів до входу в піхву або випаданням їх за її межі (синонім генітальний пролапс).

Виділяють такі ступені пролапсу органів малого тазу:

- 1) **ступінь I** – шийка матки опускається не більше ніж на довжину піхви;
- 2) **ступінь II** – шийка матки і/або стінки піхви опускаються до входу в піхву;
- 3) **ступінь III** – шийка матки і/або стінки піхви опускаються за межі входу в піхву, а тіло матки розташовується вище входу в піхву;
- 4) **ступінь IV** – уся матка і/або стінки піхви перебувають за межами входу в піхву.

Причинами пролапсу можуть бути недостатність підвищувального (круглі та крижово-матковізв'язки) та підтримувального апарату (м'язи тазового дна) матки, попередні пологи, менопауза.

Діагностику проводять за допомогою бімануального та ректовагінального дослідження, огляду в дзеркалах.

Лікування зазвичай хірургічне, використовують вагінальний доступ, виконують передню і/або задню кольпорафію, кольпоперінеолеваторопластику, різні варіанти слінгових операцій, операції з використанням синтетичних матеріалів – вагінальна екстраперитонеальна кольпопексія (Prolift), лапароскопічна сакрокольпопексія.

Профілактика полягає у раціональному веденні пологів та післяпологового періоду, анатомічно правильному зашиванні розривів промежини, лікуванні екстрагенітальної патології (захворювань, що призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску), застосуванні гормональної терапії при гіпоестрогенних станах, проведення вправ для зміцнення м'язів тазового дна.

Урогенітальні розлади в клімактеричний період (генітоурінарний синдром)

Це комплекс симптомів, пов'язаних з розвитком атрофічних та дистрофічних процесів у структурах нижньої третини урогенітального тракту - сечовому міхурі, піхві, зв'язковому апараті малого тазу і тазового дна. В основі розвитку лежить дефіцит статевих гормонів, передусім естрогену, що призводить до порушення кровопостачання сечового міхура, піхви, порушення синтезу й обміну колагену, втраті еластичності, ламкості тканин,

унаслідок чого відбувається зменшення об'єму та атрофія м'язової маси, цистоуретральна атрофія, нетримання сечі, диспареунія.

Лікування полягає у замісній гормональній терапії (ЗГТ), яка може бути системною або місцевою. Системна ЗГТ призначається на 5-7 років, терапія естроген-гестагенними препаратами в циклічному або безперервному режимі. Альтернативно можна проводити місцеву терапію естрогеном (естріол) – крем, свічки.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Хвора А., 25 років, звернулась у жіночу консультацію до лікаря зі скаргами на подразливість, плаксивість, головні болі, нагубання молочних залоз, здуття кишечника. Всі ці симптоми настають за 3-5 днів до початку менструації і зникають на 2-3 день менструації. Мала 2 вагітності - з них 1 роди і один штучний аборт. При гінекологічному дослідженні змін з боку внутрішніх статевих органів не знайдено.

1. Встановіть діагноз.

Передменструальний синдром.

2. Складіть план обстеження.

УЗД органів черевної порожнини, малого таза та молочних залоз, МРТ голови та шийного відділу хребта, вміст пролактину в сировотці крові, ЕКГ, ЄЕГ, консультація окуліста, невролога).

3. Складіть план лікування

В залежності від результатів обстеження – психотерапія, седативні засоби, вітаміни групи В, фізіотерапія – масаж загальний та комірної зони, бальнеотерапія, діуретики, антигістамінні засоби, якщо немає ефекту - гормональна терапія КОК або гестагени).

Клінічна ситуація 2

Хвора К., 25 років звернулась до лікаря жіночої консультації із скаргами на відсутність менструації, мерзлякуватість, випадання волосся. Два роки тому мала 1 роди, які ускладнились матковою кровотечею. В післяродовому періоді дитину не годувала, оскільки не було лактації. Загальний стан задовільний, АТ - 90/60 мм рт. ст. При гінекологічному дослідженні встановлено атрофію зовнішніх статевих органів, тіло матки зменшене, придатки не пальпуються.

1. Встановіть діагноз.

Синдром Шихана.

2. Складіть план обстеження.

Визначення вмісту ФСГ, ЛГ, пролактину, тиреотропних гормонів, естрадіолу, прогестерону, тестостерону, УЗД органів малого таза, молочних залоз, щитоподібної залози, наднирників, МРТ головного мозку, ЄЕГ, ЕКГ, консультація ендокринолога.

3. Складіть план лікування.

Симптоматичне, замісна гормональна терапія в залежності від результатів обстеження, анаболічні засоби, вітамінотерапія.

Клінічна ситуація 3

Хвора К., 24 р. заміжня 3 роки, вагітності не було. Менструації з 15 років, кількість виділень - незначна, по 2-3 дні, через 2-3 місяці. Протягом останніх 5 років відмічає ріст волосся на обличчі. При вагінальному дослідженні встановлено побільшені яєчники, неبولючі, на УЗД органів малого таза – полікістозні яєчники, симптом «намиста». Матка зменшена від нормальних розмірів.

1. Встановіть діагноз.

Синдром полікістозних яєчників. Первинне безпліддя.

2. Складіть план обстеження.

Вивчення менструального, репродуктивного, сімейного анамнезу, визначенні індексу маси тіла, ступеня тяжкості гірсутизму, акне, визначити вміст глюкози натщесерце, концентрацію глікозильованого гемоглобіну, індекс НОМА, індексу вільного тестостерону, прогестерону на 20-24 день менструального циклу (як критерія порушення овіляції), УЗД органів малого тазу та наднирників.

СПКЯ діагностується, коли у пацієнтки наявні хоча б 2 критерії з 3-х з нижче перерахованих при виключенні інших причин, які можуть давати схожу клінічну картину (вроджена дисфункція кори наднирників, андроген продукуючи пухлини, синдром Кушинга):

- 1) надлишкова активність або секреція андрогенів (клінічні та\або біохімічні ознаки гіперандрогенії);
- 2) оліго\ановуляція;
- 3) полікістозні яєчники за даними УЗД.

3. Складіть план лікування.

Лікування має починатися якомога раніше, воно включає лікування дерматопатій, нормалізацію менструальної функції, захист ендометрію від гіперплазії, корекцію метаболічних порушень, лікування безпліддя при актуальності вагітності.

Терапія пацієнток з оліго\ановуляцією залежить від поставлених цілей - у разі бажання завагітніти може бути показана індукція овуляції, на фоні якої лікування акне і гірсутизму не проводиться. Якщо немає репродуктивних планів, то рекомендується монотерапія КОК з можливим використанням топічного лікування акне, себореї, косметичним лікуванням гірсутизму.

Застосовують естроген-гестагенні комбінації, що містять прогестини-антиандрогени (в Україні зареєстровані комбінації з ципротерон ацетатом, дроспіреноном, дієногестом, хлормадіноном). Важливе значення має використання КОК із активною формою фолатів, так як на сьогодні доведено зв'язок порушень фолатного циклу та СПКЯ. Використання КОК достовірно знижує ризик раку ендометрію. Якщо при використанні консервативних методів лікування не вдається досягти овуляції, то використовується сучасний метод оперативного втручання - дрилінг яєчників (при лапароскопії).

ТЕМА 25

«Жіночі урогенітальні запальні захворювання»

Мета: Удосконалити та поглибити знання з діагностики та лікування жіночих урогенітальних запальних захворювань.

Основні поняття:

- Критерії діагностики жіночих урогенітальних запальних захворювань.
- Сучасні аспекти лікування жіночих урогенітальних запальних захворювань.
- Діагностика захворювань, що передаються статевим шляхом.
- Особливості лікування захворювань, що передаються статевим шляхом.
- Алгоритм обстеження пацієнтки з урогенітальним запальним захворюванням.
- Питання профілактики жіночих урогенітальних запальних захворювань.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

Тестові завдання:

1. У гінекологічне відділення поступила хвора зі скаргами на підвищення температури до 39,0С, різкі болі внизу живота, гнійно-кров'яністі виділення зі статевих шляхів. З анамнезу:

6 днів тому був виконаний кримінальний аборт. Об'єктивно: АТ 100/60 мм рт.ст., Рс - 110 уд. за хв. Живіт напружений, болючий в нижніх відділах при пальпації, синдром Щеткіна-Блюмберга позитивний. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 7 тижнів вагітності, болюча, м'яка, визначається нависання заднього склепіння. Ваш діагноз?

- А. Пельвіоперитоніт
- В. Перфорація матки
- С. Гострий аднексит
- Д. Піосальпінкс
- Е. Метроендометрит

2. В гінекологічне відділення поступила хвора 25 років зі скаргами на різкі болі внизу живота, підвищення температури тіла до 38,8⁰С, виділення слизово-гнійні. Паритет: пологів не було, 2 штучних аборти. Статеве життя поза шлюбом. При гінекологічному обстеженні: матка не змінена. Придатки – збільшені, болючі з обох сторін. Виділення з піхви гнійні, значні. Яке дослідження потрібно провести для підтвердження діагнозу?

- А. Кольпоскопію
- В. Гістероскопію
- С. Вишкрібання стінок порожнини матки
- Д. Бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження
- Е. Лапароскопію

3. Хвора 19 років, скаржиться на значні пінисті виділення з піхви з неприємним запахом, печію та свербіж в ділянці зовнішніх статевих органів. Незаміжня, має декілька статевих партнерів. При гінекологічному дослідженні: слизова оболонка піхви гіперемована, набрякла, відмічаються точкові крововиливи на слизовій. Виділення значні, пінисті, зеленого кольору, з неприємним запахом. Якому захворюванню відповідає описана клінічна картина?

- А. Трихомонадний кольпіт
- В. Хламідіоз
- С. Вагініт
- Д. Кандидоз
- Е. Гонорея нижнього відділу статевого апарату

4. Хвора, 26 років, доставлена зі скаргами на різкі болі внизу живота, підвищення температури. З гінекологічних захворювань відмічає хронічний сальпінгофорит протягом 6 років, з приводу якого неодноразово лікувалася в стаціонарі. Захворіла кілька днів тому після переохолодження. При обстеженні: пульс - 88/хв., температура тіла 37,6⁰С. Живіт бере участь в акті дихання. При гінекологічному дослідженні: тіло матки нормальних розмірів, обмежено рухливе, відмічається болючість при зміщенні. Праві придатки не визначаються, зліва придатки різко болючі, збільшені. Попередній діагноз:

- А. Апендицит
- В. Гострий сальпінгофорит
- С. Хронічний ендометрит
- Д. Гострий ендометрит
- Е. Загострення хронічного сальпінгофориту

5. Хвора 38 років, в анамнезі 2 пологів і 3 аборти. Контрацепція: ВМЗ на протязі 5 років. Після закінчення менструації з'явилися болі внизу живота і виділення гнійного характеру зі статевих шляхів. Загальний стан задовільний. Температура тіла - 37,7⁰С. При гінекологічному обстеженні у дзеркалах з цервікального каналу візуалізуються контрольні нитки ВМЗ і гнійні виділення. При дворучному дослідженні - шийка матки без

особливостей, матка збільшена, рухома, болюча, виділення гнійні. Яке ускладнення виникло?

- A. Параметрит на фоні ВМЗ
- B. Гострий сальпінгоофорит на фоні ВМЗ
- C. Гострий ендометрит на фоні ВМЗ
- D. Апендицит на фоні ВМЗ
- E. Цистит на фоні ВМЗ

6. Вкажіть ймовірний діагноз пацієнтки 27 років, що скаржиться на біль, свербіж зовнішніх статевих органів, печію, серозно-гнійні виділення. При огляді: набряк зовнішніх статевих органів, гіперемія слизової оболонки:

- A. Аднексит
- B. Ендометрит
- C. Параметрит
- D. Вульвовагініт
- E. Ерозія шийки матки

7. У породіллі 28 років на 4 добу після пологів температура тіла підвищилась до 38°C, відмічалось порушення загального стану, лохії гнійно-кров'янистого характеру з неприємним запахом. При бімануальному дослідженні матка м'яка, болюча, збільшена. Якому післяпологовому захворюванню відповідає ця клінічна картина?

- A. Аднексит
- B. Ендометрит
- C. Післяпологова виразка
- D. Параметрит
- E. Пельвіоперітоніт

8. Хвора 23 років звернулась до лікаря зі скаргами на виділення з піхви з неприємним запахом, свербіння в ділянці зовнішніх статевих органів. При гінекологічному огляді: слизова оболонка піхви гіперемійована, при дотику кровоточить, білі зелені, піністі, значні. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Трихомоніаз
- B. Хламідіоз
- C. Гонорея
- D. Сифіліс
- E. Кандидоз

Вірні відповіді: 1-А, 2-В, 3-А, 4-Е, 5-С, 6-В, 7-В, 8-А.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

В залежності від етіологічних чинників, запальні захворювання розділяють на дві великі групи – неспецифічної та специфічної етіології.

Алгоритми діагностики та лікування специфічних запальних захворювань жіночих статевих органів

Гонококова інфекція

Гонококова інфекція — інфекційне захворювання, яке викликається гонококом. Розрізняють:

- а) свіжу, з давністю захворювання до 2 міс.,
- б) хронічну (понад 2 міс. чи з невстановленим початком).

Свіжа форма підрозділяється на гостру, підгостру та торпідну. Класифікується на гонорею

нижнього відділу (уретрит, парауретрит, бартолініт, цервіцит, проктит) та гонорею верхнього відділу статевих органів (ендометрит, метроендометрит, аднексит, пельвіоперитоніт, перитоніт).

Клініка: слизово-гнійні виділення, ознаки цервіциту, контактні кровотечі, гострий біль у нижній частині живота. Дисемінована інфекція викликає підвищення температури, петехії на шкірі, асиметричну артралгію, тендосиновіт.

Лабораторна діагностика:

- Загальний аналіз крові та сечі
- Мікроскопічний метод (пофарбованих по Граму/ метиленовим синім мазків з уретри, шийки матки чи прямої кишки)
- Бактеріологічний метод (ідентифікація аеробної та анаеробної мікрофлори, антибіотикограма)
- Ампліфікаційні методи- полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР)
- Ультразвукове дослідження органів малого таза (УЗД).

Етіологічне лікування - антибіотики тетрациклінового, цефалоспоринового ряду, макроліди, аміноглікозиди.

Трихомоніаз

Trichomonas vaginalis – це джгутиковий найпростіший, що є паразитом статевих шляхів. У дорослих він майже виключно передається статевим шляхом. У жінок інфекція уретри присутня в 90% випадків, хоча сечовий тракт є єдиним місцем інфекції менше ніж у 5% випадків. Найочевиднішою відповіддю макроорганізму на інфекцію є локальне збільшення кількості поліморфноядерних лейкоцитів.

Клініка. Основним місцем паразитування трихомонад є слизова оболонка піхви і ектоцервікс, а також уретра, сечовий міхур.

10-50% жінок асимптомні, 5-15% не мають патологічних ознак. Виділення з неприємним запахом у 70%, пінисті виділення жовтого кольору в 10-30%. Свербіж/подразнення в піхві й еритема. Дизурія. Зрідка дискомфорт унизу живота. Вагініт. У 2% випадків – «полунична шийка матки», видима неозброєним оком.

Лабораторна діагностика:

- **Мікроскопія.** Пряме виявлення мікроорганізмів у нативному (з додаванням фізіологічного розчину) або пофарбованому акридином помаранчевим вагінальному мазку із заднього склепіння піхви. Нативний препарат потрібно досліджувати протягом 10 хвилин після збору, оскільки трихомонади швидко втрачають рухливість, і їх буде важче ідентифікувати. Чутливість мікроскопії нативного матеріалу найвища в жінок із виділеннями з піхви. Специфічність дослідження висока за умови наявності навченого персоналу.

- **Швидкі діагностичні тести.** Існує низка швидких діагностичних тестів, які мають переваги перед мікроскопією. OSOM *Trichomonas* Rapid Test (Genzyme Diagnostics, США) продемонстрував чутливість 80-94% і специфічність більше 95%. Цей тест не вимагає лабораторного обладнання, дає результат протягом 30 хвилин і є прийнятною альтернативою методу культивування або молекулярному дослідженню.

- **Культивування** (бактеріологічний метод). Має вищу чутливість у порівнянні з мікроскопією, але обмежену доступність. Найпоширенішою є система (InPouch *Trichomonas vaginalis*; BioMed Diagnostics, США), яка має багато переваг у порівнянні з класичними середовищами для методу культивування, такими як Diamond. Після інокуляції ємність можна перенести в лабораторію для інкубації, а потім щодня протягом п'яти днів проводити мікроскопію.

- **Молекулярна діагностика.** Методи ампліфікації нуклеїнових кислот (МАНК) забезпечують найвищу чутливість при виявленні *T. vaginalis* у порівнянні з мікроскопією і методом культивування.

Лікування.

Оскільки *T. vaginalis* належить до ПСШ, необхідно провести скринінг на наявність супутніх інфекцій. До завершення лікування всіх статевих партнерів слід рекомендувати утримання від статевого життя. Показання до терапії трихомоніазу Позитивний тест на *T. vaginalis* незалежно від наявності симптомів. Епідеміологічне лікування статевих партнерів.

Рекомендовані схеми лікування:

Перша лінія: - метронідазол 400–500 мг перорально двічі на день протягом 5-7 днів; або - метронідазол 2 г перорально одноразово. Нітроїмідазоли є єдиним класом ліків, які використовуються для пероральної або парентеральної терапії трихомоніазу, і більшість штамів до них високочутливі. У жінок висока частота інфікування сечовипускного каналу і парауретральних залоз, у зв'язку з чим для лікування слід застосовувати системну терапію. Використання метронідазолу у формі гелю не рекомендується.

Персистуюча інфекція *T. Vaginalis*. Персистуюча або рецидивуюча трихомонадна інфекція обумовлена неадекватною терапією, повторним зараженням або резистентністю *T. vaginalis*. Необхідно виключити порушення режиму прийому препарату, блювання, можливість повторного зараження від нових або нелікованих партнерів.

Протокол лікування при неефективності стандартної терапії *T. vaginalis* (за винятком повторної інфекції і недотримання режиму прийому препарату)

- Повторний 7-денний курс стандартними дозами: метронідазол 400-500 мг двічі на добу протягом 7 днів.
- Серед тих, хто не відповів на перший курс лікування, 40% пацієнток відповідають на повторний курс стандартного лікування.
- Курс лікування високими дозами нітроїмідазолів: метронідазол або тинідазол по 2 г щодня протягом 5-7 днів; метронідазол 800 мг тричі на добу протягом 7 днів.

Туберкульоз жіночих статевих органів

Збудники – туберкульозні мікобактерії. Гематогенний, лімфогенний шляхи розповсюдження. Класифікація генітального туберкульозу:

- Гострий перебіг казеозних уражень.
- Ураження з підгострим перебігом, ексудативно-проліферативними змінами.
- Хронічні малосимптомні форми туберкульозу.
- Інкапсуляція.

Клініка. Загальні симптоми - субфебрильна температура, стомлюваність, адинамія, гіпотонія, зниження апетиту, пітливість. Порушення менструальної функції — олігоменорея, альгодисменорея або аменорея. Первинне непліддя.

Діагностика. Анамнез (контакт з хворим на туберкульоз), внутрішньошкірна проба з туберкуліном, загальне обстеження (загальний та біохімічний аналізи крові, загальний аналіз сечі, рентгенологічні методи) гінекологічне обстеження, бактеріологічне та бактеріоскопічне обстеження, гістологічне дослідження соскоба ендометрія, гістеросальпінгографія (ригідність труб, непрохідність в ампулярних відділах).

Лікування складається з комплексу наступних заходів:

- Гігієнічно-дієтичний режим
- Кліматотерапія
- Хіміотерапія протитуберкульозними препаратами
- Оперативне лікування за відсутності від консервативного протягом 6-8 місяців
- Симптоматичне

Хламідіоз

Збудником урогенітального хламідіозу є *Chlamidia trachomatis*. Хламідійна урогенітальна інфекція є найбільш розповсюдженим захворюванням, що передається

статевим шляхом. У жінок уражується уретра, парауретральні залози, слизова каналу шийки матки, слизова прямої кишки.

Клініка. Хламідійна інфекція проходить у підгострій, хронічній або персистентній формах. Клінічні форми урогенітального хламідіозу: уретрит, парауретрит, бартолініт, вагініт, цервіцит, ендометрит, сальпінгіт, сальпінгоофорит. Виражений поліморфізм проявів і часта відсутність специфічних симптомів ускладнює клінічну діагностику хламідіозу. Найчастіше спостерігаються слизові та слизово-гнійні виділення, біль під час статевих відносин (диспареунія). Хламідійний уретрит супроводжується розладами у вигляді незначного свербіння і печії у ділянці статевих органів (дизурія), рясних слизових виділень.

Лабораторна діагностика:

- Загальний аналіз крові та сечі
- Мікроскопічний метод (склад супутньої мікрофлори)
- Бактеріологічний метод (ідентифікація аеробної та анаеробної мікрофлори, антибіотикограма)
- Ампліфікаційні методи - полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР)
- Серологічний метод визначення титрів антитіл (Ig M, Ig A, Ig G. Дослідження парних сироваток з інтервалом 14 днів).

Лікування. *Системне антибактеріальне лікування:* азитроміцин перорально 1,0 г в 1 день, далі по 0,5г 1 раз на добу протягом 3-х днів, або доксіциклін — перорально по 0,1 г 2 рази на добу протягом 7-14 днів, або джозаміцин перорально 0,5 г 3 рази на добу протягом 7-14 днів. Тривалість лікування у випадку неускладненої хламідійної інфекції нижнього відділу статевих органів складає 7 діб. У випадку ускладненої хламідійної інфекції верхнього відділу статевих органів складає 14-20 діб. Імуностимулятори (призначаються після дослідження імунного статусу): циклоферон — внутрішньом'язово по 250 мкг через день № 5. Антимікотичні препарати з метою профілактики кандидозу: флуконазол, перорально по 50 мг через день до 10 днів. Відновлення нормального біоценозу піхви препаратами, що містять *L. acidophilus*, *L. bifidus*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus*.

Мікоплазмоз

Збудником захворювання є мікроорганізми *Mycoplasma*, до складу яких входять два види збудників. *Mycoplasma* (включає 75 видів) та *Ureaplasma urealyticum* – 10 серотипів. Назва уреаплазма походить від здатності мікроорганізмів продукувати фермент уреазу, яка розщеплює сечовину. Мікроорганізми розміщуються на слизових оболонках ротової порожнини, дихальних шляхів, нижніх відділів сечових шляхів і статевих органів. Мікоплазми розповсюджуються статевим шляхом і часто їх можна виявити в осіб із гонореєю, трихомоніазом, і є супутньою мікрофлорою.

Клінічна картина. Мікоплазмозний цервіцит, вульвовагініт, цистит, уретрит. У 30% жінок — можливо слизово-гнійні виділення, дизурія, ознаки запального захворювання органів малого тазу. Найчастіше захворювання протікає латентно зі стертою клінічною картиною.

Лабораторна діагностика:

- Загальний аналіз крові та сечі
- Мікроскопічний метод (склад супутньої мікрофлори)
- Бактеріологічний метод (ідентифікація аеробної та анаеробної мікрофлори, антибіотикограма)
- Ампліфікаційні методи- полімеразна ланцюгова реакція(ПЛР).

Лікування мікоплазмозу / уреаплазмозу

Проводиться одночасне лікування статевих партнерів. *Системне антибактеріальне лікування:* доксіциклін - перорально по 0,1 г 2 рази на добу протягом 10 днів, або джозаміцин - перорально по 0,5 г 3 рази на добу протягом 10 днів. Тривалість лікування у випадку неускладненої мікоплазмозної інфекції нижнього відділу статевих органів - 10 діб.

У випадку ускладненої мікоплазмової інфекції верхнього відділу статевих органів складає 14 діб. Імуностимулятори (призначаються після дослідження імунного статусу): циклоферон - внутрішньом'язово по 250 мкг через день № 5. Антимікотичні препарати з метою профілактики кандидоза: флуконазол - перорально по 50 мг через день до 10 днів. Відновлення нормального біоценозу піхви препаратами, що містять *L. acidophilus*, *L. bifidus*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus*.

Вірусні захворювання жіночих статевих органів

Викликаються багатьма вірусами, найбільш яскрава картина при ураженні вірусом простого герпесу, при папіломовірусній інфекції.

Кондиломи- аногенітальні бородавки, викликані вірусом папіломи людини (ВПЛ). Можуть бути поодинокими або виявляють від 5 до 15 і більш вогнищ. Існують три типи кондилом: гострі кондиломи (на епітелії слизових малих статевих губ, входу в піхву), бородавки у вигляді папул (на лобку, промежині і періанальних ділянках) та ураження у вигляді плям (виявляються на слизових у вигляді незначної зміни кольору — сірувато-білі або рожево-червоні). Дуже часто захворювання проходить у хронічній та латентній формах.

Лабораторна діагностика:

- Загальний аналіз крові та сечі
- Мікроскопічний метод (склад супутньої мікрофлори)
- Цитоморфологічне дослідження (койлоцитоз, паракератоз, дискератоз)
- Проста і розширена кольпоскопія
- Ампліфікаційні методи- полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР)
- Гістологічне дослідження.

Лікування. На даний час, ні одна сучасна методика лікування не дає зберегти тривалу ремісію й усунути вірус папіломи людини. Частота рецидивів складає 20-30%. Застосовують такі методи:

1. Електрокоагуляція, кріодеструкція, лазервапорізація;
2. Хімічні речовини (тріхлороцетну та інші органічні кислоти);
3. Цитотоксичні препарати (подофілін, подофілотоксин);
4. Імунотерапія- специфічна (вакцини), так і неспецифічна (інтерферони).

Найчастіше застосовують комбіноване лікування.

Ректогенітальна герпесвірусна інфекція виявляється або симптоматичним (клінічно вираженим) захворюванням на місці проникнення вірусу (тобто навколо геніталій), або протікає як безсимптомне захворювання. Може викликатися вірусами ВПГ-1 чи ВПГ-2. Після інфікування вірус переходить в латентний стан у місцевому чуттєвому ганглії і періодично реактивується, викликаючи симптоматичні (клінічно виражені) вогнища.

Класифікація:

1. Герпетичний уретрит.
2. Герпетичний вагініт
3. Герпетичний цервіцит
4. Герпетичний цистит.
5. Герпетичне ураження періанальної ділянки.

Клініко-морфологічна класифікація генітального герпесу:

- перший клінічний епізод генітального герпесу;
- рецидивуючий генітальний герпес: типова і атипова форми;
- безсимптомне вірусовиділення.

Лікування генітального герпесу

Лікування **первинного епізоду** генітального герпесу:

Системні протівірусні препарати:

- ацикловір - перорально по 200 мг 5 раз на добу протягом 5 днів, або
- фамцикловір - перорально по 250 мг 3 рази на добу протягом 5 днів, або

- валацикловір - перорально по 500 мг 2 рази на добу протягом 5 днів.

Місцеве лікування:

- ацикловір - крем наноситься на місця уражень 5 раз на добу протягом 5-10 днів.

Імуномодулятори: циклоферон - внутрішньом'язово по 250 мкг через день, № 10.

Знеболюючі, вітамінотерапія, антиоксиданти.

Вакциноterapia (після лікування, при стійкій ремісії): - вакцинація герпетичною вакциною (через 2 місяці після лікування) проводиться внутрішньошкірно на згинальній поверхні передпліччя по 0,2 мл 1 раз на 3 дні, всього 5 ін'єкцій. Перерва 2 тижні – і ще 5 ін'єкцій по 0,2 мл 1 раз на тиждень. У випадку появи герпетичних висипань проміжки між ін'єкціями збільшуються у 2 рази.

Вульвовагінальний кандидоз

Понад 60% здорових жінок в менопаузі колонізовані грибами роду *Candida* з вищими показниками під час вагітності та нижчими – в дітей і жінок у постменопаузі, які не отримують менопаузальну гормональну терапію. За оцінками фахівців, 75% жінок будуть мати принаймні один епізод вульвовагінального кандидозу (ВВК) протягом свого життя, а від 6 до 9% – хронічний рецидивуючий ВВК (не менше 4 епізодів на рік). ВВК є результатом надмірного росту *Candida albicans* у 90% жінок (в інших визначаються інші види, наприклад, *C. glabrata*). Провокуючими факторами є антибіотикотерапія, вагітність, ендогенна або екзогенна імуносупресія (включаючи цукровий діабет та імундепресанти). В деяких жінок симптоми ВВК можуть виникати при низькій концентрації *Candida*, і вважається, що це може бути пов'язано з алергічною або запальною реакцією на дріжджі.

Фактори ризику та патогенез

Вважається, що рецидиви ВВК пов'язані з чинниками господаря, а не з більш вірулентними штамми або повторним потраплянням збудника до статевих шляхів. Більшість, як правило, пов'язана з *C. albicans*.

- персистенція *Candida sp.* (виявлена за допомогою полімеразної ланцюгової реакції, хоча культурально не виявлена між епізодами),
- погано контрольований цукровий діабет,
- імуносупресія,
- ендогенні та екзогенні естрогени (в т.ч. вагітність, менопаузальна гормонотерапія (МГТ) і, можливо, застосування комбінованих пероральних протизаплідних таблеток),
- недавнє (до трьох місяців до епізоду) застосування антибіотиків, що викликає порушення вагінальної флори.

Класифікація вульвовагінального кандидозу

Неускладнений вульвовагінальний кандидоз(ВВК)

- спорадичний або нечастий
- слабкий-помірний ВВК
- вірогідно викликаний *Candida albicans*
- у імункомпетентної жінки.

Ускладнений ВВК

- РВВК (три або більше епізоди симптоматичного ВВК)

Гострий ВВК:

Перший або поодинокий епізод ВВК

Пацієнти зазвичай мають ознаки та симптоми гострого вульвовагініту та *Candida sp.* виявляється за допомогою мікроскопії та/або культивування.

Рецидивуючий ВВК

Не менше чотирьох епізодів за 12 місяців, причому два епізоди підтверджені мікроскопією або культуральним дослідженням при наявності симптомів (принаймні один епізод повинен бути підтвердженим шляхом культурального мікологічного дослідження).

Клініка. Близько 60% жінок колонізовані, симптоми відзначаються у небагатьох із них. Вагінальні виділення, як правило, типові сироподібні (схожі на сир), але можуть бути

скудними або відсутніми. Біль/свербіж у піхві й еритема. Тріщини на слизовій оболонці піхви. Легка диспареунія. Ураження шкіри пахової ділянки та сліди екскоріації. набряк слизової оболонки піхви.

Діагностика.

- **Мікроскопія.**
- **Мікологічне культуральне дослідження.** Культуральне дослідження вагінального вмісту виявляє гриби роду *Candida*. Якщо можливо, слід провести типування на *C. albicans* або *nonalbicans*.

Лікування

Показання до лікування кандидозу:

- Жінки із симптомами кандидозу, в яких виявлені кандиди при мікроскопії або культуральному мікологічному дослідженні.
- Безсимптомні жінки і чоловіки-партнери не потребують лікування.

Рекомендовані схеми лікування вагінального кандидозу.

Пероральні препарати включають:

- флуконазол 150 мг у вигляді разової дози;
- ітраконазол 200 мг двічі протягом однієї доби.

Інтравагінальні препарати включають:

- клотримазол вагінальні таблетки 500 мг у вигляді разової дози або 200 мг раз на добу протягом 3 днів;
- міконазол вагінальні овулі 1200 мг у вигляді разової дози або 400 мг раз на добу протягом 3 днів;
- еконазол вагінальний песарій 150 мг одноразово.

Бактеріальний вагіноз (БВ)

БВ є найчастішою причиною виділень з піхви у жінок дітородного віку, але він може зустрічатися і в жінок у перименопаузі. Серед білошкірих жінок поширеність БВ складає 5-15%, серед темношкірих вона вища на 45-55%. У жінок, які мають статеві контакти з жінками, лактобацилярні типи подібні, склад вагінальної мікробіоти частіше схожий, і такі жінки схильні до підвищеного ризику розвитку БВ. БВ – це дисбактеріоз вагінальної мікробіоти. Він характеризується надмірним ростом переважно анаеробних організмів піхви (наприклад, *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Atopobium vaginae*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus* spp.), що призводить до витіснення лактобацил і збільшення рН піхви.

Клініка. Близько 50% пацієнток не мають симптомів. Виділення у вигляді тонкого білого нальоту на стінках піхви і присінку піхви. Неприємний рибний запах. Вагініт відсутній.

Діагностика.

Мікроскопія пофарбованого за Грамом препарату є еталонним методом діагностики БВ. **Оцінка за шкалою Nugent.** Вона використовується як золотий стандарт для досліджень і заснована на оцінці вмісту бактеріальних морфотипів в пофарбованому за Грамом піхвовому мазку.

Оцінка варіює від 0 до 10: показник < 4 є нормальним, 4-6 – проміжним, > 6 свідчить про БВ.

Критерії Hay-Ison. Вони також засновані на результатах мазка, пофарбованого за Грамом, їх легше і швидше використовувати в клінічній практиці, і вони включають бактерії, не пов'язані з БВ.

- Ступінь 0: не належить до БВ, при мікроскопії виявляють одні лише епітеліальні клітини, без лактобацил, що вказує на недавню антибіотикотерапію.
- Ступінь 1 (нормальний): переважають морфотипи *Lactobacillus*.
- Ступінь 2 (проміжний): змішана флора з деякою кількістю лактобацил, але також наявні морфотипи *Gardnerella* або *Mobiluncus*.

- Ступінь 3 (БВ): переважно морфотипи *Gardnerella* та/ або *Mobiluncus*, ключові клітини. Лактобацил мало або вони відсутні.
- Ступінь 4: не відноситься до БВ, виявляють тільки грампозитивні коки, без лактобацил (флора відповідає АВ).

Клінічні критерії Amsel. Наявність трьох із чотирьох критеріїв обов'язкова; оскільки три критерії є клінічними, можливо діагностувати БВ без мікроскопії або використання мікробіологічного дослідження. У порівнянні з пофарбованим за Грамом мазком наявність трьох з чотирьох клінічних критеріїв має чутливість 60-72% у діагностиці БВ.

Клінічні критерії:

1. Гомогенні сіро-білі виділення.
2. рН вагінальної рідини > 4,5 (виміряний за допомогою рН-паперової смужки).
3. Рибний запах (якщо не визначається, потрібно додати кілька крапель 10% КОН до вагінальної проби).
4. При нативній мікроскопії наявні ключові клітини (> 20% всіх епітеліальних клітин).

Лікування

Показання до лікування БВ:

- наявність симптомів;
- позитивна пряма мікроскопія з симптомами або без них у деяких вагітних (в яких в анамнезі були ідіопатичні передчасні пологи або викидень у другому триместрі вагітності);
- БВ у жінок, в яких заплановані гінекологічні хірургічні або інвазивні діагностичні процедури;
- факультативно (не обов'язково): позитивна пряма мікроскопія в жінок без симптомів; такі жінки можуть повідомити про припинення виділень після лікування.

Рекомендовані схеми лікування БВ

- Метронідазол 400-500 мг перорально двічі на добу протягом 5-7 днів;
- або Метронідазол гель (0,75%) інтравагінально один раз на добу впродовж 5 днів;
- або Кліндаміцин крем (2%) інтравагінально один раз на добу протягом 7 днів.

Альтернативні схеми лікування БВ

- Метронідазол 2 г перорально в одноразовій дозі;
- або Тинідазол 2 г перорально в одноразовій дозі;
- або Тинідазол 1 г перорально один раз на добу протягом 5 днів;
- або Кліндаміцин 300 мг перорально двічі на добу протягом 7 днів;
- або Деквалінію хлорид 10 мг вагінальна таблетка один раз на добу впродовж 6 днів.

Алгоритми діагностики та лікування неспецифічних запальних захворювань жіночих статевих органів

Запальні захворювання нижнього відділу статевих органів

Вульвіт - це запалення великих і малих статевих губ, клітора і присінка вагіни.

Розрізняють:

- первинний (в дитячому віці, при пошкодженнях вульви, свербінні зовнішніх статевих органів.)
- вторинний вульвіт (при запаленні внутрішніх статевих органів). Причинами свербіння можуть бути цукровий діабет, ентеробіоз, деякі шкірні захворювання, нетримання сечі.

Клініка. Хворі скаржаться на свербіння і печію в ділянці зовнішніх статевих органів, особливо після сечовипускання, біль при рухах, виділення. При огляді спостерігаються набряк тканин, гіперемія вульви, значні виділення (їх характер залежить від етіологічних факторів).

В хронічній стадії зменшуються гіперемія, набряк, екссудація. Свербіння стихає, але періодично відновлюється.

Діагностика. Аналіз скарг хворої, даних анамнезу, об'єктивного обстеження, результатів бактеріоскопічного і бактеріологічного досліджень дають можливість встановити точний діагноз.

Лікування вульвіту визначається його причиною. Місцеве лікування включає в себе санацію зовнішніх статевих органів розчином перманганату калію (1:10 000), настоем ромашки чи евкаліпту. Призначають сидячі ванни з настоем ромашки або розчином перманганату калію (1:10 000) 2-3 рази на день по 10 хв. При бактеріальних вульвітах добрі результати отримують при застосуванні повідон-йоду (у вагіну протягом 7-10 днів).

Бартолініт - це запалення великої залози присінка вагіни. Збудниками є стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, гонокок, трихомонади. При запаленні присінка вагіни мікроби проникають у вивідні протоки бартолінієвої залози, викликаючи запалення, тобто каналікуліти. В результаті закупорки вивідної протоки утворюється несправжній абсцес; якщо ж запалення переходить на навколишню клітковину, то виникає справжній абсцес. За клінічним перебігом процес може бути гострим та хронічним, рецидивуючим.

Клініка. При каналікулітах хворі скаржаться на біль у ділянці зовнішніх статевих органів, виділення зі статевих шляхів. При огляді виявляють гіперемію навколо вивідної протоки. Бартолінієва залоза збільшується у розмірах, стає болісною при пальпації, та з вивідного протока при надавлюванні виділяється гнійних секрет.

Хронічний бартолініт часто рецидує та має стерту картину запалення. При довготривалому процесі в залозі накопичується рідкий секрет який викликає утворення безболісної ретенційної кісти бартолінієвої залози.

При несправжньому абсцесі великої бартолінієвої залози хворі скаржаться на підвищення температури тіла, різкий біль при ходьбі в ділянці зовнішніх статевих органів. При огляді виявляють припухлість великої і малої статевих губ, при пальпації та розкритті статевої щілини виникає різка болючість.

Справжній абсцес бартолінієвої залози виникає при проникненні в її паренхіму гнійних мікроорганізмів. Паренхіма залози при цьому повністю розплавляється. Хворі скаржаться на підвищення температури тіла до 39⁰C, різкий постійний біль у ділянці зовнішніх статевих органів, різкий біль при ходьбі. Загальний стан хворої важкий. При огляді виявляють гіперемію, набряк у ділянці статевих губ, болючість при пальпації, збільшення пахових лімфатичних вузлів.

Діагностика. Проводимо аналіз скарг хворої, даних анамнезу захворювання, об'єктивного обстеження, забір виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування. У гострій стадії призначають ліжковий режим, антибіотики, знеболюючі, холод на промежину. Якщо протягом 2-3 днів покращання не настає, то призначають процедури, які сприяють швидкому абсцедуванню (тепло, мазь Вишневського). Коли з'являється флюктуація, гнійник розкривають.

Лікування несправжнього та справжнього абсцесів полягає у широкому розкритті і дренажу гнійника. Призначають антибактеріальну та детоксикаційну терапію, у порожнину гнійника вводять антибіотики і дренаж. При наявності ретенційної кісти в холодній стадії – розкривають проток великої залози, вивертають слизову оболонку та підшивають її до слизової оболонки вульви (марсупіалізація кісти).

Вагініт - це запалення слизової оболонки піхви. Збудниками вагініту є стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, ентеробактерії, мікоплазми, дріжджові гриби. Розрізняють гострий, хронічний, рецидивуючий, а також простий (серозно-гнійний) та гранульозний дифузний вагініт.

Клініка. Хворі скаржаться на виділення зі статевих шляхів, свербіння, відчуття печії у вагіні та в ділянці вульви, в деяких випадках ниючий біль і печію при сечовипусканні,

диспареунію (біль під час статевого акту).

Простий (серозно-гнійний) вагініт. При огляді вагіни в дзеркалах слизова оболонка гіперемійована, набрякла, місцями вкрита серозним чи серозно-гнійним нальотом.

При розвитку **гранульозного дифузного вагініту** на слизовій оболонці вагіни виявляють дрібноточкову зернистість, яка утворюється дрібними інфільтратами в субепітеліальному шарі. У хронічній стадії зміни слизової оболонки вагіни виражені слабо, білі незначні.

Діагностика. Проводимо аналіз скарг хворої, даних анамнезу захворювання, об'єктивного обстеження, забір виділень для бактеріоскопічного, цитоморфологічного, бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування. Тривалість антибактеріальної терапії складає 7-10 днів. Застосовують вагінальні свічки з повідон-йодом, мірамистином, хлорофіліптом, здійснюють обробку зовнішніх статевих органів розчинами антисептиків (фурациліну, рекутану, калія перманганату). Для відновлення мікробіоценозу піхви після проведеного лікування застосовують біопрепарати (лактобактеріну, біфідумбактеріну, «Симбі плюс», «Флоріка»).

Атрофічний вагініт виникає у жінок у менопаузі. В слизовій вагіни відбуваються атрофічні зміни, в епітелії зменшується запас глікогену, знижується кислотність вагінального секрету, що й сприяє розвитку патогенної мікрофлори. Найчастіше виникають скарги на відчуття дискомфорту, печію і свербіння. При гнійно-кров'янистих виділеннях потрібно виключити злоякісні процеси.

Лікування. Загальне лікування проводять, використовуючи кон'юговані естрогени (премарин, овестин) чи естріол - по 1 таб. (0,5 мг) двічі на добу щоденно, після покращання - по 1 таб./день. Тривалість терапії становить 2-3 тижні. Місцеве лікування включає: ванночки з ромашкою, календулою. Тампони з фітопрепаратами: алое, апілак, каланхое, масло шипшини та обліпихи.

Ендоцервіцит (цервіцит) Збудниками ендоцервіциту є: стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, ентерококи, мікоплазми, хламідії та інші. Його виникненню сприяють травми та розриви шийки матки під час пологів, супутні захворювання внутрішніх статевих органів (вагініти, сальпінгіти, сальпінгооофорити), ектопії шийки.

Клініка. Хворі скаржаться на слизисто-гнійні виділення, іноді на ниючий біль внизу живота. При огляді шийки матки в дзеркалах навколо зовнішнього вічка цервікального каналу виявляють гіперемію, рідше гнійні виділення з цервікального каналу. При тривалому перебізі захворювання розвивається гіпертрофія шийки матки.

Діагностика. Аналіз скарг хворої, даних анамнезу захворювання, об'єктивного обстеження, проводять кольпоскопію, забір виділень для бактеріоскопічного, цитоморфологічного та бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування. В гострій стадії захворювання призначають антибактеріальну терапію залежно від виду збудника. Місцеві процедури протипоказані (ризик поширення інфекції). Якщо виникнення ендоцервіциту пов'язане з наявністю розривів шийки матки, то після протизапального лікування показана пластична операція шийки матки.

Запальні захворювання верхнього відділу статевих органів

Ендометрит. Частіше процес розвивається при висхідній інфекції через канал шийки матки. Проникнення бактерій в тканини ендо- і міометрію відбувається під час мимовільних та штучних абортів, пологів, при проведенні діагностичних вишкрібів слизової оболонки

цервікального каналу та тіла матки, введення ВМК та інших внутрішньоматкових втручань. Збудниками ендометриту є: гонококи, стрептококи, стафілококи, мікоплазми, кишкова паличка, ентерококи, а також асоціація 3-4 анаеробів з 1-2 аеробами, бактероїдами.

Клініка гострого ендометриту. Захворювання починається гостро через 3-4 дні після інфікування з підвищення температури тіла. З'являється біль у нижніх відділах живота з іррадіацією в крижові, пахові ділянки. Хвора скаржиться на гнійні чи кров'янисто-гнійні виділення зі статевих шляхів. Живіт м'який, болючий при пальпації у нижніх відділах. В загальному аналізі крові виявляють лейкоцитоз і зсув формули вліво, зростання ШОЕ.

При гінекологічному дослідженні: тіло матки збільшено в розмірах, має кулеподібну форму, м'якої консистенції, інволюція її значно затримується. Виділення серозно-гнійні, нерідко тривалий час сукровичні, що пов'язане з затримкою регенерації слизової оболонки.

Діагностика. Діагноз гострого ендометриту підтверджуємо на підставі даних анамнезу (інструментальні маніпуляції у порожнині матки), клінічної картини (підвищення температури, серозно-гнійні виділення з неприємним запахом, болючість при пальпації матки, м'яка консистенція тіла матки, затримка інволюції матки після абортів), даних лабораторних методів дослідження (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ), УЗД органів малого тазу. Обов'язковим є забір гнійних виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування. Враховуючи поліморфну етіологію захворювання, частіше застосовують комбіновану антибіотикотерапію. Можна призначати комбінацію цефалоспоринів III-IV поколінь та метронідазолу, лінкозамінідів та аміноглікозидів II-III поколінь. Монотерапія проводиться інгібітор захищеними амінопеніцилінами (амоксисицилін/клавуланова кислота та інші) і карбапенемами (іміпінем/ціластин, меропенем).

При підозрі на хламідійну інфекцію пацієнткам додатково призначають доксициклін або макроліди. Дози та тривалість лікування антибіотиками визначаються тяжкістю захворювання. За необхідністю проводять інфузійну, десенсибілізуючу та загальноукріплюючу терапію. Дієта має бути багатою вітамінами, легко засвоюватись, не призводити до порушення функції кишечника. Періодична аплікація холоду на низ живота має протизапальну, протибільову, гемостатичну дію. Одночасно призначають спазмолітики (2 % но-шпа по 1-2 мл 2-3 рази на добу).

Хронічний ендометрит. В останні роки має місце зростання частоти хронічного ендометриту, що пов'язано з широким застосуванням ВМК, збільшенням кількості абортів і різних внутрішньоматкових маніпуляцій, включаючи ендоскопічні методи дослідження. Хронічний ендометрит є наслідком недолікованого гострого післяпологового та післяабортного ендометрита.

Клініка хронічного ендометриту. Основним симптомом захворювання є маткові кровотечі. Внаслідок неповноцінності трансформації ендометрію порушуються процеси десквамації і регенерації функціонального шару, що є основною причиною пост- і передменструальних кров'янистих виділень. Хворі також можуть скаржитися на наявність серозних чи серозно-гнійних виділень зі статевих шляхів, ниючий біль внизу живота. При вагінальному дослідженні відмічають збільшення матки.

Діагностика хронічного ендометриту ґрунтується на даних анамнезу, клінічних ознаках захворювання, заключенню гістологічного дослідження зскрібка ендометрію (наявність плазматичних клітин). Операцію діагностичного вишкрібання з метою отримання максимальної інформації проводять у першу фазу (8-10 день) менструального циклу.

Лікування. Призначають антибіотики, враховуючи чутливість до них збудника: напівсинтетичні пеніциліни, канаміцин, гентаміцин та інші. Дози і тривалість лікування зумовлюються важкістю захворювання. При необхідності проводять інфузійну, десенсибілізуючу, загальнозміцнюючу терапію. На стадії ремісії доцільно призначати курс

фізіотерапії та санаторно-курортне лікування.

Параметрит - це запалення навколоматкової клітковини. Запальний процес, поширюючись у навколоматкову клітковину (параметрій), може локалізуватись в одному з бокових відділів тазової клітковини (боковий параметрит, допереду в бік сечового міхура - передній параметрит, дозаду - задній параметрит) чи охоплювати клітковину малого тазу (пельвіоцелюліт). Виникненню захворювання сприяє післяпологова чи післяабортна інфекція, різні внутрішньоматкові втручання (зондування, біопсія, гістросальпінгографія), а також поширення інфекції лімфогенним чи гематогенним шляхом з матки, маткових труб, кишечника.

Клініка. Характерний біль внизу живота, який посилюється з прогресуванням процесу. Температура тіла підвищується до 38-39⁰С. Нерідко порушується сечовипускання (почашене, болюче), відмічаються диспептичні порушення (запор, пронос, тенезми).

При бімануальному дослідженні (необхідно провести і ректальне дослідження) збоку, допереду чи дозаду від матки визначається болючий інфільтрат з нечіткими контурами. У подальшому інфільтрат поширюється в сторони аж до стінок тазу, до пахової і лонної ділянок, згладжуючи чи вип'ячуючи склепіння вагіни. При нагноєнні в центрі інфільтрату визначається флуктуація. Матка зміщена в здорову сторону.

Діагностика. Діагноз параметриту підтверджуємо на підставі даних анамнезу (післяпологова чи післяабортна інфекція, інструментальні маніпуляції у порожнині матки), клінічної картини захворювання (біль внизу живота який посилюється з прогресуванням процесу, підвищення температури, порушення сечовипускання, диспептичні порушення), даних бімануального і ректоабдомінального дослідження (збоку, допереду чи дозаду від матки визначається болючий інфільтрат з нечіткими контурами), даних лабораторних методів дослідження (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ), УЗД. Також обов'язковим є забір гнійних виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків.

Лікування. Холод на низ живота, антибактеріальна терапія, при болі - знеболюючі. При нагноєнні параметрального інфільтрату (при випинанні заднього склепіння) потрібно своєчасно його розсікти.

Сальпінгоофорит. Ізольоване запалення маткової труби в клінічній практиці зустрічається рідко. Частіше у жінок зустрічається запалення маткових труб і яєчників. Воно може поєднуватися з запаленням матки. Сальпінгоофорити викликаються патогенними та умовно-патогенними мікроорганізмами: стафілококами, стрептококами, кишковою паличкою, хламідіями, гонококами. Нерідко збудниками процесу є анаероби - бактероїди, пептококи.

Гострий сальпінгоофорит.

Клініка. Хворі скаржаться на підвищення температури тіла, погіршення загального стану, сильний біль внизу живота, озноб, дизуричні розлади, збільшення піхвових виділень із неприємним запахом. Інколи спостерігається нудота та блювання. При огляді живіт напружений, болючий при пальпації. При гінекологічному дослідженні придатків матки - вони збільшені, пастозні, болючі при пальпації, рухомість їх обмежена. Болючість під час екскурсії шийки матки. В аналізі крові спостерігається: лейкоцитоз, зростання ШОЕ; в протеїнограмі переважають глобулінові фракції, підвищення в крові вмісту С-реактивного білка.

Діагностика. Діагноз ґрунтується на даних анамнезу (гострий початок захворювання після менструації), клінічної картини захворювання (підвищення температури тіла, тазовий біль, озноб, дизуричні розлади), бімануального дослідження, лабораторних даних (лейкоцитоз, зростання ШОЕ, підвищення в крові вмісту С-реактивного білка), УЗД органів малого тазу. Обов'язковим є забір виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків. Для скринінгу захворювань, що

передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування хворих у гострій стадії проводиться в стаціонарі. До схеми першого ряду відносять комбінацію цефалоспоринів третього покоління (цефотоксим, цефтриаксон) з метронідазолом, призначення інгібіторзахищених амінопеніцилінів (амоксцилін/клавулонова кислота та інші).

В якості альтернативних режимів можуть застосовуватися лінкозаміди в комбінації з аміноглікозидами, фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин) з метронідазолом, карбопенеми. Враховуючи високий ризик хламідійної інфекції пацієнткам одночасно варто призначати доксициклін або макроліди. Застосовуються такі схеми лікування:

- цефтриаксон 250-500 мг внутрішньом'язово чи внутрішньовенно 1 доза + доксициклін 100 мг 2 рази на добу перорально 14 днів.
- офлоксацин 400 мг 2 рази на добу перорально + метронідазол 500 мг 2 рази на добу протягом 14 днів;
- кліндаміцин 300-450 мг 4 рази на добу перорально;
- метронідазол 500 мг 2 рази на добу перорально 14 днів.

Також рекомендується така комбінація: цефокситин 2,0 г внутрішньом'язово+пробенецид 1,0 г перорально + доксициклін 100 мг 2 рази на день, перорально 14 днів.

При важкому перебігу, гнійному сальпінгоофориті призначається: цефокситин 2,0 г через 6 годин внутрішньовенно або цефотетан 2,0 г через 12 годин внутрішньовенно в комбінації з доксицикліном 100 мг через 12 годин внутрішньовенно чи перорально; кліндаміцин 600-900 мг внутрішньовенно через 8 год. + гентаміцин в/в 2 мг/кг маси тіла, з поступовим зменшенням дози до 1,5 мг/кг через 8 год.; чи ампіцилін/сульбактам чи тікарцилін/клавунат чи піперацилін-тазобактам.

При підозрі на анаеробну флору застосовують метронідазол. Призначають його в важких випадках внутрішньовенно в добовій дозі 1-1,5 г протягом 5-8 днів; в менш важких випадках рекомендується пероральне призначення препарату в дозі 400-500 мг 3 рази в день протягом 7-8 днів, за показами тривалість прийому можна збільшити.

При виражених ознаках інтоксикації використовується інфузійна терапія: парентерально вводиться 5 % розчин глюкози, поліглюкіну, реополіглюкіну, білкових препаратів (загальна кількість рідини 2-2,5 л/добу). При необхідності в склад інфузійної рідини включають вітаміни, 4-5 % розчин бікарбонату натрію (500-1000 мл) для корекції кислотно-лужного стану, антигістамінні препарати.

Хронічний сальпінгоофорит. Хронічний сальпінгоофорит може бути продовженням недолікованого гострого процесу, а може розвиватись без гострої стадії. Хронічній стадії процесу властиві втрата фізіологічних функцій слизової та м'язової оболонок маткової труби, розвиток сполучної тканини, звуження просвіту судин, склеротичні процеси. При тривалому перебігу нерідко виникає непрохідність маткових труб із утворенням гідросальпінксу та спайкового процесу навколо яєчників. Можуть утворитися перитубарні та периоваріальні спайки, які перешкоджають заплідненню.

Клініка. Основною скаргою є біль внизу живота(тупий, ниючий), який посилюється при переохолодженні, інтеркурентних захворюваннях, перед і під час менструації. Найчастіше інтенсивність болю не відповідає характеру змін в статевих органах, він відчувається за ходом тазових нервів (невралгія тазових нервів, тазовий гангліоневрит, який виникає внаслідок хронічного запального процесу).

Порушення менструальної функції (олігоменорея, альгодисменорея та ін.) має місце у хворих і пов'язане з порушенням функції яєчників (гіпофункція, ановуляція та ін.). Функціональні зміни в маткових трубах і гіпофункція яєчників є причиною безпліддя. Спостерігається порушення статевої функції (болючий коїтус, зниження лібідо). Скарги на розлади секреторної функції (білі) обумовлені розвитком кольпіту або ендоцервіциту.

Діагностика. З даних анамнезу враховують наявність перенесеного запального процесу в придатках матки після абортів, ускладненого перебігу пологів, внутрішньоматкових діагностичних процедур. З клінічних даних (тазовий біль, порушення

менструальної та статеві функції, безпліддя). Для підтвердження діагнозу -УЗД органів малого тазу, забір виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків. Для скринінгу захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР).

При легких формах запальних захворювань органів малого тазу пацієнтки можуть лікуватися в амбулаторних умовах. У таких випадках перевага надається пероральним препаратам високої біодоступності. За показаннями призначають анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати у вигляді свічок, вітаміни, ферменти.

Виражений запальний процес у придатках матки нерідко потребує **хірургічного лікування**. Доцільно спочатку провести діагностичну лапароскопію. Необхідність хірургічного втручання виникає при відсутності ефекту від консервативної терапії та формуванні тубооваріальних утворень.

Гнійні запальні тубооваріальні утворення

Розповсюдження інфекції відбувається переважно каналікулярним шляхом (при маткових кровотечах, внутрішньоматкових втручаннях). Внаслідок склеювання фімбрій і розвитку спайок у ампулярній частині труби виникають «пухлини» з серозним (гідросальпінкс) чи гнійним (піосальпінкс) вмістом. Запальні утвори в яєчниках (кісти, абсцес) і гідросальпінкс чи піосальпінкс утворюють тубооваріальну «пухлину» (тубооваріальний абсцес).

Клініка. Клінічні прояви гнійного запального процесу можуть бути різноманітними. Гнійний сальпінгіт та гнійні тубооваріальні утворення в гострій стадії запалення мають схожу клінічну картину.

Гнійний сальпінгіт починається гостро, з підвищення температури, гострого болю в лівій або правій гіпогастральній ділянці тіла, які віддають до попереку, прямої кишки і стегна на стороні враження. Постійний симптом гнійного сальпінгіту – це патологічний гнійний характер піхвових виділень.

При гінекологічному дослідженні чітких утворень у ділянці придатків матки часто не вдається визначити через різку болючість та перитонеальні симптоми. Найбільш типовою ознакою такого процесу є болючість при зміщенні шийки матки та при пальпації заднього та бокового склепіння. Наростання болів свідчить про можливість перфорації гнійної пухлини з утворенням найбільш тяжких ускладнень – розлитого гнійного перитоніту.

Основними проявами інфекційного синдрому є лихоманка, озноб, погіршення загального стану, зростання лейкоцитарного індексу інтоксикації. В крові спостерігається помірний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної форми вліво та збільшення ШОЕ.

Синдром метаболічних порушень проявляється гіпопротейнемією, диспротейнемією, електролітними порушеннями в бік ацидозу, гіпоксією.

Для **діагностики** тубооваріальних утворень застосовують трансвагінальну ехографію, діагностичну (або лікувальну) лапароскопію, діагностичну пункцію черевної порожнини крізь заднє піхвеве склепіння. Виконують забір виділень для бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків. Посів крові на стерильність. Може бути виконана комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія органів малого тазу.

Диференціальну діагностику необхідно проводити з такою патологією черевної порожнини, як гострий апендицит, холецистит, кишкова непрохідність, хірургічний перитоніт.

Лікування. За відсутності даних щодо розриву тубооваріального утворення, хворі підлягають лікуванню шляхом внутрішньовенного введення антибіотиків широкого спектра дії в умовах стаціонару. Методом вибору може бути призначення цефокситину 2 г в/в кожні 6 год і доксицикліну 100 мг внутрішньовенно або орально 2 рази на день. Якщо пацієнтка не відповідає на таку терапію, переходять на режим введення трьох антибіотиків — ампіцилін (або амоксилав), гентаміцин (або цефуроксим) і кліндаміцин (або метронідазол). При алергії до пеніцилінів застосовують левофлоксацин, гатіфлоксацин і кліндаміцин.

Хірургічне лікування при тубооваріальних абсцесах – це головний етап. У разі розвитку більш тяжких форм, резистентних до антибактеріальної терапії, або з клінічними ознаками розриву абсцесу (симптоми подразнення очеревини, наявність гнійного вмісту в дугласі), хірургічне втручання є необхідним. При одnobічних тубооваріальних абсцесах звичайно виконують сальпінгоофоректомію на боці ураження, при двобічних може бути необхідною гістеректомія з двобічною сальпінгоофоректомією.

Лапароскопія розглядається як найбільш ефективний і сучасний метод лікування піосальпінксів, піоварів та тубооваріальних утворень з давністю захворювання 2-3 тижні. При осумкованих тубооваріальних утвореннях та їх ускладненнях безумовно має проводитися лапаротомія.

Профілактика уrogenітальних запальних захворювань полягає у таких заходах: 1) ретельному скринінгу груп високого ризику захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ); 2) своєчасному лікуванні пацієнток із ЗПСШ та їх статевих партнерів; 3) рекомендаціях застосування бар'єрних методів контрацепції;

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Жінка 32 роки звернулась до жіночої консультації зі скаргами на підвищення температури тіла до 38⁰С і біль внизу живота, які з'явилися через 3 дні після штучного аборту при терміні вагітності 10 тижнів. При бімануальному дослідженні: тіло матки збільшено до 5-6 тижнів вагітності, болісне при пальпації, має м'яку консистенцію. Виділення гнійно-кров'янисті з неприємним запахом.

Вкажіть попередній діагноз?

Вкажіть план обстеження хворої?

Відповідь:

Попередній діагноз: Гострий метроендометрит.

Підтвердити діагноз можливо за допомогою наступних методів дослідження: загальний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження, ультразвукове дослідження органів малого таза, ампліфікаційні методи (визначення ПЛР ДНК збудників інфекції).

Клінічна ситуація 2

Жінка 30 років звернулась зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,2⁰С. Паритет: 2 вагітності (1 пологи, 1 штучний аборт), без ускладнень. Статеве життя з 18 років. При огляді: в ділянці лівої великої статевої губи гіперемія шкіри, симптом флюктуації, різка болісність при пальпації. В ЗАК – лейкоцитоз, ШОЕ - 24 мм\год.

Вкажіть попередній діагноз?

Вкажіть план обстеження та лікування пацієнтки?

Відповідь

Попередній діагноз: Абсцес лівої бартолинової залози.

План обстеження: загальний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження, ультразвукове дослідження органів малого таза, ампліфікаційні методи (визначення ПЛР ДНК збудників інфекції).

Лікування: розкриття і дренирування абсцесу залози, надалі — антибіотикотерапія.

ТЕМА 26

«Доброякісні новоутворювання статевих органів жінки. Дисгормональні

захворювання молочної залози. Ендометріоз.»

Мета: Здобувачам необхідно засвоїти основні етіологічні та патогенетичні фактори доброякісних пухлинних захворювань жіночих статевих органів. Навчитися аналізувати дані лабораторних та інструментальних методів обстеження пацієнток з доброякісними процесами геніталій, оцінювати клінічні прояви захворювань, проводити диференціальну діагностику з метою правильного встановлення діагнозу, обирати правильну тактику ведення даних пацієнток.

Основні поняття:

- Доброякісні новоутворювання статевих органів жінки. Діагностика, лікування та профілактика.
- Дисгормональні захворювання молочної залози. Сучасні методи діагностики, лікування та профілактики.
- Ендометріоз. Сучасні аспекти етіопатогенезу, діагностики, лікування, та профілактики ендометріозу.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. Жінка 35-ти років звернулася до лікаря зі скаргами на зростаючий біль під час менструації протягом 1-го року Тривалість менструального циклу 28 днів. 2 роки тому була проведена лапароскопі-чна перев'язка маткових труб. При пальпації матка збільшена до 8 тижнів вагітності, м'якої консистенції, болюча. Придатки з обох сторін не збільшені, при пальпації безболісні. Який діагноз є найбільш імовірним?

- A. Аденоміоз*
- B. Позаматкова вагітність
- C. Зовнішній ендометріоз
- D. Полікістоз яєчників
- E. Гідросальпінкс

2. В ході профогляду встановлено: у жінки 23-х років вагітностей не було. При бімануальному обстеженні виявлено: тіло матки нормальних розмірів, на передній стінці - щільне округле утворення на ніжці, пов'язане з маткою, розмірами в діаметрі до 6-ти см, неболіuche, додатки без особливостей. За допомогою УЗД підтверджено діагноз субсерозної міоми матки. Який метод лікування слід запропонувати?

- A. Консервативна міомектомія*
- B. Ампутація матки
- C. Дефундація матки
- D. Екстирпація матки
- E. Висока надпівхова ампутація матки

3. Пацієнтка 35-ти років пред'являє скарги на сукровичні виділення з соска лівої молочної залози. При огляді, пальпації - патології не виявлено. Для якого доброякісного захворювання є характерним даний симптом?

- A. Внутрішньопротокова папілома*
- B. Кіста молочної залози
- C. Фібroadенома молочної залози
- D. Інфільтративний мастит
- E. Масталгія

4. Жінка 32-х років звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на хронічний тазовий біль, який посилюється під час менструацій, диспареунію, кровомазання напередодні та після менструації. Остання менструація 3 тижні тому. При огляді у дзеркалах: на шийці матки 2 кісти діаметром 3 і 5 мм синьо-багрового кольору, з яких виділяється темно-коричнева рідина. При бімануальному дослідженні: тіло матки шароподібної форми, збільшене до 6 тижнів вагітності, болісне при пальпації. Придатки з обох боків без особливостей. Лікаря проінформовано, що у найближчий час народження дитини не планується. Яка тактика лікування цієї пацієнтки є найбільш доречною?

- A. Контрольована гіперстимуляція яєчників
- B. Призначення комбінованих оральних контрацептивів*
- C. Призначення андрогенів
- D. Хірургічне втручання
- E. Призначення антагоністів гонадотропін-рилізінг гормону

5. Жінка 32-х років звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності впродовж 4-х років. У анамнезі: 5 років тому перша вагітність закінчилась штучним абортom. За даними вагінального дослідження та ультразвукового дослідження (УЗД) встановлено діагноз: ендометріоїдна кіста правого яєчника. Який оптимальний метод лікування?

- A. Протизапальна терапія
- B. Терапія андрогенами
- C. Консервативна терапія естроген-гестагенними препаратами
- D. Санаторно-курортне лікування
- E. Оперативна лапароскопія*

6. До жіночої консультації звернулася жінка 40-ка років зі скаргами на порушення менструального циклу за типом гіперполіменореї протягом півроку, тягучі болі в нижніх відділах живота, слабкість. В ході гінекологічного обстеження тіло матки збільшене до 12 тижнів вагітності, щільне, рухоме, безболісне. В крові: Нв - 90 г/л. Яка патологія є найбільш імовірною?

- A. Кістома яєчника
- B. Вагітність
- C. Міома матки*
- D. Дисфункціональна маткова кровотеча
- E. Рак тіла матки

7. Хвора скаржиться на біль внизу живота, який посилюється під час місячних і статевих контактів, та іррадіює в піхву. Під час піхвового дослідження - ззаду від матки виявляються щільні, вузлуваті, болючі утворення. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Ретроцервікальний ендометріоз*
- B. Аденоміоз
- C. Периметрит
- D. Хронічне запалення придатків матки
- E. Параметрит

8. В ході профогляду встановлено: у жінки 23-х років вагітностей не було. При бімануальному обстеженні виявлено: тіло матки нормальних розмірів, на передній стінці - щільне округле утворення на ніжці, пов'язане з маткою, розмірами в діаметрі до 6-ти см, невелике, додатки без особливостей. За допомогою УЗД підтверджено діагноз субсерозної міоми матки. Який метод лікування слід запропонувати?

- A. Консервативна міомектомія*
- B. Ампутація матки
- C. Дефундація матки

- D. Екстирпація матки
- E. Висока надпівхова ампутація матки

9. Хвора 48-ми років скаржиться на рясні менструації. Родів - 2, абортів - 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 14-15 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, ділянка придатків безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Фіброміома матки*
- B. Саркома тіла матки
- C. Вагітність 14-15 тижнів
- D. Хоріонепітеліома
- E. Рак ендометрія

10. Хвора 26-ти років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на біль внизу живота, який посилюється під час менструації, мажучі кров'яністі виділення до і після менструації. Захворювання пов'язує зі штучним абортom. В дзеркалах: на шийці матки 5 темно-червоних включень. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Зовнішній ендометріоз*
- B. Поліпоз шийки матки
- C. Рак шийки матки
- D. Ерозія шийки матки
- E. Дисплазія шийки матки

11. Хвора 28-ми років під час самообстеження виявила пухлину у верхньому зовнішньому квадранті правої молочної залози. Під час пальпації - безболісне, тверде, рухоме утворення в молочній залозі діаметром 2 см, периферичні лімфатичні вузли не змінені. Ультразвукове дослідження молочних залоз: у верхньому зовнішньому квадранті правої молочної залози об'ємне утворення підвищеної ехогенності, розміром 21x18 мм. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Фібroadенома*
- B. Кіста молочної залози
- C. Дифузна мастопатія
- D. Рак молочної залози
- E. Мастит

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Лейоміома матки

Терміни «лейоміома», «фіброміома», «міома» є синонімами і позначають розповсюджену пухлину матки, що виявляється у 70-80 % жінок, які досягли 50- річного віку. Поширеність захворювання збільшується з віком і досягає максимуму у віці 40-50 років.

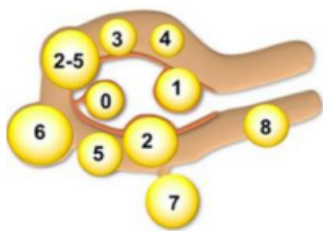
Лейоміома матки – це моноклональна пухлина, що виникає з гладкої м'язової тканини матки (тобто міометрія). Це доброякісне новоутворення, що складається з неупорядкованих «міофібробластів», заглиблених у великій кількості позаклітинного матриксу, що становить значну частину об'єму пухлини. Лейоміома матки може зростати, залишатися стабільною та/або регресувати, наприклад у постменопаузі.

Діагноз ЛМ встановлюється на підставі скарг, анамнестичних даних, загального, гінекологічного обстеження та інструментальних методів досліджень. У багатьох жінок ЛМ має безсимптомний перебіг і діагностується випадково при гінекологічному обстеженні або інструментальними методами.

Лейоміоми матки можуть проявлятися клінічно, в тому числі АМК (наприклад, тяжкі, нерегулярні і тривалі маткові кровотечі), і, як наслідок, залізодефіцитною анемією; компресійними симптомами, пов'язаними з великими розмірами пухлини (наприклад, за рахунок здавлювання органів малого тазу – кишечника та сечового міхура – можуть спостерігатися обструктивні симптоми у вигляді закрепів, здуття кишечника, спазмів, збільшення частоти сечовипускання та інших дизуричних розладів тощо); болем в нижніх відділах живота, попереку, нижніх кінцівках; диспареунією; а також безпліддям і невиношуванням вагітності.

Ускладненнями ЛМ є перекрут лейоміоми на ніжці, ішемія та некроз вузла, пролапс субмукозної лейоміоми через шийку матки, синдром хронічного тазового болю.

Система класифікації лейоміом FIGO, 2018



Тип	Код	Характеристика
Субмукозні	0	Підслизова міома на ніжці
	1	Виступає в порожнину матки понад 50%
	2	Виступає в порожнину матки менше 50%
	3	Інтрамуральна міома, яка контактує з ендометрієм.
Інші	4	Інтрамуральна
	5	Субсерозно-інтрамуральна - виступає в черевну порожнину менше 50%
	6	Субсерозно-інтрамуральна - виступає в черевну порожнину понад 50%
	7	Субсерозна міома на ніжці
	8	Специфічна міома (наприклад, цервікальна)
Гібридні (змішані)	Залучені як ендометрій, так і серозна оболонка. У коді вказують дві цифри через дефіс: перша вказує на частину вузла, пов'язану з ендометрієм, друга - на частину вузла, яка розташована ближче до серозної оболонки.	
	2-5	Підслизові та субсерозні, кожен з меншим ніж половина діаметра в ендометрії і черевній порожнині відповідно

Діагностичні ознаки лейоміоми матки

Метод обстеження	Діагностичні ознаки
Загальні	
Скарги	● маткові кровотечі - початок, тривалість, об'єм. ● слабкість, запаморочення (при АМК та тяжкій залізодефіцитній анемії). ● біль та дискомфорт у животі - початок, тривалість, характер, іррадіація болю, фактори полегшення або посилення болю. ● збільшення живота, часті позиви на сечовипускання, закрепи. ● безпліддя.
Анамнез	Анамнез захворювання: ● коли вперше виявили ЛМ; попереднє лікування та його ефективність, динаміка захворювання. Акушерсько-гінекологічний анамнез: ● оцінка менструального циклу та дата останньої менструації, кількість та результати вагітностей, методи контрацепції. Анамнез життя: ● спадковість щодо наявності ЛМ у матерів та сестер, шкідливі звички, оперативні втручання на органах малого таза та черевної порожнини.
Об'єктивне обстеження	Тілобудова, визначення ІМТ (індексу маси тіла). Блідість шкірних покривів та слизових оболонок може свідчити про наявність анемії.
Гінекологічне обстеження	Зміни розмірів, форми та консистенції матки.

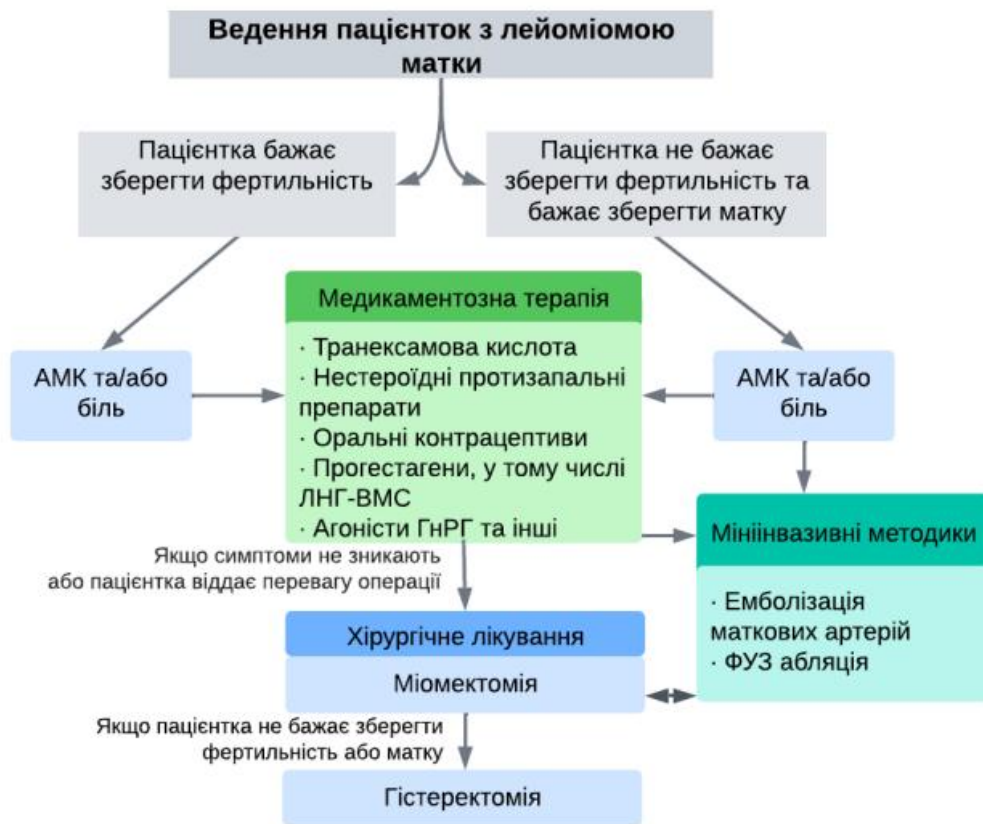
Діагностичні ознаки лейоміоми матки (продовження)

Метод обстеження	Діагностичні ознаки
Інструментальні	
Ультразвукове дослідження (трансвагінальне та/або трансабдоминальне, сольове або контрастна соногістерографія)	Рекомендовано при описі лейоміом під час виконання УЗД користуватись класифікацією FIGO. Мінімальний набір даних для опису лейоміоми: - оцінка загальних розмірів та об'єму матки; - оцінка кількості вузлів ЛМ (1, 2, 3, 4 або більше 4), якщо така візуалізація недоступна, можливо вказати оцінку розмірів матки, еквівалентну «Х» тижнів вагітності; - локалізація вузлів ЛМ (передня, задня стінки, ліве, праве ребро матки) і місце розташування у вертикальній площині: верхня половина, нижня половина або в обох; - розміри найбільшого вузла лейоміоми за наявності множинних вузлів; - зв'язок між вузлом ЛМ та ендометрієм з використанням системи класифікації FIGO (типи лейоміом 0,1,2,3, 2-5 - класифікуються як субмукозні ЛМ).
МРТ органів малого таза	Використовується у складних випадках при множинних ЛМ для диференційної діагностики лейоміоми матки та лейоміосаркоми.
КТ органів малого таза	Має обмежену цінність у визначенні розташування лейоміом відносно ендометрія або міометрія.
Офісна діагностична гістероскопія	Гістероскопія – стандарт для розмежування ЛМ типу 2 і 3, при цьому оцінка повинна здійснюватися на найнижчому тиску рідини, що сприяє візуалізації деформації порожнини матки та ендометрія.

Лікування ЛМ включає медикаментозні, неексцизійні, хірургічні методи та їх комбінації з урахуванням симптоматики, розмірів та локалізації вузлів, віку, потреб та бажання пацієнтки зберегти фертильність або матку.

Тактику лікування обирають в залежності від локалізації, розмірів, кількості, типу вузлів лейоміоми та мети лікування. Терапія направлена на полегшення симптомів; стабілізацію та зменшення розмірів вузлів лейоміоми; збереження фертильності (за бажанням жінки) та запобігання ускладненням. Жінкам, які бажають зберегти матку або підвищити фертильність, методом вибору за інформованою згодою є міомектомія, однак це не виключає можливості повторного оперативного втручання і рецидиву ЛМ. Гістеректомія є радикальним методом лікування ЛМ, який застосовується у пацієнтки після реалізації репродуктивних планів за відсутності бажання зберегти матку.

Алгоритм ведення пацієнток з ЛМ в залежності від репродуктивних планів



Ендометріоз

Ендометріоз – це доброякісне гормонозалежне захворювання, яке характеризується розростанням ендометріюїдної тканини (морфологічно та функціонально подібної з ендометрієм) за межами матки, що спричиняє хронічну запальну реакцію. Незважаючи на те, що у одних жінок з ендометріозом відмічається біль різного ступеню вираженості та безпліддя, в інших – захворювання може проходити взагалі безсимптомно.

Ця патологія зустрічається у близько 10% жінок із загальної популяції та майже у 50% жінок, хворих на безпліддя. Актуальність ендометріозу пов'язана зі значним поширенням захворювання серед дівчат-підлітків та жінок репродуктивного віку та спричиненим ним безпліддям, а також формуванням стійкого больового синдрому, що негативно впливає на якість життя жінки. Медичні аспекти генітального ендометріозу визначаються значним поширенням даної патології, прогресуючим перебігом захворювання, його тяжкістю, порушенням функції статевих органів та інших систем організму, що значною мірою впливає на якість життя.

Згідно з класифікацією Американського товариства фертильності при різноманітних локалізаціях ендометріозу враховують ступінь поширеності, глибину ураження і тяжкості захворювання, відповідно до чого формують бальну оцінку зазначених параметрів. Виділяють 4 стадії захворювання: I - (1-5 балів), II - (6-15 балів), III - (до 16-40 балів), IV - (40 балів і більше).

Класифікація ендометріозу (Американське товариство фертильності, 2013)

Ендометріоз			< 1 см	1-3 см	> 3 см
Очеревина	Поверхневий		1	2	4
	Глибокий		2	4	6
Яєчники	Правий	Поверхневий	1	2	4
		Глибокий	4	16	20
	Лівий	Поверхневий	1	2	4
		Глибокий	4	16	20
Облітерація позаматкового простору часткова – 4; повна – 40					
Спайки			покривають <1/3	покривають < 1/3 - 2/3	покривають >2/3
Яєчники	Правий	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Лівий	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
Маткові труби	Права	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Ліва	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16

Примітка. Повністю запааний фімбріальний відділ труби слід оцінювати у 16 балів.

Сучасна клінічна класифікація ендометріозу включає три основні форми, які відрізняються клінічним значенням і підходами до лікування:

- 1) поверхневий перитонеальний ендометріоз (ППЕ);
- 2) ендометріоми яєчників; (ЕЯ)
- 3) глибокий інфільтративний ендометріоз (ГІЕ). (ESHRE)

Клінічні ознаки ендометріозу:

1. Типові симптоми: ХТБ, дисменорея, диспареунія, безпліддя.
2. Менш типові симптоми: міжменструальні кров'яністі виділення, АМК, дизурія, дисхезія (порушення дефекації).
3. Більш рідкісні симптоми: гематурія, кровотечі з прямої кишки.
4. Симптоми, які зустрічаються дуже рідко: гемопизис (кровохаркання), кишкова непрохідність, водянка нирки та сечоводу, шкіряні вузли тощо, залежно від локалізації.

Клінічними ознаками ендометріозу також є слабкість, швидка втомлюваність, значна втрата працездатності. Вираженість больового синдрому, що регулярно повторюється в дні менструації, та прогресуюча слабкість сприяють появі почуття тривоги, страху. Необхідно враховувати, що не завжди спостерігається кореляція між розміром вогнища ураження, тривалістю процесу та клінічними проявами захворювання.

Ендометріодна кіста яєчника навіть великих розмірів може не давати больової симптоматики, проте іноді спричинює біль, особливо напередодні та під час менструації, який може супроводжуватися нудотою, блювотою, втратою свідомості. При мікроперфорації ендометріодних кіст нерідко виникають явища перитоніту. Для більшості хворих на ГЕ матки характерні рясні тривалі менструації, нерідко АМК, відчуття вжості, розпирання в нижніх відділах живота.

Характер порушень менструальної функції багато в чому залежить від локалізації вогнищ ендометріозу, ступеня ураження геніталіїв і тазових органів.

Найбільш частими з них є:

- прогресуюча дисменорея (при внутрішньоматковому ендометріозі з ураженням перешийку, ендометріозі яєчників, тазової очеревини, крижовоматкових зв'язок, позашийковому ендометріозі з залученням параректальної клітковини та стінки прямої кишки);
- аномальні маткові кровотечі (при аденоміозі в поєднанні із лейоміомою матки);
- кровомазання до і після менструації, контактні кров'яністі виділення (при ендометріозі піхви, шийки матки, шийкового каналу, ендометріозі яєчників і аденоміозі матки).

В окремих випадках ендометріозу, які характеризуються серйозними порушеннями анатомічних структур в ділянці придатків матки, безплідність стає прямим наслідком таких пошкоджень, як оклюзія маткових труб, спайкова деформація фімбрій, повна ізоляція яєчників періоваріальними спайками, пряме пошкодження тканини яєчників ендометріюїдними кістами та інше. Клінічними ознаками ендометріозу можуть також бути психоемоційні порушення. При проведенні диференціального діагнозу тазового болю в молодих жінок у першу чергу як причину необхідно припускати ендометріоз, поки не доведена інша причина больових проявів.

Інструментальні методи діагностики генітального ендометріозу дають змогу оцінити ступінь розповсюдженості захворювання, тяжкість анатомічних порушень:

- а) УЗД (трансабдомінально та трансвагінально);
- б) ендоскопічне дослідження (кольпоскопія, ректороманоскопія, лапароскопія, гістероскопія, цистоскопія) проводиться залежно від показань;
- в) цитологічний метод дослідження;
- г) МРТ за показаннями; д) обов'язкове гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії.

УЗД (трансабдомінально та трансвагінально). Ехографічна діагностика дифузної форми ендометріозу тіла матки ґрунтується на наступних критеріях:

- а) збільшення передньо-заднього розміру матки;
- б) округлість її форми;
- в) наявність в міометрії (напередодні менструації) аномальних кістозних порожнин діаметром 3-5 мм.

Застосування піхвового датчика покращує інформативність УЗД у таких випадках. Ехографічними ознаками вузлової форми ендометріозу тіла матки є:

- поява в стінці матки зони підвищеної ехогенності округлої чи овальної форми;
- наявність в ній невеликих анехогенних включень або кістозних порожнин, які містять дрібнодисперсну масу;
- не завжди чіткі контури утворення, підвищена ехогенність біля переднього контура утворення і понижена - біля віддаленого.

При УЗД ендометріюїдних кіст необхідно проводити диференційну діагностику з іншими об'ємними утвореннями в яєчниках, що мають подібну картину, а саме з гематомою яєчника, абсцесом, туберкульозом яєчника та дермоїдними кістами. Для діагностики ГЕ, оцінки ступеню та характеру судинних порушень використовуються доплерометричні дослідження кровоплину в артеріях органів малого таза.

Гістероскопія. Основною ендоскопічною ознакою ГЕ при гістероскопії є наявність вічок ендометріюїдних ходів у вигляді темно-червоних крапкових отворів на фоні блідо-рожевого відтінку слизової порожнини матки, з яких, в окремих випадках, виливається кров (при множинній локалізації вогнищ ГЕ ендоскопічна картина нагадує будову бджолиних стільників). Разом з тим, діагностична цінність цієї ознаки викликає певні сумніви, враховуючи, що вона часто зустрічається після попереднього інструментального вилучення функціонального шару ендометрію, при вишкрібанні якого пошкоджується цілісність судинної системи базального шару слизової матки, і нерідко за ендометріюїдні гетеротопії приймаються вени, з яких виливається кров. Висока інформативність гістероскопії в діагностиці вузлової форми аденоміозу - при цій формі захворювання змінюється рельєф

слизової оболонки тіла матки. Для вузлової форми аденоміозу характерні збільшення та деформація порожнини матки внаслідок локального вибухання її уражених стінок, на яких локалізуються патологічні утворення з жовтим або блідожовтим відтінком без чітких меж, іноді з наявністю поверхневих ендометріюїдних «зіниць». Для всіх форм аденоміозу спільним є яскравість та неоднорідність судинного малюнку.

Лапароскопія з хромогідротубацією дає змогу оглянути всю черевну порожнину від дугласового простору до діафрагми та перевірити прохідність маткових труб у жінок, які зацікавлені у реалізації репродуктивної функції. Ендометріоз може локалізуватися на різних органах і залучити в процес будьяку перитонеальну структуру та мати різноманітні прояви (білий, червоний, синій, бульбашковий). Лапароскопія дає змогу не тільки виявити ендометріоз, його локалізацію, ступінь розповсюдження, стан матки, маткових труб та яєчників, але й надає можливість виконати ендокоагуляцію ендометріюїдних гетеротопій, взяти біопсію і призначити адекватну терапію. При підозрі на ендометріоз доцільно розпочати емпіричне лікування навіть без остаточного підтвердження діагнозу за допомогою лапароскопії та/або гістології. Це необхідно робити в усіх випадках тяжкої дисменореї, резистентної до лікування нестероїдними протизапальними препаратами, за наявності болю при огляді органів малого тазу та виявленні вузлів при пальпації матково-крижових зв'язок і ректовагінальної перетинки, або при сонографічному виявленні кісти яєчника з ознаками, характерними для ендометріоми.

Лабораторна діагностика генітального ендометріозу. З метою встановлення/підтвердження діагнозу ГЕ призначаються:

- цитологічне дослідження;
- гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії;
- рутинно не рекомендовано використовувати з метою діагностики ендометріозу імунологічні біомаркери, в тому числі СА-125, які містяться в плазмі, сечі або сироватці крові, оскільки це не є інформативним, хоча рівень СА-125 у сироватці крові при помірних і тяжких формах ендометріозу може бути дещо підвищеним.

Загальний алгоритм організації медичної допомоги пацієнткам з ендометріозом



Доброякісні захворювання молочних залоз

Скарги з боку молочних залоз є однією із найбільш частих причин звернення за медичною допомогою. При цьому деякі доброякісні захворювання молочних залоз пов'язані зі збільшенням ризику раку молочної залози (далі – РМЗ), що вимагає повного та всебічного обстеження з метою своєчасного виявлення та лікування доброякісної патології молочних залоз. ДЗМЗ тривалий час знаходились в тіні сучасних алгоритмів попередження та зниження ризику раку і потребують сучасного регламентованого мультидисциплінарного підходу. Окрім ДЗМЗ, прискіпливої уваги вимагають ураження молочної залози з невизначеним потенціалом злоякісності.

Усі пацієнти зі скаргами з боку молочних залоз підлягають фізикальному та, за необхідності, інструментальному обстеженню. Під час діагностики є необхідним ретельний збір анамнестичних даних, який повинен включати визначення факторів ризику злоякісної трансформації тканин молочної залози. Обсяг застосування спеціальних діагностичних методів залежить від статі та віку пацієнта і ґрунтується на виявленні ключових скарг і знахідок при обстеженні. До таких методів відповідно до показань належать:

- методи візуалізації: ультразвукове дослідження (далі – УЗД) молочних залоз, мамографія, магнітно-резонансна томографія (далі – МРТ) молочних залоз;
- морфологічні методи: тонкогілкова аспіраційна біопсія, товстоголкова біопсія, трепан-біопсія, ексцизійна біопсія.

При діагностиці ДЗМЗ застосовується синдромальний підхід, який враховує провідні скарги/знахідки з боку молочної залози – масталгія, наявність пальпованих утворень, виділення із сосків тощо.

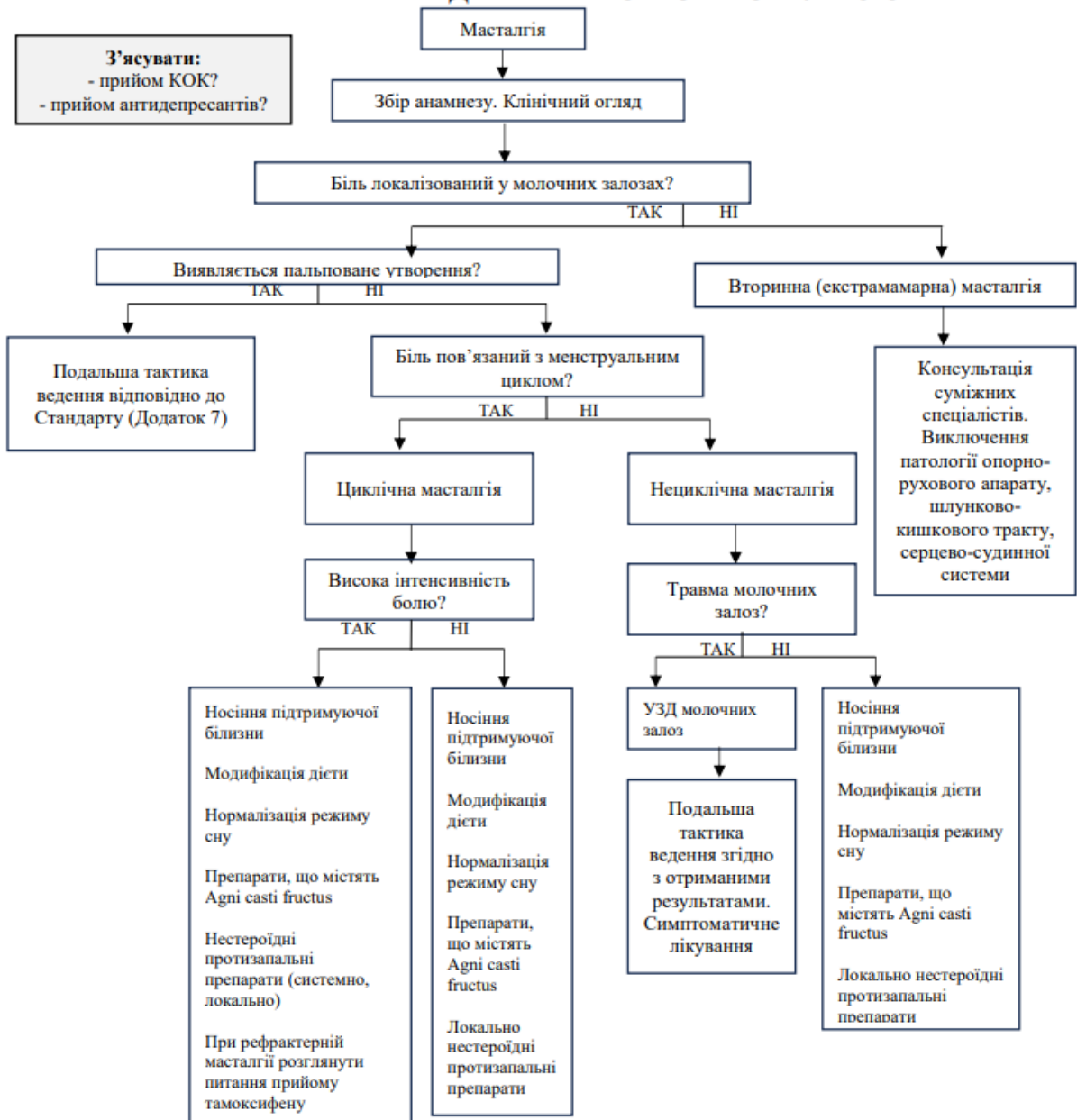
Доброякісні захворювання молочних залоз (ДЗМЗ):

- непроліферативні ураження молочної залози;
- проліферативні ураження молочної залози без атипії, у тому числі фіброаденоми (далі – ФА), помірна/виражена гіперплазія звичайного типу, внутрішньопротокова папілома (далі – ВПП);
- радіальний рубець/комплексне склерозуюче ураження;
- атипія плоского епітелію;
- атипова гіперплазія;
- тубулярні аденоми;
- філоїдні пухлини;
- лобулярна карцинома in situ;
- інші ураження, у тому числі запальні захворювання молочних залоз і зміни шкіри грудей.

ДЗМЗ можуть мати симптомний або безсимптомний перебіг, при цьому анамнестичним і фізикальним ознакам часто бракує чутливості та специфічності, що зумовлює застосування низького діагностичного порогу до використання інструментальних методів обстеження при підозрі на доброякісні захворювання та/або ураження високої злоякісності (ВЗ).

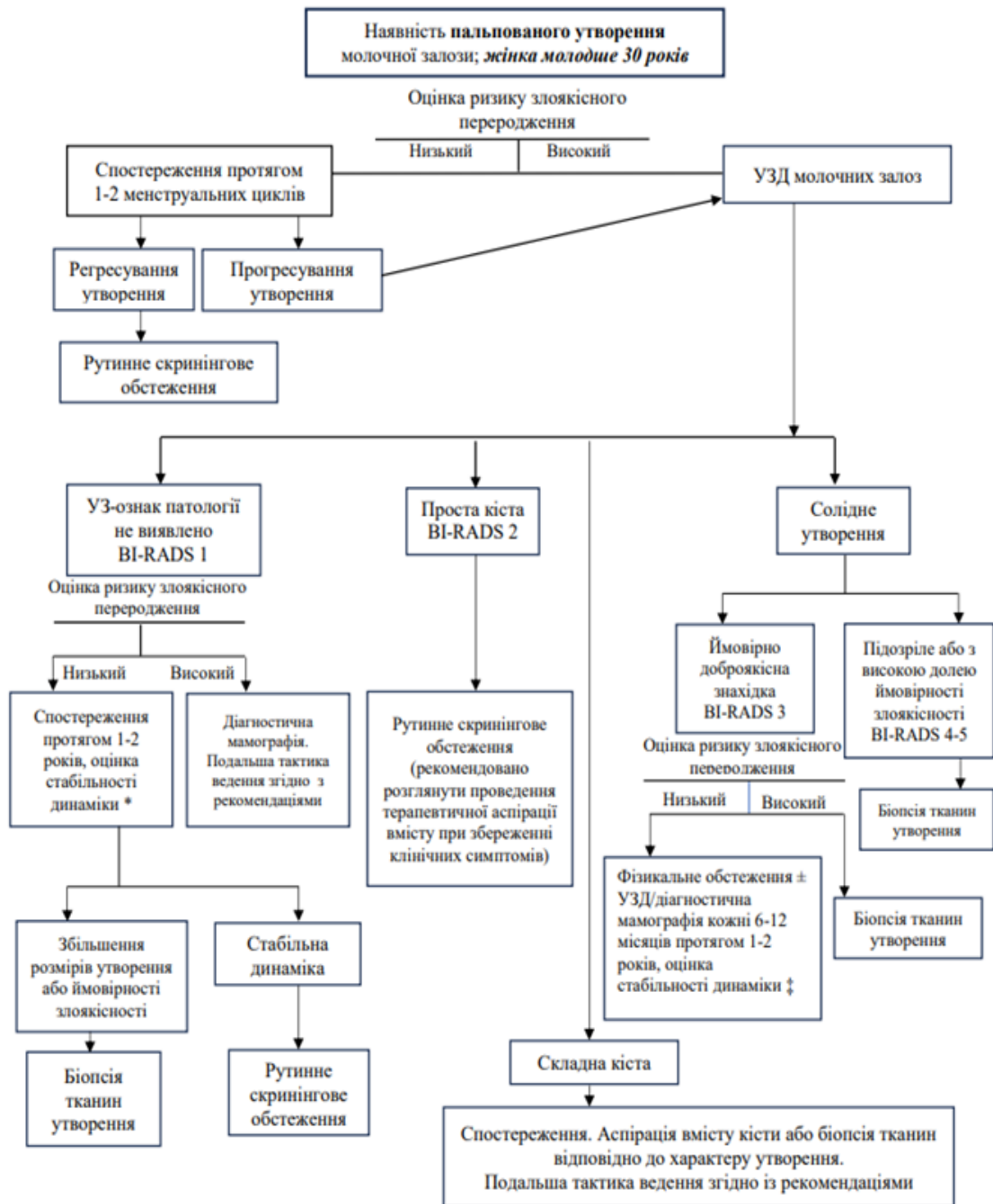
Тактика ведення пацієнток із ДЗМЗ, у тому числі з ураженнями ВЗ, залежить від віку та результатів клінічного й інструментального обстеження. Вибір алгоритмів лікування та подальшого спостереження повинен враховувати оцінку факторів ризику злоякісної трансформації виявлених утворень.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК ІЗ МАСТАЛГІЄЮ

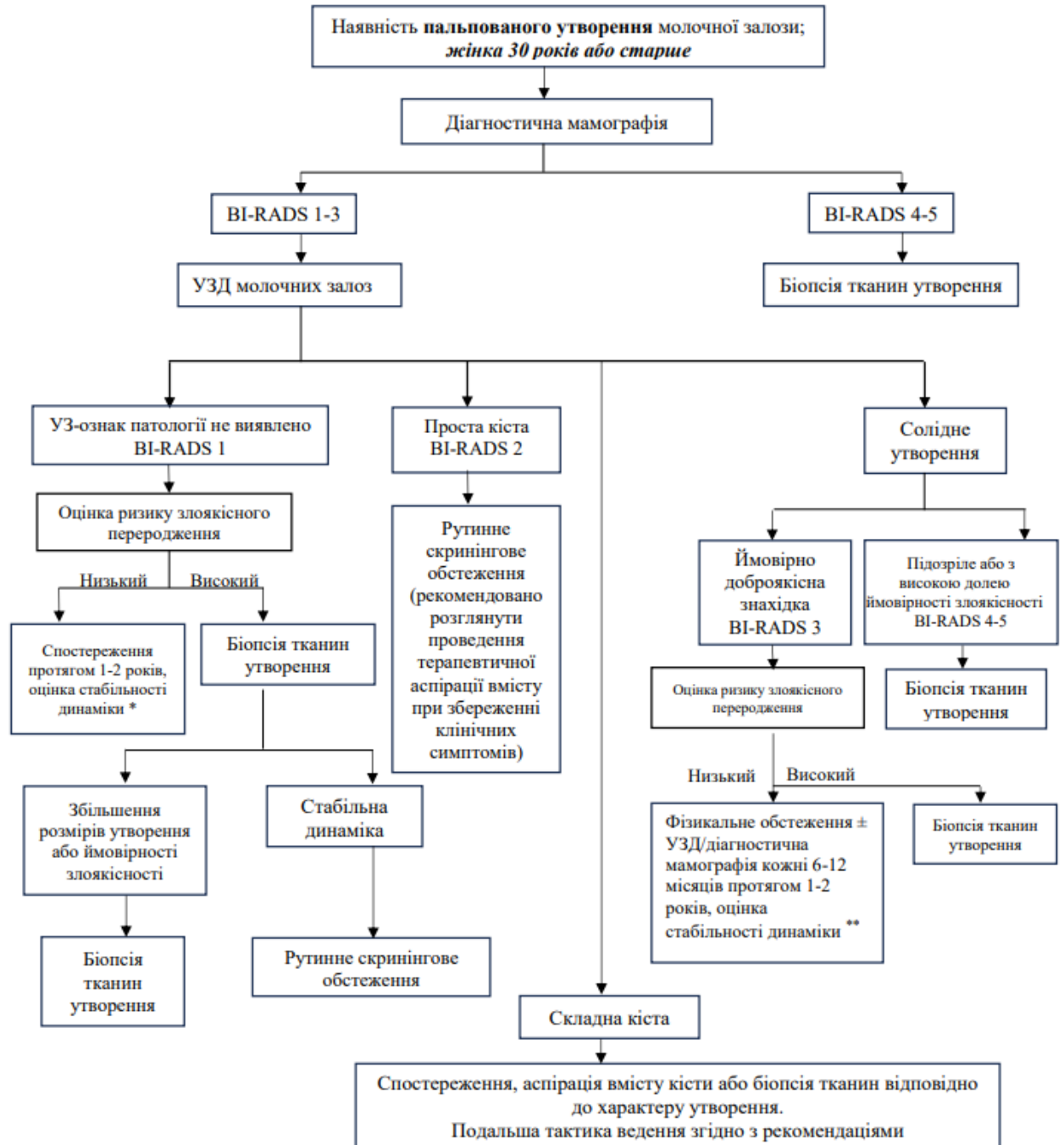


ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК ІЗ НАЯВНИМ УТВОРЕННЯМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, ЩО ПАЛЬПУЄТЬСЯ

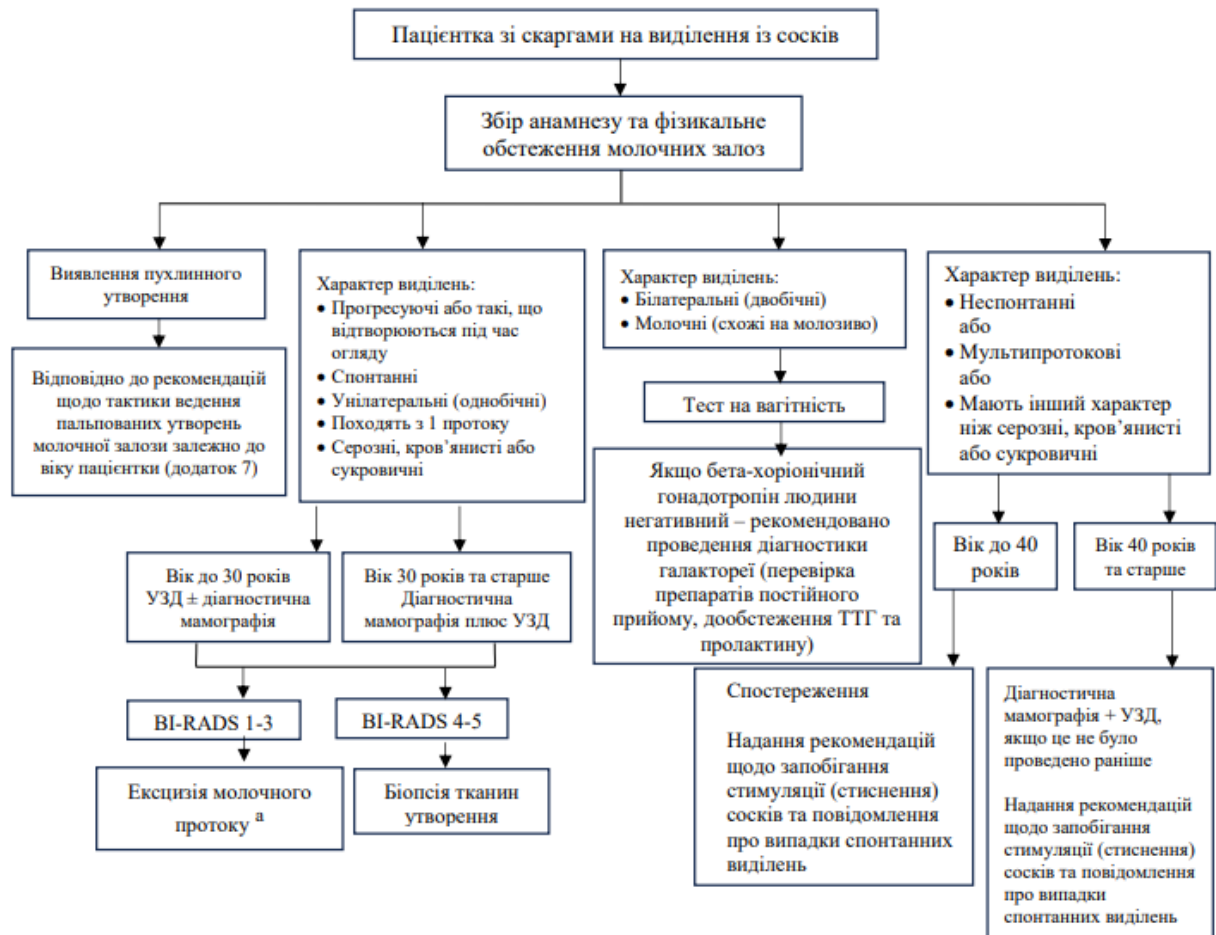
Вік жінки: молодше 30 років



Вік жінки: 30 років або старше



ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК ІЗ ВИДІЛЕННЯМИ ІЗ СОСКІВ



3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Пацієнтка 38 років звернулася зі скаргами на болі в області піхви, іррадіюючи в крижі, пряму кишку, зовнішні статеві органи, виражену болючість при статевому акті і дефекації, посилення болю перед менструацією, періодичні кров'янисті виділення з прямої кишки.

З АНАМНЕЗУ: 2 пологів, 3 медичних абортів. Біля двох років тому з'явилися болі і темно-коричневі виділення до і після менструації, з часом спостерігалось наростання симптомів.

Гінекологічний СТАТУС: при огляді в дзеркалах шийка матки деформована старими розривами. У задньому зводі піхви визначаються синюшні «глазки» до 0,7 см, які кровоточать при контакті. При бімануальному дослідженні: тіло матки не збільшено, щільне, рухливість його обмежена; в задньому зводі пальпується щільне, нерухоме, горbeste, різко хворобливе освіту близько 8 см в діаметрі. Придатки без особливостей.

Який діагноз найбільш вірогідний?

Яке дослідження найбільш інформативне для уточнення поширеності процесу?

Яке лікування призначити цій пацієнтці?

Клінічна ситуація 2

Пацієнтка 45 років звернулася в жіночу консультацію для профілактичного огляду. Скарг немає.

З АНАМНЕЗУ: менархе в 13 років, менструації по 5-6 днів через 24-25 днів. Пологів - 2, шляхом операції кесаревого розтину. Грудне вигодовування близько 10 місяців. Спадковий анамнез обтяжений: мати оперована з приводу раку молочної залози.

ОБ'ЄКТИВНО: при пальпації в зовнішньому верхньому квадранті лівої молочної залози визначається безболісне ущільнення близько 1,5 см в діаметрі. Шкіра над утворенням не змінена. Пахвові, над- і підключичні лімфатичні вузли не збільшені. Спостерігаються ясно-сірі виділення із сосків при натисканні.

Гінекологічний СТАТУС: при дослідженні в дзеркалах слизова піхви звичайного кольору, виділення слизові помірні. При бімануальному дослідженні тіло матки звичайних розмірів, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не пальпуються, безболісні. Склепіння піхви вільні

Які фактори ризику патології молочної залози можна виділити у даної пацієнтки?

Яке дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

Яке лікування призначити цій пацієнтці?

Клінічна ситуація 3

Пацієнтка 40 років звернулася в жіночу консультацію для профогляду. Скарг не пред'являє.

З АНАМНЕЗУ: двоє термінових пологів, три медичних абортів без ускладнень.

Гінекологічний СТАТУС: шийка матки циліндричної форми, тіло матки пухлиноподібно змінено, щільне, горбисте, збільшено до 13-14 тижнів вагітності. Придатки з обох сторін не пальпуються. Склепіння глибокі, вільні.

Який діагноз найбільш вірогідний?

Який метод дослідження має першочергове значення для постановки діагнозу?

Який метод лікування необхідно вибрати для даної пацієнтки?

ТЕМА 27

«Передракові захворювання статевих органів жінки. Злоякісні новоутворювання.»

Мета: Навчити проводити оцінку стану пацієнтки звернувшійся за допомогою, скласти план обстеження з використанням сучасних методів діагностики, аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при, передракових та злоякісних захворюваннях жіночої статеві системи та визначити попередній діагноз; визначати тактику ведення (принципи оперативних втручань та консервативного лікування, реабілітаційні заходи) при передракових та злоякісних захворюваннях жіночої статеві системи.

Основні поняття:

- Передракові захворювання статевих органів жінки.
- Злоякісні новоутворення статевих органів жінки.
- Сучасні методи діагностики, принципи лікування та профілактики.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. Пацієнтка К., 45 років, удруге за рік звернулась до лікаря зі скаргами на міжменструальні кров'яністі виділення зі статевих шляхів. За результатами пайпель-біопсії встановлена комплексна залозиста гіперплазія ендометрію без атипії. Отримувала консервативну терапію гестагенами протягом трьох місяців. При контрольному огляді за результатами УЗД товщина ендометрію 23 мм. Проведено контрольну пайпель-біопсію та отримано результат: комплексна гіперплазія ендометрію з фокусами атипії. Які подальші дії лікаря?

- A. Гістеректомія без придатків
- B. Фракційне лікувально-діагностичне вишкрібання порожнини матки
- C. Гістероскопія
- D. Консервативна терапія гестагенами
- E. Гемостатична терапія

2. У хворої Ф., 32 роки, при огляді в дзеркалах шийка матки гіперемована, тіло матки та придатки без патології. Проведено цитоморфологічне дослідження: дисплазія плоского епітелію шийки матки III ст. (HSIL за Bethesda). Які додаткові методи обстеження необхідно провести?

- A. Розширена кольпоскопія
- B. Динамічне спостереження один раз на рік
- C. Біопсія шийки матки під контролем розширеної кольпоскопії
- D. Вишкрібання цервікального каналу з морфологічним дослідженням зскрібка
- E. Вакцинація від ВПЛ

3. У пацієнтки Р., 30 років, з репродуктивними намірами діагностована цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN III ст). Виявлено ВПЛ – 16-й та 18-й типи. При біопсії шийки матки під контролем розширеної кольпоскопії підтверджена тяжка дисплазія шийки матки (CIN III) з мікрофокусом *cr in situ*. Яка лікувальна тактика в даному випадку?

- A. Гістеректомія без придатків
- B. Консервативна протизапальна терапія
- C. Супрацервікальна гістеректомія без придатків
- D. Гістероскопія
- E. Конусоподібна ампутація шийки матки (операція Штурмдорфа)

4. У пацієнтки К., 50 років, після відсутності менструації протягом десяти місяців з'явилися рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Результати морфологічного дослідження ендометрію: комплексна гіперплазія ендометрію з атипією. Яка лікувальна тактика в даному випадку?

- A. Гістероскопія
- B. Гормональна терапія
- C. Супрацервікальна гістеректомія без придатків
- D. Гістеректомія з придатками
- E. Гемостатична терапія

5. Пацієнтка А., 30 років, звернулася в лікарню з приводу хронічної АМК, має репродуктивні наміри. УЗД органів малого таза: матка не збільшена, М-ехо 20 мм, ендометрій неоднорідний, придатки без патології. Проведено оперативне лікування: гістероскопія, резекція ендометрію. Дані морфологічного дослідження ендометрію: комплексна гіперплазія ендометрію з атипією. Яка лікувальна тактика в даному випадку?

- A. Гестагени три місяці та контроль УЗД у динаміці
- B. КОК до трьох місяців
- C. Гестагени в безперервному режимі шість місяців, контроль УЗД в динаміці та біопсія ендометрію після закінчення лікування з тримісячним інтервалом до двох негативних результатів
- D. Гестагени в циклічному режимі протягом 3 місяців, контроль УЗД через три місяці.
- E. Контроль УЗД в динаміці

Вірні відповіді: 1 – А. 2 – С. 3 – Е. 4 – D. 5 – С.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Фонові та передракові захворювання жіночих статевих органів

Лейкоплакія вульви	Хронічний гіперпластичний процес клітин слизової оболонки вульви, який характеризується появою на зовнішніх статевих органах білих плям. В залежності від виразності гіперкератозу розрізняють плоску (просту), гіпертрофічну (що піднімається над поверхнею шкіри) і бородавчасту форми (верукозну) лейкоплакії.
Крауроз вульви (склерозуючий ліхен)	Хронічне захворювання, що характеризується дистрофічними змінами шкіри та слизової оболонки вульви. Це захворювання призводить до витончення, ущільнення та втрати еластичності шкіри вульви, що може супроводжуватися свербіжем, печінням, болем та іншими неприємними симптомами.
Кондиломи вульви	Кондиломи вульви, також відомі як генітальні бородавки, є вірусним захворюванням, що викликається вірусом папіломи людини. Вони проявляються у вигляді дрібних, м'яких, тілесного кольору або рожевих наростів на статевих губах, в піхві, а також в періанальній області.

Дисплазія вульви	Це аномальний ріст клітин епітелію вульви, які можуть бути передраковими. Вона може бути викликана інфекцією вірусу папіломи людини, але інші фактори також можуть відігравати роль. •VIN I (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, слабка дисплазія) •VINII (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, помірна дисплазія) •VINIII (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, тяжка дисплазія або мікроінвазивна карцинома).
Ектопія шийки матки	Розташування циліндричного епітелію на вагінальній частині шийки матки.
Поліп цервікального каналу	Локальна проліферація сполучної тканини ендоцервіксу, покритої циліндричним епітелієм, яка виступає в просвіт цервікального каналу або за його межі.
Папілома шийки матки	Доброякісне новоутворення, спричинене вірусом папіломи людини (ВПЛ). Зазвичай папіломи на шийці матки мають вигляд дрібних, схожих на сосочки, наростів. Хоча вони є доброякісними, деякі типи ВПЛ можуть бути пов'язані з ризиком розвитку раку шийки матки.
Ектропіон шийки матки	Форма ектопії шийки матки, яка характеризується виворотом слизової цервікального каналу в піхву.
Еритроплакія шийки матки	Витончення епітелію, що виражається у вигляді червоної плями на шийці матки.
Лейкоплакія шийки матки	Захворювання, при якому на шийці матки утворюються білі плями внаслідок зроговіння епітелію (потовщення верхнього шару клітин). Вона може бути доброякісною, але має потенціал до переродження у рак, особливо якщо асоційована з вірусом папіломи людини.
Дисплазія шийки матки	Дисплазія шийки матки (цервикальна інтраепітеліальна неоплазія, ЦІН, cervical intraepithelial neoplasia, CIN) характеризується вираженою проліферацією атипового епітелію шийки матки з порушенням його шаруватості без залучення в процес строми та процес зроговіння поверхневих шарів багат шарового плоского епітелію шийки матки. Класифікація дисплазії шийки матки: Легка дисплазія (CIN I, LSIL): Атипові клітини вражають нижню третину епітелію. Може спостерігатися спонтанна регресія.

	Помірна дисплазія (CIN II, HSIL): Зміни клітин поширюються на середні шари епітелію, уражено до двох третин епітелію. Ризик переходу в рак вищий, ніж при легкій формі. Тяжка дисплазія (CIN III, HSIL): Атипові клітини вражають весь епітелій, але не проникають за базальну мембрану. Ризик переходу в рак значно вищий, і необхідне лікування. Також, дисплазія може бути описана за рівнями ураження: 1/3 епітелію (легка), до 2/3 епітелію (помірна) та ураження всього епітелію (важка).
Гіперплазія ендометрія	Гіперплазія ендометрія - це патологічна проліферація залоз ендометрія зі збільшенням відношення залоз до стромы у порівнянні з нормальним проліферативним ендометрієм. Нормальний проліферативний ендометрій містить залози, які розташовані рівномірно і знаходяться в стромі при співвідношенні залоз до стромы 1:1. ВООЗ ухвалила дворангову або бінарну класифікацію гіперплазії ендометрія: гіперплазія ендометрія без атипії та гіперплазія ендометрія з атипією.
Гіперплазія ендометрія з атипією	Інтенсивне збільшення внутрішнього шару матки, що характеризується наявністю клітин з морфологічними аномаліями.
Поліп ендометрія	Осередкове розростання ендометрію, що має судинну ніжку. Найчастіше походить з базального шару, що включає залозисту або фіброзну тканину. Існує кілька видів поліпів ендометрія: Залозистий поліп ендометрію складається переважно із залозистих клітин ендометрію, з'являється в силу гормональних порушень, наприклад, через надлишок естрогену. Фіброзний поліп ендометрію складається зі сполучної тканини і також є доброякісним. Гіперпластичний поліп ендометрію – це надмірне розростання ендометрію, яке має ризик злоякісності.
Кісти і кістоми яєчників	I. ЕПІТЕЛІАЛЬНІ ПУХЛИНИ А. Серозні, муцинозні, ендометріюїдні, мезонефроїдні (светлоклеточные), змішані; а) доброякісні – цистаденома, аденофіброма, поверхнева папілома;

	б) пограничні – проміжні форми цистаденом і аденофібром; в) злоякісні – аденокарцинома, цистаденокарцинома, папілярна карцинома. Б. Пухлина Бренера а) доброякісна; б) погранична; в) злоякісна. II. ПУХЛИНИ СТРОМИ СТАТЕВОГО ТЯЖА. А. Гранулезно-текаклітинні пухлини: гранулезоклітинні, група теком-фібром, пухлини, що не класифікуються. Б. Андробластоми, пухлини з клітин Сертолі і Лейдіга (диференційовані, проміжні, низькодиференційовані). В. Гінадробластоми. Г. Пухлини, що не класифікуються. III. ЛІПІДНО-КЛІТИННІ ПУХЛИНИ. IV. ГЕРМІНОГЕННІ ПУХЛИНИ. А. Дисгермінома. Б. Пухлина ендодермального синуса. В. Ембріональна карцинома. Р. Поліембрінома. Д. Хоріонепітеліома. Е. Тератоми (зріла, незріла). Ж. Змішані герміногенні пухлини. V. ГОНАДОБЛАСТОМА. VI. ПУХЛИНИ М'ЯКИХ ТКАНИН (неспецифічні для яєчників). VII. ПУХЛИНИ, ЩО НЕ КЛАСИФІКУЮТЬСЯ. VIII. ВТОРИННІ (МЕТАСТАТИЧНІ) ПУХЛИНИ. IX. ПУХЛИНОПОДІБНІ І ПЕРЕДПУХЛИННІ ПРОЦЕСИ: лютеома вагітності, гіпертекоз, фолікулярні кісти, кіста жовтого тіла, ендометріоз, запальні процеси, параоваріальні кісти.
--	--

Злоякісні новоутворення шийки матки (ЗНШМ)

Діагноз ЗНШМ встановлюється на підставі аналізу анамнестичних даних, скарг пацієнтки, фізикального обстеження, клінічних ознак, даних візуалізації (ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ)), результатів хірургічного втручання, що мають бути підтверджені шляхом проведення морфологічного дослідження біопсії пухлинного утворення.

Лікування ЗНШМ полягає у застосуванні хірургічних, хіміопроменевих методів лікування у різних комбінаціях, системної терапії, а також симптоматичного лікування. Вибір стратегії лікування ЗНШМ визначається стадією захворювання, резектабельністю пухлини (з метою досягнення повної циторедукції), ризиком розвитку рецидиву, віком та загальним станом пацієнтки, її фізичною готовністю до хірургічного втручання.

План лікування кожної пацієнтки з ЗНШМ складається індивідуально, мультидисциплінарною командою фахівців за погодженням з пацієнткою та враховує залученість регіонарних лімфатичних вузлів (ЛВ), прилеглих органів та наявність віддалених метастазів.

Органозберігаюче лікування є обґрунтованою альтернативою радикальній гістеректомії для молодих пацієнток з ЗНШМ <2 см (плоскоклітинна карцинома і ВПЛ-асоційована аденокарцинома), які планують народжувати. Хірургічне лікування зі збереженням репродуктивної функції не може бути рекомендоване для лікування рідкісних гістологічних типів раку ш/м, зокрема нейроендокринних пухлин, ВПЛ-неасоційованих аденокарцином та карциносаркоми.

Класифікація ВООЗ пухлин шийки матки 2020 року

Плоскоклітинні пухлини:

Плоскоклітинна метаплазія

Атрофія

Гострокінцева кондилома

Плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження ш/м низького ступеню (LSIL):

Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія grade 1 (CIN1)

Плоскоклітинна інтраепітеліальна ураження ш/м високого ступеню (HSIL):

Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія grade 2 (CIN2)

Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія grade 3 (CIN3)

Плоскоклітинні карциноми:

Плоскоклітинний рак шийки матки, асоційований з ВПЛ

Плоскоклітинний рак шийки матки, незалежний від ВПЛ

Плоскоклітинний рак шийки матки, без додаткових уточнень (далі – БДУ)

Залозисті пухлини та попередники

Ендоцервікальний поліп

Мюллерова папілома шийки матки

Наботова кіста

Тунельні кластери

Мікрогландилярна гіперплазія

Лобулярна ендоцервікальна залозиста гіперплазія

Дифузна ламінарна ендоцервікальна гіперплазія

Мезонефральні залишки та гіперплазія

Аріас Стелла реакція шийки матки

Ендоцервікоз шийки матки

Тубоендометріоїдна метаплазія

Ектопічна тканина простати

Аденокарциноми:

Аденокарцинома in situ шийки матки, асоційована з ВПЛ

Аденокарцинома in situ шийки матки, незалежна від ВПЛ

Аденокарцинома, БДУ

Аденокарцинома шийки матки асоційована з ВПЛ

Аденокарцинома шийки матки ВПЛ-незалежна шлункового типу

Аденокарцинома шийки матки ВПЛ-незалежна світлоклітинного типу

Аденокарцинома шийки матки ВПЛ-незалежна мезонефрального типу

Аденокарцинома шийки матки ВПЛ-незалежна, БДУ

Ендометріоїдна аденокарцинома шийки матки, БДУ

Інші епітеліальні пухлини

Карциносаркома шийки матки, БДУ

Аденосквामозна карцинома

Мукоепідермоїдна карцинома

Аденоїдна базальна карцинома шийки матки

Карцинома шийки матки некласифікована, БДУ

Змішані епітеліально-мезенхімальні пухлини

Аденоміома шийки матки:

Аденоміома мезонефрального типу

Аденоміома ендоцервікального типу

Аденосаркома шийки матки

Герміногенні пухлини шийки матки

Герміногенна пухлина, БДУ

Зріла тератома, БДУ Дермоїдна кіста, БДУ

Пухлина ендодермального синусу

Пухлина жовточного мішка, БДУ

Хоріонкарцинома, БДУ

Ступінь диференціювання аденокарциноми шийки матки (Grade)

Grade 1:

Добре диференційований (10% або менше солідного типу росту).

Пухлина містить добре сформовані правильні залози з сосочками.

Клітини подовжені, стовпчасті з однорідними овальними ядрами.

Мінімальна стратифікація (менше 3 клітинних шарів у товщину).

Нечасті мітотичні фігури.

Grade 2:

Помірно диференційований (11 – 50% солідного типу росту).

Пухлина містить складні залози з частими перемичками та крибриформним типом росту.

Ядра більш округлі і неправильної форми.

Видні маленькі ядерця.

Частішають мітози.

Grade 3: Погано диференційований (понад 50% солідного типу росту).

Пласти злоякісних клітин.

Помітні лише поодинокі збережені залози.

Клітини великі неправильної форми з плеоморфними ядрами.

Зрідка присутні каблучкоподібні клітини.

Мітози рясніють аномальними формами.

Виражена десмоплазія.

Часто зустрічається некроз.

КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Класифікація раку шийки матки FIGO 2018 стадіювання та класифікація TNM.

Категорія	Стадія FIGO	Визначення
Т категорія		
Tx		Первинну пухлину визначити неможливо
T0		Первинної пухлини немає
T1	I	Карцинома ш/м, що обмежена маткою (поширення на тіло матки ігнорується)
T1a	IA	Інвазивна карцинома, що діагностується лише мікроскопічно. Інвазія строми з максимальною глибиною 5,0 мм, що вимірюється від базального шару епітелію; горизонтальне поширення не враховується; ураження васкулярного або лімфатичного простору не має значення в стадіюванні
T1a1	IA1	Інвазія строми глибиною <3,0 мм
T1a2	IA2	Інвазія строми глибиною ≥3,0 мм та <5,0 мм
T1b	IB	Інвазивна пухлина з глибиною інвазії ≥5,0 мм та обмежена шийкою матки
T1b1	IB1	Пухлина з глибиною інвазії ≥5,0 мм та найбільшим розміром <2,0 см
T1b2	IB2	Пухлина розміром ≥2,0 см, але <4,0 см
T1b3	IB3	Пухлина розміром ≥4,0 см
T2	II	Пухлина ш/м з поширенням за межі матки, але без проростання в стінки таза чи нижню третину піхви
T2a	IIA	Поширення пухлини обмежене верхніми 2/3 частини піхви без інвазії в параметрій
T2a1	IIA1	Візуальне ураження ≤4 см в найбільшому розмірі
T2a2	IIA2	Візуальне ураження >4 см в найбільшому розмірі
T2b	IIB	Пухлина з інвазією в параметрій, але без поширення на стінки таза
T3	III	Пухлина поширюється на стінки таза і/або уражає нижню третину піхви і/або призводить до гідронефрозу чи нефункціонуючої нирки, і/або поширюється на тазові та парааортальні ЛВ
T3a	IIIA	Пухлина уражає нижню третину піхви, але не поширюється на стінки таза
T3b	IIIB	Пухлина поширюється на стінки таза і/або призводить до гідронефрозу чи нефункціонуючої нирки.
	IIIC	Ураження тазових і/або парааортальних ЛВ, незалежно від розмірів пухлини та поширення (з r та p позначенням)

Категорія	Стадія FIGO	Визначення
	III C1	Визначаються метастази лише в тазові ЛВ
	III C2	Визначаються метастази в парааортальні ЛВ, з/без ураженими тазовими ЛВ
T4	IVA IVB	Пухлина поширюється на слизову оболонку сечового міхура чи прямої кишки (патогістологічне підтвердження) Віддалені метастази
N категорія		
Nx		Регіонарні ЛВ не були досліджені
N0		Немає метастазів в регіонарних ЛВ
N0(i+)		Ізольовані пухлинні клітини в регіонарному ЛВ (вузлах) $\leq 0,2$ мм чи окремі клітини або кластери ≤ 200 клітин в одному зрізі ЛВ
N1	III C1	Визначаються метастази лише в тазові ЛВ
N1mi	III C1	Регіонарні метастази ($>0,2$ мм але $\leq 2,0$ мм в найбільшому вимірі) в тазові ЛВ
N1a	III C1	Регіонарні метастази ($>2,0$ мм в найбільшому вимірі) в тазові ЛВ
N2	III C2	Визначаються метастази в парааортальні ЛВ, з/без ураженими тазовими ЛВ
N2mi	III C2	Регіонарні метастази ($>0,2$ мм але $\leq 2,0$ мм в найбільшому вимірі) в парааортальні ЛВ
N2a	III C2	Регіонарні метастази ($>2,0$ мм в найбільшому вимірі) в парааортальні ЛВ
M категорія		
M0		Відсутні віддалені метастази
cM1	IVB	Віддаленні метастази (включаючи метастази в пахвинні ЛВ, карциноматоз, легені, печінка, чи кістки; крім метастазів в тазові чи парааортальні ЛВ, піхву)
pM1	IVB	Мікроскопічне підтвердження віддалених метастазів (включаючи метастази в пахвинні ЛВ, карциноматоз, легені, печінка, чи кістки; крім метастазів в тазові чи парааортальні ЛВ, вагіну)

Стратегія лікування повинна бути спрямована на уникнення поєднання радикального хірургічного втручання та променевої терапії через ризик ускладнень, спричинений комбінованим лікуванням.

Лікування пацієток з ЗНШМ T1a стадії ґрунтується на результатах патогістологічного висновку з точним вимірюванням двох максимальних горизонтальних розмірів пухлини, глибини інвазії, стану країв, перевіреної оцінки стану лімфоваскулярного простору, наявності чи відсутності інвазії лімфоваскулярного простору (LVS1), загального стану пацієнтки та залежить від віку й бажання зберегти репродуктивну функцію. З пацієнткою обговорюються ризики хірургічного лікування зі збереженням фертильності. Органозберігаюче лікування повинне проводитися виключно у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу онкологічним пацієнткам та мають досвід у виконанні таких оперативних втручань. З пацієнткою обговорюються ризики, що можуть стати причиною відмови від хірургічного лікування зі збереженням фертильності, а саме, виявлення уражених країв ш/м чи уражених ЛВ, а також інші онкологічні та акушерські ризики, що можуть виникнути після даного виду хірургічного лікування. Основною метою хірургічного лікування зі збереженням фертильності є виконання резекції ураженої частини ш/м з чистими від пухлини краями, та збереження верхньої частини ш/м. Системна тазова лімфодисекція (ТЛД) включає видалення лімфатичної тканини в ділянках, у яких визначається найчастіше ураження ЛВ (СЛВ), а саме обтураторна ямка, ділянки зовнішніх

та загальних клубових судин з двох боків, пресакральна ділянка. Тип радикальної гістеректомії (обсяг параметральної резекції, тип А–С2) має ґрунтуватися на наявності прогностичних факторів ризику, виявлених перед оперативним втручанням, таких як розмір пухлини, максимальна інвазія строми та LVSI, які використовуються для класифікації ЗНШМ з високим, середнім та низьким ризиком невдачі лікування.

План лікування пацієток з ЗНШМ T1b3–T2a стадії залежить від: гістологічного типу пухлини, її розміру, об'єму ураження ш/м, ступеня вагінальної інвазії, віку пацієнтки, наявності супутньої патології, менопаузального статусу, індексу маси тіла, рівня гемоглобіну та досвіду виконання радикальної гістеректомії типу С.

Класифікація типів радикальної гістеректомії за Querleu-Morrow 2017

Типи радикальної гістеректомії	Парацервікальна тканина чи латеральний параметрій	Вентральний (передній) параметрій	Дорзальний (задній) параметрій
Тип А	Половина між шийкою матки та тілом матки (медіально від сечоводу, сечовід визначається, але не мобілізується)	Мінімальне видалення	Мінімальне видалення
Тип В1	На рівні сечоводу (на рівні ложа сечоводу, сечовід мобілізується від ш/м і латерального параметрія)	Часткове видалення сечоміхурово-маткової зв'язки	Часткове видалення прямокишково-маткової/прямокишково-піхвової зв'язки та матково-крижової складки
Тип В2	Ідентично до типу В1 плюс парацервікальна лімфаденектомія без резекції судинних/нервових структур	Часткове видалення сечоміхурово-маткової зв'язки	Часткове видалення прямокишково-маткової/прямокишково-піхвової зв'язки та матково-крижової складки
Тип С1	Поперечно на рівні клубових судин зі збереженням каудальної частини	Видалення сечоміхурово-маткової зв'язки (краніально від сечоводів) до сечового міхура. Видалення проксимальної частини сечоміхурово-піхвової зв'язки (з пересіченням чи збереженням нервів сечового міхура)	На рівні прямої кишки (гіпогастральні нерви пересічені або збережені)
Тип С2	Повне видалення на рівні медіального компонента (включаючи каудальну частину)	На рівні сечового міхура (нерви сечового міхура підлягають видаленню)	На рівні крижа (гіпогастральні нерви підлягають видаленню)
Тип D	На рівні стінок таза, включаючи резекцію внутрішніх клубових судин та/чи частин стінки таза	На рівні сечового міхура. Не застосовується як складова екзентерації	На рівні крижа. Не застосовується як складова екзентерації

Злоякісні новоутворення тіла матки

Клінічна картина злоякісних новоутворень тіла матки у більшості випадків включає наявність аномальних маткових кровотеч (АМК), які найчастіше виникають у період постменопаузи. Натомість значима частка випадків саркоми матки виявляється випадково – за результатами патогістологічного дослідження пухлини після оперативного втручання з приводу «міоми» матки.

Патологічна діагностика злоякісних новоутворень тіла матки повинна включати сукупний розгляд належних даних. Діагноз РЕ, як правило, встановлюється на основі біопсії ендометрію, яка може виконуватися в амбулаторних умовах (фракційний кюретаж порожнини матки, пайпель-біопсія ендометрію). Гістероскопія може бути ефективною візуалізацією стану ендометрію, виконання прицільної біопсії особливо за наявності таких утворень як поліп, якщо у пацієнтки відзначається персистуюча або рецидивуюча

недіагностована кровотеча. Однак, біопсія ендометрію не завжди є досить точною для діагностики інших видів злоякісних новоутворень матки, зокрема мезенхімальних пухлин. Рекомендується завжди розглядати діагностичну візуалізацію органів грудної клітки (рентгенографія грудної клітки). Інші додаткові діагностичні візуалізаційні дослідження, такі як КТ, МРТ та/або ПЕТ/КТ, можуть використовуватися для визначення ступеня розповсюдження злоякісного процесу, а також для оцінки щодо наявності метастазів, і призначаються на основі клінічної симптоматики, результатів фізикального огляду та аномальних результатів лабораторних діагностичних тестів. У випадку пацієток з позаматковими вогнищами пухлин аналіз на рівень СА-125 в сироватці крові є корисним інструментом для моніторингу клінічного регресу. Проте, рівень СА125 не є достатньо достовірним предиктором рецидиву за відсутності інших клінічних ознак. Експертне патогістологічне дослідження дозволяє визначити конкретний гістологічний тип пухлини (тобто різні ендометріюїдні гістологічні підтипи, серозні карциноми, світлоклітинні карциноми, карциносаркоми, недиференційовані карциноми). Дослідження також має включати вивчення маткових труб, яєчників і цитологічне дослідження змивів очередини. Якщо було виконано видалення лімфатичних вузлів, необхідно визначити їх рівень залучення і розміри метастазів у них. Підтвердження типу злоякісної мезенхімальної пухлини на основі результатів експертного патогістологічного дослідження має критичне значення.

Крім того, первинне діагностичне обстеження також має включати в себе діагностичну візуалізацію на основі КТ органів грудної клітки / черевної порожнини / малого тазу або комбінованої МРТ/КТ. На етапі діагностичного обстеження також важливо визначити, чи обмежується саркома тілом матки, чи у пацієтки наявні позаматкові пухлинні вогнища. МРТ органів малого тазу можна виконувати для оцінки ступеня розповсюдження локальної пухлини і пошуку залишкових злоякісних вогнищ у випадку, якщо матка або придатки не видалялися, а також в разі неповного видалення (тобто супрацервікальна гістеректомія, міомектомія, потенційна фрагментація пухлини, інтраперитонеальна морцеляція). ПЕТ/КТ всього тіла призначається для верифікації неоднозначних результатів. У випадку мезенхімальних пухлин рекомендовано виконувати тестування пухлини на ER/PR для отримання необхідної інформації для прийняття рішення щодо подальшого втручання на яєчниках, особливо у випадку жінок молодого віку.

Спеціальне лікування злоякісних новоутворень тіла матки полягає у застосуванні хірургічних, хіміопроменевих методів у різних комбінаціях, системної терапії, а також симптоматичного лікування. Вибір стратегії лікування злоякісних новоутворень тіла матки визначається стадією захворювання, резектабельністю (з метою досягнення повної циторедукції), ризиком рецидиву, віком та загальним станом пацієтки, її фізичною готовністю до хірургічного втручання.

Для стадіювання пацієток без медичних протипоказань до операції, у яких були діагностовані пухлини ендометріюїдної гістології, клінічно обмежені дном тіла матки, як правило, рекомендуються такі хірургічні процедури: тотальна гістеректомія / двобічна сальпінгоофорекомія з оцінкою та хірургічним стадіюванням лімфатичних вузлів. Збереження яєчників є безпечним для вибраних пацієток репродуктивного періоду з ендометріальною карциномою стадії I. У випадку пацієток з протипоказаннями до первинної операції за наявності локалізованих пухлин, обмежених тілом матки, показана дистанційна променева терапія (ДПТ) і/або брахітерапія. Первинна системна гормонотерапія також може призначатися вибраним пацієткам з локалізованими пухлинами, обмеженими тілом матки, ендометріюїдної гістології (тобто позитивними на рецептори естрогену і прогестерону [ER/PR-позитивні]). Пацієткам, які отримують тільки гормональну терапію, необхідний ретельний моніторинг ендометріальної біопсії (наприклад, рекомендується розглянути можливість виконання планової біопсії ендометрію через кожні 3-6 місяців). За наявності підозри на макроскопічне поширення процесу на шийку матки у пацієток, яким протипоказана первинна операція, ДПТ і брахітерапія є

ефективними методами лікування, здатними забезпечити достатньо якісний контроль розповсюдження захворювання в ділянці малого тазу, а також високі показники довгострокової виживаності без прогресування захворювання. Пацієнткам з нерезектабельними позаматковими пухлинними вогнищами в ділянці малого тазу (тобто поширення злоякісного процесу на піхву, сечовий міхур, кишечник / пряму кишку, лімфатичні вузли або параметрії), як правило, показана ДПТ з (або без) додатковим курсом брахітерапії і/або системної терапії та подальшим розглядом можливості виконання індивідуальної ревізійної операції.

Рішення щодо виконання лімфаденектомії і, якщо лімфаденектомію вирішено виконати, ступінь дисекції лімфатичних вузлів (тобто тільки тазові лімфатичні вузли або тазові і парааортальні лімфатичні вузли) може прийматися на основі передопераційних та інтраопераційних знахідок. Наступні критерії вказують на низький ризик наявності метастазів у лімфатичних вузлах: 1) інвазія у міометрії менше 50%; 2) розміри пухлини менше 2 см; 3) добре диференційована або помірно диференційована гістологічна картина. Дисекція лімфатичних вузлів дозволяє виявляти пацієнток, які потребують ад'ювантної терапії (тобто променевої терапії і/або системної терапії). Лімфаденектомія парааортальних лімфатичних вузлів призначається тільки відповідно до показань пацієнткам групи підвищеного ризику. Лімфаденектомія протипоказана пацієнткам з саркомою матки. Можливість виконання картування сторожового лімфатичного вузла допускається як альтернатива повної лімфаденектомії в умовах локалізованої карциноми, макроскопічно обмеженої тілом матки.

Саркому матки необхідно видаляти єдиним блоком для оптимізації результатів. Інтраперитонеальна морцеляція протипоказана. При інцидентальних саркомах матки, діагностованих після гістеректомії, в разі фрагментації хірургічного зразка рекомендується діагностична візуалізація, а також слід розглянути можливість повторної діагностичної операції. Збереження яєчників допускається у випадку окремих пацієнток з лейоміосаркомою на ранніх стадіях, які бажають зберегти гормональну функцію. Додаткове хірургічне видалення повинне в індивідуальному порядку призначатися в залежності від клінічної картини і інтраопераційних знахідок. Для пацієнток із саркомами, неоперабельними за медичними протипоказаннями, варіанти лікування включають наступне: ДПТ органів малого тазу з або без додаткового курсу брахітерапії і / або системної терапії.

Рак яєчника

Рак яєчника – це гетерогенна група злоякісних пухлин, що розвиваються з епітеліальної тканини різного походження і пов'язані з яєчником.

Згідно з класифікацією ВООЗ, рак яєчника розподіляється такі основні гістологічні типи: серозний, муцинозний, ендометріїдний, світлоклітинний (мезонефроїдний), перехідно-клітинний, плоскоепітеліальний.

За морфологічно-прогностичним поділом раку яєчника вирізняють 2 типи:

- 1) тип I – характеризується високою генетичною стабільністю, раннім діагностуванням, повільним розростанням, низькою чутливістю до хіміотерапії, рідкіснішими рецидивами і добрим прогнозом (80 % 5-річної виживаності),
- 2) тип II – характеризується генетичною нестабільністю, діагностуванням на III і IV стадії поширення процесу, швидким розростанням, високою чутливістю до хіміотерапії, швидкими рецидивами і поганим прогнозом (90 % хворих помирають упродовж 5-ти років).

Класифікація **неепітеліальних новоутворень** яєчника охоплює такі типи: карциносаркоми яєчника, пухлини строми статевого тяжа (які можуть бути гормонально активними), гермінальні новоутворення, дрібноклітинні та нейроендокринні новоутворення, плоскоепітеліальні карциноми, що розвиваються у зрілій тератомі яєчника, та струма яєчника зі злоякісною трансформацією.

До найпоширеніших гормонально-активних новоутворень належать: гранульозоклітинна пухлина ювенільного і дорослого типу, фіброма, текома, фібротекома, пухлина з клітин Сертолі, пухлина з клітин Лейдіга, пухлина з клітин Сертолі-Лейдіга, гінадробластома, пухлини зі стероїдних клітин, пухлина статевого тяжа з кільцевими трубочками (*sex cord tumours with annular tubules* – SCTAT), а також некласифіковані пухлини.

Рак яєчника найчастіше розвивається з клітин покривного епітелію яєчника. Серозні карциноми складають 75 % карцином, по 10 % - муцинозні та ендометріюїдні карциноми. Світлоклітинні (мезонефроїдні) карциноми, пухлина Бреннера та недиференційовані карциноми складають менше < 1 % випадків.

Припускають, що рак може виникнути також з епітелію яєчникових фімбрій, розташованих в абдомінальній частині маткових труб. Можливий також розвиток раку з епітеліальних клітин, які мігрують до яєчника. Приблизно у 10 % випадків рак виникає зі статевих клітин, які є попередниками яйцеклітин або з клітин гранулярного шару фолікула.

Неепітеліальні злоякісні новоутворення яєчника спостерігаються рідко, що може бути причиною складнощів при встановленні діагнозу. У цій групі знаходяться також новоутворення строми статевого тяжа, на які припадає 5 % усіх новоутворень яєчника і 7 % злоякісних пухлин яєчника; деякі з них секретують гормони (гормонально-активні пухлини). Пухлини, які продукують надлишкову кількість естрогенів, можуть бути доброякісними (текома) або злоякісними (гранульозоклітинна пухлина, 7,5–10 % первинних злоякісних пухлин яєчника). Андроген-секретуючі пухлини складають < 1% усіх новоутворень яєчника, і вони зазвичай злоякісні. Можуть розвиватися з клітин зернистого шару, із тека-клітин, гілюсних клітин, клітин Сертолі та клітин Лейдіга. У пухлинах типу гінадробластома співіснують клітини зернистого шару і клітини Лейдіга.

Хворі на рак яєчника найчастіше потрапляють на лікування на стадіях значного поширення хвороби, із симптомами масивної пухлини у ділянці малого тазу (біль у животі, метеоризм, біль у попереку, дизурія, диспареунія). Натомість при гормонально-активних новоутвореннях симптоми залежать від різновиду гормонів, які надмірно секретуються – можна виявити вірилізацію або симптоми надмірної секреції естрогенів (напр. гіперплазія ендометрію та постменопаузальні кровотечі). В естроген-секретуючих пухлинах загальні прояви менш виразні, домінують симптоми пухлинної маси. В андроген-секретуючих пухлинах спершу виникають симптоми андрогенізації (гірсутизм, себорея, акне, скроневе облісіння), порушення менструального циклу або аменорея. Їхнє швидке наростання супроводжується прогресуючою вірилізацією, яка проявляється упродовж декількох тижнів або місяців від початкових симптомів. Симптоми пухлинної маси у ділянці малого тазу можуть бути єдиними суб'єктивними симптомами – так само при андроген-секретуючій пухлині. Прояви раку яєчника нехарактерні, тому він найчастіше діагностується вже на стадії значного поширення. На нинішній день ще не існує ефективних методів скринінгових досліджень і способів раннього діагностування. Корисною є ультразвукова оцінка ознак пухлини за сірою шкалою (прогностична модель IOTA [International Ovarian Tumor Analysis]). Для передопераційного діагностування, крім підтвердження характерних для злоякісної пухлини ознак в ультразвуковому дослідженні, допоміжними є також визначення пухлинних маркерів у крові: ракового антигену 125 (cancer antigen 125 – CA-125) і HE4 (human epidymal protein 4), а також розрахунок на їхній підставі ризику, використовуючи алгоритм ROMA.

Методи лікування включають хірургічне лікування, хіміотерапію та, іноді, променеву терапію. Основною тактикою в жінок, у яких підозрюють рак яєчника, навіть у ситуації значного поширення, є оперативне втручання, що базується на максимальній циторедукції та встановленні гістопатологічного діагнозу.

Рак молочних залоз (PM3)

РМЗ може бути запідозрений на підставі скарг пацієнта, при обстеженні молочних залоз пальпаторно, проведеної мамографії (під час виконання обов'язкових скринінгових програм РМЗ) та ультразвукографічного дослідження.

Діагноз РМЗ встановлюється на підставі збору анамнестичних даних, фізикального обстеження, клінічних ознак в поєднанні з візуалізацією та підтверджується патогістологічним обстеженням. Візуалізація включає двосторонню мамографію та ультразвукове дослідження (далі – УЗД) молочних залоз із регіонарними лімфовузлами. МРТ рекомендується у разі невизначеності після стандартної візуалізації та в особливих клінічних ситуаціях. Окрім візуалізації, оцінка захворювання перед лікуванням включає патоморфологічне дослідження первинної пухлини та цитологію/гістологію аксиллярних вузлів, якщо є підозра на їх ураження. Проведення патоморфологічної оцінки включає гістологію з первинної пухлини та цитологію/гістологію пахвових вузлів (при підозрі на ураження). Патоморфологічний висновок повинен містити гістологічний тип, ступінь злоякісності, імуногістохімічну (ІГХ) оцінку статусу рецептора естрогену (ER), для інвазивного раку – рецептора прогестерону (PgR), рецептора епідермального фактору росту людини 2 (HER2) та деякі форми маркерів проліферації (наприклад, Ki67). Крім того, з метою прогнозування та призначення лікування пухлини класифікуються в сурогатні внутрішні підтипи РМЗ, визначені гістологічною оцінкою та даними ІГХ.

Оцінка біомаркерів

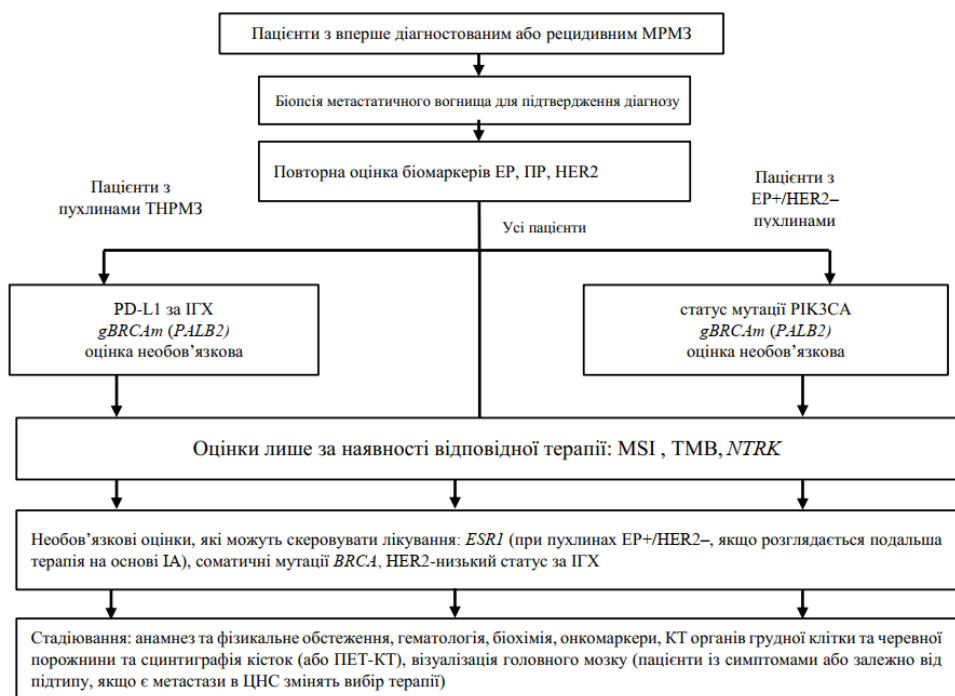
Біомаркер	Метод	Застосування
ER	ІГХ Позитивний, якщо $\geq 1\%$	Важливе значення для характеристики ІГХ люміноподібної групи. Поганий прогностичний маркер, якщо він негативний. Прогностичний маркер для ЕТ. Обов'язково для призначення ЕТ.
PgR	ІГХ Позитивний, якщо $\geq 1\%$	Якщо негативна пухлина класифікована як ІГХ люмінальна В-подібна. Сильно поганий прогностичний маркер, якщо негативний. Прогностичний маркер для ЕТ.
HER2	ІГХ Позитивний, якщо $>10\%$ повне фарбування мембрани ISH <u>Одинарний зонд</u> якщо HER2 ≥ 6 копій <u>Подвійний зонд</u> Позитивний, якщо HER2/CEP17 ≥ 2 і HER2 копії ≥ 4 або HER2/CEP17 <2 і HER2 копії ≥ 6	Важливо для характеристики: HER2- збагачений (ER-негативний). Люмінальний В-подібний, HER2-позитивний. Прогностичний маркер. Прогностичний маркер для лікування анти-HER2. Обов'язковий для анти-HER2 терапії незалежно від лінії лікування.
Ki67	ІГХ Немає остаточного консенсусу щодо порогового значення, але значення $<10\%$ вважаються низькими, а $>30\%$ вважаються високими	Відсутність міжнародного консенсусу для підрахунку балів і порога. Прогностичне значення при ER-позитивних, HER2-негативних пухлинах (первинні пухлини та постнеоад'ювантна залишкова пухлина). Відсутність прогностичного значення при HER2-позитивних або тричі негативних пухлинах. Прогноз відповіді на неоад'ювантну ЕТ Прогноз відповіді на неоад'ювантну ХТ При підвищенні, ХТ часто призначають при ER-позитивній, HER2-негативній пухлині. Частина визначення ІГХ люмінально-подібних пухлин Ki67 низький, люмінальні А-подібні. Ki67 високий, люмінальні В-подібні.

Сурогатні визначення внутрішніх підтипів раку молочної залози

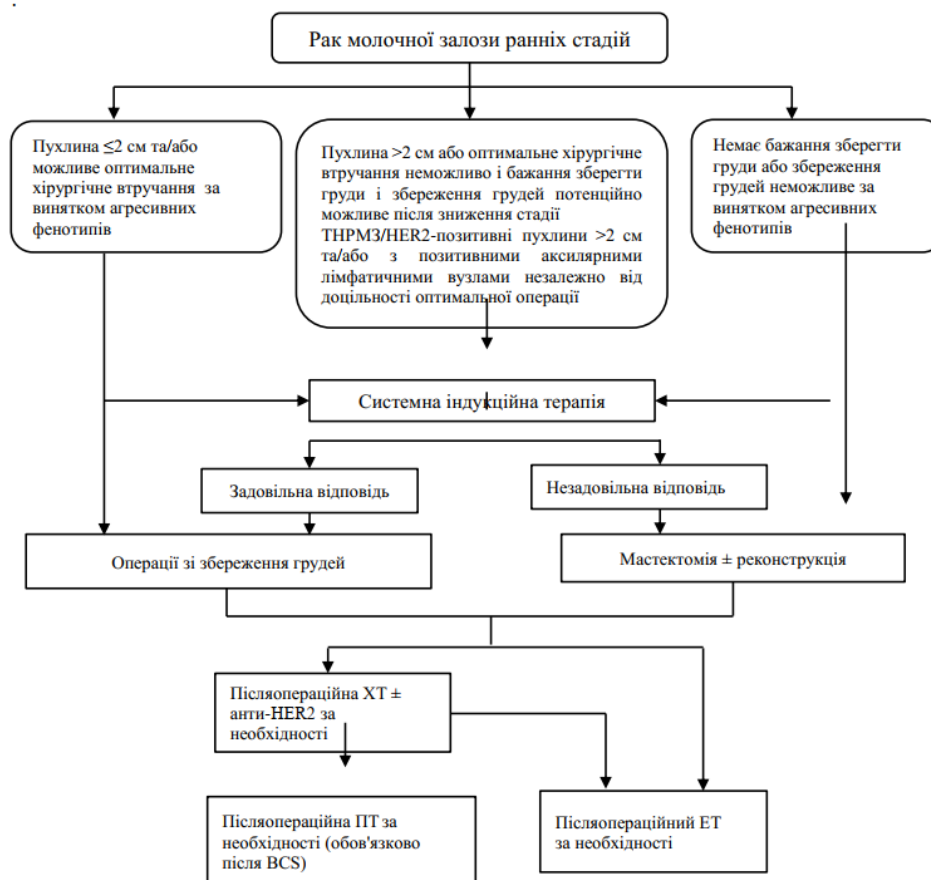
Внутрішній підтип	Клініко-патологічне сурогатне визначення
Люмінальний А	«Люмінальний А-подібний» ER-позитивний HER2-негативний Ki67 низький* PgR високий** Молекулярна сигнатура із низьким рівнем ризику (за наявності)
Люмінальний В –подібний (HER2-негативний)	«Люмінальний В-подібний (HER2-негативний)» ER-позитивний HER2-негативний і будь-який Ki67 високий або PgR низький Молекулярна сигнатура високого ризику (за наявності)
Люмінальний В-подібний (HER2-позитивний)	«Люмінальний В-подібний (HER2-позитивний)» ER-позитивний HER2-позитивний Будь-який Ki67 Будь-який PgR
HER2	«HER2-позитивний (нелюмінальний)» HER2-позитивний ER та PgR відсутні
«Базальноподібний»	«Тричі негативний»*** ER та PgR відсутні HER2-негативний

Клінічне обстеження включає пальпацію молочних залоз і регіонарних лімфатичних вузлів та оцінку віддалених метастазів (кістки, печінка та легені; неврологічне обстеження потрібне лише за наявності симптомів). З метою визначення стратегії лікування проводиться всебічне обстеження пацієнта для правильного встановлення ознак злоякісного пухлинного росту, стадії захворювання, огляд лікаря-онколога, лікаря з променевої терапії та інших фахівців за необхідності.

Діагностичне обстеження та визначення стадії МРМЗ



Алгоритм лікування раннього раку молочної залози



Рекомендації щодо системного лікування ранніх підтипів РМЗ

Субтип	Рекомендована терапія	Коментарі
Люмінальний А-подібний	Лише ЕТ переважно	Розглянути ХТ, якщо великий пухлинний об'єм (≥ 4 ЛВ, Т3 або вище)
Люмінальний В-подібний (HER2-негативний)	ХТ з подальшою ЕТ переважно	
Люмінальний В-подібний (HER2-позитивний)	ХТ+анти-HER2, потім ЕТ у всіх пацієнтів	За наявності протипоказань до застосування ХТ можна розглянути ЕТ+анти-HER2 терапію
HER2-позитивний (не люмінальний)	ХТ+ анти-HER2	
ТНPM3 (протоковий)	ХТ	

ХТ – хіміотерапія, ЕТ – ендокринна терапія

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Жінка 32 років скаржиться на тягнучі біль внизу живота, мажучі коричневі виділення перед менструацією та рясні менструальні виділення. При бімануальному дослідженні матка дещо збільшена у розмірах, округлої форми. Придатки матки без особливостей. При УЗД в порожнині матки виявлена ехопозитивна структура 1,5х1,0 см.

Вкажіть попередній діагноз.

Вкажіть найбільш інформативну діагностичну процедуру в даному клінічному випадку.

Попередній діагноз: Поліп ендометрія.

Алгоритм обстеження: Гістероскопія, поліпектомія. За результатами гістологічного дослідження призначити лікувальні заходи.

Клінічна ситуація 2

Жінка 45 років скаржиться на виділення з піхви водянистого характеру та кров'янисті виділення після статевого акту. При останньому онкоогляді 5 років тому була виявлена ерозія шийки матки, проведено лікування жировими аплікаціями. При огляді у дзеркалах: шийка матки гіпертрофірована, на обох губах шийки матки відмічаються розростання, які кровоточать при дотику. При бімануальному дослідженні: тіло матки дещо збільшено у розмірах, рухоме, неболюче, додатки матки не визначаються. Склепіння піхви, параметрії – вільні.

Вкажіть попередній діагноз.

Який з методів дослідження є найбільш інформативним для підтвердження діагнозу?

Попередній діагноз: Рак шийки матки.

Алгоритм обстеження: Кольпоскопія з прицельною біопсією.

ТЕМА 28

«Невідкладні стани в гінекології. Оперативні втручання в гінекології. Підготовка та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних та планових оперативних втручаннях. Профілактика ВІЛ інфікування.»

Мета: систематизувати та поглибити знання за темою практичного заняття. Засвоїти план обстеження та лікування пацієнтки з невідкладними станами. Сформувані чітке уявлення про обстеження перед плановими та ургентними оперативними втручаннями.

Основні поняття:

- Сучасні підходи до діагностики та невідкладної допомоги при гострому животі.
- Основні методи хірургічних втручань при невідкладних станах в гінекології.
- Особливості підготовки та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних та планових оперативних втручаннях.
- Профілактика ВІЛ-інфікування у медичних установах. Постконтактна профілактика.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. Хвора П., 22 роки, надійшла зі скаргами на періодичний біль внизу живота, незначні кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Остання менструація шість тижнів тому. Загальний стан жінки задовільний. Пульс – 80 уд./хв, АТ – 120/80 мм рт. ст., температура тіла – 36,6 °С. При пальпації живіт болісний у нижніх відділах. Тіло матки трохи збільшене у розмірі, екскурсії болісні. Праворуч у ділянці придатків визначається тугоеластичної консистенції, малорухоме, ретортоподібне болісне утворення розмірами 50 x 30 мм. Який діагноз можна припустити?

- A. Порушена трубна вагітність за типом трубного аборту
- B. Прогресуюча позаматкова вагітність
- C. Хронічний сальпінгоофорит у стадії загострення
- D. Абдомінальна вагітність
- E. Пухирцевий занесок

2. Хвора С., 30 років, скаржиться на сильний гострий біль внизу живота, який посилюється при зміні положення тіла, слабкість, запаморочення та втрату свідомості. Остання менструація вісім тижнів тому. Пульс – 99 уд./хв, АТ – 90/50 мм рт. ст., гемоглобін – 88 г/л. При поверхневій пальпації: живіт здутий, болісний у нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. Перистальтика кишечника ослаблена, під час перкусії відмічається притуплення перкуторного звуку. Алгоритм дії лікаря.

- A. Госпіталізація до гінекологічного стаціонару
- B. Госпіталізація до хірургічного стаціонару
- C. Лікування у денному стаціонарі
- D. Амбулаторне спостереження та лікування
- E. Санаторно-курортне лікування

3. У пацієнтки К., 28 років, скарги на рясні, тривалі кров'яністі виділення зі статевих шляхів, слабкість, підвищену втомлюваність, періодичний біль внизу живота. При дослідженні: ознаки анемії, гемоглобін – 88 г/л, гематокрит – 24 %. Вісім місяців тому введено внутрішньоматковий контрацептив. Яке обстеження необхідно провести в першу чергу?

- A. Тести функціональної діагностики, УЗД органів малого таза, посткоїтальний тест
- B. Бактеріологічні посіви виділень піхви та цервікального каналу на облигатну мікрофлору
- C. Гінекологічне обстеження, УЗД, хоріонічний гонадотропін у сироватці крові

D. Трикратні бактеріологічні посіви сечі та менструальної крові на мікобактерії туберкульозу.

E. Тести функціональної діагностики

4. У хворої М., 33 роки при інструментальній ревізії порожнини матки з приводу неповного кримінального інфікованого аборту була перфорована стінка матки біля дна. Яка тактика ведення хворої?

A. Антибіотики, утеротоніки, спостереження

B. Екстирпація матки

C. Ушивання перфораційного отвору

D. Вакуум-аспірація вмісту порожнини матки

E. Строгий ліжковий режим, спостереження

5. Хвора С., 33 роки, скаржиться на болі внизу живота справа, температуру 37,9 °С, безпліддя протягом п'яти років, хронічний двобічний сальпінгіт, уrogenітальний хламідіоз (в анамнезі). Менструації регулярні, 7-й день циклу. Гінекологічний огляд: тіло матки та шийка матки – без патології. В проєкції правих придатків – утвір розмірами 11 × 5 см, болючий. Виділення серозно-гнійні. Імовірний діагноз?

A. Правобічний піосальпінкс

B. Правобічна трубна вагітність

C. Апоплексія правого яєчника

D. Кіста правого яєчника

E. Гострий апендицит

Відповіді: 1-А, 2-А, 3-С, 4-В, 5-А,

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Ектопічна вагітність

Ектопічна вагітність (ЕВ) є основною причиною материнської захворюваності та смертності. Кровотеча внаслідок розриву фаллопієвої труби або розриву інших структур, у яких імплантована ЕВ, є основною причиною материнської смертності в першому триместрі і становить від 4 до 10 відсотків усіх смертей, пов'язаних з вагітністю. Більшість цих смертей відбувається до госпіталізації або під час транспортування пацієнтки до ЗОЗ. Розрив маткових труб, зазвичай, пов'язаний зі значною кровотечею, яка може бути фатальною, якщо терміново не буде виконано оперативне втручання.

Трубний аборт – це вигнання продуктів зачаття через фімбріальний відділ маткової труби. Після цього може відбутися резорбція тканини або повторна імплантація трофобласта в черевній порожнині (вторинна абдомінальна вагітність) або на яєчнику (яєчникова вагітність). Трубний аборт може супроводжуватися масивною внутрішньочеревною кровотечею, що вимагає ургентного хірургічного втручання, або мінімальною кровотечею, яка не потребуватиме подальшого лікування. Регресування трубної вагітності може статися спонтанно, хоча важко передбачити, у яких пацієнток відбудеться регрес трубної вагітності без ускладнень.

Фактори ризику ЕВ включають попередню ЕВ, патологію маткових труб або оперативні втручання (наприклад, запальне захворювання органів малого таза або перев'язка маткових труб), поточне використання внутрішньоматкової спіралі, куріння та застосування допоміжних репродуктивних технологій. Однак у більшості жінок із ЕВ неможливо визначити фактори ризику.

Діагностика ЕВ проводиться на підставі анамнезу, клінічних ознак, даних загального фізикального і гінекологічного обстеження, результатів трансвагінального УЗД та визначення рівня сироваткового β-ХГЛ.

При зборі анамнезу необхідно уточнити наступні дані: акушерсько-гінекологічний анамнез: дата останньої менструації, попередні вагітності, запальні захворювання та перенесені операції органів малого таза, методи контрацепції; біль у животі: початок, тривалість, характер, іррадіація болю, фактори полегшення або посилення болю; вагінальна кровотеча: початок, тривалість, об'єм (кількість просякнутих прокладок); синкопе/запаморочення; нудота/блювання.

Клінічні ознаки ЕВ включають:

загальні симптоми: біль у животі або ділянці малого таза; аменорея або затримка менструації; вагінальні кровотечі зі згустками крові чи без них; інші симптоми: чутливість молочних залоз; симптоми з боку шлунковокишкового тракту; запаморочення, загальна слабкість чи втрата свідомості; біль у ділянці плеча; симптоми з боку сечовидільних шляхів; елементи тканин у кров'янистих виділеннях зі статевих шляхів; відчуття тиску на пряму кишку або біль при дефекації.

Дані загального фізикального і гінекологічного обстеження при ЕВ включають:

більш поширені ознаки: чутливість у ділянці органів малого таза; болючість придатків матки; болючість при пальпації живота; інші ознаки: чутливість при зміщенні шийки матки; болючість при раптовому послабленні тиску на передню черевну стінку або перитонеальні ознаки; блідість шкіри; здуття живота; збільшення тіла матки; тахікардія (> 100 за хв) або гіпотонія ($< 100/60$ мм рт.ст.); шок або колапс; ортостатична гіпотензія.

За підозри на шийкову вагітність гінекологічне обстеження проводиться в умовах розгорнутої операційної.

Трансвагінальне УЗД є найкращим методом діагностики ЕВ.

Для визначення тактики ведення ЕВ, що візуалізовано за допомогою трансвагінального УЗД, використовується одноразове визначення рівня сироваткового β -ХГЛ. У гемодинамічно стабільних пацієток при вихідному рівні сироваткового β -ХГЛ < 1000 МО/л проводиться повторне дослідження сироваткового β -ХГЛ через 48 годин. Визначення рівня β -ХГЛ у сироватці крові для діагностики гетеротопічної вагітності є обмеженим.

Перед хірургічним лікуванням ЕВ проводиться стандартне обстеження для ургентного оперативного втручання, визначення об'єму крововтрати, моніторинг артеріального тиску, пульсу, сатурації крові за даними пульсоксиметрії, діурезу жінки.

Остаточний діагноз при хірургічному лікуванні ЕВ підтверджується результатами патологогістологічного дослідження операційного матеріалу. На кожний операційний матеріал лікуючий лікар заповнює першу сторінку бланку-направлення на дослідження за Формою № 014/о. Лікуючий лікар або лікар ЗОЗ, який здійснив відбір операційного матеріалу, забезпечує належне зберігання операційного і біопсійного матеріалу.

Медикаментозне лікування ЕВ може бути застосовано за умови відповідності пацієнтки критеріям призначення та відсутності протипоказань. Лабораторні обстеження, що мають бути виконані перед призначенням медикаментозного лікування: сироватковий рівень β -ХГЛ, сечовина, електроліти, печінкові проби, клінічний аналіз крові, група крові, резус фактор.

Якщо маткова вагітність є небажаною, вакуум-аспірація порожнини матки у жінок з підвищеним рівнем сироваткового β -ХГЛ допомагає відрізнити ЕВ від викидня раннього терміну шляхом визначення відсутності ворсин хоріона при патологогістологічному дослідженні зразка ендометрія.

Лікування ЕВ відрізняється в залежності від локалізації вагітності, гемодинамічної стабільності пацієнтки, результатів трансвагінального УЗД і вихідного рівня β -ХГЛ у сироватці крові.

Більшість випадків трубної ЕВ підлягають лікуванню хірургічним шляхом. Лапароскопія є кращою за лапаротомію через її численні переваги, такі як скорочення часу операції, зменшення інтраопераційної крововтрати, скорочення часу перебування у стаціонарі, нижча вартість, менша потреба у знеболювальних і менша ймовірність

формування спайок. Однак фактичні дані свідчать про відсутність різниці з точки зору користі для здоров'я між лапароскопією та лапаротомією, в тому числі щодо ключових показників успішної вагітності у майбутньому.

За умови наявності ознак геморагічного шоку необхідно забезпечити достатній венозний доступ (катетеризація 2-3 периферичних вен катетерами розміром 14-16 G). За неможливості забезпечити периферичний доступ слід розглянути центральний венозний доступ.

З метою запобігання гіпотермії важливо дотримуватись стратегії термозбереження та введення теплих інфузійних розчинів. Перевагу слід надавати розчинам електролітів. Для оптимізації об'єму інфузійної терапії до остаточної зупинки кровотечі слід застосовувати стратегію пермісивної (керованої) гіпотензії (сistolічний артеріальний тиск на рівні 90 мм рт.ст.).

Медикаментозне лікування можна запропонувати визначеним категоріям жінок із ЕВ. Його не слід призначати, якщо діагноз ЕВ не підтверджений, і не виключена наявність життєздатної маткової вагітності.

Особливості призначення медикаментозного лікування ЕВ

День	Обстеження і терапія
1	Сироватковий рівень β -ХГЛ, сечовина, електроліти, печінкові проби, клінічний аналіз крові, група крові, резус фактор. Введення метотрексату 50 мг/м^2 поверхні тіла* внутрішньом'язово.
4	Сироватковий рівень β -ХГЛ
7	Сироватковий рівень β -ХГЛ - Якщо рівні β -ХГЛ знижуються менше ніж на 15% у дні 4-7, потрібно повторне трансвагінальне УЗД та введення другої дози метотрексату 50 мг/м^2 поверхні тіла* внутрішньом'язово, якщо пацієнтка відповідає критеріям для медикаментозного лікування. - Якщо рівні β -ХГЛ знижуються більше ніж на 15% у дні 4-7, слід повторювати визначення рівня β -ХГЛ щотижня до рівня менше 15 МО/л.

Лікування рідкісних форм ектопічної вагітності

Локалізація вагітності	Медикаментозне лікування	Інші варіанти лікування	Варіанти хірургічного лікування
Інтерстиціальна ЕВ	Однодозовий або багатодозовий режим	-	Лапароскопія/лапаротомія, клиновидна резекція матки з іпсилатеральною сальпінгоектомією або без неї
Шийкова ЕВ	Багатодозовий режим	Емболізація маткових артерій	Вакуум-аспірація Гістероскопічна резекція Лапаротомія, тотальна гістеректомія
Вагітність у рубці на матці після кесаревого розтину Інтрамуральна вагітність	Однодозовий або багатодозовий режим	Емболізація маткових артерій	Вакуум-аспірація Гістероскопічна резекція під контролем УЗД / лапароскопії або без Лапароскопія/лапаротомія, клиновидна резекція матки
Вагітність у додатковому розі матки	Однодозовий або багатодозовий режим	-	Лапароскопія/лапаротомія, висічення додаткового рогу матки
Яєчникова ЕВ	Однодозовий режим	-	Лапароскопія/лапаротомія, клиновидна резекція яєчника або оваріоектомія
Абдомінальна ЕВ	Багатодозовий режим	-	Лапароскопія/лапаротомія, видалення вагітності в залежності від локалізації за участю лікаря-хірурга, лікаря-уролога, інших спеціалістів Лапаротомія і розродження (при життєздатності плода)
Гетеротопічна вагітність	-	-	У разі виявлення прогресуючої гетеротопічної вагітності тактика лікування визначається в залежності від життєздатності маткової вагітності, репродуктивних планів та гемодинамічної стабільності пацієнтки. Варіанти хірургічного лікування залежать від локалізації співіснуючої ЕВ.

Апоплексія яєчника

Апоплексія яєчника - це крововилив у паренхіму яєчника, який супроводжується кровотечею у черевну порожнину.

Апоплексія може розвиватись у будь-який день менструального циклу чи після затримки менструації, але частіше в середині або у другу фазу циклу.

Клінічні форми апоплексії яєчника:

- анемічна
- больова
- змішана.

У клінічній картині анемічної форми переважають симптоми інтраперитонеальної кровотечі. Початок захворювання може бути зв'язаний з фізичними травмами, фізичною напругою, половим актом, а може починатися без видимої причини. Гострий інтенсивний біль в животі з'являється в 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 і слизуватих 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 роздратування очеревини виражені в різному ступені. Перкусія живота може виявити в черевній порожнині наявність вільної рідини.

Під час бімануального (досить хворобливого) дослідження визначають нормальних розмірів матку, іноді - збільшений хворобливий кулястий яєчник. При значній кровотечі знаходять нависання і хворобливість заднього і/чи бічних зводів піхви. У клінічному аналізі крові переважає картина анемії.

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

Захворювання починається гостро з приступу болю унизу живота, що супроводжується нудотою і 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 роздратування очеревини. Вільної рідини в черевній порожнині знайти не вдається. Кров'янистих виділень з 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 вилася в черевну порожнину, і коагуляцію ділянки яєчника, що кровоточить.

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

Перекрути ніжки пухлини яєчника

До перекруту ніжки можуть бути схильні пухлини різної гістологічної структури, не спаяні із сусідніми органами і які мають виражену ніжку. Як правило, це доброякісні і пограничні новоутвори, але можуть зустрічатися і злоякісні.

Перекрути ніжки пухлини може бути зв'язаний зі зміною положення тіла, фізичною напругою, посиленою перистальтикою кишечника, переповненням сечового міхура, довгою пухливою ніжкою кісти.

Анатомічна ніжка пухлини складається з розтягнутої зв'язки, що підвішує яєчник, власної зв'язки яєчника і мезооварія. У хірургічну ніжку ще входить маткова труба.

Перекрути ніжки може відбутися раптово чи поступово, буває повним і частковим. Патологоанатомічні зміни в пухлині при перекручуванні її ніжки залежать від швидкості, з яким відбувається поворот пухлини по осі, і ступеня перекруту. Перекрути ніжки пухлини, що супроводжується пережаттям артерій, приводить до некротичних змін у тканинах пухлини.

Клінічна картина. Захворювання, як правило, починається із сильного болю у низу живота, що супроводжується нудотою і блювотою. Температура тіла в перші години захворювання залишається нормальною, лейкоцитарна реакція не виражена.

Хвора приймає змушене положення в ліжку через виниклий різко біль. При пальпації - напруга передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, парез кишечника, затримка стільця, рідше-діарея. Температура тіла може підвищуватися, пульс частий, блідість шкіри, холодний піт. При внутрішньому гінекологічному дослідженні виявляють пухлину в ділянці придатків матки, спроба її зсуву викликає різкий біль. Такі хворі потребують термінового оперативного лікування.

Порушення живлення вузла міоми матки

Порушення кровопостачання в міоматозних вузлах пояснюється, в основному, механічним фактором (перекрут, перегин, здавлення пухлини). Необхідно враховувати й особливості гемодинамики в період вагітності, коли відзначається значне зниження кровотока в матці, особливо виражене в ділянці міжм'язового вузла, підвищення судинного тону в судинах малого калібру, утруднення венозного відтоку, зниження швидкості кровонаповнення артеріального і венозного русла. Причиною порушення живлення міоматозного вузла можуть бути різні дистрофічні процеси в ньому (набряк, вогнища некрозу, крововилив, гіалінове переродження, дегенерація), що розвиваються в результаті ішемії, венозного застою, множинного тромбоутворення в міжмишечних вузлах пухлини.

Розрізняють сухий і вологий типи некрозу міоматозного вузла матки.

При сухому некрозі відбувається поступове зморщування ділянок некротизованої тканини, при цьому утворюються своєрідні кавернозні порожнини з залишками омертвілої тканини.

При вологому некрозі спостерігаються розм'якшення і вологе омертвіння тканин з наступним утворенням кістеподібних порожнин. Так званому «червоному некрозу» піддаються частіше пухлини, розташовані інтрамурально. Макроскопічно ці пухлини забарвлені в червоний чи коричнево-червоний колір, мають м'яку консистенцію, мікроскопічно виявляються розширення вен і їхній тромбоз. Основною причиною вологого некрозу є підвищення тонусу міометрію, що оточує вузол, з наступним розвитком розладу кровообігу в капсулі пухлини і на периферії. До вологого некрозу часто приєднується інфекція, що проникає у вузол гематогенним чи лімфогенним шляхом.

Клініка порушення живлення вузла залежить від ступеня порушення кровопостачання вузла.

Некроз міоматозного вузла матки супроводжується гострим болем в животі, напругою передньої черевної стінки, можливе підвищення температури і лейкоцитоз.

При бімануальному дослідженні визначають наявність у матці міоматозних вузлів, один із яких різко хворобливий при пальпації.

УЗД полегшує виявлення важко доступних вузлів. Уточнити діагноз можна за допомогою лапароскопії.

Лікування - оперативне. У деяких випадках припустиме консервативне лікування: реологічні активні засоби (реополіглюкін, трентал), спазмолітики (папаверин, но-шпа) у сполученні з антибактеріальними і десенсибілізуючими засобами.

Пельвіоперитоніт і перитоніт

Пельвіоперитоніт та перитоніт – це гостре запалення очеревини. Пельвіоперитоніт - це запалення очеревини малого таза.

Етіологічні чинники:

- розплавлення стінки піосальпінксу, гнійного тубоваріального утворення;
- гінекологічні операції;
- кримінальні аборти, у тому числі перфорація матки;
- некроз пухлини яєчника.

Класифікація за походженням:

- Первинний перитоніт: виникає внаслідок потрапляння інфекції в черевну порожнину без прямого пошкодження органів черевної стінки (наприклад, при цирозі печінки).

- Вторинний перитоніт: розвивається внаслідок пошкодження або запалення органів черевної порожнини, що призводить до витоку вмісту в черевну порожнину та інфікування.
- Третинний перитоніт: виникає як ускладнення після лікування первинного або вторинного перитоніту, часто пов'язаний з госпітальними інфекціями.

Класифікація за поширенням:

- Місцевий (локальний) перитоніт: запалення обмежене однією анатомічною ділянкою.
- Поширений (розлитий) перитоніт: запалення захоплює кілька анатомічних ділянок черевної порожнини.
- Тотальний (загальний) перитоніт: запалення охоплює всю очеревину.

Класифікація за наявністю інфекції:

- Асептичний перитоніт: запалення, викликане хімічним подразненням (наприклад, жовч, шлунковий сік) без інфекції.
- Мікробний перитоніт: запалення, викликане бактеріями.

Класифікація за характером ексудату:

- Серозний перитоніт: ексудат прозорий або злегка каламутний, містить багато білка.
- Фібринозний перитоніт: ексудат містить фібрин, що утворює наліт на поверхні очеревини.
- Гнійний перитоніт: ексудат містить гній.
- Геморагічний перитоніт: ексудат містить кров.

Інші форми:

- Туберкульозний перитоніт: Спричинений мікобактеріями туберкульозу.
- Гострий та хронічний перитоніт: Залежно від перебігу захворювання.

Клініка пельвіоперитоніту: біль внизу живота, висока температура, нудота, іноді - блювота. При об'єктивному дослідженні: частий пульс, що випереджає температурну реакцію. Язик залишається вологим, іноді обкладений білим нальотом. Живіт роздутий у нижніх відділах, також напруга м'язів черевної стінки, позитивні симптоми роздратування очеревини. Перистальтика кишечника млява, черевна стінка бере участь в акті подиху. Бімануальне дослідження затруднене через різку хворобливість і напругу нижніх відділів живота. Сильний біль виникає уже при найменшому зсуві шийки матки. Іноді сплюснення чи нависання піхвових зводів, що вказує на наявність ексудату в малому тазі.

Клінічний аналіз крові при пельвіоперитоніті варто робити багаторазово протягом доби. Для пельвіоперитоніту характерний помірний лейкоцитоз, нерізкий зсув лейкоцитарної формули вліво, невелике зниження кількості лімфоцитів і збільшення ШОЕ.

У неясних випадках проводиться лапароскопія.

Лікування пельвіоперитоніту, як правило, консервативне.

Спокій, повноцінна дієта, що щадить. На низ живота - періодична аплікація міхура з льодом. Антибактеріальна терапія. Детоксикація (інфузійно-трансфузійна терапія). Десенсибілізуючі, неспецифічні протизапальні препарати, що знеболюють, вітаміни. Доцільні сеанси ультрафіолетового опромінення крові.

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

Розповсюджений перитоніт характеризується рано виникаючою ендогенною інтоксикацією.

Клініка перитоніту: біль у животі, захисна напруга м'язів черевної стінки, симптоми роздратування очеревини позитивні, завзятий парез кишечника. Висока лихоманка, поверхневе дихання, блювота, неспокійне поведіння й ейфорія, тахікардія, холодний піт. Виражений лейкоцитоз зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво і токсичною зернистістю нейтрофілів, підвищення рівня лужної фосфатази, різке зниження числа тромбоцитів

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

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

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

Тривалість інфузійної терапії в післяопераційному періоді повинна переслідувати наступні цілі:

- ліквідація гіповолемії шляхом введення колоїдних розчинів і білкових препаратів;
- відновлення дефіциту хлоридів і калію;
- корекція ацидозу;
- забезпечення енергетичних потреб організму;
- антиферментна й антикоагулянтна терапія;
- забезпечення форсованого діурезу;
- боротьба з інфекцією шляхом застосування антибіотиків широкого спектра дії;
- профілактика і лікування функціональної недостатності серцево-судинної системи;
- відновлення моторно-евакуаторної функції шлунка і кишечника.

Основні методи хірургічних втручань при невідкладних станах в гінекології

При невідкладних станах у гінекології застосовується широкий спектр хірургічних методів, які можна розділити на кілька основних груп:

- лапаротомічні
- лапароскопічні
- вагінальні
- гістероскопічні.

Вибір методу залежить від конкретного захворювання, загального стану пацієнтки та досвіду лікаря.

Основні методи хірургічних втручань у гінекології:

Лапаротомія: традиційний хірургічний доступ, при якому здійснюється розріз черевної стінки для доступу до органів малого тазу. Цей метод використовується, коли лапароскопія або вагінальний доступ неможливі або недоцільні.

Лапароскопія: малоінвазивний метод, при якому операція проводиться через невеликі проколи в черевній стінці. Лапароскоп дозволяє візуалізувати органи на моніторі, а через інші проколи вводяться хірургічні інструменти.

Вагінальні операції: втручання, що виконуються через піхву, без зовнішніх розрізів. Цей метод часто використовується для лікування опущення матки, видалення міом та інших патологій.

Гістероскопія: діагностична та хірургічна процедура, при якій гістероскоп вводиться в порожнину матки через піхву. Цей метод дозволяє оглянути порожнину матки, видалити поліпи, міоми та інші патологічні утворення.

Переваги малоінвазивної хірургії (лапароскопія, гістероскопія, вагінальні операції): Менші розрізи та шрами, зменшення болю та дискомфорту після операції, скорочення терміну перебування в стаціонарі та швидше відновлення, менший ризик ускладнень, кращий косметичний ефект.

Особливості підготовки та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних та планових оперативних втручаннях

Підготовка гінекологічних хворих до оперативних втручань, як планових, так і ургентних, включає в себе ряд важливих етапів, спрямованих на забезпечення безпеки та ефективності операції. Загалом, підготовка включає в себе медичне обстеження, психологічну підготовку, та безпосередню підготовку до операції, яка відрізняється в залежності від терміновості втручання.

Планові оперативні втручання:

Медичне обстеження: зазвичай включає загальний аналіз крові та сечі, аналіз крові на цукор, коагулограму, аналізи на ВІЛ, гепатити, сифіліс, електрокардіограму, рентгенографію грудної клітки, ультразвукове дослідження органів малого тазу, та інші дослідження за показаннями.

Психологічна підготовка: важливо надати пацієнтці інформацію про операцію, можливі ризики та ускладнення, а також про післяопераційний період.

Безпосередня підготовка до операції: ввечері перед операцією – легка вечеря, очищення кишечника (клізма або проносні засоби), заспокійливі препарати для спокійного сну. За 6 годин до операції не можна їсти, за 4 години – нічого пити.

Специфічна підготовка: залежить від характеру операції. Наприклад, для вагінальних операцій – досягнення I-II ступеня чистоти піхви за допомогою обробки у стаціонарі протягом 2-3 днів.

Ургентні оперативні втручання:

Швидке обстеження: проводиться мінімальний обсяг необхідних обстежень, таких як аналізи крові (клінічний, біохімічний), визначення групи крові та резус-фактору, аналізи на ВІЛ, гепатити, УЗД органів малого тазу, ЕКГ.

Корекція порушень: заходи з корекції порушень системи крові, якщо такі є. У крайніх випадках забір матеріалів для дослідження та інтенсивна корекція порушень крові можуть проводитися одночасно з операцією.

Обмежена попередня підготовка: враховуючи екстреність ситуації, підготовка обмежена часом і може включати лише найнеобхідніші заходи.

Профілактика ВІЛ-інфікування у медичних установах, постконтактна профілактика

Профілактика ВІЛ-інфікування у медичних установах включає в себе запобігання контакту з кров'ю та іншими біологічними рідинами, що містять вірус, а також проведення постконтактної профілактики (ПКП) у випадку можливого інфікування. ПКП передбачає прийом антиретровірусних препаратів протягом 28 днів, розпочатий не пізніше 72 годин після контакту.

Основні заходи профілактики ВІЛ у медичних установах:

- універсальні запобіжні заходи: застосування засобів індивідуального захисту (рукавички, маски, халати, окуляри, фартухи), обережне поводження з гострими інструментами, правильна утилізація медичних відходів.
- навчання персоналу: проведення тренінгів та інструктажів з профілактики ВІЛ та правил безпеки при роботі з біологічними рідинами.

Постконтактна профілактика (ПКП):

- вчасне звернення: при професійному контакті з кров'ю або іншими біологічними рідинами, що містять ВІЛ, необхідно якомога швидше звернутися для отримання ПКП.
- діагностика: ПКП призначається після оцінки ризику інфікування та виключення наявності ВІЛ у пацієнта.
- медикаментозна профілактика: ПКП передбачає прийом трьох антиретровірусних препаратів протягом 28 днів.
- моніторинг: після завершення курсу ПКП проводиться оцінка ефективності профілактики.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Жінка 26 років доставлена до лікарні із скаргами на раптово виниклий біль внизу живота, який іррадіює у стегно та пряму кишку, нудоту, запаморочення, кров'яні темні виділення із статевих шляхів на протязі тижня, затримку менструації на протязі 4 тижнів. Шкіряні покриви бліді. Симптоми подразнення очеревини визначаються внизу живота, більше справа.

Огляд у дзеркалах: ціаноз слизової піхви і шийки матки.

Бімануальне дослідження: матка та її додатки чітко не визначаються через різку болісність. Визначається симптом “плаваючої матки”, заднє склепіння піхви нависає і різко болісне.

Вкажіть попередній діагноз?

Попередній діагноз: Порушена трубна вагітність за типом розриву маткової труби. Внутрішньочеревна кровотеча.

Клінічна ситуація 2

Хвора 34 років надійшла до стаціонару зі скаргами на гострий біль внизу живота, нудоту, блювання. Шість місяців тому при огляді у гінеколога виникла підозра на наявність кісти правого яєчника, від операції відмовилась. Остання менструація була місяць тому. Вважає себе хворою 2 тижні, коли уперше з'явився переймоподібний біль внизу живота. З анамнезу: лікувалась з приводу запалення додатків матки.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Температура 37,7°C, пульс 86 уд/хв. АТ-130/90 мм рт. ст. Язик обкладений, живіт помірно здутий, симптом Щоткіна – Блюмберга позитивний внизу живота. Бімануальне дослідження: різка болісність при зміщенні шийки матки. Справа від матки пальпується утворення тугоеластичної консистенції розміром 4х5 см, болісне. Зліва додатки не визначаються. Склепіння глибокі, пальпація правого склепіння болісна. Виділення з піхви – білі, помірні.

Вкажіть попередній діагноз?

Попередній діагноз: Перекрут ніжки пухлини правого яєчника. Пельвіоперитоніт.

ТЕМА 29

«Неплідність. Сучасні аспекти планування сім'ї. Методи контрацепції. Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ. Методи контрацепції для підлітків.»

Мета: Засвоїти основні принципи обстеження подружньої пари при неплідному шлюбі. Навчити визначенню клінічного діагнозу на підставі інтерпретації даних обстеження неплідної подружньої пари. Засвоїти принципи та методи лікування жіночої неплідності. Навчити проводити оцінку пацієнтки та медичних критеріїв прийнятності методів контрацепції. Засвоїти план обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції. Оволодіти особливостями консультування та навчити підбору сучасного методу контрацепції для жінок різних вікових категорій.

Основні поняття:

- Медично-соціальне значення проблеми неплідності у шлюбі.
- Етіопатогенетичні чинники розвитку неплідності. Обстеження подружньої пари при неплідному шлюбі. Сучасні принципи і методи лікування жіночої неплідності. Показання до застосування допоміжних репродуктивних технологій.
- Консультування щодо вибору і використання методу контрацепції: етапи консультування, методи контрацепції відносно до періодів життя.
- Сучасні методи контрацепції: класифікація, механізми дії, переваги, недоліки, необхідне обстеження перед початком використання, режим використання, побічні ефекти, інструкції для пацієнтки. Післяпологова та післяабортна контрацепція. Медичні критерії прийнятності ВООЗ: класифікація категорій, використання зведених таблиць.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. Безплідний шлюб - це відсутність вагітності у жінок дітородного віку при регулярному статевому житті без застосування контрацептивів:

- A. Протягом 1 року
- B. Протягом 2-х років
- C. Протягом 3-х років
- D. Протягом 4-х років
- E. Протягом 5-ти років

2. Одним з методів штучного запліднення є:

- A. Вишкрібання слизової оболонки матки
- B. Введення сперми в порожнину матки
- C. Ампутація матки
- D. Операція Порро
- E. Операція Еметта

3. Наявність в організмі жінки порушень, що виключають будь-яку можливість вагітності - це:

- A. Абсолютне безпліддя
- B. Відносне безпліддя
- C. Атрезія піхви
- D. Ампутація матки
- E. Відсутність піхви

4. При яких ситуаціях використання МЛА недоцільно?

- A. Минуло не більше 6 місяців після пологів.
- B. Жінка годує виключно груддю.
- C. Жінка годує дитину за вимогою.
- D. Жінка годує груддю нерегулярно, відновилась менструація.

5. Яких типів КОК за складом гормонів не існує?

- A. Монофазні.
- B. Двофазні.
- C. Багатофазні
- D. Чотирифазні.

Вірні відповіді: 1 – A; 2 – B; 3 – A; 4 – D; 5 – D.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою Класифікація жіночої безплідності:

I. Ендокринного генезу (безпліддя, пов'язане з порушенням овуляції) – 35-40%:

- гіпоталамо-гіпофізарна недостатність (ГГН);
- гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція (ГГД) (яєчникова та надниркова форми);
- первинна недостатність яєчників;
- порушення функції статевих органів;
- гіперпролактинемія.

II. Трубно-перитонеального генезу – 20 – 30%.

III. Маткового генезу – 2 – 3%:

- відсутність матки;
- аномалії розвитку матки;
- синехії у порожнині матки (синдром Ашермана).

IV. Шийкового генезу – 5%.

V. Імунологічного генезу – 20%:

- з наявністю антиспермових АТ тільки у цервікальному слизі;
- з наявністю антиспермових АТ у крові жінки, яйцеклітині, фолікулярній рідині.

VI. Інші форми жіночого безпліддя:

- жіноче безпліддя, обумовлене урогенітальною інфекцією;
- ендометріоз та безпліддя;
- міома матки та безпліддя.

Обстеження жінок:

- Збір соматичного анамнезу.
- Збір гінекологічного анамнезу.
- Збір репродуктивного анамнезу.
- Загальний та гінекологічний огляд.
- RW, ВІЛ.
- Графік базальної температури за 2 – 3 місяці.
- Кольпоскопія.
- Аналіз виділень, обстеження на урогенітальну інфекцію, цитологічне обстеження.
- УЗД органів малого тазу (5 – 7 день менстр. циклу):
 - Гістеросальпінгографія (7 – 11 день менстр. циклу).
 - Імунологічні тести: ПКТ (посткоїтальний тест) – дозволяє оцінити біологічну сумісність сперматозоїдів та цервікального слизу жінки; МАР-тест – визначення антиспермальних антитіл в еякуляті (в нормі < 30%).
 - Гістероскопія, лапароскопія.

Додаткові дослідження за показаннями:

- Гормональне обстеження (кортизол, ДГЕА-с, інсулін, Т₃, Т₄, ТТГ, СТГ, антитіла до тиреоглобуліну та ін.);
- Обстеження мамолога, мамографія (7 – 10 день менстр. циклу).
- R-графія турецького сідла.
- КТ, МРТ.
- УЗД щитовидної залози.

Обстеження чоловіків:

(проводиться спільно і одночасно з обстеженням жінки)

- Загальноклінічні методи обстеження.
- Обстеження на уrogenітальну інфекцію.
- Обстеження еякуляту за класифікацією ВООЗ (3 – 4 дні статевого покою).
- Консультація терапевта, генетика, сексопатолога (за показами).

При наявності патології у спермограмі додатково проводиться:

- Бак. посев сперми на стерильність.
- Гормональне обстеження (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон)
- Пробна капациація
- УЗД передміхурової залози та мошонки.

**Планування сім'ї для різних категорій населення та відповідно до періодів життя
(наказ № 59 від 21.02.2014 р.)**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Методи контрацепції для підлітків та молоді.	Вагітність у підлітковому віці завжди непланована. Перш за все, вагітність у підлітків має, тим більш високий ризик для здоров'я, чим вони молодші (він особливо значний для 13-16-річних).	<u>Обов'язкові:</u> 1. Провести консультування з питань здорового способу життя, статевого виховання, запобігання непланованої вагітності та ПСШ. 2. Почати консультацію про методи контрацепції з бесіди про самий надійний метод уникнення вагітності – відсутність сексуальних контактів . 3. Запропонувати методи контрацепції: Презерватив. КОК: - для жінок молодого віку, які мають регулярне статеве життя і постійного статевого партнера; - не захищає від ПСШ/ВІЛ. Подвійний метод (одночасне застосування КОК з презервативом). ВМК: - не пропонувати підліткам та молодим жінкам, які не народжували і не мають одного статевого партнера; - не захищає від ПСШ/ВІЛ.

		Методи розпізнавання фертильності: - можна запропонувати дисциплінованим дівчатам з регулярним менструальним циклом, які сильно мотивовані мають одного партнера; - не захищає від ПІСШ/ВІЛ. Невідкладна контрацепція: - висока ефективність; - не можна використовувати як регулярну контрацепцію; - не захищає від ПІСШ/ВІЛ.
2. Методи контрацепції для жінок у післяпологовому періоді.	Ключовими питаннями післяпологової контрацепції є початок терміну попередження непланованої вагітності та вплив методу контрацепції на лактацію. За даними досліджень відновлення менструації до 6 місяців після пологів відбувається в 11,1-39,4% випадків, а контрацептивна ефективність МЛА складає від 93,5 до 100%. Контрацептиви прогестагенового ряду не впливають на якість та кількість грудного молока і здоров'я дитини. Використання КОК у перші 6 місяців після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини та у перші 3 тижні після пологів КОК збільшують ризик тромбозу. ВМК протипоказані для жінок з ускладненими пологами (кровотеча, анемія, інфекції); ВМК та ДХС не впливає на кількість та якість грудного молока (ВООЗ 2012).	<u>Обов'язкові:</u> 1. Провести консультування щодо особливостей перебігу післяпологового періоду та використання методів планування сім'ї. 2. Запропонувати методи контрацепції: Метод лактаційної аменореї (МЛА): - годування грудьми одразу після пологів і до 6 місяців виключно грудневигодовування (не менше 8-10 разів на добу) при відсутності менструації (аменорея) Контрацептиви прогестагенового ряду: - жінкам, які використовують МЛА, тільки через 6 місяців після пологів; - жінкам, які не годують грудьми, можна застосовувати негайно, за умови відсутності вагітності; - жінкам які годують грудьми, але чергують з прикормом - через 6 тижнів після пологів. ВМК: - постплацентарно або протягом 48 годин після пологів або операції кесарів розтин, які відбувалися без ускладнень; - у післяпологовому періоді тільки через 4 тижні, якщо не введено постплацентарно. КОК: - не рекомендовано для жінок, які годують у перші 6 місяців після пологів; - якщо жінка грудьми не годує, КОК можна використовувати через 3

		тижні після пологів. ДХС: - одразу після пологів, під час операції кесарів розтин або протягом 7 днів після пологів; - якщо стерилізацію не проведено після 7 днів, провести тільки через 6 тижнів після пологів. Бар'єрні методи: - з часу відновлення сексуальної активності (шийкові ковпачки – через 6 тижнів після пологів). Методи розпізнавання фертильності: - не рекомендовано починати використання до відновлення регулярних менструацій.
3. Методи контрацепції для жінок після абортів.	Послуги з планування сім'ї після абортів: - консультування про необхідність використання контрацепції та про всі наявні методи контрацепції, їх характеристики, ефективність і побічні ефекти; - надання можливості усвідомленого вибору методів контрацепції; - надання інформації про необхідність захисту від ПСШ. Надання послуг з планування сім'ї для жінки після абортів потрібно розпочати негайно, оскільки овуляція у неї може наступити вже на 11-й день після абортів і, як правило, відбувається до першої менструації. Здатність до зачаття відновлюється дуже швидко - протягом 2 тижнів після штучного або самовільного абортів, що мав місце у 1-му	<u>Обов'язкові:</u> 1. Провести консультування щодо особливостей перебігу періоду після абортів та використання методів планування сім'ї. Неускладнений аборт: - після абортів до 12 тижнів не треба відкладати використання методів контрацепції. - після абортів після 12 тижнів бар'єрні методи (шийкові ковпачки), хірургічна стерилізація та введення ВМК можна рекомендувати через 4-6 тижнів. Неускладнений аборт: Гормональні препарати: - перша таблетка КОК або ТКП надається одразу в день операції; - гормональний пластр, вагінальне кільце можна починати використовувати одразу після проведення операції. Ін'єкційні препарати: - можуть бути введені одразу після абортів або протягом 7 днів після операції. ВМК (що містять мідь) або ВМС (з левоноргестрелом): - одразу після абортів або протягом 7 днів (для ВМС з левоноргестрелом) та 12 днів (для ВМК, що містять мідь) за умови відсутності симптомів інфекції. Бар'єрні методи (презервативи,

	триместрі вагітності, і протягом 4 тижнів після штучного або самовільного аборт, що мав місце у другому триместрі вагітності. Після неускладненого аборт у I триместрі підходять всі методи контрацепції.	сперміциди): - з часу відновлення сексуальної активності. Методи розпізнавання фертильності: - тільки після відновлення регулярного менструального циклу. Ускладнений аборт: - можна використовувати гормональні оральні контрацептиви, ін'єкційні методи, презервативи; - ВМК та стерилізацію відкласти до усунення ускладнення. Медикаментозний аборт: - можна розпочинати використання гормональної контрацепції уже після прийому першої таблетки по схемі медикаментозного аборт; - перед введенням внутрішньоматкового контрацептиву або стерилізацією слід підтвердити повне завершення аборт.
--	--	--

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Жінка 26 років звернулася зі скаргами на безпліддя протягом 3 років. Менструації з 14 років, безболісні, помірні. Цикл 4-5/28, регулярний. У віці 16 років перенесла апендектомію. Посткоїтальна проба та аналіз сперми чоловіка в межах норми. За даними вимірювання базальної температури цикли овуляторні, лютеїнової фаза становить 12-14 днів.

Вкажіть фактор безпліддя?

Визначте найбільш доцільний метод діагностики.

Відповідь:

1. Трубний фактор (в анамнезі оперативне втручання, наявність овуляторних циклів).
2. Лапароскопія та хромосальпінгоскопія.

Клінічна ситуація 2

У гінекологічне відділення поступила хвора 28 років зі скаргами на безпліддя протягом 2 років. З анамнезу: 1 пологи, 3 штучних аборт, менструальний цикл без особливостей. Чоловік не обстежений.

Які дослідження слід призначити?

Відповідь:

1. Спермограма.
2. Метросальпінгографія.

Клінічна ситуація 3

До жіночої консультації звернулася жінка, 37 років, для встановлення внутрішньоматкової спіралі. При детальному обстеженні було встановлено діагноз: цервіцит.

Вкажіть тактику лікаря.

Відповідь:

Введення внутрішньоматкової спіралі необхідно відстрочити до повного виліковування запального процесу.

Клінічна ситуація 4

До жіночої консультації звернулась жінка, 26 років, для встановлення внутрішньоматкової спіралі. Пацієнтка не народжувала, планує вагітність через декілька років.

Чи доцільно використання внутрішньоматкової спіралі з метою контрацепції у даному випадку?

Відповідь:

Жінкам, які не народжували і планують народжувати – не рекомендується використовувати ВМС. Необхідно підібрати інші методи контрацепції.

ТЕМА 30

«Фізіологічна вагітність, пологи та післяпологовий період. Перинатальна охорона плода. Фармакотерапія в акушерстві.»

Мета: сформувати уміння самостійного оцінювання особливостей перебігу фізіологічної вагітності, пологів та післяпологового періоду, удосконалення набутих навичок та компетентностей.

Основні поняття:

- ведення фізіологічної вагітності, пологів та післяпологового періоду;
- сучасні методи діагностики стану плода;
- особливості фармакотерапії в різні терміни вагітності та в післяпологовому періоді;
- питання медичної етики і деонтології;
- методи контрацепції в післяпологовому періоді.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. При вимірах таза у вагітної зростом 160 см і масою 58 кг встановлені такі розміри таза: 26-29-31-20 см. Як інтерпретувати отримані результати?
А. Четвертий ступінь звуження
В. Перший ступінь звуження
С. Другий ступінь звуження
D. Третій ступінь звуження
Е. Розміри таза нормальні
2. Доношена дитина народилася з масою тіла 3200 г, довжиною тіла 50 см, з оцінкою за шкалою Апгар 8-10 балів. Який оптимальний строк першого прикладання її до грудей?
А. У перші 30 хвилин
В. У перші 6 годин
С. У перші 24 години
D. У перші 48 годин
Е. Після 48 годин
3. У пацієнтки 22 років скарги на затримку менструації впродовж 2-х місяців. Змінилися смакові переваги. Вагітності не було. Піхвове дослідження: слизова оболонка піхви та шийки матки ціанотичні, матка кулеподібної форми, збільшена відповідно до 7-8 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Придатки без особливостей. Склепіння піхви вільні. Який діагноз найбільш вірогідний?
А. Порушення оваріально-менструального циклу
В. Міома матки
С. Маткова вагітність
D. Міхурний занесок
Е. Хоріонепітеліома
4. Жінка 32 років, 39 тижнів вагітності, другі пологи. Пологова діяльність триває 3 години. Які з перелічених критеріїв найбільш точно визначають початок активної фази I періоду пологів?
А. Розкриття шийки матки 3 см та більше
В. Згладження шийки матки більше 90%
С. Тривалість скорочень матки більше 30 секунд
D. Передлежача частина у нижній частині малого таза

Е. Розрив навколоплідного міхура

5. На прийом до гінеколога звернулася жінка, яка страждає неплідністю, скарги на затримку менструації. Який тест на вагітність буде самим інформативним в ранніх термінах?

А. Дослідження феритину

В. Імунний тест гальмування гемаглютинації

С. Дослідження хоріонічного гонадотропіну в крові

Д. Дослідження концентрації естрогенів в крові

Е. Дослідження концентрації прогестерону в крові

Вірні відповіді: 1 – Е; 2 – А; 3 – С, 4 – А; 5 – С

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Алгоритм ведення фізіологічної вагітності

1. Своєчасне взяття вагітних на облік (перший візит до ЖК до 12 тиж.).

Перший візит передбачає:

- збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання; акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини);

- загальний огляд: пальпація щитоподібної залози; аускультация серця і легенів; огляд і пальпація молочних залоз; пальпація лімфатичних вузлів; вимірювання артеріального тиску, пульсу (частота, ритмічність), температури тіла; вимірювання зросту, маси тіла і розрахунок ІМТ; вимірювання розмірів таза тощо;

- гінекологічний огляд: у дзеркала та бімануальне дослідження; мазок на цитологічне дослідження; мазок на флору;

- заповнення медичної документації: Індивідуальна карта вагітної і породіллі - форма №111/о та Обмінна карта - форма № 113/о (заносяться всі дані фізикального, лабораторного та інструментального обстежень із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування);

- консультація суміжних спеціалістів (стоматолог, терапевт та інші);

- електрокардіограма.

2. Під час кожного візиту: вимірювання АТ, пульсу, температури тіла, висоти стояння дна матки із занесенням даних до гравідограми; загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка; вимірювання маси тіла; аускультация ЧСС плода (усім вагітним з 20 тижня вагітності); огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен.

3. Проведення ультразвукової діагностики: I - від 11 тижнів +1 день до 13 тижнів + 6 днів вагітності; II - 18-21 тиждень; III - визначається індивідуально, за необхідності в 32-37 тиж.;

4. Біохімічний скринінг: I триместр - від 11 тиж.+1 день – 13 тижнів+6 днів вагітності (РАРР-А, вільний β -ХГ); II триместр - 16-20 тижнів (АФП + вільний β -ХГ (double-test) або АФП + вільний β -ХГ + вільний естріол (triple-test)) з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода (при інформованій згоді).

5. Лабораторні обстеження:

- визначення групи крові та резус-належності (при постановці на облік);

- загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів і гематокриту (при постановці на облік, у 29 тижнів вагітності, за показаннями);

- загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білка (при постановці на облік і при кожному відвідуванні);

- бакпосів сечі для виявлення безсимптомної бактеріурії (при постановці на облік);

- коагулограма, глюкоза крові, печінкові проби тощо (при постановці на облік, у 29 тижнів вагітності, за показаннями);

- аналіз крові на наявність антитіл при Rh-негативній належності крові (при постановці на облік та в терміні 28 тижнів);

- серологічне обстеження на сифіліс (при постановці на облік; 29 тижнів вагітності);

- тест на наявність HbsAg (при постановці на облік);

- двогодинний тест толерантності до глюкози (24-28 тижнів);
 - тест на ВІЛ-інфекцію (при постановці на облік та в 22-23 тижні вагітності);
 - мазок на цитологічне дослідження, на флору(при постановці на облік);
 - бакпосів із зіву, носу на стафілокок (при постановці на облік).
6. Оптимальна кількість візитів до фахівця за період спостереження становить у середньому 7-9 разів. Якщо вагітна спостерігається лікарем сімейної медицини або фельдшером/акушеркою її необхідно скерувати на консультацію до лікаря акушера-гінеколога в терміні 19-21 та 30 тижнів.
 7. Навчання вагітних раціональному режиму дня, харчування; консультування з питань підготовки до пологів та ознак початку пологів.
 8. Мінерально-вітамінні комплекси з оптимальним вмістом основних інгредієнтів упродовж всієї вагітності (фолієва кислота, залізо, вітамін Д, йод). Рекомендовано щоденний прийом фолієвої кислоти 400 мкг та препаратів заліза 30 – 60 мг (Рекомендації ВООЗ, 2017 р.). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг фолієвої кислоти.
 9. У 28-34 тижні призначається введення анти-резус імуноглобуліну всім вагітним з негативним резус-фактором при відсутності у них антитіл, у яких чоловік має позитивний резус фактор (в/м 1 доза (300 мкг)).
 10. У 30 тиж. надається вагітним допологова декретна відпустка. Тривалість допологової декретної відпустки становить 70 днів.
 11. Ускладнення під час вагітності, при яких вагітна має звернутися за допомогою: кровотеча з піхви; зміна характеру рухів плода; сильний головний біль; затьмарений зір; лихоманка та озноб; біль при сечовиділенні; постійні скорочення матки; раптові набряки; нудота, блювання, пронос; підтікання або вилиття навколоплідних вод.
 12. Показання до негайної госпіталізації: кров'янисті виділення зі статевих шляхів; вилиття навколоплідних вод; підвищення температури тіла вище 38⁰С; діастолічний АТ > 110 мм рт.ст.; головний біль; порушення зору; біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї; ознаки печінкової недостатності; олігурія (<25 мл./год.); тромбоцитопенія (<100x10⁹/л); будь-які стани що супроводжуються порушенням життєво важливих функцій.

Категорії ризику застосування препаратів під час вагітності:

- Категорія А – контрольовані дослідження у вагітних не продемонстрували ризику для плода.
- Категорія В – дослідження на тваринах не виявили ризику, але немає даних, отриманих в ході контрольованих досліджень у вагітних жінок.
- Категорія С – для цих препаратів у дослідженнях на тваринах виявлений ризик для плода (тератогенний, ембріотоксичний чи інший ефект). Ліки слід призначати тільки в тому випадку, коли необхідність їх виправдовує потенційний ризик для плода.
- Категорія D – є доведений ризик несприятливого впливу препарату на плід, однак очікуваний ефект дозволяє його застосовувати.
- Категорія Х – дослідження на людині або тваринах продемонстрували несприятливий вплив на плід, який перевищує можливу користь. Препарати цієї категорії протипоказані при вагітності.

Сучасні методи діагностики стану плода

1. Аускультация серцевої діяльності (з 20 тижнів вагітності) – визначення частоти серцевих скорочень плода за одну хвилину: 110-170 уд./хв. – нормальна частота серцевих скорочень (частота серцевих скорочень більше ніж 170 уд./хв. та менше ніж 110 уд./хв. свідчить про дистрес плода).
2. Кардіотокографія (КТГ) - це реєстрація серцевих скорочень плода і скорочувальної діяльності матки.

Структура кардіотокограми наступна:

Базальна частота серцевих скорочень (БЧСС) плода - середнє значення ЧСС плода без урахування акцелерацій та децелерацій. БЧСС рахують з інтервалами 10 хвилин. Нормальна БЧСС - це частота від 110 до 170 уд./хв.

Акцелерації - це тимчасові зміни БЧСС, які характеризуються збільшенням БЧСС протягом більше як 15 сек. (слабкі зміни ЧСС - 15-30 уд./хв., середні - 30-60 уд./хв., значні - понад 60 уд./хв.).

Децелерації - це тимчасові зміни БЧСС, які характеризуються зменшенням БЧСС. Спонтанні децелерації - короткочасні децелерації, тривають не більше 30 секунд, амплітуда 20-30 уд./хв. від базального рівня.

Нестресовий тест - оцінюється реакція серцево-судинної діяльності плода у відповідь на його рух. У нормі кожний рух плода супроводжується прискоренням його серцебиття на 15 – 20 ударів (акцелерація).

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

Показання до проведення БПП: ареакивний нестресовий тест у разі запису КТГ; синдром затримки розвитку плода; хронічна фетоплацентарна недостатність; високий та вкрай високий ступінь ризику у вагітної за наявності акушерської та екстрагенітальної патології за шкалою А.Сoorland.

4. Ультразвукове дослідження (УЗД):

- скринінгове УЗД: I - від 11 тиж.+1 день до 13 тиж.+6 днів вагітності; II - 18-21 тиж.; III - визначається індивідуально, за необхідності в 32-37 тиж.;

- плацентографія - розміщення плаценти, товщина, структура, наявність патологічних змін.

5. Доплерометрія дозволяє вивчати кровотік і стан прохідності кровоносних судин. Доплерометрія швидкості кровотоку в артерії пуповини - відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці.

Також досліджують кровотік у маткових артеріях, аорті, внутрішній сонній артерії плода.

6. Дослідження біохімічного профілю плода – визначення рівня гормонів та білків вагітності, зокрема прогестерону, естріолу, плацентарного лактогену, L-фетопротейну (АФП).

Прогестеронова недостатність на ранніх термінах вагітності ускладнюється загрозою переривання вагітності, у подальшому впливає на розвиток плацентарної недостатності.

Естріол - у нормі концентрація гормону збільшується з прогресуванням вагітності.

Плацентарний лактоген - продукція гормону збільшується зі збільшенням терміну вагітності, що відображає збільшення маси плаценти. У нормі в ранні терміни 3 ммоль/л, наприкінці вагітності – 300 - 320 ммоль/л. Клінічне значення має різке зниження концентрації гормону - прогностична загроза для плода.

АФП - глікопротеїн, синтезується в жовточному мішку та печінці плода і є специфічним для плода. Визначення даного білка важливе для діагностики вад плода (spina bifida, аномалії розвитку нирок, атрезія ШКТ).

7. НІПТ (неінвазивний пренатальний тест) - дозволяє визначити найбільш часті хромосомні захворювання з 10 тижнів вагітності. При виконанні дослідження аналізується вільна фетальна ДНК з материнської плазми. Якщо результат скринінгу вказує на високий ризик наявності хромосомної патології плода, то рекомендується інвазивна діагностика.

8. Інвазивні методи дослідження (амніоскопія, амніоцентез, кордоцентез, фетоскопія, біопсія хоріона і плаценти).

Амніоскопія - трансцервікальний огляд нижнього полюса плідного міхура. Показання: дистрес плода; переносування вагітності; внутрішньоутробний розвиток гемолітичної хвороби плода. Протипоказання: запальний процес у піхві та шийці матки; передлежання плаценти.

Амніоцентез - отримують навколоплідну рідину для дослідження (біохімічного, ендокринологічного, імунологічного, цитологічного, генетичного). Залежно від місця пункції розрізняють трансвагінальний і трансабдомінальний (після 16 тижнів вагітності) амніоцентез. Вагітним з негативним Rh-фактором після маніпуляції вводять анти-Д імуноглобулін.

Показання: діагностика синдрому Дауна; мати є носієм гемофілії, яку вона може передати тільки синам (можна визначити стать дитини, але не факт успадкування гена гемофілії); обоє батьків страждають хворобою Тей-Сакса або серпоподібноклітинною анемією; визначення ступеня розвитку легень дитини, оскільки вони починають самостійно функціонувати останніми; один з батьків має хорею Гентінгтона. Можливі ускладнення: пошкодження органів матері або плода, плаценти, пуповини; передчасне вилиття навколоплідних вод; індукція пологової діяльності.

Біопсія хоріона. Трансвагінальна біопсія хоріона проводиться між 8 і 12 тижнями вагітності, а трансабдомінальна – між 9 та 11 тижнями. Показання: такі як до амніоцентезу та для виявлення більшості видів муковісцидозу, але не використовується для визначення ступеня зрілості легень плода.

Кордоцентез – пункція судин пуповини плода під контролем ультразвукового сканування. Показання: діагностика спадкових захворювань, захворювань крові; обмінні порушення; гемолітична хвороба плода.

Фетоскопія – ендоскопічний метод огляду плода в матці, дозволяє виявити структурні аномалії, не діагностовані при ехографії, а також здійснювати візуальний контроль при біопсії тканин плода. Оптимальний термін для проведення – 15-18 тижнів вагітності, оскільки в цей період плід має малі розміри, а навколоплідні води прозорі.

Алгоритм проведення зовнішнього акушерського дослідження за допомогою прийомів Леопольда-Левицького

1. Пацієнтка має лягти на кушетку на спину, ноги випрямлені, оголити живіт. Лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї.
2. Долоні обох рук кладуть горизонтально в ділянці дна матки, щільно охоплюючи її (пальці при цьому зближенні). Обережно натискають на дно. Визначають: рівень стояння дна матки і частину плода, розташовану в дні (перший прийом).
3. Обидві руки розміщують на бокових поверхнях матки на рівні пупка. Почергово правою і лівою рукою проводять пальпацію частин плода та визначають з одного боку щільну, гладеньку, широку частину - спинку плода, з протилежного - дрібні частини (ручки, ніжки). Визначають: положення, позицію, вид, тонус матки, рухи плода (другий прийом).
4. Правою рукою охоплюють передлеглу частину плода (великий палець з одного боку і чотири - з протилежного боку нижнього сегмента матки): голівка пальпується у вигляді щільного кулеподібного утвору з чіткими контурами, легко переміщується ("балотує"), якщо ще не вставилася в малий таз; при тазовому передлежанні визначається об'ємна частина м'якуватої консистенції, не здатна до балотування; при поперечному і косому положенні плода передлегла частина не пальпується (третій прийом).
5. Лікар стає праворуч від вагітної обличчям до її ніг, долоні обох рук кладе на бокові поверхні нижнього сегменту матки і обережно кінчиками пальців намагається проникнути між передлеглою частиною і боковими відділами входу в малий таз. Якщо пальці рук підводяться під голівку, то вона знаходиться над входом у малий таз; якщо не вдається - голівка фіксована у вході в малий таз. Застосовується для визначення відношення передлеглої частини до площин малого таза (четвертий прийом).

Алгоритм вислуховування серцебиття плода

1. Пацієнтка має лягти на кушетку на спину, ноги випрямлені, оголити живіт.
2. Серцеві тони вислуховують акушерським стетоскопом, починаючи з другої половини вагітності, у вигляді ритмічних, ясних ударів, і визначають частоту.

3. Акушерський стетоскоп більш широкою воронкою прикладається до оголеного живота вагітної (під час проведення вислуховування серцебиття плода. Ваші руки не повинні торкатися живота вагітної і стетоскопа).
4. Щоб провести диференціацію з пульсацією аорти матері, необхідно, вислухуючи серцебиття плода, одночасно підраховувати пульс матері.
5. Перед початком вислуховування серцебиття плода необхідно визначити висоту стояння дна матки, положення, позицію, вид, передлежання плода (прийоми Леопольда-Левицького).
6. При головному передлежанні серцебиття плода найкраще прослуховується нижче пупка, тазовому - на рівні або дещо вище пупка, при першій позиції серцебиття вислуховують зліва, при другій - справа від серединної лінії живота, при передньому виді серцебиття вислуховують ближче до серединної лінії живота, при задньому - ближче до латеральних відділів живота).

Діагностика та підтвердження пологів

Поява після 37 тижня вагітності переймоподібного болю внизу живота та крижах з слизово-кров'янистими або водянистими (у разі відходження навколоплідних вод) виділеннями із піхви.

Наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд.

Зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне її укорочення та згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметру просвіту шийки матки (вимірюється в сантиметрах).

Поступове опускання голівки плода до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно *lin. interspinalis* (при внутрішньому дослідженні).

Визначення періоду та фази пологів

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

Спостереження та допомога роділлі під час I періоду пологів

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться лікарем акушер-гінекологом до партограми.

Оцінка стану плода

Серцебиття плода під час пологів реєструють шляхом: періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора; або за показаннями - шляхом електронного фетального моніторингу.

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії слід дотримуватися наступної методики: роділля знаходиться у положенні на боці; аускультатія починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми; аускультатія триває щонайменше 60 секунд.

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

В нормі ЧСС плода знаходиться в межах 110-170 ударів за хвилину.

У разі зміни частоти серцевих скорочень плода, що виходять за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультатію після закінчення найбільш інтенсивної фази наступної перейми, дотримуючись вище описаної методики.

Перехід від періодичної аускультатії до електронного фетального моніторингу (КТГ) показаний у наступних випадках: ЧСС плода зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки; базальна частота серцевих скорочень плода менше 110 чи більше 170 ударів за хвилину; під час періодичної аускультатії виявляються будь які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки; розпочато пологопідсилення окситоцином; вилились навколоплідні води, забарвлені меконієм.

Рутинне застосування КТГ всім роділлям не доцільне через високий відсоток хибнопозитивних результатів та збільшення частоти втручань, в тому числі і оперативних пологів. Якщо жінка з низьким ризиком ускладнень вимагає проведення кардіотокографії як частини первинної оцінки: обговорити з нею ризики, переваги та обмеження КТГ.

Передчасний розрив оболонок в термін пологів

Для уточнення розриву оболонок необхідно зібрати анамнез та уточнити факт відходження вод. Проведення огляду в дзеркалах, щоб остаточно визначитися з цілісністю оболонок. Уникайте вагінального дослідження за відсутності перейм. Якщо у жінок з передчасним розривом оболонок не розпочалися спонтанні пологи протягом 24-х годин слід обговорити питання щодо індукції пологової діяльності. Обов'язковим є контроль рухів плода та частоти серцевих скорочень. Якщо відбувся розрив плідного міхура (спонтанний або штучний), звертається увага на колір та кількість навколоплідних вод.

Оцінка загального стану роділлі

Вимірювання температури тіла кожні 4 години. Визначення параметрів пульсу кожні 2 години. Вимірювання артеріального тиску - кожні 2 години. Визначення кількості сечі визначають кожні 4 години.

Оцінка прогресування пологів

З метою оцінки прогресування пологів визначають швидкість розкриття шийки матки, частоту та тривалість перейм, а також наявність просування голівки плода у порожнину таза.

Розкриття шийки матки

Швидкість розкриття шийки матки оцінюється шляхом внутрішнього акушерського дослідження, яке проводять кожні 4 години. Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності показань: спонтанний розрив плідних оболонок; патологічна частота серцебиття плода (менше 110 або більше 170 ударів за хвилину); випадіння пуповини; у разі підозри на неправильне передлежання/вставлення голівки плода; затримки прогресу пологів; кровотечі (огляд в умовах операційної).

Якщо після додаткового внутрішнього акушерського дослідження прийнято рішення продовжувати консервативне ведення пологів, наступне акушерське дослідження проводять через 4 години від останнього. Результати оцінки розкриття шийки матки заносяться до партограми.

Розкриття шийки матки у латентній фазі

Латентна фаза триває до 8 годин. Нормальне прогресування пологів у латентній фазі першого періоду характеризується поступовим згладжуванням та розкриттям шийки матки зі швидкістю, яка забезпечує перехід у активну фазу у будь-який час протягом 8 годин спостереження.

Розкриття шийки матки 3 та >см свідчить про перехід в активну фазу I періоду пологів.

Якщо протягом 8 годин спостереження періодичні скорочення матки зникають або значно уповільнюються, слід зробити висновок щодо хибних пологів. У разі спонтанного припинення маткових скорочень немає необхідності у проведенні вагінального дослідження, якщо інші показання до його проведення відсутні.

Якщо через 8 годин спостереження періодичні скорочення матки тривають, а розкриття шийки матки залишається менше 3 см, слід оцінити наявність структурних змін шийки матки.

Якщо структурні зміни шийки матки відсутні слід зробити висновок на користь удаваних перейм.

Якщо відбуваються структурні зміни шийки матки (розм'якшення, згладження, розкриття) слід оцінити ступень зрілості шийки матки за шкалою Бішопа.

Якщо шийка матки «зріла» (6 або більше балів) робиться висновок на користь уповільненої латентної фази першого періоду пологів.

Якщо шийка матки «незріла» (5 або менше балів) тактика ведення має відповідати веденню удаваних перейм.

Розкриття шийки матки в активній фазі

Нормальне прогресування пологів в активній фазі першого періоду характеризується розкриттям шийки матки зі швидкістю щонайменше 1 см/год. Якщо швидкість розкриття шийки матки становить менш, ніж 1 см/год (графік розкриття шийки матки знаходиться справа від Лінії уваги на партограмі), це вказує на «пролонговану активну фазу», яка може бути пов'язана зі слабкістю пологової діяльності. Швидкість розкриття шийки матки менш, ніж 1 см/год за наявності цілого плідного міхура є абсолютним показанням до проведення амніотомії.

Рутинне проведення ранньої амніотомії (до 5 см розкриття шийки матки) у разі нормального перебігу пологів не рекомендується.

Частота та тривалість перейм

Оцінка частоти та тривалості перейм проводиться щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі. Підраховують кількість перейм за 10 хвилин. Отримані дані заносять до партограми. Наявність 2-х перейм за 10 хвилин в латентній фазі вважають адекватною пологовою діяльністю, в активній фазі - 3-5 перейм протягом 10 хвилин, кожна з яких триває 40 секунд або більше.

Просування голівки плода

Просування голівки плода визначають шляхом зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження. Результати заносять до партограми. Просування голівки плода може не спостерігатись, поки шийка матки не розкриється приблизно на 7-8 см.

Спостереження та допомога роділлі у II періоді пологів

Оцінка стану плода

Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультатії кожні 5 хвилин у ранню фазу другого періоду, та після кожної потуги у активну фазу.

Оцінка загального стану роділлі

Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу – кожні 15 хвилин.

Оцінка прогресування пологів

Оцінюють просування голівки по родовому каналу та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів.

Рання фаза другого періоду пологів

Рання фаза другого періоду пологів починається від повного розкриття шийки матки та триває до появи спонтанних активних потуг (або до опускання голівки на тазове дно).

В ранню фазу слід забезпечити рухливість роділлі, а саме: заохотити її до активної поведінки та вільного ходіння. Вертикальне положення жінки та можливість вільно рухатись сприяють збереженню активної пологової діяльності та просуванню голівки плода. В ранній фазі не слід примушувати роділлю тужитись, через те, що це призводить до втоми роділлі, порушення процесу внутрішнього повороту голівки плода, травмування пологових шляхів і голівки, порушення стану плода та зайвим медичним втручанням.

Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів

Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів починається з моменту опущення голівки на тазове дно та наявності спонтанних активних потуг. Слід надавати перевагу техніці «не регульованих фізіологічних потуг», коли жінка самостійно робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання. Допустима тривалість другого періоду пологів: у жінки, яка народжує вперше, до 2-х години; у жінки, яка народжує повторно, до 1 години. Метод Кристелера є забороненим для використання в акушерській практиці через високий травматизм матері та плода.

Положення жінки для народження дитини

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

Застосування епізіотомії не проводять під час фізіологічних пологів. Показання до епізіотомії: ускладнені вагінальні пологи (при тазовому передлежанні, дисточія плечиків, при накладенні акушерських щипців, вакуум-екстракції); дистрес плода; рубцеві зміни промежини, що є суттєвою перепорою для народження дитини. Епізіотомію та епізіорафію проводять під знеболюванням.

Після народження голівки необхідно дати можливість плечикам розвернутись самостійно, при цьому перевірити чи немає обвивання пуповини навкруг ший. В разі тугого обвиття, пуповину необхідно перетнути між 2-х затисків, при не тугому – послабити натягнення пуповини та дочекатися наступної потуги. **Не квапитись!**

У разі задовільного стану плода не слід намагатися народити плечики протягом тієї ж потуги, під час якої народилась голівка. Плечики можуть бути народжені під час наступної потуги.

Відразу після народження акушерка здійснює обсушування голови і тіла дитини попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, викладає дитину на живіт матері, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

Одночасно лікар-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог, здійснює первинну оцінку стану новонародженого.

Спостереження та допомога роділлі у III періоді пологів

1. Активне ведення третього періоду пологів

Застосування методики активного ведення третього періоду пологів дозволяє знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.

Активне ведення третього періоду пологів слід запропонувати кожній жінці під час вагінальних пологів.

Роділля повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати добровільну письмову згоду на його проведення.

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають: введення утеротоніків; народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку; масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Відсутність одного з компонентів – виключає активне ведення III періоду пологів

Введення утеротоніків

Крок 1: протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, за його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти препарату.

Крок 1:

протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, за його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти препарату.

У разі відсутності утеротоніків не слід використовувати методик у активного ведення третього періоду пологів. У цьому випадку слід застосовувати очікувальну тактику ведення третього періоду пологів.

Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину

Крок 2:

перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці.

Крок 3:

покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона; тримати пуповину у стані легкого натягнення та дочекатись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину).

Не тягніть за пуповину до початку скорочення матки, просто утримуйте пуповину в стані легкого натягнення.

Крок 4:

одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (**тракція**) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти; під час тракції продовжувати проводити другою рукою **контртракцію** у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона); якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натягнення, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку; одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію.

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

Крок 5:

після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, щоб скрутити оболонки, повільно підтягують плаценту вниз; у разі обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичках та видаляють їх залишки; уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо частина материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами необхідно застосувати відповідні для цього заходи; за відсутності народження плаценти протягом 30 хвилин після народження плода під адекватним знеболенням проводять ручне відділення плаценти і виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі – ручне відділення плаценти та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

Масаж матки Крок 6:

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 годин, щоб упевнитись в тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.

2. Очікувальне ведення третього періоду пологів

Після закінчення пульсації пуповини, акушерка перетискає та перетинає пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'яних виділень. При появі ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова), жінці пропонують «натужитись», що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відділення плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду.

Огляд нижніх відділів пологових шляхів обережно проводять після пологів за допомогою тампонів. Показанням до огляду за допомогою вагінальних дзеркал є наявність кровотечі, оперативних вагінальних пологів, стрімких пологів або пологів поза закладом охорони здоров'я.

Післяпологовий догляд

Післяпологовий період – починається відразу після закінчення пологів і триває до 42 діб. Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній.

Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 2 години. В цей період породіллі знаходиться у пологовому відділенні, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем після великого навантаження під час вагітності та пологів.

Пізній післяпологовий період настає через 2 години після пологів і триває до 42 діб. Під час цього періоду відбувається зворотний розвиток всіх органів та систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

Основні принципи післяпологового догляду

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:

Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них.

Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки: протягом перших двох годин - кожні 15 хвилин; протягом третьої години - кожні 30 хвилин; протягом наступних трьох годин - кожні 60 хвилин; протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні – один раз на добу.

Виконання вправ післяпологової гімнастики

2. Підтримка раннього грудного вигодовування:

Контакт «шкіра до шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодовуванні, яка буде найбільш комфортною, як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодовуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття.

Захищає новонародженого від інфекцій.

3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі:

Надання матері точної та вичерпної інформації протягом всього післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого, придбані навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищать відчуття впевненості в собі, а також нададуть можливість своєчасно звернутись за допомогою в разі необхідності.

Проведення консультиування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.

Виписка породіллі зі стаціонару

Виписка породіллі зі стаціонару проводиться після оцінки стану матері: відсутність скарг; стабільні показники гемодинаміки; відсутність кровотечі; відсутність ознак інфікування. Коли мати навчена догляду та нагляду за дитиною. Коли мати проконсультована з питань

вигодування новонародженого, післяпологової контрацепції та основних загрозливих симптомів післяпологового періоду. При відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породілля з новонародженим виписується через повні 2 доби.

Загрозливі симптоми в післяпологовому періоді:

Загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді	Загрозливі стани дитини, при яких потрібна допомога
вагінальна кровотеча (використання 2-3 прокладок за 30 хв.); підвищення температури тіла; утруднення дихання; біль у животі; біль молочних залоз та сосків; біль у промежині; нетримання сечі, біль / утруднення при сечовиділенні; гнійні / з неприємним запахом виділення з піхви.	дитина погано смокче груди; дитина млява або збудлива; у дитини виникли судоми; у дитини порушення дихання; дитини гіпертермія, або гіпотермія; визначається набряк, гіперемія або нагноювання пупкової ранки; у дитини блювання або діарея.

Методи контрацепції в післяпологовому періоді

1. Метод лактаційної аменореї – базується на фізіологічному ефекті, який полягає у пригніченні овуляції завдяки смоктанню дитиною грудей матері. Метод рекомендується розпочати одразу після пологів та застосовувати до 6 місяців при дотриманні таких умов: відсутність менструації; жінка годує виключно грудьми; інтервал між годуванням не більше 4 год вдень та 6 год вночі. Якщо не виконується хоча б одна з вимог, жінка має вибрати інший метод контрацепції.
2. Прогестагенові контрацептиви (система з левоноргестрелом, ін'єкції, таблетки, імпланти) рекомендовано: жінкам, які годують груддю через 6 тижнів після пологів (в перші 6 тижнів несприятливо впливають на нормальний ріст дитини); жінкам, які не годують груддю, можна застосовувати негайно.
3. Внутрішньоматкові контрацептиви: постплацентарно або протягом 48 годин після пологів чи операції кесарів розтин, які відбулися без ускладнень або відкласти до 4-6 тижнів після пологів.
4. Бар'єрні методи - не впливають на якість та кількість грудного молока та здоров'я дитини. Презервативи застосовуються з часу відновлення сексуальної активності; сперміциди - в будь-який час після пологів, вирішують проблему вагінальної сухості; шийкові ковпачки та діафрагми - через 6 тижнів після пологів, коли відбудеться повна інволюція матки.
5. Добровільна хірургічна стерилізація - застосовується під час операції кесаревого розтину або впродовж перших 7 днів після пологів, або після 6 тижнів після пологів. У післяпологовому періоді проводиться за допомогою міні-лапаротомії або лапароскопії. Ідеальним вважається час, коли жінка повністю одужала після пологів і здоров'я дитини не викликає сумнівів. Метод не впливає на якість і кількість грудного молока та здоров'я дитини, гормональне здоров'я матері. Цей метод є незворотнім. Також існує добровільна хірургічна стерилізація чоловіків. Цей метод є дуже високоефективним і не впливає на статеву функцію чоловіків.
6. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК): не рекомендовано для жінок, які годують; якщо жінка не годує груддю, КОК можна використовувати через 3 тижні після пологів.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Пацієнтка надійшла до пологового будинку з вагітністю 38 тиж. через 5 годин після

початку регулярних переймів. Вагітність друга, перші пологи два роки тому перебігали нормально. Температура тіла - 36,8 °С, АТ - 120/180 мм рт. ст. Серцебиття плода 162 уд./хв., вислуховується справа нижче пупка, ближче до серединної лінії живота. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки довжиною 0,5 см., розкриття шийки матки на 2 см. Плодовий міхур цілий. Голівка плода притиснута до входу в малий таз.

Встановіть акушерський діагноз.

Відповідь: Вагітність II, 38 тиж., поздовжнє положення, головне передлежання, друга позиція, передній вид. Пологи другі, термінові, перший період пологів, латентна фаза.

Клінічна ситуація 2

Першовагітна 23 роки, термін гестації 39-40 тиж. Скаржиться на перейми, що розпочалися 7 години тому, тривають по 30-35 сек., повторюються кожні 2-2,5 хвилини. Загальний стан роділлі задовільний. Температура тіла - 36,7°C; АТ - 120/80 мм рт. ст., ЧСС - 140 уд./хв. Положення плода поздовжнє, спинка повернута вперед та до лівої стінки матки. При абдомінальній пальпації голівка плода розташована на 4 пальці вище симфізу (4/5). Серцебиття плода ясне, ритмічне, 156 уд./хв. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, розкриття шийки матки 5 см. Плодовий міхур цілий, голівка плода малим сегментом в площині входу в малий таз.

Встановіть акушерський діагноз.

Відповідь: Вагітність I, 39-40 тиж., поздовжнє положення, головне передлежання, перша позиція, передній вид. Пологи перші, термінові, перший період пологів, активна фаза.

ТЕМА 31

«Ранні гестози. Гіпертензивні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія»

Мета: Ознайомитись із показниками частоти ранніх та гіпертензивних розладів під час вагітності, ускладнень вагітності та пологів, перинатальних втрат, пов'язаних з цією патологією. Сформувати чітке уявлення про послідовність дій з надання допомоги при невідкладних станах. Сформувати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до розвитку ранніх гестозів та прееклампсії/еклампсії, їх ускладнень під час вагітності і в післяпологовому періоді. Викликати у здобувачів вищої освіти відчуття відповідальності, яку повинен мати лікар загальної практики по відношенню до вагітних з групи ризику по виникненню даної патології.

Основні поняття:

- Ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування.
- Гіпертензивні розлади під час вагітності.
- Прееклампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування, тактика, профілактика.
- Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога, тактика ведення.
- Рідкісні форми гестозів.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржиться на головний біль, порушення зору, загальмованість. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в порожнині малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?

- A. *Операція накладання акушерських щипців
- B. Динамічне спостереження за вагітною та плодом
- C. Плороруйнівна операція
- D. Консервативне проведення пологів з епізіотомією
- E. Стимуляція пологової діяльності

2. Першовагітна 23-х років з терміном 37-38 тижнів. Стан важкий. Вдома відбувся напад еклампсії. Об'єктивно: АТ-180/100 мм рт.ст., Ps-98/хв, генералізовані набряки, без свідомості. Визначити тактику ведення вагітної:

- A. *Термінове розродження шляхом кесарева розтину на тлі інтенсивної терапії та стабілізації стану
- B. Пролонгація вагітності на тлі інтенсивної терапії
- C. Інтенсивна терапія протягом 2-3-х днів з наступним пологорозрішенням
- D. Накладання акушерських щипців
- E. Рання амніотомія

3. Вагітна 3., термін вагітності 37-38 тижнів, доставлена машиною швидкої допомоги з нудотою, блюванням, миготінням "мушок" перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм.рт.ст., визначаються генералізовані набряки. Під час вагітності в жіночій консультації не спостерігалася. Встановити правильний діагноз.

- A. *Тяжка прееклампсія
- B. Еклампсія
- C. Відшарування сітківки ока

- D. Загроза крововиливу в мозок
- E. Помірна прееклампсія

4. Першовагітну госпіталізовано зі скаргами на головні болі. Жіночу консультацію не відвідувала. Встановлено термін вагітності 35 - 36 тижнів. АТ - 180/120 мм рт.ст. праворуч, 140/90 мм рт.ст. ліворуч, набряки нижніх і верхніх кінцівок. У сечі: білок 3,97 г/л, гіалінові та зернисті циліндри. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. *Тяжка прееклампсія
- B. HELLP-синдром
- C. Помірна прееклампсія
- D. Гестаційна гіпертензія
- E. Хронічна гіпертензія

5. Вагітна з терміном гестації 7 - 8 тижнів госпіталізована до пологового будинку у важкому стані зі скаргами на блювання до 20 разів на добу, слабкість, запаморочення, відразу до їжі. За вагітність маса зменшилася на 10 кг. Рс- 105/хв., ритмічний, АТ- 90/60 мм рт.ст., температура тіла 37,9°C. У крові: Нб - 154 г/л, у сечі ацетон (++++). Комплексна терапія, що проводиться, неефективна. Яка акушерська тактика?

- A. *Переривання вагітності
- B. Продовжити консервативну терапію гестозу
- C. Застосувати у лікуванні хворої плазмаферез
- D. Перевести хвору у гастроентерологічне відділення
- E. Продовжити лікування протягом 1 тижня, потім вирішити питання про можливість пролонгування вагітності

6. Першовагітна поступила до пологового будинку зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, сонливість, набряки на ногах. АТ - 180/120 мм рт.ст. ОЖ-90 см, ВДМ - 38 см, положення плода повздовжнє, головне передлежання, серцебиття плоду - 130 уд/хв, ритмічне. В сечі білок 3,3 г/л. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. *Тяжка прееклампсія
- B. Помірна прееклампсія
- C. Еклампсія
- D. Гіпертонічний криз
- E. Набряки вагітних

7. Жінка 28-ми років пред'являє скарги на нудоту, блювання до 10 разів впродовж доби. Відзначає зниження маси тіла, сухість шкіри. Серцебиття до 100/хв. Температура тіла 37,2°C. Олігурія. Після проведення ультразвукового дослідження була виявлена вагітність у терміні 5-6 тижнів. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. *Блювання вагітних середнього ступеня
- B. Блювання вагітних легкого ступеня
- C. Надмірне блювання вагітних
- D. Гострий панкреатит
- E. Харчове отруєння

8. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржиться на головний біль, порушення зору, сплутаність свідомості. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в площині виходу малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?

- A. *Операція накладання акушерських щипців
- B. Кесарів розтин

- C. Плороруйнівна операція
- D. Консервативне проведення пологів з епізіотомією
- E. Стимуляція пологової діяльності

9. 26-річна вагітна жінка доставлена до відділення невідкладної терапії на 36-му тижні вагітності зі скаргами на інтенсивний головний біль у лобній ділянці. При фізикальному обстеженні: артеріальний тиск - 170/90 мм рт.ст., пульс - 85/хв., частота дихання - 15/хв., температура - 36,9°C, набряки кінцівок. Серцебиття плоду - 159/хв. Під час огляду у жінки розвивається напад генералізованих тоніко-клонічних судом. Який препарат лікар має ввести першочергово?

- A. *Магнію сульфат
- B. Діазепам
- C. Фенітоїн
- D. Ламотриджин
- E. Натрію вальпроат

10. Вагітність 40 тижнів, АТ - 180/120 мм рт.ст. Пологова діяльність відсутня. Набряки нижніх кінцівок, одутлість обличчя, головний біль, порушення зору, вдома був напад судом. Розпочата терапія - без ефекту. Яка подальша тактика ведення вагітної?

- A. *Кесарів розтин
- B. Розпочати інфузійну терапію
- C. Розпочати седативну терапію
- D. Провести стимуляцію пологової діяльності
- E. Нагляд в умовах відділення інтенсивної терапії

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

№	Основні задачі	Вказівки	Відповіді здобувачів вищої освіти
1	2	3	4
1	Вивчити: Патогенез ранніх гестозів	Назвати основні ланки патогенезу	Гестоз є синдромом, хворобою адаптації, а не самостійним захворюванням і розвивається в результаті нездатності адаптаційних систем материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, який виникають внаслідок порушень нейро-вегетативно-імунно-ендокринно-обмінної регуляції, у відповідь на роздратування нервових закінчень матки імпульсами, що йдуть від плоду. Виникає перевага збуджувального процесу в стовбурових утвореннях мозку, зокрема блювотного і слюноотделительного центрів. Пригнічується активність ферментних систем і посилюються аназробние процеси в організмі. Накопичуються недоокислені метаболіти жирового і білкового обмінів (кетонові тіла), які виводяться із сечею, виникає кетонурия.
2	Патогенез пreekлампсії	Назвати основні ланки патогенезу	Це синдром поліорганної функціональної недостатності, патогенетично пов'язаний з вагітністю, що характеризується генералізованим судинним спазмом і перфузійним порушеннями в життєво важливих органах і плаценті. Незважаючи на те що патогенез захворювання не цілком ясний, існуюча в даний час теорія припускає 2 стадії процесу: на I стадії відбувається поверхнева інвазія трофобласта, що призводить до неадекватного

			ремоделированию спіральних артерій. Передбачається, що це є причиною II стадії, яка включає реакцію на дисфункцію ендотелію у матері і дисбаланс між ангіогенними і антиангіогенними факторами, що приводять до появи клінічних ознак захворювання. Таким чином, істотними компонентами в патогенезі розвитку прееклампсії є ішемія плаценти, яка виникає внаслідок порушення ендovasкулярної трофобласної інвазії і недостатньому remodelованні спіральних артерій матки
3	Етіологічні фактори розвитку прееклампсії	Назвати основні фактори	Найбільш дослідженими є: акушерські, материнські, чинники з боку батька і плода, екологічні фактори (соціодемографічні, забруднення навколишнього середовища, сезонні і кліматичні) Акушерські фактори: - у первісток ризик ймовірно збільшується від 3 до 11 разів. - Наявність ПЕ при першій вагітності За даними дослідження, частота рецидивів варіює від 11,5% до 65%. - Інтервал між вагітностями. Від 2-х до 8 років ризик знаходиться в діапазоні від 0,8% до 2% після першої вагітності без ПЕ і 13% і 16% після першої вагітності з ПЕ, більше 10 років - ризик еквівалентний первовагітній. - Багатоплідна вагітність, - ЕКЗ (частота варіює від 12% до 27%) Материнські фактори: Сімейний анамнез (від 24% до 63% при одноплідній вагітності). Генетичний фактор - виявлено кілька генів розвитку створення генетичного профілю ризику ПЕ (батьківській генетичний профіль). Супутні захворювання: - Цукровий діабет/надлишкова маса тіла у матері, особливо до вагітності, збільшує від 2 до 7 разів ризик розвитку ПЕ. На тлі метаболічного синдрому відзначається ранній розвиток ПЕ (22 - 24 тижні гестації), тривалий і важкий перебіг, який супроводжується високою перинатальною захворюваністю і смертністю. - Аутоімунні захворювання (від 13% до 36% в залежності від маркерів аутоімунних захворювань). - Патологія нирок - вагомий фактор ризику, до 80% вагітних вперше з прееклампсією страждають захворюваннями нирок, що підтверджено результатами біопсії. Ризик розвитку ПЕ становить від 5,3% до 8%, тоді як у жінок, які не хворіють ХХН, він становить 1.8%
4.	Тактика ведення вагітної при тяжкій прееклампсії	Назвати основні принципи ведення пацієнток при важкій прееклампсії	<i>Тактика ведення вагітності.</i> – Госпіталізувати. – При АТ <160/110 мм рт. ст. вести вагітну, як при гіпертензії – призначити фармакотерапію – АТ: кожні 15–30 хв, поки АТ не стане <160/110 мм рт. ст., потім принаймні 4 рази на добу, поки вагітна перебуває в стаціонарі залежно від клінічних обставин

		– Визначення протеїнурії: повторювати тільки за наявності клінічних показань, наприклад, якщо виникають нові симптоми й ознаки або існує невизначеність у діагностиці – загальний аналіз крові, функції печінки та нирок 3 рази на тиждень Фетальний мониторинг: – аускультация серця плода на кожному прийомі – УЗД плода при встановленні діагнозу та повторювати кожні 2 тиж за наявності клінічних показань – КТГ при встановленні діагнозу і тільки за наявності клінічних показань Показники для розгляду запланованих ранніх пологів: можуть включати (але не обмежуються ними) будь-які з наступних відомих ознак тяжкої прееклампсії: – неможливість контролювати АТ вагітної, всупереч використання 3 та більше груп антигіпертензивних препаратів; – пульсоксиметрія <90%; – поступове зниження функції печінки, нирок, гемолізу або кількості тромбоцитів; – поточна неврологічна симптоматика, така як сильний головний біль, що не піддається лікуванню, повторні зорові скотоми або еклампсія; – відшарування плаценти; – зворотний кінцевий діастолічний потік в доплерометрії пуповинної артерії, негативні показники КТГ, мертвонародження. До 34 тижнів – Продовжити спостереження, якщо немає показань до розродження. – В/в введення магнію сульфату та антенатальний курс кортикостероїдів (при необхідності) Від 34 до 36 тиж – Продовжити спостереження, якщо немає показань до розродження. – При розгляді можливого розродження враховувати стан жінки та дитини, фактори ризику (такі як супутні захворювання матері, багатоплідна вагітність) та наявність ліжок у відділенні новонароджених. – Антенатальний курс кортикостероїдів (при необхідності) 37 тижнів - провести розродження протягом 24–48 год
--	--	--

Фактори ризику виникнення ранніх гестозів.

- Вроджена або набута недостатність системи нейроендокринної регуляції адаптаційних реакцій (гіпоксія, інфекції, інтоксикації, порушення режиму в дитячому та підлітковому віці тощо).
 - Екстрагенітальні захворювання.
 - Порушення функції нервової системи, стресові ситуації.
 - Перенесені захворювання статевих органів, які можуть бути причиною змін в рецепторному апараті матки і виникнення патологічної імпульсації до ЦНС.
- **Блювання вагітних (emesis gravidarum)**

За ступенем тяжкості розрізняють блювання вагітних легке (до 5 разів на добу), помірне (від 5 до 10 разів) і надмірне або тяжке блювання вагітних (hyperemesis gravidarum) з порушенням обміну речовин (більше 10 разів на добу). У 50% вагітних в ранніх строках спостерігається "ранкова блювота", яка не має патологічного характеру і не потребує медикаментозної корекції.

При визначенні тяжкості захворювання визначають клінічні прояви : загальний стан вагітної, сухість шкіри, жовтяничність склер та шкіри, наявність або відсутність апетиту, саливації, нудоти, частоту блювоти та її інтенсивність, криву зниження маси тіла, ступінь зневоднення, пульс, артеріальний тиск, субфебрильну температуру, величину діурезу. Оцінка ступеню тяжкості блювання вагітних включає в себе і результати лабораторних досліджень: питому вагу сечі, наявність кетонурії, наявність ацетону в сечі, рівні білірубіну, креатиніну в крові.

Для діагностики та контролю ефективності лікування проводять наступні дослідження:

- контроль маси тіла;
- контроль діурезу;
- динаміка АТ;
- визначення гематокриту та гемоглобіну;
- дослідження сечі (питома вага, ацетон, кетонів тіла, білок);
- біохімічне дослідження крові (білірубін і його фракції, печінкові ферменти, креатинін);
- визначення рівня електролітів в крові (K, Na, Cl);
- визначення кислотно-лужного стану крові (КЛС).

Диференційна діагностика проводиться з:

- шлунково – кишковими захворюваннями: інфекційний гастроентерит; гастроезофагеальна рефлюксна хвороба; інфекція *Helicobacter pylori*; синдром подразненого кишечника; інфекційний гепатит; панкреатит; захворювання жовчних шляхів; виразкова хвороба; непрохідність кишечника; гастропарез; апендицит; перитоніт.
- захворювання сечостатевої системи: інфекція сечовивідних шляхів, включаючи пієлонефрит; нефролітиаз; перекрут яєчника.
- захворювання обміну речовин/токсичні ефекти: лікарські засоби, зокрема вітаміни для вагітних; діабетичний кетоацидоз; порфірія; хвороба Аддісона; гіперпаратиреоз; тиреотоксикоз; вживання канабіноїдів чи інших заборонених наркотиків та/або синдром абстиненції; неінфекційний гепатит; гіперкальціємія; розлади харчування.

Лікування. При легкому ступені блювоти нормалізація режиму вагітної жінки дозволяє уникнути госпіталізації в стаціонар. Починати, потрібно не з медикаментозної терапії, а з надання рекомендацій щодо зміни способу життя: часте і дробове вживання їжі, щоб уникнути надмірного спорожнення або заповнення шлунка, уникати вживання продуктів, які уповільнюють моторику шлунка (з великим вмістом білків або жирів) чи мають інтенсивний запах та/або смак. Хворим призначають легку їжу, яка добре засвоюється (сухарі, пюре, чай, какао, каву, нежирне м'ясо, рибу, яйця, вершкове масло та ін.). Приймати її слід лежачи, часто і малими порціями, бажано в охолодженому вигляді.

Існують певні докази на користь того, що дію на точку акупунктури Р6 також можна використовувати як терапію першої лінії. За умови неефективності консервативного підходу можна поетапно додавати інші методи лікування, такі як застосування вітаміну В₆ (піридоксину), безрецептурних антигістамінних препаратів (наприклад, доксиламіну), а також вживання натурального імбиру. Провідні світові експерти FDA та Національного інституту удосконалення клінічної практики Великої Британії (NICE) рекомендують ці активні речовини як засоби першої лінії терапії при нудоті на ранніх термінах вагітності.

При блюванні вагітних помірного та тяжкого ступенів показана госпіталізація і призначення медикаментозного лікування. До появи стійкої здатності утримувати їжу, лікарські засоби потрібно вводити тільки парентерально. Для впливу на центральну

нервову систему, як на основний патогенетичний чинник, з метою пригнічення збудливості блювотного центру призначають: етаперазин по 0,002 г, перорально, 3-4 рази на добу, 10-12 днів (якщо хвора утримує таблетки); торекан по 1,0 мл внутрішньом'язово, або 6,5 мг у вигляді драже або ректальних свічок 2 -3 рази на добу; дроперидол по 0,5 — 1,0 мл внутрішньом'язово 1—3 рази на день; церукал по 10 мг внутрішньом'язово або перорально. Лікарські засоби для лікування блювання вагітних:

- перша лінія – імбир, піридоксин;
- друга лінія – доксиламін, метоклопрамід;
- третя лінія – ондансетрон, преднізолон, метилпреднізолон, 0,9 % розчин натрію хлориду, 4 % розчин глюкози і 0,18 % натрію хлориду або 5% розчин глюкози, гіперосмолярні розчини електролітів, що містять 5 % ксилітолу або 5 чи 6 % сорбітолу.

Проте існують певні застереження щодо безпеки деяких протиблювотних засобів, зокрема прометазину, який підвищує ризик пригнічення дихання новонародженого перед або під час пологів, а також ондансетрону, застосування якого слід уникати в I триместрі вагітності через суперечливі дані про його тератогенну дію. З метою ліквідації гіпопротеїнемії і зневоднення доцільне внутрішньовенне крапельне введення білкових препаратів (плазми), розчину Рінгера-Локка. Взагалі всі інфузії проводять тільки за показаннями залежно від показників лабораторних досліджень. Кількість рідини визначається станом водного балансу.

Основні критерії ефективності – зменшення інтенсивності та припинення блювання, збільшення маси тіла, нормалізація показників аналізу сечі та крові. Неприятливими прогностичними симптомами є: жовтуватий відтінок шкіри; температура тіла $>38^{\circ}\text{C}$ за відсутності інфекції; стійка тахікардія (>120 уд./хв); виражена білірубінемія; галюцинації, стан коми. При сприятливому перебігу раннього гестозу його прояви знаकाють не пізніше 12 тижнів вагітності.

Ускладнення надмірного блювання вагітних: енцефалопатія Верніке (дефіцит вітаміну B1); інсульт; церебральний венозний тромбоз (ЦВТ); геморагічний діатез (дефіцит вітаміну K); гостре ураження нирок; розрив стравоходу; значний вплив на емоційне та психологічне благополуччя (депресія); дисфункція плаценти з підвищеним ризиком народження дитини з низькою масою тіла, передчасні пологи; прееклампсія; передчасне відшарування нормально розташованої плаценти; серцево-судинні ускладнення (шлуночкова аритмія; подовження інтервалу Q–T, шлуночкова тахікардія); торакальні ускладнення (пневмоторакс, пневмомедіастинум, розрив діафрагми та випадки венозного тромбоемболізму); системні ускладнення (гіпонатріємія, гіпокаліємія, гіпохлоремія, гіпофосфатемія та дегідратація).

➤ **Слиноотеча вагітних** (ptyalismus) спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом гестозу. Кількість слини при гіперсолівації може досягати 1,0 л за добу. Слиноотеча не спричиняє тяжких порушень в організмі, але пригнічує психіку хворих, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ. При слиноотечі проводять аналогічне лікування, як при блюванні. Іноді з метою зменшення секреції слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу. Доцільне полоскання порожнини рота настоєм шалфею, м'яти, ромашки, кори дуба та іншими засобами, що мають в'яжучі властивості. Переривання вагітності ця патологія не потребує.

Рідкісні форми гестозів

➤ **Дерматози вагітних** - група захворювань, що виникають у зв'язку з вагітністю і зникають після її переривання. Розповсюдженість складає 1 випадок на 200 вагітностей. Захворювання шкіри при вагітності залежать від функціонального дисбалансу між корою і підкіркою, підвищеної збудливості вегетативної нервової системи, що супроводжується порушеннями іннервації шкіри, метаболічними, гемомікроциркуляторними змінами в ній. Дерматози вагітних проявляються у вигляді свербіння шкіри, рідше у формі екземи, кропивниці, еритеми, папульозних висипів. Захворювання не впливає на стан плода.

Лікування дерматозів: харчування з обмеженням білків і жирів, препарати, що регулюють функцію

нервової системи і обмін речовин, антигістамінні засоби, рідко системні або місцеві кортикостероїди.

➤ **Пемфігоїд вагітних** – рідка, але важка патологія, що супроводжується передчасними пологами, затримкою розвитку плода, дистресом плода, підвищенням перинатальної смертності. Сверблячі висипи спочатку з'являються на шкірі живота біля пупка, потім розповсюджуються на кінцівки, досягаючи долоні та стопів. Спочатку це папули та бляшки, через 2 тижня вони трансформуються у везикули та щільні пухири. Діагноз ставиться на підставі виявлення комплементу в базальній мембрані епідермісу. Лікування: місцево 1% крем гідрокортизону, або системні кортикостероїди та антигістамінні засоби із седативним ефектом.

➤ **Холестатичний гепатоз вагітних** може виникати в різні терміни вагітності, але частіше зустрічається в III триместрі й виникає у 1 на 2000 вагітних. Патогенез цього захворювання достатньо не вивчений. Суттєве значення в його виникненні можуть мати такі фактори, як гальмуючий вплив прогестерону на жовчовидільну функцію холангіол, збільшення продукції холестерину, зниження тонуусу жовчовивідної системи, наростання в'язкості жовчі. Виникненню жовтяниці передують розповсюджене інтенсивне свербіння шкіри. Загальний стан хворої при холестатичному гепатозі вагітних суттєво не змінюється. При лабораторному обстеженні визначається помірний лейкоцитоз, нейтрофіліоз, а також дещо більш виражене, ніж при неускладненій вагітності, підвищення ШОЕ. Вміст білірубину в крові підвищений (до 90 мкмоль/л), а після пологів швидко нормалізується. Зростає рівень лужної фосфатази. Не спостерігається збільшення кількості таких печінкових ферментів, як АЛТ і АСТ.

Диференційний діагноз слід проводити з ураженням печінки і жовчовивідних шляхів механічними або інфекційними факторами, а також внаслідок порушення обмінних процесів. Можливе виникнення жовтяниці внаслідок вираженої інтоксикації організму при тяжких формах ранніх гестозів.

Лікування холестатичного гепатозу полягає в призначенні раціонального харчування (дієта № 5) і в застосуванні засобів, що сприяють ліквідації свербіння шкіри. З цією метою використовують холестирамін по 12 - 15 мг на добу (зв'язує солі жовчних кислот). Застосування урсодезоксіхолієвої кислоти допомагає покращити функцію печінки. В окремих випадках може з'явитись необхідність у перериванні вагітності внаслідок наростання клінічних проявів захворювання та погіршення стану плода. За тиждень до запланованих пологів доцільно призначати вітамін К з метою зниження ризику післяпологових кровотеч.

➤ **Гострий жировий гепатоз вагітних** — одна з тяжких форм гестозу, що частіше зустрічається в пізніх термінах вагітності з розповсюдженістю 1 на 100000 вагітних і характеризується надзвичайно гострим початком і високою смертністю. Морфологічно він виявляється вираженою жировою дистрофією гепатоцитів при відсутності ознак їх некрозу. В клінічному перебігу жирового гепатозу виділяють дві стадії: *дожовтяничну* (супроводжується болем в животі, слабкістю, головним болем, нудотою, виснажливою печією, свербінням шкіри) та *жовтяничну* (наростають симптоми печінкової та ниркової недостатності, інтоксикації, енцефалопатії, розвивається ДВЗ-синдром і нерідко настає загибель плода). Безпосередньою причиною загибелі вагітної стає набряк головного мозку та тяжка коагулопатична кровотеча.

Лікування: негайне переривання вагітності, перебування пацієнтки в реанімаційній палаті, дезінтоксикаційній терапії, введенні білкових та ліпотропних засобів, можливо застосування гемодіалізу.

➤ **Хорея** (тетанія) вагітних виникає в зв'язку з порушенням обміну кальцію внаслідок гіпофункції паращитоподібних залоз. Клінічно вона проявляється судомними некоординованими посіпуваннями м'язів верхніх, нижніх кінцівок, іноді – обличчя, зовсім рідко гортані або шлунка.

Лікування необхідно проводити з урахуванням дефіциту натрію, кальцію або магнію в організмі. В контролюючих дослідженнях благоприємного впливу препаратів кальцію в порівнянні з плацебо не доведено. Психотерапія, масаж, та вправи на розтягування м'язів застосовуються для полегшення симптомів під час приступу.

➤ **Остеомаляція** зустрічається надзвичайно рідко і зумовлена декальцифікацією кісток і їх розм'якшенням. Найчастіше уражаються кістки таза та хребет, що супроводжується їх болочістю та деформаціями.

Лікування остеомалії полягає в нормалізації фосфорнокальцієвого обміну. На сучасному етапі всі порушення обміну мінералів в кістках, що приводять до їх резорбції, діагностують за допомогою денситометрії - сучасного ультразвукового метода дослідження кісток.

Профілактика ранніх гестозів полягає в лікуванні хронічних екстрагенітальних захворювань до вагітності, забезпеченні психоемоційного спокою вагітної, зменшенні впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища. Вагітні з раннім гестозом, особливо з його рецидивом, складають групу ризику акушерської і перинатальної патології (не виношування вагітності, пізній гестоз, плацентарна недостатність, гіпотрофія плода, патологія новонародженого), що треба передбачати в профілактиці цих ускладнень.

Діагностика

1. Шкала індивідуальної кількісної оцінки ступеня тяжкості нудоти та блювання вагітних (PUQE-24)

Система оцінки симптомів під час вагітності PUQE-24						
	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів	Кількість балів
За останні 24 години як часто ви відчували нудоту або біль у шлунку?	Зовсім ні	1 годину або менше	2–3 години	4–6 годин	Понад 6 годин	
За останні 24 години у вас було блювання?	Не було блювання	1–2 рази	3–4 рази	5–6 разів	7 або більше разів	
За останні 24 години скільки разів у вас були блювотні позиви або блювотні спазми без появи блювотних мас?	Жодного разу	1–2 рази	3–4 рази	5–6 разів	7 або більше разів	
Загальний бал						

Загальний бал - це сума відповідей на кожне із трьох запитань.

Оцінка за шкалою PUQE-24:

- легкий ступінь = 6;
- середній ступінь = 7-12;
- тяжкий ступінь = 13-15.

2. **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.

- **Поспднана прееклампсія** – 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 органічні порушення.
 - **Рання прееклампсія** – прееклампсія, що розвинулась до 34 тижнів вагітності.
 - **Пізня прееклампсія** – прееклампсія, що розвинулась після 34 тижнів вагітності.
 - **Помірна прееклампсія** - це полісистемний синдром, що проявляється, після 20 тижнів вагітності, підвищенням артеріального тиску у межах 140-159/90-109 мм рт.ст. та протеїнурією.
 - **Тяжка прееклампсія** 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 рефлекс;
 - 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.
 - *Ймовірно, є тяжкою формою прееклампсії, але цей взаємозв'язок залишається суперечливим; HELLP може бути самостійним розладом.*
 - Щонайменше 15–20% вагітних з даною патологією не мають одночасної гіпертензії та протеїнурії, що дозволяє деяким авторам визнати, що синдром HELLP є окремим від прееклампсії розладом.
 - Як тяжка прееклампсія, так і HELLP-синдром можуть асоціюватися із серйозними пошкодженнями печінки, включаючи інфаркт, крововилив та розрив.
 - HELLP-синдром розвивається приблизно під час 0,1–0,8% вагітностей, але у 10–20% жінок – з тяжкою прееклампсією/еклампсією.
 - Пацієнтки з HELLP-синдромом входять до групи найвищого ризику материнської захворюваності та смертності (до 75%). Перинатальна смертність складає 79%
 - Фактори ризику: прееклампсія або HELLP в анамнезі; сестри та нащадки жінок з синдромом HELLP в анамнезі також мають підвищений ризик розвитку даного синдрому.
 - Патогенез HELLP-синдрому залишається невизначеним.
- 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.

ДІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ/ЕКЛАМПСІЇ

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

У гінекологічний стаціонар поступила першовагітна при терміні гестації 7-8 тижнів зі скаргами на постійну нудоту, блювоту до 15 разів на добу, відсутність апетиту, зниження маси тіла, підвищення температури до 37,5 °С. Об'єктивно: іктеричність склер і шкірних покривів, гіпотонія, тахікардія до 120 уд/хв., запах ацетону з роту, діурез понижений, в аналізах крові - гіпербілірубінемія, в аналізах сечі - ацетонурія, циліндрурія. Проведена

впродовж 7 днів терапія не привела до поліпшення стану хворої.

Встановіть діагноз.

Яка найбільш раціональна тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність I, 7-8 тижнів. Надмірне блювання вагітних. Тактика ведення - переривання вагітності.

Клінічна ситуація 2

У ЖК звернулася повторно вагітна при терміні гестації 10-11 тижнів зі скаргами на слабкість, постійну нудоту, блювоту 5-6 разів протягом доби, зниження маси тіла.

Встановіть діагноз.

Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність II, 10-11 тижнів. Блювання вагітних середнього ступеня тяжкості. Тактика ведення – госпіталізація в стаціонар, призначення комплексної медикаментозної терапії (інфузії, протиблювотні, седативні, антигістамінні, ферментні препарати, гепатопротектори, вітаміни).

Клінічна ситуація 3

Першовагітна при терміні гестації 38-39 тижнів поступила зі скаргами на слабкість, сонливість, головний біль, миготіння «мушок» перед очима, періодичний біль в епігастральній ділянці, набряки на ногах. АТ – 170/115 мм рт. ст. Положення плода повздожне, головне передлежання, серцебиття плода 90-100 уд/хв., приглушено. У сечі білок – 5,3 г/л.

Встановіть діагноз.

Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність I, 38-39 тижнів, подовжне положення, головне передлежання. Тяжка преєклампсія. Дистрес плода. Тактика ведення – кесарів розтин після інтенсивної терапії та стабілізації стану вагітної.

Клінічна ситуація 4

Першовагітна 28 років поступила в пологовий будинок з пологовою діяльністю. Перейми по 45-50 секунд через 1,5-2 хвилини, помірної сили. Породілля пред'являє скарги на головний біль. АТ – 160/105 мм рт. ст. Виражені набряки нижніх кінцівок. У сечі білок – 3,3 г/л. Серцебиття плоду до 180-185 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Голівка плода в площині виходу з малого таза.

Яка тактика ведення пацієнтки?

Яке ускладнення вагітності і пологів має місце в даному клінічному випадку?

Правильна відповідь: Тактика ведення – накладання вихідних акушерських щипців, лікування тяжкої преєклампсії. Тяжка преєклампсія. Дистрес плода.

ТЕМА 32
«Передчасне переривання вагітності. Переношування вагітності.
Багатоплідна вагітність»

Мета: сформувати вміння самостійного ведення передчасного переривання вагітності, переношування вагітності та багатоплідної вагітності.

Основні поняття:

- етіологія та патогенез передчасного переривання вагітності в різні терміни;
- класифікація, клініка, діагностика, лікування і профілактика мимовільного аборту;
- передчасні пологи, особливості ведення передчасних пологів;
- профілактика невиношування вагітності;
- етіологія і патогенез переношування вагітності;
- методи діагностики переношування вагітності, перебіг вагітності і пологів, вплив на плід, тактика ведення переношеної вагітності
- профілактика і терапія ускладнень, пов'язаних з переношуванням;
- багатоплідна вагітність: класифікація та діагностика;
- тактика ведення вагітності та пологів при багатоплідності;
- синдром фето-фетальної трансфузії, ВЗОП (внутрішньоутробна загибель одного плода).

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. Першовагітна знаходиться в II періоді пологів. Термін вагітності 40 тижнів. Народився один живий хлопчик масою 2400 г, довжиною 48 см. При пальпації матки в ній виявлений ще один живий плід. Положення другого плода подовжнє, передлежить голівка. Серцебиття плода 140 уд./хв. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що відкриття шийки матки повне, плодовий міхур цілий. Голівка плода в порожнині малого таза. Тактика подальшого ведення пологів?

- A. Амніотомія, консервативне ведення пологів
- B. Кесарів розтин
- C. Амніотомія, акушерські щипці
- D. Амніотомія, плодоруйнівна операція
- E. Амніотомія, стимуляція пологової діяльності

2. У першовагітної 30 років на 20 тижні вагітності вилилися навколоплідні води без перейм і болі, стався мимовільний аборт. Можлива причина?

- A. Істміко-цервікальна недостатність
- B. Ендокринна патологія
- C. TORCH - інфекція
- D. Аномалії розвитку геніталій
- E. Вік жінки

3. Вагітній у терміні 32 тижні з загрозою передчасних пологів проведена профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода. Який препарат призначений?

- A. Окситоцин
- B. Дексаметазон
- C. Мізопростол
- D. Гініпрал
- E. Прогестерон

4. Вагітна в терміні 11-12 тижнів доставлена до гінекологічного стаціонару з матковою кровотечею та переймоподібним болем унизу живота. Піхве дослідження виявлено: піхва заповнена згортками крові, шийка матки розкрита на 2 см. У каналі визначається напружений плідний міхур. Матка збільшена до розмірів 11-12 тижнів вагітності, напружена. Виділення кров'янисті, дуже рясні. Яких заходів повинен вжити лікар?

- A. Проведення токолітичної терапії
- B. Вишкрібання порожнини матки
- C. Консервативне спостереження
- D. Призначення прогестерону
- E. Проведення гемотрансфузії

5. У гінекологічне відділення шпиталізовано жінку віком 24 роки з терміном вагітності 18-19 тижнів у зв'язку з діагностованою під час ультразвукового дослідження істміко-цервікальною недостатністю. Під час огляду виявлено: шийка матки укорочена до 1,5 см, епітелій без патологічних змін, цервікальний канал пропускає палець. Амніотичний міхур цілий, матка збільшена до 18-19 тижнів вагітності, в нормотонусі. Яку допомогу необхідно надати вагітній?

- A. Переривання вагітності
- B. Токолітичну терапію
- C. Гормональну терапію
- D. Накладання шва на шийку матки
- E. Седативну терапію

6. Вагітна віком 25 років шпиталізована у зв'язку з матковою кровотечею. Загальна крововтрата - 250 мл. Після проведеного обстеження встановлено: вагітність 10-11 тижнів, мимовільний викидень в ході. Яку допомогу необхідно надати вагітній?

- A. Призначити спазмолітики
- B. Суворий ліжковий режим
- C. Провести гемотрансфузію
- D. Призначити утеротонічні препарати
- E. Провести вишкрібання порожнини матки

Вірні відповіді: 1 - A; 2 - A; 3 - B; 4 - B; 5 - D; 6 - E

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою Невиношування вагітності

- Ранній спонтанний аборт – спонтанне (самовільне) переривання вагітності до 11 тижнів + 6 днів.
- Пізній спонтанний аборт – від 12 до 21 тижня + 6 днів.
- Передчасні пологи – від 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154-259 днів).

У структурі невиношування вагітності як загального поняття виділяють:

I. Спонтанний аборт

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

За стадіями розвитку виділяють:

- загрозовий аборт;
- аборт у ході;
- неповний аборт;

- повний аборт.

Крім того, виділяють:

- аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода);
- інфікований аборт.
- Звичний аборт (звичний викидень) – визначається як наслідок двох або більше вагітностей, що закінчилися самовільним викиднем.

Діагностика спонтанного аборт

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

Першочерговим завданням під час госпіталізації пацієнтки з симптомами мимовільного аборт є своєчасна діагностика та лікування станів, які можуть бути загрозливими для її життя: геморагічний шок (спричинений матковою або внутрішньочеревною кровотечею), сепсис.

За наявності ознак геморагічного шоку паралельно з заходами, спрямованими на попередження погіршення гемодинамічних показників, необхідно визначити джерело кровотечі. Першочерговим є виключення або підтвердження наявності порушеної ектопічної вагітності.

За відсутності загрозливих для життя станів проводяться лікувально-діагностичні заходи, спрямовані на попередження ускладнень різних стадій мимовільного аборт.

Загрозливий аборт

Скарги

1. Тягнучий біль у нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер.
2. Скудні або помірні кров'яністі виділення із статевих шляхів.
3. Затримка місячних.

Анамнез

1. Порушення менструального циклу.
2. Безпліддя, особливо вилікуване методами допоміжних репродуктивних технологій.
3. Наявність самовільного переривання попередніх вагітностей.
4. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

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

Бімануальне піхве дослідження

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

УЗД:

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

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

Тактика ведення загрозливого аборт

Пацієнтка обов'язково має бути проінформована щодо результатів обстеження, прогнозу цієї вагітності та можливих ускладнень, пов'язаних з використанням лікарських засобів. Обов'язковим є отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

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

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

- високу питому вагу хромосомних аномалій у такому терміні вагітності, які є найбільш вірогідною причиною загрози її переривання;

- низьку ефективність будь-якої терапії.

Причиною 70% спонтанних абортів, які відбуваються в терміні до 12 тижнів, та 30%, що відбуваються в терміні після 12 тижнів, є хромосомні аномалії (спадкові або набуті). Максимальна кількість хромосомних аномалій елімінується шляхом спонтанного аборт у терміні 4-5 тижнів.

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

Рішення вагітної фіксується підписанням інформованої згоди.

У разі загрози переривання вагітності в терміні більше 8 тижнів та за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження та підтримку розвитку вагітності.

Моніторинг ефективності лікування здійснюється за допомогою даних УЗД, тестів функціональної діагностики, динаміки рівня ХГЛ та прогестерону в сироватці крові.

Аборт у ході

Скарги

1. Тягнучий біль у нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер.

2. Кров'яністі виділення зі статевих шляхів, здебільшого у великій кількості.

Анамнез

1. Тривалість болю в нижніх відділах живота з посиленням у динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер.

2. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите.

2. Кров'яністі виділення у великій кількості.

3. Частини плідного яйця у цервікальному каналі.

4. Підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім у ранні терміни вагітності).

Бімануальне піхве дослідження для визначення:

1. Тонусу матки.

2. Розміру матки.

3. Розмірів ступеня розкриття цервікального каналу.

УЗД (за необхідністю)

1. Повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів).

2. Наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

Тактика ведення аборт у ході

Пацієнтка обов'язково має бути проінформована щодо результатів обстеження, прогнозу цієї вагітності, лікувальних заходів, що плануються, та дати письмову згоду на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

Термін вагітності менше 16 тижнів

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

Термін вагітності більше 16 тижнів

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

У разі кровотечі під адекватним знеболенням:

1. За наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекають спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки залежно від об'єму крововтрати.

2. За відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливе використання утеротоніків:

- для прискорення вигнання продукту запліднення у терміні гестації 16 тижнів та більше – лише окситоцин (у дозі 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію, до 40 крапель за хвилину);

- у разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу для покращення скоротливої спроможності матки вводять один з утеротоніків:

- окситоцину 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі швидкістю до 40 крапель за хвилину;

- ергометрину 0,2 мг в/м або в/в (у разі необхідності можна повторити введення вказаної дози, максимальна добова доза – не більше 1 мг);

- мізопростол 800 мкг ректально.

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

Усім резус-негативним жінкам, у яких немає антирезус антитіл, вводять анти-D імуноглобулін.

Неповний аборт

Скарги

1. Біль різної інтенсивності у нижніх відділах живота.

2. Кров'яністі виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираженості.

Анамнез

1. Тягнучий біль у нижніх відділах живота, з посиленням у динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер, дедалі зменшується.

2. Експульсія плідного яйця.

3. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите.

2. Кров'яністі виділення різного ступеня вираження.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Матка м'якої консистенції.

2. Розміри матки менші терміну гестації.

3. Різний ступінь розкриття шийки матки.

УЗД

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

Тактика ведення неповного аборт

Пацієнтка обов'язково має бути проінформована щодо результатів обстеження та лікувальних заходів, що плануються.

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

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

За відсутності абсолютних показань до кюретажу або вакуум-аспірації рекомендується

надання пацієнтці можливості вибору методу звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічного або медикаментозного.

Повний аборт

Скарги

1. Тягнучий біль різної інтенсивності (але може бути відсутній) у нижніх відділах живота.
2. Незначні кров'янисті виділення із статевих шляхів (але можуть бути відсутні).

Анамнез

1. Тягнучий біль у нижніх відділах живота, з посиленням у динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер.
2. Експульсія плідного яйця.
3. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

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

Бімануальне піхвове дослідження

1. Матка щільна.
2. Розміри матки менші за характерні для терміну гестації.
3. Цервікальний канал закритий, іноді не повністю.

УЗД

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

Тактика ведення повного аборт

За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки. Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень. Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалості використання має бути визначений за індивідуальними клінічними показаннями.

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

Припинення розвитку вагітності з затримкою плодових тканин у матці.

Скарги

Зникнення суб'єктивних ознак вагітності. Іноді кров'янисті виділення з матки та підвищення температури тіла.

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

Шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Розміри матки менші за характерні для терміну гестації.
2. Цервікальний канал закритий.

УЗД

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

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

· 7-8 тижнів: відсутність серцевих скорочень ембріона, невідповідність розмірів терміну гестації.

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

Тактика ведення абортів, що не відбулися

У разі підтвердження діагнозу терміново провести евакуацію ембріональних/ плодових тканин з порожнини матки хірургічним або медикаментозним шляхом. Знаходження плідного яйця/ембріону при вагітності, що не розвивається, у порожнині матки протягом 4 тижнів та більше збільшує ризик коагулопатичних ускладнень, у зв'язку з чим необхідно бути готовими до боротьби з можливою кровотечею (визначити групу крові, резус-фактор, зробити коагулограму).

Індукція скоротливої діяльності при вагітності, що не розвивається, у другому триместрі здійснюється шляхом застосування препаратів простагландинів (мізопростол) або утеротонічних засобів (окситоцин).

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

Звичне невиношування вагітності (звичний викидень)

Звичайний аборт (звичайний викидень) – визначається як наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчилися викиднем.

Якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, то такий стан визначається як «вторинний звичайний викидень», якщо ні – використовується термін «первинний звичайний викидень».

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН)

ІЦН – не пов'язане зі скоротливою діяльністю матки мимовільне згладжування та розкриття шийки, що призводить до повторного переривання вагітності, частіше в другому триместрі.

Клінічні ознаки:

- Наявність в анамнезі (жінка належить до групи високого ризику):
 - двох та більше епізодів переривання вагітності в другому триместрі, які не є результатом скоротливої діяльності матки чи відшарування плаценти;
 - випадків мимовільного безболісного розкриття шийки матки до 4-6 см під час попередніх вагітностей;
 - хірургічних втручань на шийці матки, розривів шийки матки другого або третього ступенів у минулих пологах;
 - інструментальної дилатації шийки матки під час штучного переривання вагітностей.

Під час огляду:

- вроджені або набуті анатомічні дефекти ектоцервіксу;
- розкриття шийки матки до 2 см та більше у другому триместрі вагітності за відсутності маткових скорочень та відшарування плаценти;
- пролабування плідного міхура із зовнішнього вічка шийки матки.

Під час трансвагінального УЗД:

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

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

Передчасні пологи

Передчасні пологи - це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода масою більш 500 г у терміні вагітності з 22 тижнів до 37 тижнів

Алгоритм ведення передчасних пологів:

1. Під час госпіталізації вагітної (роділлі) в акушерський стаціонар черговий лікар акушер-гінеколог у приймальному відділенні ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності, звернувши увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та дані гравідограми; з'ясовує скарги.
2. Для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів.
3. Здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів таза. Визначає термін вагітності та очікувану масу плода; запитує про відчуття рухів плода самою родиллею та проводить аускультацию серцебиття плода.
4. Проводять зовнішнє та, за відсутності передчасного розриву плодових оболонок, внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого таза.
5. До 34 тижнів вагітності при розкритті шийки матки менше, ніж 3 см, відсутності амніоніта, прееклампсії, кровотечі, задовільному стані плода проводять токоліз. Токолітична терапія бета-міметиками: гініпрал у дозі 10 мкг (2 мл) у вигляді в/в інфузій на 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду зі швидкістю 5-10 крапель за хвилину призначається на строк 48 годин, необхідних для проведення антенатальної профілактики РДС глюкокортикоїдами, та при необхідності переведення вагітної на вищий рівень надання допомоги. Через 2 години після початку токолізу підтвердити діагноз передчасних пологів констатацією згладжування чи розкриття шийки матки. Якщо передчасні пологи прогресують - токоліз відмінюють. Далі пологи ведуть згідно партограми.
6. Профілактику респіраторного дистрес синдрому (РДС) плода проводять з 24 до 34 тижнів при загрозі передчасних пологів: в/м введення дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин на курс 24 мг чи бетаметазону по 12 мг кожні 24 години, на курс 24 мг. Не використовувати кортикостероїди за наявності клінічних проявів важкої інфекції.
7. Проведення інтранатальної антибактеріальної терапії здійснюють у разі наявності ознак інфекції.
8. Контроль за станом матері та плода під час пологів з веденням партограми.
9. Знеболювання пологів за показаннями.
10. Оцінка стану дитини, підтримка теплового ланцюжка, проведення первинного туалету новонародженого, спільне перебування матері та дитини з перших годин після народження, більш широке використання методу "кенгуру" при виходжуванні дітей з малою масою.

Переношена вагітність

Переношена вагітність – це вагітність, яка продовжується більше 42 повних тижня (294 діб або більше) від першого дня останнього нормального менструального циклу і закінчується запізними пологами.

Алгоритм ведення переношеної вагітності та пологів:

1. Госпіталізацію вагітних, що переношують, бажано проводити до стаціонарів III рівня надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги. Для попередження переношування вагітності доцільною є госпіталізація в терміні 41 тиждень, що надає можливість своєчасно визначити об'єм необхідних заходів щодо підготовки пологових шляхів до пологів.
2. За наявністю перших ознак вагітності, що переношується, показана підготовка пологових шляхів з подальшою індукцією пологової діяльності. Підготовка пологових шляхів та індукція пологів проводиться після оцінки стану шийки матки за шкалою Бішопа.
3. Підготовка шийки матки до індукції пологів при наявності незрілої шийки матки в терміні після 41 тижня проводять з використанням простагладинів E1 та E2 або ламінарії (при оцінці ступеню зрілості шийки матки за шкалою Бішопа менш ніж 5 балів, в

цервікальний канал вводиться від 1 до 5 ламінарій на 24 години з подальшою оцінкою стану шийки матки, за необхідності процедуру можна повторити).

Показання та умови до індукції пологової діяльності: термін вагітності 42 тижні та більше; стан плода за біофізичним профілем 7-8 балів; зрілість шийки матки не менш ніж 6 балів за шкалою Бішопа; відповідність розмірів плода і таза матері; відсутність плідного міхура (амніотомія).

Методи індукції пологів: пальцеве відшарування нижнього полюса плодового міхура; амніотомія; крапельне внутрішньовенне введення розчину окситоцину.

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

4. Рекомендовано починати індукцію пологів зранку, з 6 до 8 години; після амніотомії треба оцінити якість та кількість навколоплідних вод. Ведення партограми необхідно починати з моменту виконання амніотомії. Протягом 2-3 годин необхідно спостерігати за розвитком пологової діяльності; при відсутності якої після 2-3 годин безводного періоду потрібно вводити окситоцин (внутрішньовенно крапельно).

5. Критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності вважається наявність 3-4 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40-50 сек. Пологопідсилення проводиться зі спостереженням за станом плода та динамікою пологів.

6. *Показання до операції кесаревого розтину:*

- незадовільний стан плода;
- очікувана маса плода перевищує 4000 г;
- при неефективності заходів з підготовки шийки матки до розродження;
- при відсутності регулярної адекватної пологової діяльності впродовж 6 годин

Багатоплідна вагітність

Класифікація багатоплідної вагітності:

1. **Двояйцеві двійні (дизиготні)** – розвиваються в результаті запліднення двох або більше яйцеклітин. Кожен ембріон має свій амніон, плаценту та окрему систему кровообігу.

2. **Однояйцеві двійні (монозиготні)** – розвиваються в результаті ділення однієї заплідненої яйцеклітини.

Однояйцеві двійні можуть бути:

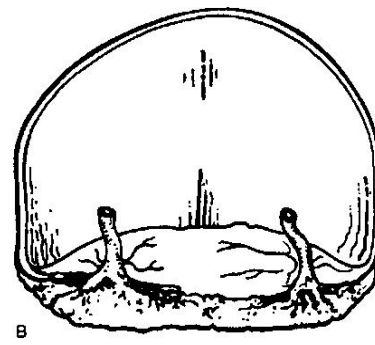
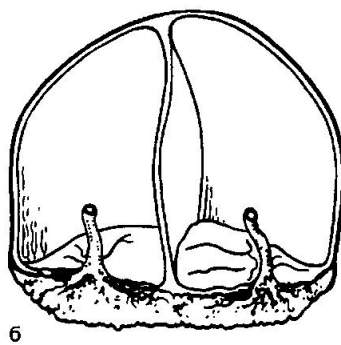
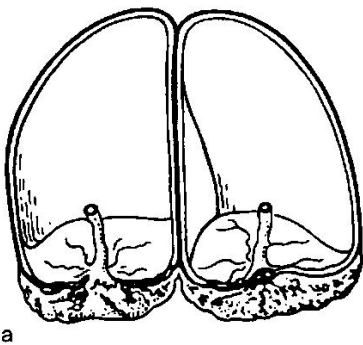
- **моноамніотичні** (спільний амніон) та **диамніотичні** (кожен плід має свій амніон);
- **монохоріальні** (спільний хоріон) та **дихоріальні** (кожен плід має свій хоріон).

Так, якщо ділення відбулося через 3 дні після запліднення, то кожен ембріон має свій амніон та хоріон (диамніотична дихоріальна двійня).

Ділення між 4 та 8 днем - кожен ембріон має свій амніон та спільний хоріон (диамніотична монохоріальна двійня).

Ділення між 9 та 12 днями – мають спільні амніон та хоріон (моноамніотична монохоріальна двійня).

Ділення після 12 дня запліднення вже не буде повним, що приведе до розвитку зрощених близнюків.



Типи плацентації у разі монозиготної двійні: а – диамніотичний дихоріальний тип, б – диамніотичний монохоріальний тип, в – моноамніотичний монохоріальний тип.

Варіанти можливих положень плодів при багатоплідді:

1. Обидва плоди у поздовжньому положенні: обидва у головному (рис. А); обидва у тазовому; один у головному, другий – у тазовому та навпаки (рис. Б).
2. Обидва плоди у поперечному положенні (рис. В).
3. Один у поздовжньому, другий в поперечному положенні.



А



Б



В

Положення плода при багатоплідді: а – обидва плода у головному передлежанні, б – один у головному, другий – у тазовому, в – обидва плода у поперечному положенні.

Алгоритм ведення вагітності при багатоплідності:

1. Програма антенатального догляду, зокрема кількість візитів у ЖК, частота проведення УЗД та перелік завдань під час кожного обстеження залежать від хоріальності.
2. Рекомендовано збалансоване харчування, додаткове вживання фолієвої кислоти, заліза, вітаміну Д тощо.
3. Контроль в динаміці гемоглобіна, гематокрита, загального аналізу сечі.
4. УЗД, біофізичний профіль плодів; динамічне спостереження за довжиною шийки матки шляхом трансвагінальної ультразвукової цервікометрії.
5. При першому відвідуванні ЖК та в подальшому (за показами) має бути проведено бактеріоскопічне дослідження вмісту піхви та, у разі виявлення, лікування бактеріального вагінозу, трихомоніазу, кандидозу тощо.
6. Діагностика прееклампсії (вимірювання артеріального тиску та дослідження сечі на наявність протеїнурії).
7. Профілактика прееклампсії - приймання 75 - 150 мг аспірину щодня, починаючи з 12 тижнів вагітності до розродження, якщо жінка має один або більше з факторів ризику: перша вагітність; вік - 40 років або більше; інтервал між вагітностями понад 10 років; ІМТ - 35 кг/м² або більше при першому візиті в жіночу консультацію; прееклампсія в родині.
8. Шов на шийку матки або встановлення шийкового песарію не слід використовувати для профілактики передчасних пологів у всіх жінок з багатопліддям. Ці заходи можуть бути застосовані за наявності відповідних клінічних показань (ознаки істміко-цервікальної недостатності) та на підставі рішення консилиуму лікарів.
9. Використання токолітиків при багатоплідній вагітності може бути обґрунтовано лише наявністю показань (клінічні ознаки загрози переривання вагітності).
10. Профілактика респіраторного дистрес-синдрому (РДС) плода проводиться кортикостероїдами за наявності симптомів загрози передчасних пологів чи при плануванні дострокового розродження за стандартною схемою.

Алгоритм ведення пологів при багатоплідній вагітності:

1. Оптимальним терміном для розродження неускладненої двійні є:
 - дихоріальна диамніотична двійня - 37 - 38 тижнів;
 - монохоріальна диамніотична двійня - 36 - 37 тижнів;

- монохоріальна моноамніотична двійня - в термін повних 32 тижні вагітності шляхом операції кесаревого розтину (після проведення курсу профілактики РДС кортикостероїдами), враховуючи високий ризик внутрішньоутробної загибелі плода/плодів внаслідок порушення кровообігу при сплутуванні пуповин між собою.

2. Вибір способу розродження залежить від таких факторів: наявність/відсутність показань до кесаревого розтину; положення та передлежання плодів; термін вагітності; передбачувана маса та розміри плодів; хоріальність; стан плодів; стан матері (наявність екстрагенітальної патології та/або ускладнень вагітності); акушерський анамнез.

3. Показання до кесаревого розтину: двійня монохоріальна моноамніотична; трійня та більша кількість плодів; зрощені близнюки; поперечне положення першого плода; тазове передлежання першого плода; двійня у поєднанні з рубцем на матці; затримка розвитку одного чи обох плодів та/або порушення кровоплину в артерії пуповини; тазове передлежання другого плода при терміні вагітності 27 - 29 тижнів; двійня дихоріальна диамніотична в терміні вагітності понад 38 тижнів та двійня монохоріальна диамніотична в терміні понад 37 тижнів при незрілості шийки матки та невдалій спробі підготовки пологових шляхів; невдала спроба зовнішньо-внутрішнього повороту другого плода при поперечному положенні після народження першого плода; двійня внаслідок допоміжних репродуктивних технологій та відмова від вагінальних пологів; дистрес одного або двох плодів; аномалії пологової діяльності; випадіння пуповини або дрібних частин плода; інші акушерські показання.

4. При потиличному передлежанні I плода, цілому плідному міхурі, регулярній пологовій діяльності і доброму стані плодів пологи ведуть під кардіомоніторним контролем за станом плодів, за характером скоротливої діяльності матки, динамікою розкриття шийки матки (партограма), за вставленням і опусканням передлеглої частини I плода. Внаслідок невеликих розмірів плодів, починаючи з розкриття шийки матки на 6-7 см і більше, паралельно з цим відмічається опускання передлеглої частини в порожнину малого таза. Це обумовлює труднощі в точному визначенні закінчення I-го періоду пологів і початок II-го періоду пологів.

5. Знеболення пологів не відрізняється від знеболення при одноплідній вагітності. Щоб попередити аортокавальну компресію, оптимальним є положення роділлі на боці. Якщо існує багатоводдя, показаний розтин плідного міхура при відкритті шийки матки 4 см та повільне випускання вод.

6. Після народження першого плода показаний розтин плідного міхура другого плода. Якщо після народження першого плода почалася кровотеча або виник дистрес плода, необхідне негайне розродження.

7. У післяпологовому періоді необхідне спостереження за породілею, профілактика та лікування субінволюції матки.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Вагітна 22 років спостерігалася в жіночій консультації з приводу вагітності 11-12 тижнів. Упродовж останніх днів відчувала болі, що тягнуть в нижніх відділах живота, але до лікаря не зверталася. Час назад з'явилися спазмові болі внизу живота і кровотеча. Піхове дослідження: піхва заповнена згустками крові, шийка матки розкрита на 2 см. Матка збільшена до 11-12 тижнів вагітності, щільна. Виділення кров'янисті, ясні.

Яка тактика ведення пацієнтки?

Відповідь: Вишкрібання порожнини матки.

Клінічна ситуація 2

До гінекологічного відділення надійшла повторновагітна, 24 роки, термін гестації 16 – 17 тиж., скаржиться на періодичні тягнучі болі внизу живота і в поперековій ділянці протягом 5 діб. В анамнезі: попередні пологи чотири роки тому ускладнилися розривом шийки матки

II ступеня. Післяпологовий період перебігав без особливостей. Живіт м'який, безболісний при пальпації. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки розм'якшена, вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал вільно пропускає один палець. Плідний міхур цілий. Матка в нормотонусі, збільшена відповідно до терміну вагітності. Придатки матки не збільшені, вагінальні склепіння вільні. Виділення із статевих шляхів слизові.

Який найбільш імовірний діагноз?

Відповідь: Вагітність II, 16 - 17 тиж. Загроза переривання вагітності. Істміко-цервікальна недостатність.

ТЕМА 33

«Аномалії кісткового таза. Проблема макросомії в сучасному акушерстві. Невідповідність голівки плода та таза матері. Неправильні положення та тазові передлежання плода. Аномалії пологової діяльності матки. Пологовий травматизм матері та плода»

Мета: удосконалити знання щодо тазових передлежань, діагностики вузьких тазів. Вміти визначити макросомію плода. Знати особливості ведення вагітності і пологів при тазовому передлежанні плода, неправильних положеннях плода, вузькому тазі, макросомії. Знати класифікацію, етіологію, патогенез різних видів аномалій пологової діяльності. Визначати пологовий травматизм матері та плода, класифікацію пологового травматизму матері та плода. Вивчити сучасні підходи до діагностики та лікування пологових травм матері та плода. Особливості ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці.

Основні поняття:

- Аномалії кісткового таза. Ведення пологів при вузькому тазі. Особливості перебігу вагітності при крупному плоді. Тактика ведення пологів при крупному плоді, клінічно вузькому тазі.
- Вагітність і пологи при тазовому передлежанні плода. Неправильні положення плода. Методи діагностики і корекція неправильного положення плода. Особливості акушерської тактики під час вагітності і пологів залежно від різновидності передлежання та положення плода.
- Класифікація, етіологія, патогенез різних видів аномалій пологової діяльності. Сучасні методи діагностики і лікування порушень пологової діяльності. Профілактика порушень пологової діяльності.
- Пологовий травматизм матері та плода, класифікація. Сучасні підходи до діагностики та лікування пологових травм матері та плода. Особливості ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці. Профілактика акушерського травматизму.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. У породіллі в ранньому післяпологовому періоді з'явилися кров'яні виділення із піхви статевих шляхів. При пальпації через передню черевну стінку матка щільна, на 2 поперечні пальці нижче пупка. При огляді родових шляхів виявлено розрив шийки матки зліва, який кровоточить, завдовжки 4 см, без переходу на склепіння. Встановіть діагноз.

- A. Розрив шийки матки I ступеня
- B. Гіпотонія матки
- C. Дефект посліду
- D. Розрив шийки матки II ступеня
- E. Розрив шийки матки III ступеня

2. Через 30 хвилин після початку II періоду пологів у роділлі з'явилися кров'яні виділення із статевих шляхів. Перейм немає. Контури матки не визначаються, матка болісна при пальпації. Серцебиття плода не вислуховується. При внутрішньому акушерському дослідженні відкриття маткового зіву повне, головка плода притиснута до входу в малий таз, на голівці велика пологова пухлина. Стріловидний шов відхилений наперед; досягаються велике і мале тім'ячка, розташовані на одному рівні. Який діагноз?

- A. Передлежання плаценти, кровотеча
- B. Емболія навколоплідними водами
- C. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
- D. Розрив матки, що відбувся

Е. Вторинна слабкість пологової діяльності

3. У породіллі 30 років, тривалість I періоду пологів склала 7 год 20 хв, II – 30 хв. Безводний період 3 години. Пологи завершилися народженням живого доношеного плода вагою 3800 г. Одразу після народження плода почалася кровотеча, яка продовжувалася і після народження посліду. Матка при пальпації щільна. Найвірогідніша причина кровотечі.

- А. Розрив шийки матки
- В. Гіпотонічна кровотеча
- С. Атонічна кровотеча
- Д. Placenta accreta
- Е. Розрив матки

4. Породілля 28 років поступила в пологовий будинок через 12 годин після початку регулярних переймів. Три години тому відійшли навколоплідні води, після чого перейми стали різко болісними, частими, тривалими. Поведінка жінки неспокійна. При обстеженні: контракційне кільце на рівні пупка, матка у вигляді «пісочного годинника», нижній сегмент різко болісний, перерозтягнутий. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття маткового зіву повне, предлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, плодовий міхур відсутній. Вкажіть тактику ведення пологів.

- А. Кесарів розтин
- В. Стимуляція пологової діяльності
- С. Спазмолітична терапія
- Д. Провести вакуум-екстракцію плода
- Е. Накласти акушерські щипці

Вірні відповіді: 1-D, 2-D, 3-A, 4-A.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою Вузький таз

Вузький таз буває **анатомічно** вузьким, при якому є анатомічні якісні (архітектура) або кількісні (розміри) зміни, та **клінічно** вузьким, коли виникає функціональна невідповідність між голівкою плода та тазом матері, незалежно від їх розмірів.

Анатомічно вузький таз класифікується по формі і ступені звуження. За формою звуження розрізняють форми звуження таза, які зустрічаються часто і не часто.

Часто трапляються форми:

Загальнорівномірнозвужений таз: 1. інфантильний; 2. чоловічого типу; 3. карликовий.

Плоский таз: 1. простий плоский; 2. плоскоракітичний; 3. таз із зменшенням прямого розміру широкої частини порожнини малого таза; 4. загальнозвужений плоский таз.

Нечасто трапляються форми.

- 1. Косозміщений і косозвужений таз.
- 2. Поперечнозвужений таз.
- 3. Лійкоподібний.
- 4. Спондилолістетичний.
- 5. Остеоаметичний.
- 6. Деформований внаслідок екзостозів, переломів, кісткових пухлин.
- 7. Кіфотичний тощо.

2. За ступенем звуження таза класифікують, виходячи із величини справжньої кон'югати. При цьому розрізняють чотири ступеня звуження таза:

- I ступінь – справжня кон'югата 10,5-9 см.
- II ступінь – 9-7,5 см.

III ступінь – 7-5,5 см

IV ступінь – менше 5,5 см.

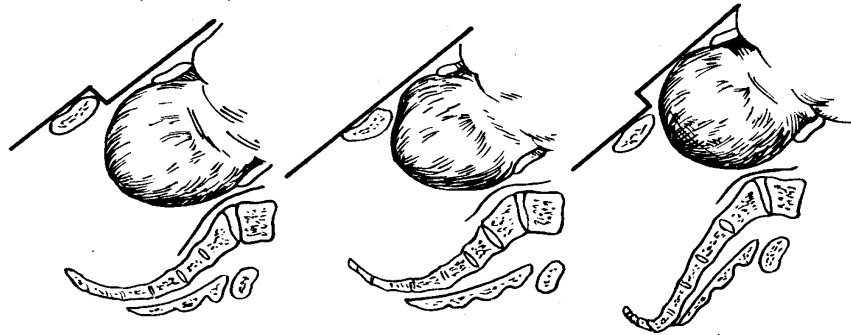
Для діагностики звуженого таза проводять загальноприйнятую пельвіометрію. Своєчасна діагностика вузького таза може попередити ряд ускладнень, які виникають під час пологів, а іноді в кінці вагітності.

Клінічно вузький таз утворюється під час пологів внаслідок невідповідності розмірів голівки плода і таза матері незалежно від їх розмірів. Основними причинами є анатомічно звужений таз, велика голівка плода, розгинальні вставлення, аномалії розвитку жіночих статевих органів, вроджені вади розвитку плода. Діагноз виставляється тільки в пологах.

З метою визначення відповідності між голівкою плода і тазом застосовують прийом Цангеймейстера і ознаку Вастена. При прийомі Цангеймейстера тазоміром вимірюють зовнішню кон'югату, потім передній гудзик тазоміру переставляють на найвипуклішу точку голови, не знімаючи задній гудзик тазоміру. Якщо відстань від надкрижової ямки до найвипуклішої точки на голові (розмір Цангеймейстера) більша від розміру зовнішньої кон'югати, то це свідчить про невідповідність між передлеглою частиною (голівкою) і тазом. Коли розмір Цангеймейстера менший від величини зовнішньої кон'югати, то невідповідності немає. Якщо розміри однакові, то невідповідність сумнівна. Прийомом Цангеймейстера можна користуватись при встановленні голівки в малий таз. При рухомій голівці встановити відсутність відповідності між нею і тазом, особливо до відходження вод, неможливо.

Прийом Вастена полягає в тому, що акушер ставить руку в ділянці симфізу і ковзає доверху в напрямку голівки. При нормальних відношеннях голівка буде знаходитися нижче лона (ознака Вастена негативна). При вузькому тазі голівка може знаходитися на одному рівні з лонним зчленуванням (ознака Вастена врівень) або голівка різко виступає над лонем (ознака Вастена позитивна), при якій пологи через природні пологові шляхи є неможливими.

Прийом Вастена може бути застосований під час пологів, коли голівка щільно знаходиться при вході в таз (мал. 4).



Мал. 4. Ознака Генкель-Вастена: а – негативна, б – „врівень“, в – позитивна

Алгоритм діагностики клінічно вузького таза

Критерії клінічної невідповідності під час пологів:

1. Позитивний симптом Вастена або врівень, позитивний розмір Цангеймейстера;
2. Симптоми притиснення сечового міхура;
3. Перерозтягнення нижнього сегмента матки, високе розташування контракційного кільця;
4. Відсутність просування голівки при повному відкритті і нормальній пологовій діяльності;
5. Недостатнє прилягання шийки матки до передлеглої голівки;
6. Поява потуг при високому розташуванні голівки плоду;
7. Набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи.

За наявності двох і більше ознак встановлюється діагноз клінічно вузького таза, методом розродження є операція кесарського розтину.

Крупний плід

Терміном “крупний плід” називають плід, маса тіла якого в кінці вагітності досягає 4000 г і більше при головному передлежанні та 3700 г при сідничному передлежанні. При пологах крупним плодом збільшується частота пологового травматизму, включаючи розриви матки, гіпоксії плоду, післяпологови ускладнення.

Діагностика крупного плода

До групи ризику щодо розвитку великого плода належать:

- жінки з малорухливим способом життя;
- вагітні з ожирінням;
- хворі на цукровий діабет або на інші ендокринні захворювання;
- наявність в анамнезі пологів крупним плодом;
- резус-негативні жінки.

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

Особливості перебігу пологів при крупному плоді

Пологи крупним плодом належать до патологічних, тому важливим є моніторинг за станом плоду, динамічна оцінка скоротливої діяльності матки, визначення клінічної відповідності розмірів тазу і плода. Якщо при хорошій пологовій діяльності, повному відкритті шийки матки голівка не просувається по пологових шляхах, то слід стверджувати про клінічну невідповідність і завершувати пологи шляхом операції кесарського розтину. Показанням до кесарського розтину є також сідничне передлежання при передбачуваній масі плоду 3700 г. Перебіг періоду новонародженості при макросомії тісно пов'язаний з ускладненнями, які виникають в пологах у зв'язку з наявністю крупного плода. До найбільш гострих ускладнень належать пологова травма (перелом ключиці, плечової кістки, пошкодження периферичної нервової системи, внутрішньочерепа травма) та асфіксія.

Тазове передлежання плода

Класифікація:

Сідничне передлежання (згинальне):

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

Ножне передлежання (розгинальне):

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

Діагностика:

1. Зовнішнє акушерське дослідження:

- в області дна матки визначають округлу, щільну, балотуючу голівку;
- над входом або у вході малого тазу пальпують неправильної форми передлеглу частину плода м'якої консистенції, що не балотує;
- під час аускультії серцебиття плода вислуховують залежно від позиції справа або зліва вище пупка.

2. Ультразвукова діагностика – найбільш інформативний метод діагностики. Дозволяє визначити передлежання плода, очікувану масу плода, положення голівки (ступінь розгинання), локалізацію плаценти, кількість навколоплідних вод, наявність аномалій розвитку плода тощо.

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

Алгоритм ведення вагітності та пологів при тазовому передлежанні

Перебіг вагітності при тазових передлежаннях аналогічний перебігу вагітності при головному передлежанні. В терміні 30 тижнів з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати наступне:

1. Положення на боці, протилежному позиції плода;
 2. Колінно-ліктьове положення 2-3 рази на добу по 15 хвилин.
- З 32 до 37 тиж. призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ.

У терміні 38 тижнів визначають необхідність госпіталізації до акушерського стаціонару.

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

Показання:

- передбачувана маса плода < 3700,0 г,
- нормальні розміри малого таза;
- задовільний стан плода за БПП та відсутність аномалій розвитку;
- нормальний тонус матки, цілий плодовий міхур;

Протипоказання:

- ускладнення перебігу вагітності;
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез;
- багатоплідна вагітність;
- анатомічно вузький таз
- III ступінь розгинання голівки за даними УЗД;
- передлежання плаценти;
- тяжка екстрагенітальна патологія;
- рубець на матці,
- гідроцефалія;
- аномалій розвитку матки;
- пухлини матки та придатків матки.

Ведення пологів, консервативне ведення пологів:

- Оцінити показання, упевнитися в тому, що є всі необхідні умови для безпечного проведення пологів через природні пологові шляхи і відсутні показання до кесарева розтину (маса плода >3700, ножне передлежання, розгинання голівки плода, гідроцефалія)
- Слідкувати за перебігом I періоду пологів шляхом ведення партограми реєстрації КТГ протягом 15 хвилин кожні 2 години;
- У разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадіння пуповини;
- II період пологів вести з мобілізованою веною для внутрішньовенного введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину NaCl (до 20 крапель за хвилину);
- Проведення епізіотомії за показаннями; пудендальної анестезії;
- II період пологів ведуть у присутності анестезіолога, неонатолога.

Поперечне і косе положення плода

Поперечне і косе положення плода відносяться до неправильних положень. Позиція плода при цих положеннях визначається по голівці. При розташуванні голівки плода зліва - перша позиція, справа - друга позиція. Вигляд плоду визначається також як і при подовжньому положенні по відношенню спинки до передньої або задньої стінки матки.

Перебіг вагітності і пологів

Під час вагітності при неправильних положеннях плоду найбільш частими ускладненнями є допологове вилиття навколоплідних вод зважаючи на відсутність внутрішнього поясу прилягання, а також передчасні пологи. Якщо причиною неправильного положення плоду є передлежання плаценти, то можлива кровотеча.

Ускладненням першого періоду пологів найчастіше також є несвоєчасне вилиття навколоплідних вод. Тривалий безводий проміжок (більше 12 годин), як правило, сприяє інфікуванню плодового яйця, матки і поширенню інфекції на черевну порожнину.

Інтенсивне вилиття навколоплідних вод в першому періоді пологів обмежує рухливість плоду, супроводжується випадінням пуповини або ручки плоду, вбиванням в малий таз одного з плічок. Цей стан носить назву запущеного поперечного положення плоду. Матка, що скоротилася, обмежує кровопостачання плаценти. При пологовій діяльності, що продовжується, і відсутності просування плоду відбувається спочатку перерозтягання нижнього сегменту, а потім і розриви матки.

Ведення вагітності і пологів

Вагітність в I і II триместрах протікає зазвичай без особливостей. У III триместрі, до 34-35 тижні, у зв'язку з великою рухливістю плоду, наявність його поперечного або косого положення носить назву нестійкого, яке надалі часто переходить в подовжнє.

Поперечне і косе положення плода є показаннями для операції кесаревого розтину у плановому порядку.

Аномалії пологової діяльності

Аномалії пологової діяльності – це стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів і потуг не забезпечують динамічного, просування плода й вигнання його без порушення біомеханізму пологів.

Етіопатогенез аномалій пологової діяльності

1. Захворювання репродуктивної системи: рубець на матці, запальні захворювання жіночих статевих органів, аномалії розвитку статевих органів, міома матки.

2. Акушерські чинники: передчасне відходження навколоплідних вод, диспропорція між розмірами голівки плода і таза матері, "незріла шийка матки", перерозтягнення матки у зв'язку із багатоводдям і багатоплідністю, тазове передлежання плода, пізні гестози, плацентарна дисфункція.

3. Загальносоматичні захворювання, інфекції, інтоксикації, захворювання центральної нервової системи, нейроендокринні порушення різного генезу, ожиріння, психоемоційні стани, анемії.

4. Фактори, обумовлені впливом організму плода: макросомія плода, гіпотрофія плода, хромосомні аберації, переносування вагітності, імуноконфліктна вагітність

5. Ятрогенні фактори: необґрунтоване й несвоєчасне застосування засобів, які стимулюють пологи, несвоєчасна амніотомія, неадекватне знеболювання пологів.

Класифікація аномалій пологової діяльності

1) Гіпоактивність або інертність матки (рідкі, короткі, слабкі перейми);

2) Гіперактивність матки (надмірно сильні, судомні перейми);

3) Дискоординація маткових скорочень (нерівномірні, безладні, спастичні перейми).

Клінічна класифікація аномалій пологової діяльності (ВООЗ, 1995)

Первинна слабкість пологової діяльності:

відсутність прогресуючого розкриття шийки матки;

первинна гіпотонічна дисфункція матки.

Вторинна слабкість пологової діяльності:

припинення переймів у активній фазі пологів;

вторинна гіпотонічна дисфункція матки.

Інші види аномалій пологової діяльності:

атонія матки;

хаотичні перейми;

слабкі перейми.

Стрімкі пологи

Гіпертонічні, некоординовані і зтяжні скорочення матки:

дистоція шийки матки;

дискоординована родова діяльність;

гіпертонічна дисфункція матки;

тетанічні скорочення.

Діагноз аномалій родової діяльності встановлюється після динамічного спостереження за роділлем протягом 8 годин у латентній фазі й 4 годин в активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просування передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми. Характер родової діяльності визначається на підставі оцінки трьох основних процесів:

- 1) динаміки маткових скорочень;
- 2) динаміки розкриття шийки матки;
- 3) динаміки просування передлеглої частини плода по родовому каналу.

Слабкість пологової діяльності.

Розрізняють первинну й вторинну слабкість родової діяльності.

Первинною - називають слабку родову діяльність, що виникає на самому початку пологів і триває протягом періоду розкриття, може продовжуватися й до кінця пологів. Проявляється ослабленням сили перейм, зменшенням частоти та вкороченням їх, подовженням інтервалів між переймами. Збільшується тривалість періоду розкриття, уповільнюється або припиняється просування передлеглої частини. Слабкість родової діяльності, що виникає після періоду тривалої регулярної родової діяльності, називають **вторинною**.

Слабкість потуг характеризується їхньою недостатністю, її відносять зазвичай до вторинної слабкості родової діяльності.

Діагноз слабкості родової діяльності можна поставити протягом 4 - 6 годин клінічного спостереження й протягом 2-х годин при використанні гістерографії.

Лікування слабкості родової діяльності:

При порушенні прогресу пологової діяльності слід провести амніотомію. При цьому відзначають колір навколоплідних вод, стан плода. Якщо протягом 1 години після проведення амніотомії не розвивається активна пологова діяльність, починають стимуляцію окситоцином.

Умови призначення утеротонічних засобів:

- відсутність плодового міхура;
- відповідність розмірів плода й таза матері.

Протипоказання до призначення утеротонічних засобів:

- клінічно вузький таз;
- оперована матка;
- неправильні положення плода;
- дистрес плода;
- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально й низько розташованої плаценти;
- рубцові зміни шийки матки;

З метою внутрішньовенної інфузії 2 мл окситоцину (10 ОД) розчиняють в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Обов'язкове проведення катетеризації ліктьової вени для забезпечення активної поведінки роділлі. Починається введення зі швидкістю 6-8 крапель/хв. (0,5-1,0 мл/хв.). При досягненні ефекту через 10 хвилин швидкість введення залишається попередньої. У випадку відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 10 хвилин на 6 крапель (0,5 мл/хв). Максимальна швидкість введення не повинна перевищувати 40 крапель в одну хвилину.

Критерієм досягнення регулярної адекватної родової діяльності матки вважається наявність 3 – 4 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40-50 сек. Використання окситоцину і простагландинів повинно супроводжуватись ретельним моніторингом за прогресом пологової діяльності, станом матері та плода. Передозування приводить до розвитку гіпертонусу матки, погіршується маточно-плацентарний кровообіг, розвивається дистрес плода, зростає загроза відшарування плаценти, ризик родової травми

й хірургічного втручання за невідкладними показаннями.

При поєднанні слабкості родової діяльності й дистресу плода проводять розродження шляхом кесаревого розтину.

Вторинна слабкість родової діяльності проявляється ослабленням сили перейм, зменшенням частоти та вкороченням їх, подовженням інтервалів між переймами. Збільшується тривалість періоду розкриття, уповільнюється або припиняється просування передлеглої частини. Відзначається виражене стомлення роділлі. Можуть з'явитися симптоми хоріонамніоніту, та дистресу плода.

Діагностика: оцінка перейм, розкриття маткового зів'язу й просування передлеглої частини. Динамічне спостереження за цими параметрами за допомогою зовнішнього й внутрішнього акушерського дослідження цілком дозволяє вчасно поставити правильний діагноз.

Тактика ведення пологів залежить від ступеня розкриття шийки матки, положення голівки в малому тазі, стану плода й супутньої акушерської або соматичної патології. Якщо плодовий міхур цілий, то лікування починають із амніотомії. Можливо, це призведе до посилення родової діяльності й інших втручань не буде потрібно.

Якщо вторинна слабкість настає, коли голівка перебуває в широкій або вузькій частині порожнини малого таза, родостимуляцію призначають відразу (внутрішньовенне введення окситоцину за схемою). При відсутності ефекту від родостимуляції, залежно від акушерської ситуації проводять кесарів розтин, накладають акушерські щипці або вакуум-екстрактор, виконують перинео - або епізіотомію.

Надмірно сильна пологова діяльність (стрімкі пологи) - дисфункція скорочувальної діяльності матки. Сильні перейми відбуваються через короткий проміжок часу, частота скорочень матки більше 5 протягом 10 хвилин, що сприяє швидкому й повному розкриттю шийки матки.

Швидкими вважають пологи, які тривають менше 6 годин у первісток і менше 4 годин у повторнонароджуючих, стрімкими - відповідно менше 4 і 2 годин. Швидкі пологи призводять до виникнення травм у матері (глибокі розриви шийки матки, вагіни, промежини), плода (розрив пуповини, крововилив в головний мозок новонародженого, кефалогематоми), передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, гіпотонічної кровотечі,

Лікування полягає в немедикаментозному корегуванні сили й частоти переймів. Роділля повинна лежати на боці, протилежному позиції плода. При розкритті шийки матки менше 6 см і відсутності протипоказань до застосування β 2-адреноміметиків, для зменшення інтенсивності родової діяльності можливе застосування токолізу β 2-адреноміметиками, які покращують плацентарний та матковий кровообіг і стан плода. Для проведення токолізу гексопреналин 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду й вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв до 10-15 крапель/хв. під спостереженням за активністю перейм (В). Також для токолізу використовують інші бета-міметики.

Дискоординована пологова діяльність - порушення координації скорочень різних відділів матки. Клінічна картина характеризується гіпертонусом нижнього сегмента, нерегулярними, сильними, різко болючими переймами й нагадує болі, як при загрозі розриву матки.

Клініка:

- 1) болісні, нерегулярні перейми, які іноді мають постійний характер;
- 2) плоский плодовий міхур;
- 3) передчасне або раннє відходження навколоплідних вод;

Інші клінічні ознаки дискоординованої родової діяльності:

- відсутність динаміки розкриття шийки матки;
- уповільнення або відсутність просування голівки плоду;
- судомні перейми (тетанія матки); .

Лікування. Проведення токолізу (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв до 10-15 крапель/хв) не перевищуючи 15-20 крапель/хв під спостереженням за активністю переймів; епідуральна анестезія. На всіх етапах лікування аномалій родової діяльності повинно проводитися спостереження за станом плода й здійснюватися немедикаментозна профілактика дистресу плода (зміна положення роділлі, регуляція дихання). У третьому періоді пологів застосовують активну тактику ведення й спостереження за роділлею. За умови наявності протипоказань до корекції родової діяльності, при неефективності медикаментозної корекції аномалій родової діяльності методом розродження є операція кесаревого розтину.

Профілактика. Створення комфортних умов під час пологів, які включають: вживання їжі та рідини, індивідуальна пологова палата, вертикальна позиція, можливість рухатись під час пологів.

Пологовий травматизм матері

Класифікація :

I. За локалізацією процесу:

1. Травми зовнішніх статевих органів.
2. Розриви промежини і піхви.
3. Гематоми вульви, піхви.
4. Розриви шийки матки.
5. Розриви матки.
6. Виворіт матки.
7. Акушерські нориці.
8. Акушерська травма кісткового тазу.

II. За патогенетичними ознаками:

1. Насильні травми, які виникають під час втручання (акушерська допомога, операції).
2. Мимовільні (спонтанні) ушкодження, які виникають без зовнішнього впливу.

Травми зовнішніх статевих органів.

Розриви промежини.

Класифікація:

I. За патогенетичними ознаками:

- вимушені, що трапляються під час акушерських операцій, «захисту» промежини;
- мимовільні (спонтанні), які виникають без зовнішнього впливу.

II. За клінічними ознаками:

- загроза розриву;
- завершений розрив.

III. За ступенем тяжкості:

Розрив 1-го ступеня – поверхневий, за якого порушується цілість однієї лише задньої спайки та стінки піхви і який не ушкоджує м'язовий шар.

Розрив 2-го ступеня характеризується розривом *centrum tendineum perinei*, *musculus bulbocavernosus*, *musculus superficialis et profundus* та стінки піхви.

Розрив 3-го ступеня: до ушкоджень, які трапляються при розривах 1-го і 2-го ступенів, додаються розриви м'язів зовнішнього сфінктера прямої кишки (*musculus sphincter ani externus*) та слизової оболонки прямої кишки.

Розрив 3-го ступеня за клінічним перебігом підрозділяють на повний (розрив *musculus sphincter ani externus* і передньої стінки прямої кишки, стінки піхви) і неповний (розрив *musculus sphincter ani externus* та стінки піхви).

Окремо вирізняють центральний розрив промежини (*ruptura perinea centralis*) – несправжній (*artificialis*) хід між задньою спайкою і *musculus sphincter ani externus*.

Критерії загрози розриву промежини:

- синюшність шкіри промежини;

- набряк та своєрідний блиск промежини з послідуною блідістю шкіри.

Критерії розриву промежини:

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

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

- висікання (excidere) розміжчених тканин;
- перший шов накладають на 0,5 см вище верхнього кута рани;
- прошивають дно рани;
- поєднують одноіменні края рани.

Особливості накладання швів при розриві промежини 3-го ступеня:

- накладання швів на м'язово-підслизовий шар прямої кишки;
- відновлення цілості сфінктера;
- накладання швів на м'язи тазового дна, слизову оболонку піхви, шкіру промежини.

Профілактика розривів промежини включає кваліфіковане ведення вагітної та пологів і своєчасну епізію-, перінеотомію.

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

Клініка і діагностика. Розриви піхви проявляються кровотечею з місця розриву (дефект тканин). Діагностика не становить труднощів. Огляд піхви в дзеркалах допомагає оцінити локалізацію, рука акушера - глибину розрива. Ушивання розривів піхви виконують поетапно, залежно від глибини рани, вузлуватими окремими вікриловими швами. Профілактика розривів піхви полягає у раціональному веденні пологів.

Гематоми вульви та піхви (hematome vulve, colpos) являють собою крововилив у клітковину органів внаслідок розриву судин.

Малі гематоми перебігають безсимптомно, великі – проявляються болем у ділянці великих статевих губ, промежини, прямої кишки, супроводжуються прогресуючою анемізацією організму. Огляд гематоми констатує наявність тугої напруженої «пухлини» синюшного кольору, яка іноді пульсує. Гематома може сама розкриватися, що супроводжується зовнішньою кровотечею. При інфікуванні гематоми відмічається посилення болю, пульсуючий його характер, гіпертермія (гектичний тип температури), лейкоцитоз крові, прискорення ШОЄ.

Діагностичні критерії:

- при огляді спостерігається пухлиноподібне утворення, синьо-багрового забарвлення;
- при гематомі вульви – великі та малі губи набряклі, напружені, багрового забарвлення;
- гематоми піхви частіше виникають в нижніх відділах;
- при невеликих за розміром гематомах немає суб'єктивних відчуттів;
- при швидкому збільшенні у розмірах крововиливу з'являється відчуття тиску, розпирання, пекучий біль, при лабораторному дослідженні – ознаки анемії;
- при інфікуванні гематоми відмічається посилення болю, пульсуючий його характер, підвищення температури тіла із зниженням її в ранковий час (гектичний тип температури), в крові – лейкоцитоз, прискорення ШОЄ.

Лікування. Великі гематоми, а також малі, що продовжують збільшуватися, потребують оперативного лікування. Над гематомою розрізають тканини, видаляють згустки, рідку кров: спорожнюють гематому, виявляють розірвану судину і прошивають її (лігують). Якщо неможливо відшукати кінці судин, кровоточиву тканину обшивають 8-подібними швами. Рану зашивають і дрениують. На тканини накладають рідкі шви, тампують піхву, прикладають пузир з льодом. Одночасно проводять комплекс заходів,

спрямованих на профілактику або лікування анемізації організму і гнійно-септичних ускладнень.

У разі сростання гематоми, прогресуванні анемізації організму, ознаках геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язки внутрішньої клубової артерії. Через 5-6 днів виконують розтинання гематоми та її дренування для профілактики інфікування. Профілактика даної патології потребує раціонального ведення пологів, своєчасного визначення показань до розродження шляхом абдомінального кесаревого розтину.

Травматичні ушкодження шийки матки – розриви можуть бути від поверхневих до тяжких і супроводжуватись акушерською кровотечею.

Класифікація:

1. За патогенетичними ознаками:

Спонтанні (мимовільні);

Вимушені.

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

1-й ступінь – довжина рани до 2 см (1/3 довжини шийки);

2-й ступінь – розрив перевищує 2 см (2/3 довжини шийки), не досягаючи склепіння піхви;

3-й ступінь – розрив досягає склепіння піхви; іноді він переходить на тканини склепіння піхви, параметрія, продовжується на нижній сегмент матки.

Клініка розриву шийки матки: кровотеча яскраво-червоною кров'ю, яка починається після народження дитини. Кров витікає струменем. Розриви шийки матки 1-го ступеня можуть перебігати безсимптомно. Інтенсивність кровотечі зумовлена калібром ураженої судини.

Діагностується розрив під час огляду шийки матки у дзеркалах. Розрив шийки матки ушивають вузлуватими кетгутовими швами.

Тактика лікування:

Техніка виконання: затискачі накладають по боках рани, і шийку матки зводять у бік, протилежний розриву. Важливо оголити верхній край рани з боку рогів vaginalis і переконатися щодо глибини розриву внутрішньої поверхні. Перший шов накладають на 1.0-1,5 см вище верхнього кута рани, подальші – на відстані 0,5-0,7 см з обох боків від країв рани. Лігатури ниток зрізають.

Розривом матки називається травматичне ушкодження цілості органа під час вагітності або пологів.

Класифікація:

I. За часом виникнення:

- розрив матки вагітної;

- розрив матки роділлі.

II. За патогенетичними ознаками:

1. Спонтанні, або мимовільні розриви матки:

- типові механічні (при механічних перешкодах для розродження);

- атипові гістопатичні (при патологічних змінах стінки матки);

- механіко-гістопатичні (за наявності механічної перешкоди та патологічних змін стінки матки).

2. Вимушені розриви матки:

- травматичні;

- змішані.

III. За клінічним перебігом:

- Ризик розриву матки.

- Загрожуючий розрив матки.

- Завершений розрив матки.

IV. За характером ушкодження:

- Неповний розрив, який не проникає в черевну порожнину.
- Повний розрив, що проникає в черевну порожнину.

V. За локалізацією розриву:

- Розрив у дні матки.
- Розрив у тілі матки.
- Розрив у нижньому сегменті.
- Відрив матки від склепіння піхви.

VI. За відношенням до суміжних органів:

- «чисті» розриви (травмується лише матка).
- «поєднані» розриви (травмуються суміжні органи)

Клініка розриву матки залежить від стадій патологічного процесу.

Клініка загрози розриву матки:

- часті, надмірно болісні перейми; роділля збуджена, кричить від болю, не знаходить собі місця, обличчя червоне, пульс частий, температура підвищена, язик сухий;
- матка напружена, болісний нижній сегмент, круглі зв'язки матки сильно напружені та болісні;
- контракційне кільце розташовується у косому напрямку на рівні пупка та вище; матка набуває форми «піщового годинника»;
- непродуктивна та мимовільна пологова діяльність при передлеглої частині плоду над входом до малого тазу;
- серцебиття плоду ледь прослуховується;
- припухлість надлобкової зони (набряк передміхурової клітковини);
- набряк шийки матки, тканин піхви й промежини;
- позитивний симптом Генкель – Вастена;
- болісність матки при пальпації;
- родова пухлина на голівці плода поступово заповнює порожнину малого тазу.

Розрив матки, що відбувся. Класичні клінічні ознаки загрози та розриву матки завершуються :

- «кинджальним» болем у животі;
- характерна для цього стану виразна еректильна фаза шоку;
- пологова діяльність припиняється;
- нарастають симптоми больового і геморагічного шоку, клінічні симптоми внутрішньочеревної кровотечі;
- змінюється форма живота (матка скорочується і відхиляється в сторону, через передню черевну стінку визначаються окремі дрібні частини плода);
- кров'яними (сукровичними) виділеннями з піхви;
- плід помирає в утробі матері.

Клінічні ознаки при неповному розриві матки:

- плід знаходиться в порожнині матки;
- пологова діяльність не завжди припиняється;
- поряд з маткою з боку розриву з'являється і збільшується гематома;
- на боці гематоми – біль, що іррадіює в нижні кінцівки, виразний біль внизу живота, попереку;
- клінічні симптоми внутрішньої кровотечі й геморагічного шоку.

Ознаки розриву матки по рубцю:

- особливості анамнестичних даних (після кесаревого розтину менше 2 років; гнійно-септичні ускладнення в післяпологовому періоді);
- симптоми неповноцінного рубця на матці (позитивний симптом «ніші»);
- у пологах слабкі перейми при слабкій пологовій діяльності;
- розрив матки при цілому плодовому міхурі.

- біль у ділянці рубця;
- біль посилюється з початком пологової діяльності і не зникає між переймами;
- передлегла частина плода не просувається;
- з'являються нудота, блювання;
- змінюється частота серцебиття плода (брадикардія);
- розрив відбувається на фоні слабкості пологової діяльності або її дискординації.

Алгоритм дії лікаря.

Кесарський розтин у жінок із ризиком розриву матки виконується при:

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

Лікування. Клінічні ознаки загрози розриву матки потребують надання ургентної допомоги на місці. Транспортування роділлі погіршує її стан, що може прискорити розрив матки. У першу чергу необхідно припинити або ослабити пологову діяльність: ввести роділлю у стан глибокого наркозу (ендотрахеальний ефірно-кисневий наркоз або наркоз сумішшю закису азоту з киснем у поєднанні з препаратами – міорелаксантами й апаратурною штучною вентиляцією легень; у надзвичайних ситуаціях допустимо використання маски Есмарха). Тільки у стані глибокого наркотичного сну і повного розслаблення матки роділлю можна перекласти на каталку і транспортувати до операційної. Обережно виконують операцію кесаревого розтину. Якщо несвоєчасно або неповноцінно надати допомогу, загроза розриву матки прогресує і переходить у завершений розрив.

Терапія завершеного розриву матки включає застосування ургентних «реанімаційних заходів» (повноцінне знеболювання, припинення кровотечі, тривала штучна вентиляція легень та трансфузійно-інфузійна терапія). Хірургічне втручання передбачає термінову лапаротомію, екстирпацію матки, ревізію органів черевної порожнини. У післяпологовому періоді продовжують інтенсивну інфузійно-трансфузійну терапію, реабілітаційні заходи.

Показання до органозберігаючої операції:

- неповний розрив матки;
- лінійний розрив з чіткими краями;
- відсутність ознак інфекцій;
- невеликий безводний проміжок;
- збережена скоротлива спроможність матки.

Показання до екстирпації матки:

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

Показання до екстирпації матки з матковими трубами:

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

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

Післяпологовим виворотом матки називається патологічний стан, за якого внутрішня поверхня матки вивертається назовні. В акушерській практиці післяпологовий виворот

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

Акушерський виворот матки буває:

- Гострий (швидкий) повний.
- Гострий (швидкий) неповний (частковий).

За патогенетичними ознаками:

- Спонтанний.
- Насильний.

Клініка. Акушерський виворот матки супроводжується раптовим сильним болем внизу живота (колапсом); шокним станом (свідомість затьмарена, шкіра і слизові оболонки бліді, холодний піт на обличчі, зіниці розширені; пульс частий, слабкого наповнення); матковою кровотечею. Під час спеціального обстеження виявляють між стегнами роділлі пухлиноподібне утворення яскраво-червоного кольору, м'якої консистенції, що кровоточить.

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

Лікування при гострому акушерському вивороті матки комплексне, поетапне і зводиться до боротьби з больовим і геморагічним шоком і репозиції матки. Профілактика гострого акушерського вивороту матки полягає в раціональному веденні пологів, і особливо третього пологового та раннього післяпологового періодів.

Післяпологовими норицями називаються штучні патологічні ходи між піхвою і прямою кишкою або піхвою і сечовим міхуром.

Післяпологові мимовільні нориці утворюються внаслідок тривалого стиснення тканин та розвитку некрозу з подальшим відторгненням тканин. Головною причиною мимовільних післяпологових нориць є тривале стояння голівки плода в одній і тій же площині малого тазу. Тривале стиснення тканин призводить до порушення кровообігу, ішемії, набряку, некрозу і відторгнення. Утворенню таких станів сприяють вузькі тазу, асинклітизм, великий плід, аномалія пологової діяльності тощо. Нориці також виникають внаслідок пологового травматизму піхви, сечового міхура, прямої кишки під час акушерських операцій.

Класифікація.

I. За локалізацією процесу:

1. Сечостатевої (між сечовим міхуром або сечівником і піхвою).
2. Прямокишково-піхвової (між стінкою прямої кишки і піхвою).

II. За патогенетичними ознаками:

1. Мимовільні.
2. Штучні.

Клініка. Клінічні ознаки перебігу післяпологових нориць полягають у мимовільному сечовиділенні або відходженні кишкових газів із піхви. Іншими словами, наявні атипові виділення з піхви (сеча, гази, кал) на 5-6-ту добу післяпологового періоду. Відторгнення некротизованих тканин супроводжується субфебрильною температурою тіла, ознобом, затримкою сечовиділення, набряком тканин суміжних органів й утворенням атипового отвору (нориці).

Діагностика післяпологових нориць не становить труднощів під час огляду піхви у дзеркалах. За необхідності застосовують інструментальні методи діагностики (цистоскопія, введення до сечового міхура забарвленої рідини).

Лікування породіллі при післяпологових норицях оперативне.

Профілактика післяпологових нориць полягає у плануванні вагітності;

раціональному веденні пологів.

Розходження (травма) лобкового симфізу – розходження лобкових кісток більш як на 2,0 мм.

Класифікація за ступенем тяжкості:

1-й ступінь – розходження 5-9 мм (норма 1,5 мм);

2-й ступінь – розходження 10-20 мм;

3-й ступінь – розходження більше 20 мм.

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

Лікування породіллі з розривом лобкового симфізу визначається ступенем розходження кісток. Незалежно від тяжкості процесу призначають постільний режим, вітаміни групи В, вітамін D – 5000 МО тричі на добу, кальцію гліцерофосфат 0,5 г тричі на добу, збалансований комплекс макро- і мікроелементів. У разі розходження лобкових кісток 1-го ступеня призначають постільний режим протягом 3-4 тижнів, який включає поперемінне положення тіла то на лівому, то на правому боці. На ділянку великого вертлюга кладуть подушку з піском масою до 5 кг. Розходження лобкових кісток 2-3го ступенів потребує застосування пов'язки типу «гамак» протягом 4-6 тижнів. За відсутності ефекту від консервативної терапії проводять оперативне лікування.

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

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Породілля поступила в пологовий будинок через 9 годин від початку регулярної пологової діяльності. Перейми по 20-25 секунд, через 6-7 хвилин, задовільної сили. Дані внутрішнього акушерського дослідження: піхва вузька, шийка матки центрована, довжиною 1,5 см, м'яка, розкриття шийки матки 2,0 см. Плодовий міхур цілий. Мис не досяжний. Екзостозів в малому тазу немає.

Яка аномалія пологової діяльності ускладнила перебіг пологів?

Вкажіть тактику ведення пологів.

Відповідь: Первинна слабкість пологової діяльності. Амніотомія, в/в крапельним введення окситоцину.

Клінічна ситуація 2

Після народження плода у породіллі спостерігаються помірні кров'яні виділення з піхви за відсутності ознак відділення плаценти. Через 5 хв плацента самостійно відділилася з усіма часточками і оболонками. Загальна крововтрата 250 мл. Матка добре скоротилася, але кров'яні виділення з невеликими згортками крові продовжуються. При огляді у дзеркалах виявлено розрив шийки матки до 2 см.

Яке ускладнення пологів виникло?

Вкажіть тактику ведення пацієнтки.

Відповідь: Розрив шийки матки 1 ступеня. Ушивання розриву шийки матки.

ТЕМА 34

«Кровотечі під час вагітності, в пологах та в післяпологовому періоді. Геморагічний шок. ДВЗ-синдром. Інтенсивна терапія і реанімація при кровотечах в акушерстві»

Мета: Навчити проводити діагностику, методи лікування і профілактики при кровотечах в пологах, послідовому і ранньому післяопераційному періодах, геморагічному шоці, ДВЗ-синдромі. Оволодіти навичками оцінки крововтрати під час вагітності, пологів і в ранньому післяродовому періоді. Відпрацювати виконання операції ручного обстеження порожнини матки (на фантомі). Відпрацювати виконання операції ручного відділення плаценти і видалення посліду (на фантомі). визначити крововтрату у породіллі. Сформувати чітке уявлення про послідовність надання допомоги при крововтратах під час вагітності, пологів і в ранньому післяродовому періоді.

Основні поняття:

- Кровотечі під час вагітності, в пологах та в післяпологовому періоді. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика.
- Алгоритм дій лікаря та методи боротьби з кровотечею.
- Геморагічний шок.
- ДВЗ-синдром.
- Сучасні підходи до інфузійно-трансфузійної та інтенсивної терапії і реанімації при кровотечах в акушерстві.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. У першоронароджуючої 22 років після народження плоду вагою 4000 г почалася кровотеча з пологових шляхів. Крововтрата 20 % ОЦК, АТ-100/60 мм рт.ст., Рс-100 уд/хв, шоківий індекс 1. Встановіть діагноз:

- А. Геморагічний шок II ст.
- В. Геморагічний шок I ст.
- С. Геморагічний шок III ст.
- Д. Тромбогеморагічний синдром
- Е. Септичний шок

2. У першонароджуючої тривалість першого періоду пологів склала 18 год., другого – 1 год. 20 хв., третього - 15 хв.. В третьому періоді почалася кровотеча, яка продовжується і після народження цілого посліду. Матка м'яка. При огляді в дзеркалах пологові шляхи цілі. Яка тактика ведення пацієнтки?

- А. Інструментальна ревізія порожнини матки
- В. Надпихова ампутація матки
- С. Екстирпація матки
- Д. Спостереження
- Е. Введення утеротоніків

3. У 24-річної жінки після пологів через природні пологові шляхи почалася кровотеча. Послід цілий. Після введення засобів, що скорочують, матка добре скорочується, але потім знов розслабляється, що супроводжується посиленням кровотечі. Вкажіть найвірогіднішу причину кровотечі:

- А. Пошкодження шийки матки.

- В. Атонія матки.
- С. Розрив матки.
- Д. Затримка частини плаценти.
- Е. Гіпотонія матки.

4. Породілля поступила в пологовий будинок з пологовою діяльністю і незначними кров'яними виділеннями з піхви, що припинилися. Стан важкий, шкіра бліда, свідомість спутана. АТ 80/40 мм рт.ст. Серцебиття плоду не визначається. В анамнезі кесарів розтин 1 рік тому. Встановіть діагноз:

- А. Передлежання пуповини.
- В. Передлежання плаценти.
- С. Розрив матки.
- Д. Відділення слизистої пробки з шийки матки.
- Е. Передчасне вилиття навколоплідних вод.

Вірні відповіді: 1 – А; 2 – Е; 3 – Е; 4 – С.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

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

Клінічна оцінка

- Оцінка анамнезу (в разі стабільного стану матері, в разі непритомного стану жінки – опитування родичів);
- Оцінка об'єму та характеру виділень (свіжа або застаріла кров);
- Термінова оцінка ступені тяжкості кровотечі та лікування, на яке потребує вагітна.

В оцінці величини крововтрати в разі ДК важливу роль відіграють клінічні ознаки ГШ шоку. Стан плода – є важливим індикатором ступеню тяжкості ДКта гіповолемії.

Величину кровотрати в разі ДК визначають як:

Кровомазання – плями крові на білизні та гігієнічних прокладках;

Мала кровотеча – кровотрата оцінена до 250 мл, яка зупинилась;

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

Масивна кровотеча – крововтрата більше ніж 1000 мл та/або ознаки ГШ;

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

ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛАЦЕНТИ

Передлежання плаценти (placenta praevia) – ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки.

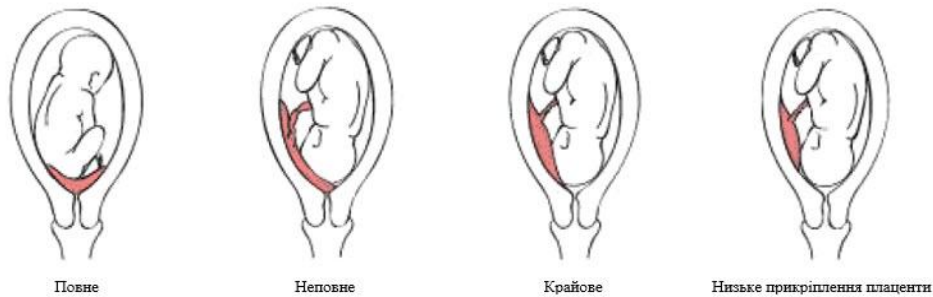
Класифікація аномального розташування плаценти:

1. **Повне передлежання (placenta praevia totalis)** – плацента повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки.

2. **Неповне передлежання плаценти (placenta praevia partialis)** – плацента частково перекриває внутрішнє вічко шийки матки.

3. **Крайове передлежання (placenta praevia marginalis)** – край плаценти доходить до внутрішнього вічка.

4. **Низьке прикріплення плаценти** – розташування плаценти у нижньому сегменті матки нижче 7 см від внутрішнього вічка без його перекриття. Зі збільшенням терміну вагітності, вид передлежання плаценти може змінюватись.



Фактори, що сприяють розвитку передлежання плаценти: передлежання плаценти при попередній вагітності; попередні кесареві розтини; попереднє переривання вагітності; багатонароджуючі (5+); вік матері >40 років; багатоплідна вагітність; паління; недостатність ендометрію внаслідок: рубця на матці, ендометриту, ручного видалення плаценти, кюретажу, субмукозної фіброміоми матки, допоміжні репродуктивні технології.

Клінічна картина передлежання плаценти

Абдомінальне УЗД в 18-20 тиж. вагітності для визначення локалізації плаценти. Якщо край плаценти досягає або перекриває внутрішнє вічко – трансвагінальне УЗД в 26-28 тиж. При підтвердженні діагнозу – госпіталізація в стаціонар до розродження.

Якщо край плаценти знаходиться < ніж на 20 мм від внутрішнього вічка або перекриває його на 20 мм після 26 тиж. вагітності – можливі клінічні прояви ПП. В разі відсутності клінічних проявів – повторне трансвагінальне УЗД дослідження.

Якщо після 35-36 тиж. вагітності край плаценти знаходиться > ніж на 20 мм від внутрішнього вічка – можна прогнозувати успішні вагінальні пологи.

Будь-яке перекриття внутрішнього вічка плацентою після 35-36 тиж. вагітності (> 0-20 мм) – кесарів розтин (КР).

Жінки з передлежанням плаценти та КР в анамнезі мають високий ризик виникнення патології прикріплення плаценти (істинне прирощення плаценти – pl. accreta/increta/percreta).

УЗ-ознаки істинного прирощення: втрата анехогенної ретроплацентарної зони; наявність непостійної анехогенної ретроплацентарної зони; утончення/відсутність гіперехогенної межі між маткою та сечовим міхуром; наявність локальних екзофітних мас, що проникають у сечовий міхур; патологічні плацентарні лакуни.

Допплерографічні ознаки істинного прирощення плаценти (кольоровий доплер): дифузний або локальний лакунарний кровообіг; васкулярні озера з турбулентним кровообігом (пікова систолічна швидкість вище 15 см/сек); підвищена васкуляризація межі між маткою та сечовим міхуром; значне розширення судин надпериферійної субплацентарної зони.

Діагностика

1. Збір анамнезу: опитування вагітної з метою виявлення факторів ризику.
2. Оцінити клініку – поява кровотечі, без болю та підвищення тону мати.
3. Обережне зовнішнє акушерське обстеження (високе розташування передлеглої частини; тонус матки не підвищений; аускультативно в ділянці нижнього сегменту може визначатися шум плаценти; може визначатись неправильне положення плода). *У разі значної кровотечі уточнення характеру передлежання не має сенсу, оскільки акушерська тактика визначається об'ємом крововтрати та станом вагітної.*
4. Огляд шийки матки і піхви в дзеркалах виключно в умовах розгорнутої операційної (дозволяє виключити інші джерела кровотечі – розрив варикозних вузлів піхви, рак шийки матки).
5. УЗД має високу інформативну цінність у визначенні локалізації плаценти та виду передлежання.

Диференційна діагностика проводиться із захворюваннями, які супроводжуються кровотечами (ПВНРП; розривом матки; розривом варикозних вузлів в ділянці вульви і піхви; раком шийки матки).

Лікування та акушерська тактика при передлежанні плаценти

Кровотеча в II половині вагітності є терміновим показанням для госпіталізації. Тактика лікаря залежить від об'єму крововтрати та інтенсивності кровотечі; стану жінки та плода; виду передлежання плаценти; терміну вагітності; ступеня зрілості легенів плода.

Акушерська тактика при недоношеній вагітності:

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

1. У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів ГШ, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легенів плода при вагітності до 37 тижнів – вичікувальна тактика. Проводиться: госпіталізація; токолітична терапія за показаннями; прискорення дозрівання легень плода до 34 тижнів вагітності (дексаметазон 6 мг через 12 годин протягом 2 діб); моніторне спостереження за станом вагітної та плода.
2. У разі прогресування кровотечі (>250 мл), появі симптомів ГШ, дистресу плода, незалежно від стану плоду та терміну вагітності – термінове розродження шляхом КР.

Акушерська тактика при доношеній вагітності:

1. При крововтраті до 250 мл. УЗД надає можливість встановити діагноз передлежання плаценти, якщо він не був встановлений раніше. Огляд в дзеркалах в умовах операційної (окрім випадків, передлежання плаценти, встановленого УЗД) для встановлення джерела кровотечі, оцінки стану шийки матки та її розкриття.

- у разі крайового передлежання плаценти, можливості досягнення амніотичних оболонок та головного передлежання плода, активних скороченнях матки, виконується амніотомія. При відновленні кровотечі – КР. При припиненні кровотечі пологи ведуться через природні пологові шляхи. Після народження плода – в/м введення 10 ОД окситоцину, спостереження за скороченням матки та характером виділень із піхви;
- при повному або неповному передлежанні плаценти, неправильному положенні плода (косе/поперечне) чи тазовому передлежанні виконується КР.

2. При крововтраті >250 мл – терміновий КР.

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

ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

Класифікація ПВНРП:

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



А

Б

А – центральне відшарування (внутрішня кровотеча); Б – крайове відшарування (зовнішня кровотеча)

Фактори ризику ПВНРП: ПВНРП в попередній вагітності; прееклампсія; полігідрамніон; багатонароджуючі; багатопліддя; вік матері більше 40 років; травма живота (падіння, ДТП, домашнє насильство); куріння матері; хімічна залежність (застосування наркотиків); тривалий передчасний розрив плодових оболонок (внутрішньоматкова інфекція); вади розвитку матки; коротка пуповина; швидка зміна маточного об'єму (передчасне відходження навколоплідних вод, народження першої дитини з двійні); материнська тромбофілія.

Клінічна картина

Ведучими клінічними симптомами при ПВНРП є:

1. **Больовий синдром:** гострий біль в проекції локалізації плаценти, що поширюється на всю матку, поперек, спину і стає дифузним. Біль найбільш виражений при центральному відшаруванні і може бути не вираженим при крайовому відшаруванні.
2. **Гіпертонус матки** аж до тетанії, який не знімається спазмолітиками та токолітиками.
3. **Дистрес плода** та його загибель.
4. **Кровотеча** з піхви може варіювати залежно від характеру відшарування (крайове або центральне) від незначної до масивної. Вона може бути: внутрішня, зовнішня, комбінована.

Діагностика

1. Анамнез (загальний, акушерсько-гінекологічний, наявність екстрагенітальної патології).
2. Оцінка стану вагітної, що залежить від величини відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів ГШ або ДВЗ-синдрому.
3. Зовнішнє акушерське дослідження: гіпертонус матки; матка збільшена в розмірах, може бути деформована, з локальним вип'ячуванням; болючість при пальпації; ускладнення або неможливість пальпації та аускультатії с/б плода; дистрес плода або його загибель.
4. Внутрішнє акушерське дослідження: напруженість плідного міхура; забарвлення навколоплідних вод кров'ю; кровотеча різної інтенсивності з матки.
5. Діагностика стану плода (аускультатія, УЗД).
6. Лабораторні дослідження (Er, Tr, Hb, Ht, коагулограма, час згортання за Лі-Уайтом).

Диференційна діагностика передлежання плаценти та ПВНРП

ПВНРП	Передлежання плаценти
Може бути пов'язана згіпертензивними станами,переростанням матки, травмоюживота	Наявна причина відсутня
Біль в животі та/або попереку, частоінтенсивна	Біль відсутня (завиключеннямситуації, коли жінка знаходиться упологах)
Матка болісна, чутлива при пальпації	Матка безболісна при пальпації
Тонус матки підвищений (гіпертонус)	Матка в нормотонусі
Як правило, поздовжнє положенняплоду	Часто неправильне положення плодута/або високе розташуванняпередлеглої частини
Сердцебиття плоду можепорушуватись або бути відсутнім	Сердцебиття плоду, як правило, не порушене
Шок та анемія непропорційні об'єму зовнішньої крововтрати. Можлива коагулопатія	Шок та анемія пропорційні об'ємузовнішньої крововтрати.Початкова коагулопатія нетипова
УЗД не є методом діагностики відшарування плаценти	Трансвагінальне УЗД є точнимметодом діагностики передлежанняплаценти

Допомога при ПВНРП під час вагітності та на початку I періоду пологів

1. У разі прогресуючого ПВНРП під час вагітності, або у I періоді пологів, при появі симптомів ГШ, ДВЗ-синдрому, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності – термінове розродження шляхом КР. При наявності ознак матки Кувелера – екстирпація матки без додатків.
2. Відновлення крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

3. У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії для дозрівання легенів плода). Проводиться моніторне спостереження за станом вагітної та плода, КТГ, УЗД в динаміці. Якщо пацієнтка перенесла травму живота після 20 тижнів вагітності рекомендовано спостереження за нею протягом 4 годин після травми. При наявності кровотечі, скорочень матки (частіше ніж 1 скорочення за 10 хв.) – тривалість спостереження продовжується, так як в 20% таких випадків спостерігається ПВНRP.

Особливості кесаревого розтину:

- операції передують амніотомія (якщо є умови);
 - обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
 - в разі наявних ознак матки Кувелера (Фото 1) з атонією матки під час КР – екстирпація матки без додатків з матковими трубами. У разі невеликої площі апоплексії – 2-3 вогнища малого діаметру (1х2 см або одне – до 3 см), здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому; при необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плід), консилиум чергових лікарів вирішує питання про збереження матки з дренуванням черевної порожнини для контролю гемостазу;
 - органозберігаючі операції в разі часткової матково-плацентарної апоплексії;
 - доцільним в даному випадку є застосування Карбетоцину (100 мкг в/в струминно) для профілактики атонії матки;
 - пацієнтка залишається під наглядом чергової бригади в операційній протягом наступних 6 годин.
 - у ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.
- Допомога після розродження:
- Спостереження та лікування у відділенні інтенсивної терапії.
 - Лікування синдрому поліорганної недостатності (за потреби).



Фото 1. Матка Кувелера

Допомога при відшаруванні плаценти у II періоді пологів

Допомога водночас з проведенням реанімаційних заходів:

- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
- при головному передлежанні плода – завершення пологів шляхом накладання вакуум-екстрактора або акушерських щипців;
- при тазовому передлежанні – екстракція плода за тазовий кінець;
- при поперечному положенні другого плода з двійні – акушерський поворот з екстракцією плода;
- ручне відділення плаценти та видалення посліду;

- ручна ревізія порожнини матки, вилучення згортків крові;
- утеротонічні засоби (окситоцин 10 ОД+500 мл фіз.розчину) в/в крапельно, 60 крапель/хв, ергометрин 0,5 мг, мізопростолу (800 мкг ректально), карбетоцин 100 мкг в/в струминно;
- ретельне динамічне спостереження за станом матки у післяпологовому періоді.

КРОВОТЕЧІ В ПОСЛІДОВОМУ ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ

Патологічною кровотечею може вважатися втрата крові більше 0,5 % від маси тіла чи більше 500 мл. Обсяг кровотечі оцінюється не тільки на основі кількості втраченої крові, але й з урахуванням індивідуальних фізіологічних реакцій жінки (неадекватне збільшення об'єму крові при преєклампсії, важкість компенсації при тяжкій анемії тощо).

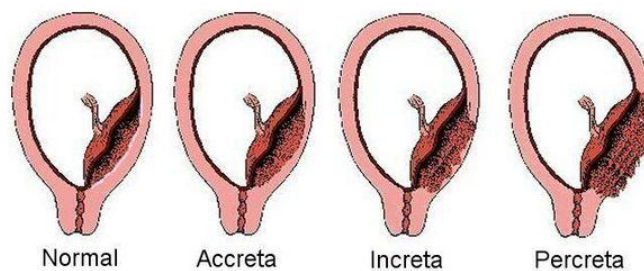
Класифікація причин кровотеч у III періоді пологів:

- патологія прикріплення плаценти (pl.accreta, increta, percreta);
- патологія виділення плаценти – защемлення плаценти.

Патологія прикріплення плаценти

Розрізняють дві **форми патологічного прикріплення плаценти**:

- щільне прикріплення (placenta adhaerens) – виникає внаслідок атрофії губчатого шару децидуальної оболонки, і зустрічається в середньому в 0,9% випадків;
- прирощення плаценти (placenta accreta) – таке прикріплення, при якому між м'язовим шаром та ворсинками хоріона відсутній губчатий шар децидуальної оболонки, і ворсини хоріону досягають м'язового шару і навіть проникають у нього;
- placenta increta – ворсини врастають у м'язовий шар матки;
- placenta percreta – ворсини проростають в м'язовий і серозний шари матки.



Щільне прикріплення або прирощення плаценти може бути:

- повним – якщо плацента на всій поверхні прикріплена до свого ложа;
- частковим – плацента прикріплена тільки на деяких ділянках.

Причини патології прикріплення плаценти обумовлені факторами, які можна розділити на наступні групи:

- 1) структурно-морфологічні зміни в ендометрії і міометрії після операцій чи запальних процесів;
- 2) пов'язані з порушенням ферментативної рівноваги в системі гіалуронова кислота - гіалуронідаза між ворсинками хоріона та децидуальною оболонкою;
- 3) обумовлені патологією розміщення плаценти.

Клінічні прояви:

- Кровотеча, що розпочинається після народження дитини, або до народження посліду.
- Відсутність ознак відокремлення плаценти протягом 30 хвилин в разі АВТПП та очікуваної тактики ведення III періоду пологів може свідчити про патологію прикріплення плаценти. Але при появі кровотечі в разі АВТПП та відсутності ознак відокремлення плаценти через 15 хвилин необхідно термінове видалення посліду.

КРОВОТЕЧІ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Післяпологова кровотеча (ППК) – кровотеча, що перевищує 500 мл або будь-яка кровотеча, що супроводжується порушенням гемодинамічного стану породіллі протягом 6 тижнів після народження плода.

Рання (первинна) ППК – кровотрата в перші 24 год. після пологів. Кровотеча, що виникає після 24 год. та до 6 тижнів після пологів є пізньою (вторинною). Приблизно 70% ранніх ППК пов'язані з атонією матки (нездатність матки адекватно скоротитися після народження дитини).

Доказові методи профілактики ППК

АВТПП – зменшує об'єм крововтрати та ризик виникнення ППК. Профілактичне рутинне введення утеротонічних препаратів в III періоді пологів зменшує ризик розвитку ППК на 60%. Роділлям, які народили через природні пологові шляхи, окситоцин (10 МО в/м) є утеротонічним препаратом вибору для профілактики ППК в III періоді пологів.

У разі розродження шляхом КР в/в введення 10 МО окситоцину (шляхом повільної в/в інфузії) необхідне з утеротонічною метою та для зменшення об'єму крововтрати. Мізопростол є менш ефективним ніж окситоцин, але може використовуватися в разі відсутності окситоцину (при народженні вдома).

Покровава допомога в разі ППК:

1. Визначення об'єму крововтрати.

2. Покликати на допомогу.

3. При збереженні свідомості жінки - **надання психологічної підтримки**, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.

4. **АВС – діагностика:** Оцінка стану дихальних шляхів (А) та дихання (В) (в разі відсутності дихання розпочинайте респіраторну реанімацію). У разі відсутності дихання, пульсу на центральних артеріях починати серцево-легеневу-церебральну реанімацію за сучасним алгоритмом **СAB**, де С. Штучна підтримка кровообігу:

- непрямий масаж серця: частота компресії: 100 в 1 хв, відношення непрямий масаж серця: ШВЛ = 30:2

А. Відновлення прохідності дихальних шляхів:

- очищення порожнини рота від патологічного вмісту, видалення з'ємних зубів
- закидання голови, висування нижньої щелепи, відкривання рота
- повітровод, ларингомаска, інкубація трахеї
- трахеостомія, крикоконікотомія

В. Штучна вентиляція легень:

- методом: «рот до рота», мішком Амбу, респіратором
- екстрена оксигенація 100% киснем
- оцінка циркуляції (С) – АТ, пульс (в разі відсутності пульсу, починайте кардіо-респіраторну реанімацію)
- Правило 3-ох катетерів: забезпечення киснем (10-15 л/хв); катетеризація 2-х периферичних вен катетерами достатнього діаметру (G16-18), а в разі необхідності венесекція або катетеризація центральної вени; катетеризація сечового міхура;
- Положення – на спині з піднятими нижніми кінцівками.
- Забезпечення зігрівання жінки.
- Терміново розпочати інфузійну терапію
- Тимчасова зупинка крововтрати: абдомінальна компресія аорти, непневматичні противошочкові штанці.
- Клініко-лабораторне обстеження: група крові і Rh-фактор, ЗАК, час згортання крові, коагулограма, приліжковий тест, забір крові насумісність.
- Замовлення препаратів крові.

5. Встановлення причини кровотечі (застосовуйте підхід 4 Т для визначення механізму розвитку кровотечі):

Оцінка тонусу матки

Якщо має місце порушення тонусу матки:

- в 70% випадків причиною ранньої ППК є атонія матки –розпочати терапевтичне введення утеротоніків (Окситоцин 10 ОД /500 мл фіз.розчину з швидкістю 60 крап./хв.);

- провести зовнішній масаж матки, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась – ручне обстеження порожнини матки під в/в знеболенням, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась – застосування утеротоніків 2-ої-3-ої лінії (ергометрин, простагландини, карбетоцин), в разі продовження кровотечі – бімануальний компресія матки або компресія аорти, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась – в умовах операційної застосування балонної тампонади та призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хв. за необхідності), якщо кровотеча продовжується –

- **при величині крововтрати 1,5% і більше від маси тіла – лапаротомія** (перев'язування магістральних судин – покровова часткова деваскуляризація матки), компресійні шви на матку, білатеральне перев'язування внутрішніх клубових артерій, гістеректомія без додатків матки.

Якщо матка не визначається, або має неправильну форму, або спострігається за межами піхви – діагностуйте виворот матки. В разі вивороту – поверніть матку в нормальне положення. Не застосовуйте утеротоніки та не намагайтесь видалити плаценту до відновлення положення матки. Застосовують в/в знеболення або наркотичні анальгетики. В разі вдачі – ручне відділення та виділення плаценти, призначення утеротоніків, профілактична антибіотикотерапія. В разі невдачі - гістеректомія.

Якщо матка щільна -виключити травму:

- ручне обстеження порожнини матки з метою виключення розриву матки. В разі розриву матки – негайна лапаротомія.

- ретельне обстеження з метою виключення травм (промежина, піхва, шийка матки), ушивання розривів. Призначення транексамової к (1 г, повтор ч/з 30 хв. при необхідності).

У разі відсутності травми можливе порушення згортання крові

У разі виключення травм (включаючи розрив матки) – оцінка згортання крові за допомогою приліжкового тесту, час згортання крові, коагулограма. У разі коагулопатії – алгоритм дій при синдромі ДВЗ.

6. Контроль стану породіллі, показників гемодинаміки та згортання крові.

7. Призначення профілактичної АБ терапії препаратами широкого спектру дії, в разі необхідності – терапія АБ.

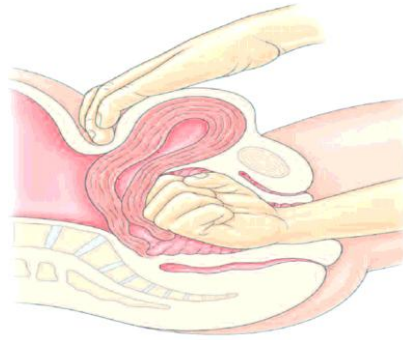
8. Спостереження у відділенні ІТ впродовж 24 год. після стабілізації стану жінки (АТ не <100 мм рт ст, пульс – до 90/хв). Контроль стану матки; оцінка крововтрати; оцінка температури, пульсу, дихання, АТ, загального стану (колір шкірних покривів, рівень свідомості); забезпечення адекватного споживання рідини: після стабілізації стану – рекомендовано проводити в/в інфузію збалансованими сольовими розчинами.

Компресія черевної аорти

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

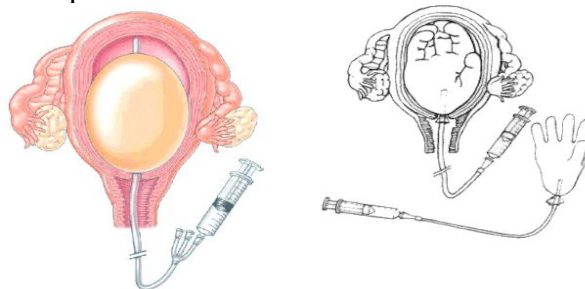


Компресія черевної аорти



Бімануальна компресія матки

Балонна тампонада матки. Спеціальний балон (гумова перчатка прикріплена до урологічного катетеру) вводяться в порожнину матки за межі внутрішнього вічка. Заповнюється стерильним фіз. розчином (300-500 мл) для забезпечення контр-тиску з метою припинення кровотечі. Інфузія окситоцину продовжується 24 год. В разі продовження кровотечі – додатково вводиться розчин в балон. Якщо кровотеча зупинилась і жінка скаржиться на біль – виводять 50-100 мл розчину. Призначають АБ. Балон залишають на 24 год. Потім поступово виводять розчин протягом 2 год, після чого видаляють балон. В разі відновлення кровотечі під час дефляції балону – знову наповнюють розчином та залишають на наступні 24 год. Повний балон забезпечує ефект тампонади. Успіх оцінюють за зменшенням крововтрати з шийки матки. Середня тривалість використання 24 год. В разі продовження кровотечі після тампонади – переоцінити наявність травм, або інших причин не пов'язаних з тонією матки.



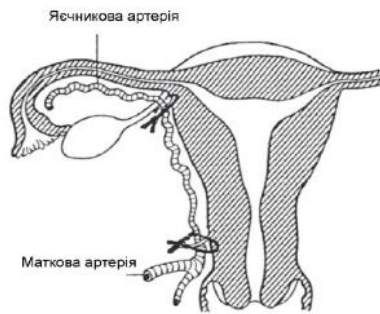
Балонна тампонада

Хірургічний гемостаз

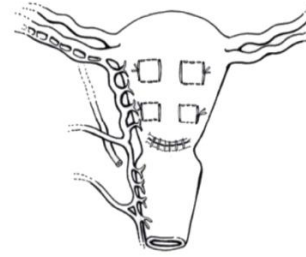
Методи хірургічного гемостазу.

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

Накладання лігатур на маткові судини та яєчникові судини – ефективними методами зупинення масивної ППК. Одностороннє накладання лігатур не ефективно!



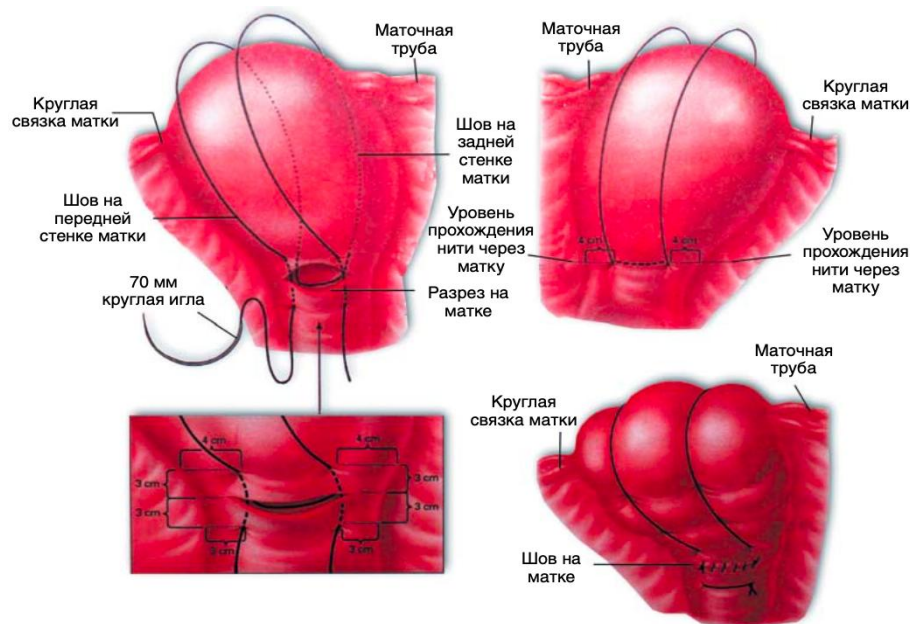
- Використовується зігнута голка з нитками №0/1 або 2.
- Включає зовнішній шар міометрію



Перев'язування маткової та яєчникової артерій Квадратні шви за Cho. Компресійні шви за B-Lynch

Квадратні шви за Cho

В останні 10 років стали широко використовувати компресійні шви на матку – шви за B-Lynch та множинні квадратні шви, описані Cho зі співавторами. Ефективність накладання компресійних швів складає 70-90%.



Компресійні шви за B-Lynch

Показання до проведення гістеректомії

1. **Патологія плацентації** (pl.previa, pl.accreta, increta, percreta). Ця патологія зустрічається у жінок після попереднього розродження шляхом КР, абортів, запальних процесів ендометрію.
2. **Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти** зі зм'язовими крововиливами і просякненням кров'ю міометрію та розвитком матки Кувелера.
3. **Атонія матки** не чутлива до утеротонічних препаратів та за відсутності ефекту від балонної тампонади, компресійних швів, перев'язування магістральних судин матки (маткових, яєчникових).
4. **Розрив матки** з відривом судин матки та масивною кровотечею.

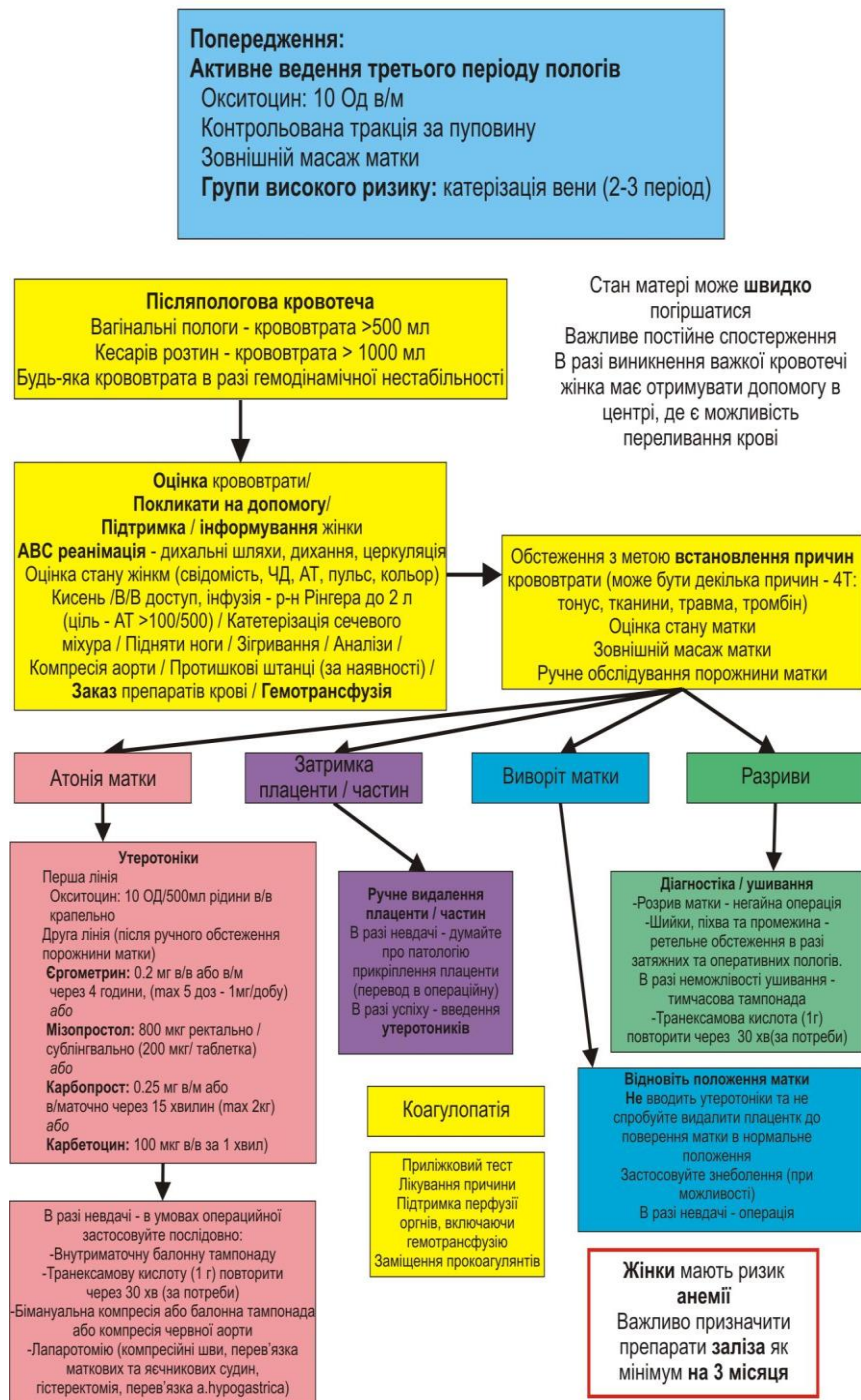
Надпихову ампутацію матки (субтотальну гістеректомію) виконують тільки в разі істинного прирощення плаценти без значної крововтрати та ДВЗ-синдрому. В усіх інших випадках розвитку МАК стійких до консервативних та хірургічних органозберігаючих методів спинення кровотечі необхідно виконувати екстирпацію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

Перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (ПВКА). Показання:

- Після гістеректомії – коли крововтрата продовжується.
- В комплексній терапії коагулопатичної кровотечі.

- Кровотеча з під листків широкої зв'язки матки, стінки таза, параметральної клітковини.
- Дифузна кровотеча з ділянки без чіткого визначення джерела кровотечі та ложа судини.
- Розрив матки з відривом маткової артерії.
- Глибокі розриви шийки матки та склепінь піхви з технічними труднощами їх ушивання.

Алгоритм попередження та надання допомоги в разі післяпологової кровотечі



Методи визначення величини крововтрати

1. Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю

Об'єм крововтрати = $B / 2 \times 15 \%$ (при крововтраті менше 1000 мл) або $\times 30 \%$ (при крововтраті більше 1000 мл)

де B - вага серветок, 15 % і 30 % - величина помилки на навколоплодові води, дезрозчини.

2. Формула Нельсона

Процентне співвідношення загального об'єму крововтрати розраховується наступним чином:

0,036 x вихідний об'єм крові

у гематокриті

24

Вихідний об'єм крові (мл/кг) =

x 100

3. Визначення крововтрати за щільністю крові і гематокриту

Щільність крові, кг/мл	Гематокрит	Об'єм крововтрати, мл
1057- 1054	44-40	До 500
1053- 1050	38-32	1000
1049- 1044	30-22	1500
Менше 1044	Менше 22	Більше 1500

4. Шоковий індекс Альговера

$$\text{Шоковий індекс} = \frac{\text{ЧСС}}{\text{АТс}}$$

Де ЧСС - частота серцевих скорочень АТс - систолічний артеріальний тиск
У нормі індекс Альговера = 1.

За величиною індексу можна зробити висновки про величину крововтрати

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (у % від ОЦК)
0,8 та менше	10%
0,9 - 1,2	20%
1,3-1,4	30%
1,5 та більше	40%

Примітка: індекс Альговера не інформативний у хворих з гіпертонічною хворобою

5. Гематокритний метод Мооге

$$KB = \text{ОЦК (н)} \times (\text{ГТ (н)} - \text{ГТ (ф)}) / \text{ГТ (н)}$$

KB - крововтрата ОЦК (н) - нормальний ОЦК

ГТ (н) - гематокрит у нормі (у жінок - 42)

Для орієнтовного визначення об'єму крововтрати у вагітних можливе використання модифікованої формули Мооге:

$$KB = M \times 75 \times \frac{0,42 - \text{Htф}}{0,42}$$

ПІСЛЯПОЛОГОВА ВТОРИННА КРОВОТЕЧА

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

Алгоритм надання медичної допомоги:

1. Визначення об'єму крововтрати
2. Покликати на допомогу.
3. В разі збереження свідомості - психологічна підтримка.
4. ABC реанімація незалежно від причини кровотечі!
5. З метою встановлення діагнозу – огляд пологових шляхів.
6. В разі кровотечі внаслідок затримки частин посліду – мануальна (електрична) вакуум-аспірація під місцевою анестезією та в/в введенням розчину окситоцину (10 ОД/500мл фіз. розчину). Запобігати інструментальній ревізії порожнини матки. АБ терапія.
7. В разі кровотечі на тлі післяпологового ендометриту – негайно розпочати АБ терапію препаратами 1-ї лінії (Ампіцилін + Гентаміцин + Метронідазол, або цефалоспорины 1-2 покоління) після швидкого введення розчину Рінгера. Ревізія порожнини матки – МВА тільки за життєвими показаннями та тільки після введення АБ.
8. В разі стабільного стану жінки, невеликої кровотечі на фоні ПП ендометриту та затримки частин посліду (за даними УЗД) – АБ терапія. При відсутності загрозливої життю кровотечі, проводити ревізію порожнини матки не раніше, ніж після введення другої дози АБ препаратів.
9. Кровотеча з гематоми піхви може потребувати негайне оперативне втручання, включаючи білатеральне перев'язування внутрішніх клубових артерій.
10. Кровотеча внаслідок розходження швів та рани матки потребує негайної лапаротомії.

ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК В АКУШЕРСТВІ

Геморагічний шок – це гостра серцево-судинна недостатність внаслідок акушерської кровотечі, яка призводить до невідповідності ОЦК ємності судинного русла та до дисбалансу між потребою тканин у O_2 та його реальною доставкою.

Фізіологічна крововтрата у пологах у нормі не перевищує 300-500 мл (0,5 % маси тіла). При КР вона збільшується до 750-1000 мл.

Крововтрата вважається масивною коли:

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

Критерії тяжкості ГШ

Ознаки	Ступінь тяжкості шоку			
	I	II	III	IV
Крововтрата: мл	750-1000	1000-1500	1500-2500	>2500
Крововтрата - % ОЦК	15-20	21-30	31-40	>40
Крововтрата - % маси тіла	0,8-1,2	1,3-1,8	1,9-2,4	>2,4
Пульс уд/хв	100-110	110-120	120-140	понад 140
САТ, мм.рт.ст.	понад 90	90-70	70-50	50 і менше
Шоковий індекс	0,8-1,0	1,0-1,5	1,5-2	>2,0
Тест «білої	до 2	понад 2	понад 3	Не визначається

плями», сек				
Частота дихання (захв.)	20-25	25-30	до 40	понад 40
Діурез мл/год	30-50	25-30	5-15	Анурія
Стан свідомості	Ясна	Ясна	Неспокій, збудження	Заторможеність, сопор
Стадія шоку	Компенсовані	Субкомпенсовані	Декомпенсовані	Незворотній
	й	й	й	

Загальні принципи лікування гострої крововтрати:

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

Першочергові дії при виникненні ГШ (виконується паралельно):

1. Оцінити життєві функції (пульс, АТ, частота та характер дихання, психічний статус).
2. Повідомити відповідального чергового акушера-гінеколога та заступника головного лікаря про виникнення кровотечі та розвиток ГШ, мобілізують персонал.
3. Почати інгаляцію O₂ через інтраназальні катетери або носилицьову маску (10-15л/хв).
4. При можливості піднімають ноги хворої або нижній кінець ліжка (положення Тренделенбурга) на 15-20° для підвищення венозного оберту до серця.
5. Повернути вагітну на лівий бік для запобігання розвитку аорто-кавального синдрому, зменшення ризику аспірації при блюванні та забезпечення прохідності дихальних шляхів.
6. Катетеризувати дві периферичні вени катетерами великого діаметру.
7. Набрати 20 мл крові для визначення групової та резус-належності, перехресної сумісності, вмісту гемоглобіну та гематокриту, приліжковий тест, вихідних параметрів коагулограми (АЧТЧ, протромбіновий та тромбіновий час, МНВ, фібриноген) виконують тест Лі-Уайта і паралельно почати інфузію збалансованих кристалоїдних розчинів.
8. Здійснити катетеризацію сечового міхура та моніторинг гемодинамічних показників: пульсоксиметрія, АТ, пульс.

Сучасні підходи до інтенсивної терапії при кровотечах в акушерстві

1. Повідомити обласних спеціалістів зі спеціальностей «акушерство та гінекологія» та «анестезіологія» про наявність хворої.
 2. Продовжити струминну в/в інфузію кристалоїдів (стерофундин, р-н Рінгера) та колоїдів (гелофузин). Інфузійну терапію (ІТ) починають з кристалоїдів, паралельно через другий венозний доступ вводять штучні колоїди (ціль – компенсація дефіциту об'єму). У цей час необхідно розморозити одноступінчасту плазму, розпочати підготовку еритроцитарної маси до введення.
 3. Темп, об'єм та компонентність ІТ визначається ступенем шоку та величиною крововтрати (таблиця 1).
 4. Свіжозаморожену плазму (СЗП) потрібно вводити якомога раніше!
- Показаннями до трансфузії є:
- наявність надлишкової капілярної кровоточивості тканин (коагулопатія);
 - перевищення норми ПЧ в 1,5 рази, АЧТЧ в 2 рази;

- корекція надлишкової капілярної кровоточивості, вторинної по відношенню до дефіциту факторів згортання при втраті більше 1 ОЦК (≈ 70 мл/кг) або коли ПЧ, АЧТЧ не можуть бути отримані своєчасно;
 - негайна реверсія терапії варфарином;
 - корекція відомого дефіциту факторів коагуляції;
 - стійкість до гепарину (дефіцит АТ III);
5. Рекомендується введення кріопреципітату за умови зниження фібриногену менше 1г/л (в/в 1 доза на 10 кг маси пацієнтки).
 6. Не рекомендовано гемотрансфузію, якщо крововтрата $< 1,5\%$ від маси тіла. Трансфузію крові проводять при крововтраті > 1500 мл ($\geq 1,5\%$ від маси тіла) при ознаках ГШ або профузної незупиненої кровотечі, або при наявності попередньої анемії.
 7. Трансфузія СЗП може бути зменшена або замінена введенням плазматичних факторів згортання крові - концентрату протромбінового комплексу, що дозволяє підвищити ефективність проведеної терапії і зменшити ризик розвитку побічних ефектів масивної трансфузійної терапії. Стартове дозування – 20 ОД/кг або, в середньому, 1000 ОД - 1500 ОД препарату (2 - 3 флакона). Через 30 хвилин - перегляд параметрів коагуляції і при відсутності клінічного і лабораторного ефекту - повторне введення 500 - 1000 ОД, але не більше 3000 МО на добу. Рекомендована швидкість введення КПК 25-75 ОД за хвилину.
 8. Якщо гіпотонія має стійкий характер та не піддається корекції інфузійною терапією, використовують дофамін (5-20 мкг/кг/хв) або добутамін (2-20 мкг/кг/хв), або адреналін (0,02 – 0,2 мкг/кг/хв) або норадреналін (0,02 -0,5 мкг/кг/хв), або їх поєднання.
 9. Якщо жінка знаходиться у шоківому стані, не слід давати рідину перорально.
 10. Цільові показники протишокової інфузійно-трансфузійної терапії: гемоглобін > 90 г/л; тромбоцити > 90 /л; фібриноген > 2 г/л; $\text{Ca}^{++} > 1,0$ ммоль/л; $\text{pH} > 7,2$; лактат $< 2,5$ ммоль/л; $t^{\circ}\text{тіла} > 35^{\circ}\text{C}$; діастолічний АТ > 90 мм.рт.ст; САТ > 65 мм.рт.ст; ЦВТ понад 6мм H_2O ; сатурація O_2 венозної крові $> 70\%$; діурез понад 0,5мл/кг/год.
 11. Зупинити кровотечу консервативними або хірургічними методами.
 12. Зігріти жінку , але не перегріти (поліпшується периферична мікроциркуляція, що може спричинити зменшення кровопостачання у життєво важливих органах). Розчини підігрівають до 36°C .
 13. Продовжити інгаляцію 100 % O_2 , за показаннями – ШВЛ (гіпоксемія ($\text{PaO}_2 < 60$ мм рт. ст. при $\text{FiO}_2 > 0,5$); частота дихання > 40 за хв.; низьке інспіраторне зусилля; крововтрата 3% від маси тіла або > 35 мл/кг.
 14. Лабораторне спостереження: ЗАК, кількість Тг, час згортання, коагулограма (АЧТЧ, фібриноген, ПТІ), електроліти крові. При можливості - КОС та газів крові – повторювати кожну годину до стабілізації гемостазу.
 15. Моніторне спостереження: неінвазивне визначення АТ, ЧСС, пульсоксиметрія, сатурація капілярної крові, ЕКГ, термометрія, контроль погодинного діурезу. За умови розвитку шоку 3 - 4 ст. - контроль ЦВТ.
 16. *Критерії припинення ШВЛ:* стабілізація клінічного стану хворої; ЧД < 30 за хвилину; інспіраторне зусилля менше - 15 см вод. ст.; $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 80$ мм рт. ст. / 0,4 при ПТКВ 7 см вод. ст.; можливість пацієнтки самостійно подвоїти об'єм видихуваного повітря за хвилину; відновлення кисневотранспортної функції крові ($\text{Hb} \geq 92,340$ г/л); наявність

свідомості.

Таблиця 1

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

Ступінь крововтрати	Об'єм крововтрати			Збалансовані кристалоїди (Стерофундин, р-н Рінгера-лантата)	Колоїди		Препарати крові					Загальний об'єм трансфузії (у % до деф. ОЦК або умл)
	у мл	у % від маси тіла	у % від ОЦК		Гелоф узин	ГЕК 130/0, 42	свіжозаморожена плазма	еритроцитарна маса	кріопреципітат	альбумін 10 %	тромбоцити	
Легка	500,0 - 1000,0	1 - 1,5%	10 - 20%	10 - 15 мл/кг	10 мл/кг	-	-	-	-	-	-	200 - 300 (до 2,5 л)
Помірна	1000,0 - 1500,0	1,5 - 2,0%	21 - 30%	10 мл/кг	10 мл/кг	-	5 - 10 мл	-	-	-	-	200 (до 3 л)
Тяжка	1500,0 - 2000,0	2,0 - 2,5%	31 - 40%	7 мл/кг	5 мл/кг	5 мл/кг	10 - 15 мл	10 - 20 мл		200 мл		180 (до 4 л)
Вкрай тяжка	2500,0 - 3000,0	2,5 - 3,6%	41 - 70%	7 мл/кг	10 мл/кг	5 мл/кг	15 - 20 мл	20 - 30 мл	7 - 10 доз	300 мл	до 4 од	170 (до 5 л)
Смертельна	понад 3000,0	понад 3,6%	понад 70%	до 10 мл/кг	10 мл/кг	10 мл/кг	до 30	понад 30	понад 10 доз	понад 300 мл	4 - 10 од	150 (понад 6 л)

СИНДРОМ ДИСЕМІНОВАНОГО ВНУТРІШНЬОСУДИННОГО ЗГОРТАННЯ

Патологічний синдром, в основі якого лежить активація судинно-тромбоцитарного або коагуляційного гемостазу (зовнішнього або внутрішнього), внаслідок чого кров спочатку згортається у мікроциркуляторному руслі, блокує його фібрином та клітинними агрегатами, а при виснаженні потенціалу згортаючої і протизгортаючої систем, втрачає здатність до згортання, що проявляється профузною кровотечею та розвитком синдрому поліорганної недостатності.

Ризики: емболія навколоплідними водами; шок (геморагічний, анафілактичний, септичний); відшарування плаценти; прееклампсія тяжкого ступеня; еклампсія; сепсис; септичний аборт; синдром масивної гемотрасфузії; трансфузія несумісної крові; в/у смерть плода; позаматкова вагітність; кесарів розтин; вади серця, злоякісні новоутворення, цукровий діабет, тяжкі захворювання нирок та печінки.

Класифікація синдрому ДВЗ:

За клінічним перебігом:

- блискавичний – від 1-2 год. (напр., емболія АР) до 1 доби (напр., септичний шок);
- гострий – від 1 доби до 1 тижня (напр., масивна крововтрата);
- підгострий – від 1 тижня до 1 місяця (сепсис, прееклампсія);

→ хронічний – від 1 місяця до 1 року (злоякісні новоутворення тощо).

За клінічними стадіями перебігу:

I - гіперкоагуляція;

II - гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу;

III - гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу;

IV - повне незгортання крові.

Основні клініко-лабораторні ознаки стадій ДВЗ-синдрому

Стадії ДВЗ-синдрому	Клініко-лабораторні прояви
I - гіперкоагуляція	Кров із матки згортається на 3-й хв. і швидше Згортання венозної крові нормальне Хронометрична гіперкоагуляція Етаноловий тест (ЕТ) (+) Гіперагрегація тромбоцитів АРАСНЕ II < 20 балів ГРДС I - II стадії
II - гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу	Кров із матки згортається уповільнено більше ніж за 10 хв. Петехіальний тип кровоточивості Хронометрична гіперкоагуляція, згусток крихкий АРАСНЕ II 20 - 25 балів ГРДС II - IV стадія
III - гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу	Кров із матки не згортається Кров із вени згортається досить повільно, згусток швидко лізується Змішаний тип кровоточивості Хронометрична гіпокоагуляція АРАСНЕ II 25 - 30 балів ГРДС II - IV стадія
IV - повне незгортання крові	Тотальна геморагія Кров із матки та вени не згортається Відсутність потенціальної гіперкоагуляції Виражена хронометрична гіпокоагуляція АРАСНЕ II > 30 балів ГРДС III - IV стадія

Стадії ДВЗ	Основні лабораторні показники						
	Час згортання крові за Лі-Уайтом, хв.	Спонтанний лізис згустку	АЧТЧ, с	Число тромбоцитів $10^9/\text{л}$	Протромбіновий час, с	Тромбіновий час, с	Фібриноген, г/л
I	<5	Немає	<30	175-425	<10	<24	>5
II	5-12	Немає	<30	100-150	12-15	>60	1,5-3,0
III	>12	Швидкий	60-80	50-100	15-18	>100	0,5-1,5
IV	>60	Згусток не утворюється	>80	<50	>18	>180	Не визначається (сліди)
Норма	6-9	Немає	30-40	150-300	11-12	16-20	2,0-4,5

Сучасні підходи до інтенсивної терапії при кровотечах в акушерстві

1. Лікування основного захворювання, яке спричинило розвиток ДВЗ-синдрому (хірургічне втручання, медикаментозна та інфузійна терапія).

2. Відновлення коагуляційного потенціалу крові і корекція коагулопатії споживання. Свіжозаморожена плазма до 15-20 мл/кг на добу внутрішньовенно струминно за 4-6 введень. Трансфузію свіжозамороженої плазми призначають якщо АЧТЧ або протромбіновий час > у 1,5 рази за норму. Тромбоконцентрат використовують у разі зниження $\text{Tr} > 50 \cdot 10^9/\text{л}$.

3. Інтенсивна гемостатична і коригуюча гемостаз терапія. Введення *концентрату протромбінового комплексу* в дозі 20-30 МО/кг (але не більше 3000МО за одне введення) в/в (розчин 25 МО/мл) зі швидкістю 1 – 3 мл/хв. За можливості, рекомендовано введення *рекомбінантного VIIa фактора* 90 мкг (4,5-5 КОД)/кг в/в струминно впродовж 2–5 хвилин кожні 30 хв-2 год до зупинки кровотечі. Пацієнти з ДВЗ, або ознаками первинного гіперфібринолізу і кровотечею слід розглянути введення *транексамової кислоти* (15-20 мг/кг кожні 8 год). Введення транексамової кислоти необхідно починати як можна раніше, ще до лабораторного підтвердження коагулопатії. Препарати *апротиніну* – до 1 000000 АТО в/в болюсно, потім крапельно з швидкістю до 140000 АТО/год до зупинки кровотечі. При рівні кальцію <0,8-0,9 ммоль/л 140000 АТО/год до зупинки кровотечі. При рівні кальцію <0,8-0,9 ммоль/л рекомендовано введення *кальцію глюконату* (10-20 мл) або кальцію хлориду (5 мл).

4. Місцева зупинка кровотечі із раньової поверхні проводиться у всіх випадках. Досягається різними способами: коагуляцією, перев'язкою судин, тампонадою рани, застосуванням місцевих гемостатичних засобів.

5. Лікування синдрому поліорганної недостатності.

6. У крайніх невідкладних випадках (подальше прогресування гіпокоагуляції, кровотечі ($\text{Hb} < 60 \text{ г/л}$, $\text{Ht} < 25\%$), за життєвих показань за рішенням консилиуму, згоди хворої або її родичів (за наявності умови) та у разі відсутності препаратів чи компонентів крові у медичній установі, можливо введення *теплої донорської крові* у половинній дозі від обсягу крововтрати.

Профілактика ГШ і ДВЗ-синдрому

- Своєчасне лікування та профілактика станів, які спричиняють розвиток ГШ і ДВЗ-синдрому.
- Оцінка крововтрати, відновлення ОЦК кристалоїдними і колоїдними розчинами. З колоїдних розчинів перевагу віддають препаратам желатини, за їх відсутності – похідним гідроксиетилкрохмалю. Не застосовують реополіглоктин.
- Системно не використовують препарати, які підвищують коагуляційний потенціал крові (етамзилат, епсилон-амінокапронова кислота та ін.)
- Без суворих показань не застосовують препарати, які викликають тромбоцитопенію або порушують функцію тромбоцитів (гепарин, реополіглоктин, дипіридамола).
- За показаннями хірургічне втручання виконують в повному обсязі (екстирпація матки). При продовженні кровотечі – перев'язка внутрішньої клубової артерії.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Породілля знаходиться в ранньому післяпологовому періоді. Загальний стан задовільний. АТ-110/60 мм.рт.ст, Рс-90 уд/хв, ритмічний, задовільного наповнення. Матка м'якої консистенції, дно на рівні пупка. Крововтрата склала 500 мл та продовжується.

Встановіть попередній діагноз.

Яка тактика лікаря?

Відповідь: Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча. Тактика ведення пацієнтки - утеротоніки, масаж матки, ручне обстеження порожнини матки, відновлення ОЦК, АБ-терапія.

Клінічна ситуація 2

Першовагітна народила дитину вагою 4300 г., без ускладнень. Плацента відшарувалась самостійно, проте одразу після виділення посліду розпочалась кровотеча. Крововтрата склала 500 мл і продовжується. На введення утеротонічних засобів та зовнішній масаж матки реагує мляво.

Встановіть попередній діагноз.

Яка тактика лікаря?

Відповідь: Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча. Тактика ведення пацієнтки - ручне обстеження порожнини матки, відновлення ОЦК, АБ-терапія, при неефективності проведених заходів і крововтраті 1,5% від маси тіла, терміново лапаротомія, перев'язка основних судин матки, екстирпація матки без додатків.

Клінічна ситуація 3

Пологи завершилися народженням живого доношеного хлопчика масою 4500 г. Через 10 хв. після народження плода почалась кровотеча. Проведено ручне відділення плаценти і виділення посліду, проведений масаж матки на кулаці, в/в введення окситоцину. Через 10 хв. кровотеча поновилася. Консервативні методи зупинки кровотечі неефективні. Крововтрата за 40 хв. боротьби з кровотечею склала >1200 мл.

Встановіть попередній діагноз.

Яка тактика лікаря?

Відповідь: Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча. Тактика ведення пацієнтки - лапаротомія – перев'язка магістральних судин, компресійні шви на матку, білатеральне перев'язування внутрішніх клубових артерій, при неефективності – гістеректомія без додатків матки; відновлення ОЦК.

Клінічна ситуація 4

Під час КР у повторновагітної в 37-38 тиж. з діагнозом передчасного відшарування нормально розташованої плаценти на тлі пізнього гестозу виявлено: матка м'яка, ціанотична, тотально імбібована кров'ю.

Встановіть попередній діагноз.

Яка тактика лікаря?

Відповідь: ПВНРП. Матка Кувелера. Тактика ведення пацієнтки - Екстирпація матки без додатків, відновлення ОЦК.

ТЕМА 35

«Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях. Імунологічна несумісність крові матері та плода. Перинатальні інфекції. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ»

Мета: Оволодіти методиками збору анамнезу у вагітних з різною екстрагенітальною патологією та ізоімунним конфліктом. Засвоїти план клініко-лабораторного обстеження при різній екстрагенітальній патології та ізоантигенній несумісності крові матері та плода. Навчити складати план ведення пологів у вагітних із різною екстрагенітальною патологією та гемолітичною хворобою плода та новонародженого.

Основні поняття:

- Клінічні прояви, особливості перебігу і методи діагностики основних захворювань серцево-судинної, дихальної, травної, сечовивідної систем, ендокринної патології у вагітних.
- Клінічні та діагностичні ознаки ізоімунного конфлікту в анте- та постнатальному періоді. Форми і ступінь тяжкості гемолітичної хвороби плода.
- Особливості перебігу і ведення вагітності, показання для госпіталізації при різній екстрагенітальній патології та ізоантигенній несумісності крові матері та плода.
- Поняття пренатальних і інтранатальних чинників ризику, перинатальної захворюваності і смертності.
- Методи пологорозродження тактика і методи розродження при різній екстрагенітальній патології, гемолітичної хвороби плода та новонароджених.
- Особливості перебігу та можливі ускладнення під час пологів у породіль з різною екстрагенітальною патологією.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. Розв'язується питання про метод пологорозродження у жінки з доношеною вагітністю з вадою серця, що супроводжується вираженою легеневою гіпертензією. Акушерські показання для пологорозродження шляхом операції кесарського розтину відсутні. Оптимальна тактика пологорозродження:

- A. Кесарів розтин
- B. Виключення потуг в другому періоді пологів
- C. Вагінальні пологи
- D. Вакуум – екстракція плода

2. На облік взята вагітна з цукровим діабетом при терміні гестації 10-11 тижнів. Скарг немає. Загальний стан задовільний. Яка група ризику для даної вагітної:

- A. По невиношуванню
- B. По гнійно-септичним ускладненням
- C. По слабкості пологової діяльності
- D. По пізньому гестозу
- E. Все переліковане

3. Вагітна 27 років спостерігається в жіночій консультації. Скаржиться на слабкість, швидку стомлюваність. Термін гестації 32 тижнів. Шкіра і видимі слизисті бліді. Артеріальний тиск 120 і 80 мм рт.ст. на обох руках. Пульс 100 уд/хв, ритмічний, задовільних властивостей. Гематокрит 0,33. Кількість еритроцитів $2,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобін 85 Г/л. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 146 уд/хв. Що необхідне призначити вагітній?

- A. Гемотрансфузію
- B. Фероплекс, тардиферон
- C. Неогемодез, неокомпенсан
- D. Гинипрал, бриканил
- E. Трансфузію еритроцитарної маси

4. При вагітності парціальний тиск кисню в крові не змінюється. Під впливом прогестерону підвищується чутливість дихального центру до вуглекислого газу, що приводить до гіпервентиляції. Дихальний об'єм збільшується на 33%, залишковий об'єм легенів знижується на 20%. На скільки підвищується потреба кисню при нормальній вагітності?

- A. На 20%
- B. На 30%
- C. На 40%
- D. На 50%
- E. На 60%

Вірні відповіді: 1 – B; 2 – E, 3 – B; 4 – A.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ НАБУТІ ВАДИ СЕРЦЯ

Стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору (мітральний стеноз).

Клінічні ознаки: серцева недостатність, тахікардія, тахіпное, застійні хрипи в легенях, збільшення печінки.

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, катетеризація серця і коронарографія

Лікування: антикоагулянтна терапія, хірургічне лікування

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

Недостатність лівого передсердно-шлуночкового клапану (мітральна недостатність)

Клінічні ознаки: задишка, серцебиття, роздвоєння II тону.

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, катетеризація серця і коронарографія МРТ

Лікування: вазодилататори, хірургічне лікування

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

Стеноз устя аорти (аортальний стеноз)

Клінічні ознаки: стенокардія, серцебиття, запаморочення, задишка при фізичному навантаженні та у спокої.

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, катетеризація серця і коронарографія, КТ

Лікування: хірургічне лікування

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

Недостатність клапана аорти (аортальна недостатність)

Клінічні ознаки: зниження артеріального тиску (передусім діастолічного), тахікардія прогресуюча задишка

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, КТ і МРТ

Лікування: вазодилататори

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

ВРОДЖЕНІ ВАДИ СЕРЦЯ

«Білі» вадизі скиданням крові зліва направо:

- дефект міжпередсердної перегородки
- відкрита артеріальна протока
- дефект міжшлуночкової перегородки

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, КТ і МРТ

Лікування: хірургічне лікування

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

«Сині» вадизі скиданням крові справа наліво та артеріальною гіпоксемією:

- тетрада Фалло
- транспозиція магістральних судин
- синдром гіпоплазії лівого серця

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, КТ і МРТ

Лікування: хірургічне лікування

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ

Артеріальна гіпертензія

Підвищення АТ 140/90 мм рт.ст. у стані спокою двічі з інтервалом не менше 4 годин чи 160/110 мм рт.ст. одноразово в термін до 20 тижнів вагітності.

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, визначення протеїнурії, інструментальні методи

Лікування: антигіпертензивна терапія

Метод пологорозродження: вагітність продовжують до фізіологічного терміну пологів та розродження проводять через природні пологові шляхи, якщо не розвинулася прееклампсія і гіпертензія є контрольованою. Кесарів розтин у плановому порядку виконують при неконтрольованій тяжкій гіпертензії; ураженні органів-мішеней; затримці росту плода тяжкого ступеня

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПОТЕНЗІІ

Артеріальна гіпотензія

Зниження АТ менше 120/80 мм.рт.ст., головний біль, запаморочення, слабкість, серцебиття, біль та інші неприємні відчуття в ділянці серця

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, інструментальні методи

Лікування: загальнозміцнювальні і тонізуючі препарати, комплекс вітамінів, а також засобів, що мають збудливу дію на ЦНС

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Пієлонефрит

Підвищення температури до 38-40°C, озноб, головний біль, біль в кінцівках. Виражені ознаки інтоксикації, біль в попереку. Симптом Пастернацького позитивний.

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, УЗД нирок. При порушеннях уродинаміки проводять хромоцистоскопію.

Лікування: антибіотикотерапія, катетеризація сечоводів

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

Сечокам'яна хвороба

Ниркова колика, гематурія, піурія, відходження каменів із сечею.

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, гляд суміжних спеціалістів, УЗД нирок, ромоцистоскопія, катетеризація сечоводу для визначення ступеня оклюзії та рівня розташування каменів.

Лікування: для позбавлення ниркової коліки, що часто виникає при сечокам'яній хворобі, застосовують спазмолітичні та аналгетичні засоби (атропін, баралгін, промедол), а також паранефральну блокаду. При відсутності ефекту від лікарської терапії виникає необхідність у катетеризації сечоводу.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

Гломерулонефрит

Перебіг в декількох формах: нефротичній, гіпертонічній, змішаній, латентній. Як правило, зустрічається латентна форма, що характеризується появленням набряків, незначною протеїнурією до 3 г/добу, еритроцитурією.

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, УЗД нирок, при порушеннях уродинаміки проводять хромоцистоскопію.

Лікування: проводять комплексну симптоматичну терапію, що включає відповідну дієту, з обережністю використовують сечогінні препарати.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації. Показаннями для дострокового розродження жінок із гломерулонефритом являються загострення хронічного гломерулонефриту з порушенням функції нирок.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ

АНЕМІЯ ВАГІТНИХ

Ступінь тяжкості	Концентрація гемоглобіну (г/л)	Гематокрит (%)
Легка	109 - 90	37 - 31
Середня	89 - 70	30 - 24
Тяжка	69 - 40	23 - 13

Залізодефіцитна анемія (ЗДА)

Блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія, скарги на загальну слабкість, запаморочення, біль у ділянці серця, задишка при фізичних навантаженнях.

Діагностика: з'ясування наявності залізодефіциту вимагає додаткового обстеження (сироваткове залізо, залізов'язувальна здатність сироватки, вміст феритину).

Лікування: повноцінне харчування з достатнім вмістом м'ясних продуктів, свіжих овочів та фруктів; антианемічна терапія (препарати заліза).

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

Фолієводефіцитна анемія

Блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія, скарги на загальну слабкість, запаморочення, біль у ділянці серця, задишка при фізичних навантаженнях.

Діагностика: виявлення макроцитів, анізо-та поїкілоцитозу у мазку крові, встановлення дефіциту фолієвої кислоти в еритроцитах.

Лікування: призначення фолієвої кислоти 1-5 мг/добу. Повноцінне харчування з достатнім

вмістом зелених овочів та додатковий прийом фолієвої кислоти по 0,4 мг/добу
Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

B12 - дефіцитна анемія

Недостатність синтезу внутрішнього фактору Касла, необхідного для всмоктування вітаміну B12. B12-дефіцитна анемія є макроцитарною, гіперхромною і супроводжується неврологічною симптоматикою.

Діагностика: базується на визначенні вмісту вітаміну B12 в крові (знижується до 50 пг/мл і нижче) та за наявності в крові гіперхромних макроцитів

Лікування: призначають ціанокобаламін 1000 мкг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень упродовж 5-6 тижнів.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Бронхіти

Нездужання, кашель, біль у грудях, погане відходження мокротиння через набряк слизової оболонки бронхів, властиве періоду вагітності.

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, РГ ОГК.

Лікування: часте тепле питво (чай з медом і лимоном, липовий чай), інгаляції лужних розчинів, відвари трав (кореня алтея), мікстуру з термопсиса.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації. При важкому плинні та вираженій дихальній недостатності необхідно скоротити другий період пологів (епізiotомія, акушерські щипці)

Пневмонія

Кашель із невеликою кількістю мокротиння, загальна слабкість, головний біль. Тахіпное.

Діагностика: притуплення перкуторного звуку над обмеженою ділянкою легенів, визначення хрипів при аускультатії легенів, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, РГ ОГК.

Лікування: антибактеріальна терапія

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації. При важкому плинні та вираженій дихальній недостатності необхідно скоротити другий період пологів (епізiotомія, акушерські щипці)

Бронхіальна астма

Астматичний статус

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів.

Лікування: бронхолітичні препарати у вигляді інгаляцій

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації. Важка дихальна і легенево-серцева недостатність служать показанням для кесарева розтину.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕЧІНКИ, ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Холецистит

Больовий синдром; диспептичний синдром; явища інтоксикації.

Діагностика: позитивні міхурові симптоми (Кера, Ортнера, правобічний френікус – симптом), помірне збільшення розмірів печінки, болючість при пальпації, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, УЗД ОЧП, клінічний аналіз калу; дуоденальне зондування з клінічним та бактеріологічним дослідженням жовчі.

Лікування: раціональне харчування; препарати рослинного походження, гідрохолеретики, мінеральні води, холекінетики. Для ліквідації больового синдрому - М-холінолітики, міотропні спазмолітики, фізіотерапевтичні методи.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБАХ, ТУБЕРКУЛЬОЗІ.

Хронічний гепатит

Гепатолієнальний, диспептичний, астеновегетативний, холестатичний, геморагічний синдроми. Синдром портальної гіпертензії.

Діагностика: клініко-анамнестичні дані, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, маркери вірусних гепатитів: - *антигенні* – HBsAg, HbcAg; - *серологічні* – анти-HBs, анти-HBe, анти-HBc, анти-HBc – Ig, анти-HCV, анти-HCV – Ig; - *генетичні* – вірусна ДНК або РНК.

Лікування: дієта № 5, медикаментозне лікування, інфузійна терапія, есенціальні фосфоліпіди, антиоксиданти, секвестранти жовчних кислот, ентеросорбція.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації. Кесарів розтин проводять у разі наявності портальної гіпертензії.

Гострий вірусний гепатит

Інтосикаційний, астеновегетативний, холестатичний, мезанхімально-запальний, цитолітичний синдроми

Діагностика: виявлення в крові методом ІФА специфічних антитіл, методом ПЛР вірусів.

Лікування: лікувально-охоронний режим з виключенням фізичного й психічного навантаження. Дієта № 5 а.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

Гострий апендицит

Біль з'являється раптово з урахуванням анатомічних особливостей розташування червоподібного відростка, нудота, блювота, підвищення температури тіла до 38 °С або відсутність гіпертермії, тахікардія. Часто чітко визначається симптом Бартомьє - Міхельсона: посилення болю при пальпації в положенні хворої на правому боці (коли червоподібний відросток придавлений маткою), а не на лівому, як у невагітних. Симптом подразнення очеревини (Щьоткина – Блюмберга).

Діагностика: клініко-анамнестичні дані, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів.

Лікування: гострий апендицит незалежно від строку вагітності є показанням до операції.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

Туберкульоз

У 50% хворих жінок туберкульоз протікає безсимптомно, у решти основними проявами захворювання бувають субфібрилітет, кашель, пітливість і невелике збільшення маси тіла.

Діагностика: клініко-анамнестичні дані, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, РГ ОГК, КТ, МРТ.

Лікування: при проведенні відповідної специфічної терапії погіршення перебігу захворювання не спостерігається.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

Дифузний токсичний зоб (ДТЗ)

Стомлюваність, нервозність, пітливість, екзофтальм, тахікардія до 120-140 уд/хв

Діагностика гіперфункції щитоподібної залози у вагітних: збільшення щитоподібної залози, частий пульс під час сну, тахікардія, що перевищує функціонально припустиму у вагітних, екзофтальм, аномальне зниження маси тіла, значне підвищення рівня тироксину в плазмі крові.

Діагностика: дійснюється згідно рекомендаціям ендокринолога в залежності від ступеня тяжкості.

Лікування: застосовують дийодтирозин, мерказолил, вітамінотерапію, при відсутності ефекту від консервативного лікування - хірургічне лікування.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

Гіпотиреоз

Млявість, сонливість, зниження пам'яті, сухість шкіри, випадання волосся, ламкість нігтів, завязі запори, мерзлякуватість, біль у м'язах, кровоточивість ясен, руйнування зубів. Відзначається блідість шкіри, набряклість, уповільнена мова, повільність рухів, хрипкий голос, ЧСС -50-60 уд за хвилину.

Діагностика: визначення рівня ТТГ, тиреоїдних гормонів та антитиреоїдних антитіл (АТТГ) в крові. Характерним є зниження рівня ТТГ при низькому або нормальному рівні тиреоїдних гормонів

Лікування: замісна терапія препаратами левотироксину

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

Гестаційний діабет

Поліурія, полідипсія, зниження маси тіла, зуд.

Діагностика: стандартний пероральний глюкозотолерантний тест.

Лікування: дієтотерапія. Інсулінотерапію починають з призначення малих доз інсуліну короткої дії (2–4 ОД) за 20 хв. перед основними прийомами їжі.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації. Контроль глікемії натще та через 1 годину, коригуючи дози інсуліну.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Епілепсія

Епілептичний статус

Протипоказання до виношування вагітності:

- часті напади, що не піддаються лікуванню;
- епілептичний статус;
- епілептична розумова відсталість.

Лікування: протисудомні засоби

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

Мігрень

Інтенсивний головний біль

Діагностика: клініко-анамнестичні дані, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів.

Лікування: при мігрені в більшості випадків лікування не призначають, запевняючи жінку, що захворювання не становить небезпеки для плода.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

Порушення мозкового кровообігу

Ішемічний інсульт у молодих невагітних виникає дуже рідко.

Геморагічний інсульт може розвинути при злитті множинних дрібних крововиливів (при цукровому діабеті, артеріальній гіпертензії, еклампсії).

Діагностика: при появі або поновленні вогнищевих неврологічних симптомів повторюють КТ і люмбальну пункцію.

Лікування: гіпотензивна терапія, протинабрякова терапія, лікування аневризм – хірургічне.

Метод пологорозродження: оскільки кесарів розтин не знижує ризик повторних крововиливів, рекомендується вести пологи через природні пологові шляхи з

використанням регіонарної анестезії та виключення потуг шляхом накладення акушерських щипців.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ЗОРУ

Міопія

Розглядаються предмети на близькій відстані, підвищена стомлюваність очі; випинання очей, синюватий відтінок склери.

Діагностика: огляд суміжних спеціалістів, офтальмоскопія, КТ.

Лікування: спеціальні вправи для очей, прийом медикаментів, які нормалізують здатність до акомодациї; носіння окулярів і контактних лінз; апаратне лікування зору, оперативне втручання (при бажанні пацієнта)

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

ПЕРИНАТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ

Перинатальні інфекції - це захворювання плода або новонародженого які виникають внаслідок гематогенної (трансплацентарної), амніальної, висхідної або низхідної інфекції, яка відбулася у пізньому фетальному періоді (після 22-ого тижня гестації) з клінічними проявами захворювання протягом раннього неонатального періоду. Окремо слід зазначити, що в разі ВІЛ-позитивного статусу матері існує ризик передачі ВІЛ через грудне молоко в разі грудного вигодування.

Терміни *“внутрішньоутробне інфікування”* і *“внутрішньоутробна інфекція”* не є синонімами.

Внутрішньоутробне інфікування відображає факт інвазії мікроорганізму в організм плода, що не завжди призводить до розвитку патологічних змін. Внутрішньоутробне інфікування відбувається значно частіше, ніж розвиваються клінічні прояви хвороби і тому цей термін **не повинен використовуватися як діагноз**.

Внутрішньоутробна інфекція – це захворювання плода, що виникло внаслідок гематогенної (трансплацентарної) переважно вірусної або тохо- інфекції з ураженням плода або клінічними проявами інфекції після народження дитини (табл1).

Таблиця 1

Клінічні прояви внутрішньоутробних та перинатальних інфекцій

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

Ураження плода певними збудниками перинатальних інфекцій спричиняє розвиток схожого симптомокомплексу, який раніше позначався аббревіатурою **TORCH**, складений з перших букв назв найбільш частих внутрішньоутробних інфекцій:

T (*Toxoplasmosis* – токсоплазмоз);

O (*Other diseases* - інші - сифіліс, ВІЛ, вітряна віспа, а також інфекції, спричинені ентеровірусами та парвовірусом B₁₉);

R (*Rubella* - краснуха);

C (*Cytomegalovirus* – цитомегалія);

H (*Herpes simplex virus* – герпес).

Методи діагностики інфекції під час вагітності

1. Дослідження вмісту цервікального каналу, піхви, уретри:
 - бактеріоскопічне;
 - бактеріологічне (якісне і кількісне);
 - вірусологічне.
2. Дослідження крові на наявність специфічних антитіл - серологічні дослідження.

Інтерпретація результатів серологічних досліджень (табл. 2) :

- наявність у крові специфічних IgM-антитіл при відсутності IgG-антитіл свідчить про ранню гостру фазу захворювання;
- наявність специфічних антитіл обох класів свідчить про гостру інфекцію в більш пізній фазі, або про реактивацію латентної інфекції.

При визначенні IgM, IgG - антитіл під час вагітності часто з різних причин спостерігаються хибнопозитивні реакції. Тому в таких випадках лише динаміка та авідність титрів IgG-антитіл у сироватці крові, узятих з інтервалом 10-14 днів (парні сироватки), з наростанням титрів у 4 і більш разів, буде підтверджувати наявність інфекції.

Таблиця 2

Оцінка результатів серологічних досліджень з TORCH – агентами

IgM	IgG	Інтерпретація результатів
+	-	Рання фаза гострої інфекції
+	+	Гостра інфекція або загострення хронічної
-	+	Стан імунітету після перенесеної інфекції
-	-	Група ризику (загроза виникнення гострої первинної інфекції): - серонегативний період гострої інфекції - відсутність інфекції в минулому

3. Дослідження сечі:

- бактеріологічне (якісне і кількісне);
- вірусологічне;
- мікроскопічне;
- біохімічне (визначення нітритів).

Дослідження сечі має на меті виявлення безсимптомної бактеріурії або підтвердження діагнозу маніфестних форм інфекції сечових шляхів (уретрит, цистит, пієлонефрит).

Безсимптомна бактеріурія - наявність в 1 мл середньої порції сечі мікроб-них збудників у кількості $\geq 10^5$ (100 000) колоній утворюючих одиниць (КУО) за відсутності будь-яких клінічних проявів. Можлива також лейкоцитурія (не обов'язково).

4. Лігазна ланцюгова реакція;

5. Полімеразна ланцюгова реакція.

Методи діагностики інфекції у плода

1. Ультрасонографія – дозволяє виявити синдром затримки росту плода, аномальну кількість навколоплодових вод, зміни структури плаценти, водянку плода, гідроцефалію, церебральні кальцифікати, розширення чашково-мискової системи нирок, гепатомегалію, гіперехогенність кишечника.

2. Трансабдомінальний амніоцентез (за показаннями) з наступною ідентифікацією збудника в навколоплодових водах.

3. Кордоцентез (за показаннями) – визначення збудника та/або рівня специфічних антитіл у пуповинній крові.

Медична допомога

Комплексне обстеження жінок з метою виявлення інфікованості збудниками пренатальних інфекцій, особливо групи **TORCH**, слід проводити до вагітності.

Лікування цих інфекцій є однією з основних задач прегравідарної підготовки. Однак більша частина цих інфекцій ефективно або взагалі не лікується!

Усі жінки репродуктивного віку, які планують вагітність, повинні бути тестовані на наявність антитіл до вірусу краснухи (А). Серонегативним жінкам рекомендують вакцинацію з наступною контрацепцією упродовж трьох місяців. Доцільно також до настання вагітності проводити щеплення проти гепатиту В

Принципи ведення вагітності і пологів у жінок з ВІЛ



Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ

Передача ВІЛ від матері до дитини відбувається:

1. Під час вагітності: трансплацентарним, висхідним (через амніотичні оболонки та навколоплодові води) шляхами, а також при діагностичних інвазивних втручаннях.
2. Під час пологів при проходженні плода через природні пологові шляхи.
3. Після пологів у разі грудного вигодовування.

Основні принципи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини:

1. Кваліфікований антенатальний нагляд, визначення факторів ризику під час вагітності та їх усунення, своєчасне та обгрунтоване лікування.
2. Призначення антиретровірусної терапії жінці під час вагітності, пологів та новонародженому.
3. Раціональне ведення пологів.
4. Відмова від грудного вигодовування.
5. Лікування необхідно надавати відповідно до медичних показань з урахуванням періоду вагітності, пологів чи післяпологового періоду, а також прихильності до терапії (споживачів ін'єкційних наркотиків).
6. АРТ ВІЛ – інфікованих вагітних має особливості, пов'язані з виношуванням плода і включає лише антиретровірусні препарати.
7. Індивідуальний підхід та оцінка готовності кожної пацієнтки дотримання режиму АРТ, а також надання психосоціальної підтримки дозволяє запобігати перешкодам у досягненні ефекту АРТ.
8. Своєчасність та ефективність АРТ у жінок, які планують народжувати або вагітних, а також у післяпологовому періоді вимагає чіткої взаємодії амбулаторно-поліклінічних родопомічних, педіатричних закладів охорони здоров'я та Центрів профілактики і боротьби зі СНІД шляхом застосування методу подвійного нагляду.
9. Застосування АРВ препаратів, які пройшли прекваліфікацію ВООЗ.

Імунологічна несумісність крові матері та плода

Ізоімунізація – одна з клінічних форм імунопатології вагітності, що виникає за умови несумісності організмів матері і плода по різних антигенах та приводить до тяжких порушень стану плода і немовляти.

Найчастіше зустрічаються:

- **ізоімунізація по резус (Rh)-фактору** – гуморальна імунна відповідь на еритроцитарні антигени (Ag) плода Rh-групи, включаючи Cc, Dd і Ee (кодуються Rh-алелями). Антитіла (At), які утворилися, проникаючи через плаценту, викликають екстраваскулярний гемоліз (опсонізація еритроцитів плода At жінки і фагоцитоз еритроцитів) та анемію, що призводить до розвитку еритробластиозу плода;

- **ізоімунізація по АВ0-системі** – може бути причиною гемолітичної хвороби (ГХ) немовляти від субклінічної до легкої форми, але вона рідко викликає тяжкий еритробластиоз чи внутрішньоутробну загибель плода і має значно менший ризик у порівнянні з Rh-несумісністю. При несумісності по системі АВ0 еритроцити плода, потрапляючи в організм вагітної, швидко руйнуються, тому At не встигають синтезуватися.

Профілактика після пологів

При народженні Rh-позитивної дитини: впродовж перших 72 годин в/м вводиться 1 доза (300 мкг) анти- Rh0 (Д) імуноглобуліну.

Протипоказання до введення анти- Rh0 (Д) імуноглобуліну: відомі анафілактичні чи тяжкі системні реакції до глобуліну людини.

Профілактика ГХП по системі АВ0 під час вагітності не проводиться.

Неспецифічна медикаментозна профілактика та лікування Rh- конфліктної вагітної не проводяться.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Вагітна А, 26 років з Rh-негативною приналежністю крові взята на облік в жіночій консультації, у терміні 9-10 тижнів. У чоловіка Rh-позитивна приналежність крові. Вагітність третя, перша закінчилась фізіологічними пологамі, дитина здорова, друга – викиднем у 16-17 тижнів. Після пологів був діагностований цукровий діабет класу В. при обстеженні титр Rh-антитіл 1:16-1:32.

Встановь попередній діагноз, складіть план обстеження пацієнтки.

Визначте тактику ведення вагітної.

Як проводиться профілактика резус-конфлікту у жінок з Rh-негативною приналежністю крові?

Клінічна ситуація 2

У вагітної в 30 тижнів діагностована резус – ізосенсибілізація титр антитіл 1:32. У жінки обтяжений акушерський анамнез: перша вагітність завершилась викиднем у 10-11 тижнів, друга – мертвонародженням в 37-38 тижнів у зв'язку з гемолітичною хворобою плода. Під час об'єктивного обстеження виявлено: положення плода повздовжне, спинка плода обернута вліво, передлежить голівка. Серцебиття плода 146 ударів в 1 хвилину. Дані УЗД: розміри плода відповідають терміну вагітності, має місце гепатоспленомегалія плода, підвищена кількість навколоплідних вод, гіпертрофія (50мм) плаценти.

Встановіть попередній діагноз.

Визначте тактику ведення вагітної.

Вкажіть УЗ – ознаки гемолітичної хвороби плода.

ТЕМА 36

«Плацентарна дисфункція, дистрес плода, затримка розвитку плода. Аномалії плідного яйця.»

Мета: удосконалити знання щодо факторів ризику, етіопатогенезу плацентарної дисфункції, дистресу та затримки росту плода. Засвоїти сучасні підходи до діагностики та лікування несприятливих станів плода під час вагітності та пологів. Вивчити аномалії розвитку плідного яйця, трофобластичні захворювання. Визначати причини, клініку багатоводдя і маловоддя.

Основні поняття:

- Фактори ризику, етіологія, патогенез плацентарної дисфункції, дистресу та затримки росту плода.
- Сучасні підходи до діагностики та лікування плацентарної дисфункції, дистресу та затримки росту плода.
- Аномалії розвитку плідного яйця, трофобластичні захворювання (міхурцевий занесок).
- Причини виникнення, клініка багатоводдя і маловоддя.
- Тактика ведення вагітності та пологів у жінок з багатоводдям та маловоддям.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. Які функції виконує плацента?

- A. Трофічна.
- B. Ендокринна.
- C. Дихальна.
- D. Видільна.
- E. Все перераховане

2. Які методи дослідження необхідні при ЗРП?

- A. ВДМ в динаміці.
- B. Біофізичний профіль плода, НСТ.
- C. Допплерівське дослідження судин.
- D. УЗД.
- E. Все перераховане

3. Першонароджуюча 32 років знаходиться у пологах. Голівка плода у порожнині малого таза. Серцебиття плода почало уповільнюватися, з'явилася аритмія. Що робити?

- A. Накладання вихідних акушерських щипців.
- B. Накладання вакуум-екстрактора.
- C. Проведення термінового кесарієвого розтину.
- D. Проведення епізіотомії.
- E. Накладання порожнинних акушерських щипців.

4. У першонароджуючої 30 років пологова діяльність триває 4 години. Пологи - термінові. Перейми тривалістю 30-35 сек., через 5 хв. Вилились меконіальні води. Серцебиття плода - 90 ударів за хвилину. При піхвовому обстеженні: шийка матки згладжена, відкриття зовнішнього вічка шийки матки - 3 см, голівка плода у площині входу в малий таз. Які дії найбільш доцільні ?

- A. Медикаментозний сон.

- В. Акушерські щипці.
- С. Терміновий кесарів розтин.
- Д. Введення утеротоніків.
- Е. Введення спазмолітиків.

Вірні відповіді: 1- Е, 2-Е, 3-Е, 4-С.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Плацентарна дисфункція - це патологічний морфофункціональний стан плаценти, який проявляється дистресом та синдромом затримки росту плода.

Плацентарна дисфункція визначається порушенням функцій плаценти, головними з яких є:

- синтез і депонування необхідних для нормального росту плода речовин;
- газообмін між організмом матері й плода;
- продукування гормонів та регуляція їх синтезу;
- імунологічний захист і виділення метаболітів плода;
- участь в материнсько-плодовому кровообігу до індукуючого і регулюючого впливу на пологовий акт;
- продукування та депонування різних біологічно активних речовин (простагландинів, серотоніну, кінінів, катехоламінів, ацетилхоліну, окситоцину, мікроелементів тощо).

Етіологія плацентарної дисфункції.

- вік молодше 17 років і старше 35;
- несприятливі соціально-побутові умови (недостатнє харчування, хронічні стреси);
- токсична і радіаційна дія зовнішнього середовища;
- шкідливі звички (паління, алкоголізм, наркоманія);
- інфекційні захворювання (TORCH-інфекції);
- екстрагенітальні захворювання (нейроендокринні порушення, серцево – судинні захворювання (гіпертензія), захворювання нирок тощо);
- гінекологічні захворювання (вади розвитку та пухлини матки, хронічні запалення ендометрію);
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез;
- ускладнення вагітності (ранній гестоз, загроза переривання вагітності, багатопліддя, преєклампсія, анемія тощо)

Патогенез плацентарної дисфункції.

Зниження плинності і порушення відтоку крові викликають, в першу чергу, невідповідність між швидкістю забезпечення міжворсинчатого простору киснем і потребою в ньому клітин та тканин ФПК.

Згодом це призводить до вторинної тканинної гіпоксії у вигляді зниження в клітинах кисню, зниження активності дихальних ферментів, пригнічення окислювальних реакцій та накопичення недоокислених продуктів, зсуву кислотно-лужного стану та рН в бік ацидозу, зміни іонної рівноваги.

1. Плацентарна теорія (порушення інвазії трофобласта в спіральні артерії матки)
2. Імунологічна теорія.
3. Інфекційна теорія.
4. Гормональна теорія.

Плацентарна теорія (теорія порушення інвазії трофобласта в спіральні артерії матки).

На 8-10 тижні вагітності інвазія трофобласта розповсюджується на децидуальні сегменти спіральних артерій. При цьому в стінках спіральних артерій проходить заміщення м'язових та еластичних волокон фібриною, який не здатний реагувати на вазопресорні фактори.

На 16-18 тижні – інвазія в міометральні сегменти спіральних артерій, чим і закінчується модифікація матково-плацентарних судин. При порушенні інвазії трофобласту в плацентарних судинах частково зберігається гладенько-м'язеві структури, здатні реагувати на вазоактивні стимули, у зв'язку з чим не відбувається їх достатня вазодилатація, що призводить до ішемії плаценти. Сегменти спіральних артерій, які знаходяться в міометрії залишаються анатомічно не зміненими і зберігають чутливість до вазоконстрикторних стимулів. В зв'язку з недостатньою інвазією трофобласту фізіологічна адаптація матково-плацентарного кровотоку обмежується лише рівнем децидуального сегмента судин.

Імунологічна теорія. Внаслідок зменшення синтезу гуморальних супресорних факторів при вагітності (α -фетопротейну, хоріонічного гонадотропіну) відбувається активна взаємодія між плодовими антигенами і материнськими антитілами з утворенням циркулюючих імунних комплексів, які викликають пошкодження ендотелію матково-плацентарних судин.

Інфекційна теорія. У вагітних з високим індексом інфекційних захворювань має місце висока тропність деяких мікробних збудників (особливо з групи TORCH-інфекцій) до хоріальної тканини.

Гормональна теорія. Внаслідок недостатності статевих гормонів (особливо прогестерону) порушується цитотрофобластична інвазія із редуцією матково-плацентарного кровотоку та гіпоплазією плаценти.

Класифікація плацентарної дисфункції:

I. За клініко-морфологічними ознаками:

- первинна дисфункція (до 16 тижнів) виникає при формуванні плаценти в період імплантації, раннього ембріогенезу і плацентації під впливом генетичних, ендокринних, інфекційних та інших факторів.

Клінічно проявляється у вигляді загрози переривання вагітності, мимовільного викидня раннього терміну або вагітністю, що не розвивається.

- вторинна виникає після 16 тижнів вагітності, під впливом материнських факторів.

II. По клінічному перебігу:

- гостра;
- хронічна.

III. По тяжкості перебігу: компенсована, субкомпенсована, декомпенсована.

IV. По морфо-патогенетичним змінам функції плаценти:

- гемодинамічна (викликана порушеннями в матково-плацентарному і плодово-плацентарному басейнах);
- плацентарно-мембранна (характеризується зниженням здатності плацентарної мембрани до транспорту метаболітів);
- клітинно-паренхіматозна (пов'язана з порушеннями клітинної активності трофобласта і плаценти).

У патогенезі гемодинамічних розладів матково-плацентарного кровообігу відіграють роль наступні процеси: недостатня інвазія позаворсинкового трофобласту у стінку спіральних судин матки, зменшення артеріального притоку внаслідок спазму маткових артерій у

результаті артеріальної гіпертензії у матері, сповільнення венозного відтоку від плаценти на тлі тривалого підвищення маткового тону або варикозної хвороби матері, порушення капілярного кровоплину в термінальних ворсинках, порушення реологічних властивостей крові при вродженій або набутій тромбофілії.

Діагностика плацентарної дисфункції:

- визначення ВДМ;
- ультразвукова біометрія плода;
- ультразвукова оцінка стану плаценти, навколоплідних вод;
- оцінка стану плода шляхом вивчення його рухливої активності і серцевої діяльності (біофізичний профіль плода, нестресовий тест);
- вивчення плацентарного кровообігу, кровотоку в судинах пуповини і великих судинах плода (ультразвукова доплерометрія): АП, МА, СМА;
- функціональні проби визначення стану плода;
- амніоскопія;
- визначення рівня гормонів в крові і специфічних білків вагітності в динаміці (плацентарний лактоген, хоріонічний гонадотропін, естрадіол та естріол, прогестерон).

Лікування плацентарної дисфункції.

1. Покращення матково-плацентарної перфузії, в тому числі і на рівні мікроциркуляції;
2. Нормалізація метаболічних процесів в організмі матері і плода;
3. Покращення газообміну між організмами матері і плода.

Профілактика плацентарної дисфункції.

1. Виключення впливу шкідливих факторів, особливо в перші дні і тижні вагітності: куріння, прийом алкоголю і медикаментів без призначення лікаря.
2. Санація вогнищ інфекції та терапія хронічних захворювань, якщо вони не були проліковані до вагітності.
3. Дотримання раціонального повноцінного харчування, режиму відпочинку, сну у період вагітності і на прегравідарному етапі.
4. Виділення і взяття на облік вагітних групи високого ризику по розвитку плацентарної дисфункції, ЗРП.

Дистрес плода

Всі порушення функціонального стану плода визначаємо терміном «дистрес плода»

Патогенез дистресу плода.

Головним патогенетичним фактором, який приводить до порушення функцій організму плода, обмінних процесів, виникненню термінального стану плода - є киснева недостатність.

Порушення стану плода під час вагітності і в пологах виникає на фоні різних ускладнень як з боку вагітної, так і фетоплацентарного комплексу.

Виділяють чотири основні групи факторів, що можуть викликати дистрес плода.

Фактори ризику дистресу плода

1. Патологічні стани, що приводять до порушення транспорту кисню до матки:
 - Порушення оксигенації материнської крові (серцево-судинна та легенева патологія, генералізовані ангіопатії при цукровому діабеті, інфекційні захворювання, вплив шкідливих факторів середовища та шкідливих звичок);
 - Гемічна гіпоксія у матері (анемія вагітних);

- Циркуляторні порушення у матері (гіпотензія, гіпертонічні розлади при вагітності, прееклампсія).
2. Патологічні стани, що порушують обмін кисню між маткою і плацентою:
 - Патологічні зміни спіральних артеріол як наслідок перенесених до вагітності запальних захворювань ендометрію та абортів;
 - Окклюзивні ураження спіральних артеріол у наслідок мікротробозів, периферичного вазоспазму (прееклампсія, переношування);
 - Аномалії пологової діяльності.
 3. Власно плацентарні фактори:
 - Порушення розвитку і дозрівання плаценти (ангіоми, кісти плаценти, двочасткова плацента тощо)
 4. Патологічні стани плода і пуповини:
 - Порушення пупкового кровообігу (обвиття та вузли пуповини)
 - Захворювання плода (гемолітична хвороба плода, вади розвитку тощо).

Методи діагностики дистресу плода:

1. **Аускультация серцевої діяльності** (з 20 тижнів вагітності) – визначення частоти серцевих скорочень плода за одну хвилину:
 - фізіологічний норматив – 110 - 170 уд/хв
 - частота серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв свідчить про дистрес плода.

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

Модифікований БПП оцінює тільки два параметри - нестресовий тест та кількість рідини. Для оцінки кількості навколоплідних вод використовують дві методики. Перша – оцінка максимальної глибини вертикальної кишені (вона індикує глибину кишені 2-8 см як нормальну, 1-2 см як межову, менш 2 см як знижену (маловоддя), більше 8 см як підвищену (багатоводдя)).

Друга методика – оцінка індексу амніотичної рідини (сума самих глибоких вертикальних кишень рідини в чотирьох квадрантах матки, при цьому центральною точкою є пупок).

3. **Доплерометрія швидкості кровоплину в артерії пуповини** (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці).

Діагностичні критерії:

- Нормальний кровоплин – високий діастолічний компонент на доплерограмі по відношенню до ізолінії, співвідношення амплітуди систоли до діастолі, становить не більше 3.
- Патологічний кровоплин:
 1. Сповільнений кровоплин – зниження діастолічного компоненту, співвідношення амплітуди систоли до діастолі, становить більше 3.
 2. Термінальний кровоплин (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода):
 - Нульовий – кровоплин у фазі діастолі припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент)

- Негативний (реверсний, зворотний) – кровоплин у фазі діастолі набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії)

Діагностика

- 1) Аускультация серцевої діяльності плода при кожному відвідуванні лікаря-акушера-гінеколога або акушерки.
- 2) При визначенні частоти серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв, що свідчить про дистрес плода, є потреба у проведенні оцінки біофізичного модифікованого, або розширеного біопрофілю плода.
- 3) При патологічному БПП проводиться доплерометрія кровоплину в артерії пуповини. При нормальному кровоплину в артерії пуповини необхідне повторне БПП через 24 години.
- 4) При патологічному кровоплину в артерії пуповини – госпіталізація до пологового стаціонару III рівня надання допомоги.

Тактика ведення вагітності з дистресом плода

1. Госпіталізація вагітної до пологового будинку чи відділення патології вагітних показана, якщо за даними дослідження БПП і/або доплерометрії кровоплину має місце: патологічна оцінка БПП (6 балів і нижче); повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (7-8 балів); сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини; критичні зміни кровоплину у артеріях пуповини (нульовий та реверсний).
2. Лікування супутніх захворювань вагітної, які призводять до виникнення дистресу плода.
3. Поетапне динамічне спостереження за станом плода.
4. Пролонгування вагітності до доношеного терміну можливо при нормальних показниках БПП та доплерометрії плодового кровотоку.
5. При сповільненому діастолічному кровоплину в артеріях пуповини слід провести дослідження біофізичного профілю плода (БПП):
 - при відсутності патологічних показників БПП необхідно провести повторну доплерометрію з інтервалом 5-7 днів;
 - при наявності патологічних показників БПП, слід проводити доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.
6. Виявлення погіршення показників плодового кровоплину (виникненні постійного нульового або негативного кровообігу в артеріях пуповини) є показанням для екстреного розродження шляхом операції кесаревого розтину.

Тактика лікування вагітних з дистресом плода.

До 30 тижнів вагітності лікування супутніх захворювань у жінки, які призвели до виникнення дистресу плода.

Після 30 тижнів вагітності найбільш ефективним і виправданим методом лікування дистресу плода є своєчасне розродження.

Розродження вагітних з дистресом плода.

1. Пологи через природні пологові шляхи можливо проводити (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при: нормальному або сповільненому кровоплині у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 балів і нижче);
2. Показанням для екстреного розродження шляхом кесаревого розтину після 30 тижнів вагітності є:
 - критичні зміни кровоплину в артеріях пуповини (нульовий та реверсний);
 - гострий дистрес плода (патологічні брадікардія та децелерації ЧСС незалежно від типу кровоплину (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності);

- патологічний БПП (оцінка 4 бали і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки

Діагностика дистресу плода під час пологів

1. Аускультация серцебиття плода: патологічна ЧСС (>170 уд./хв. або <110 уд./хв.)
2. Кардіотокографія (КТГ):

- тахікардія чи брадікардія;
- стійка монотонність ритму (ширина запису 5 уд./хв. і менше);
- ранні, варіабельні та особливо пізні децелерації з аплітудою понад 30 уд./хв.;
- синусоїдальний ритм більше 40% запису.

3. Визначення меконію у навколоплідних водах при розриві плідного міхура.

Наявність густого меконію в амніотичній рідині у поєднанні з патологічними змінами серцевого ритму плода є показанням для термінового розродження при головному передлежанні плода.

Тактика ведення пологів при дистресі плода

1. Уникати положення роділлі на спині
2. Припинити введення окситоцину, якщо він був раніше призначений.
3. Якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері, необхідно провести відповідне лікування.
4. Якщо стан матері не є причиною патологічного серцевого ритму плода, а ЧСС плода залишається патологічною на протязі трьох останніх перейм, треба провести внутрішнє акушерське дослідження для визначення акушерської ситуації та з'ясування можливих причин дистресу плода.
5. При виставленні діагнозу “дистрес плода” необхідне термінове розродження:
 - у першому періоді пологів - кесарів розтин;
 - у другому періоді пологів: при головному передлежанні – вакуум-екстракція або акушерські щипці; при сідничному - екстракція плода за тазовий кінець.

Затримка росту плода (ЗРП)

Затримка росту плода (ЗРП) визначається як неспроможність плода реалізувати свій потенціал росту внаслідок патологічних факторів, найчастіше – плацентарної дисфункції. В усьому світі ЗРП є основною причиною мертвонародження, неонатальної смертності, коротко - та довгострокової захворюваності.

Малим для гестаційного віку (МГВ) вважається плід, якщо передбачувана маса плода (ПМП) або маса тіла дитини при народженні менше 10-го перцентилу для гестаційного віку.

Ризики, пов'язані з затримкою росту плода.

Антенатальні

- Мертвонародження
- Прееклампсія
- Відшарування плаценти
- Передчасні пологи

Неонатальні (короткострокові)

- Неонатальна смертність
- Неонатальна захворюваність (гіпоглікемія, гіпербілірубінемія, гіпотермія, некротизуючий ентероколіт, респіраторна захворюваність, внутрішньоплодові крововиливи)

Неонатальні (довгострокові)

- Порухення психомоторного розвитку
- Метаболічний синдром (ожиріння, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання)

Поширені етіологічні чинники затримки росту плода.

Субоптимальна матково-плацентарна перфузія та живлення плода

a. Материнські (преплацентарні) фактори

- Гіпоксемія (хронічні хвороби легенів, проживання в умовах високогір'я)
- Анемія
- Куріння, зловживання психоактивними речовинами (кокаїн, метамфетаміни)
- Мальабсорбція, недостатній приріст маси тіла
- Токсини навколишнього середовища: забруднення повітря, важкі метали (свинець, ртуть), перфтороктанова кислота

b. Плацентарні фактори

- Патологія, пов'язана з материнською мальперфузією (інфаркти, відкладення фібрину, хронічне відшарування)
- Патологія, пов'язана з плодовою мальперфузією
- Хронічне запалення плаценти (наприклад, віліт невідомої етіології)
- Обмежений плацентарний мозаїцизм

c. Пуповинні (постплацентарні) фактори

- Надмірне закручування судин пуповини
- Збільшення довжини пуповини
- Справжній вузол пуповини
- Єдина артерія пуповини
- Крайове чи оболонкове прикріплення пуповини

Патологія плода

- Генетичні порушення (хромосомні, мікрodelеції/дуплікації, моногенні захворювання, епігенетичні розлади)
- Структурні аномалії (наприклад, вроджені вади серця, гастрошизис)
- Вроджені інфекції (цитомегаловірус, токсоплазмоз, герпес, краснуха, сифіліс, вірус Зіка, малярія)
- Вплив тератогенів (лікарські засоби, токсини)

Фактори ризику затримки росту плода.

Анамнестичні фактори ризику

a. Материнські демографічні ознаки

- Старший вік
- Недостатня вага
- Проживання в умовах великої висоти
- Тяжка анемія, гемоглобінопатія
- Фактори навколишнього середовища (забруднення повітря, важкі метали, високі температури)

b. Медичні стани

- Хронічна гіпертензія
- Хронічні захворювання нирок
- Системний червоний вовчак

- Запальні захворювання кишечника
- Антифосфоліпідний синдром
- Прегестаційний діабет (тривалий)

с. Акушерський анамнез

- Попередня вагітність із ЗРП або прееклампсією

Біохімічні маркери

- Низький PlGF
- Низький PAPP-A
- Високий альфа-фетопротеїн

Ультразвукові маркери

- Маткові артерії: пульсаційний індекс > 95 перцентиля
- Маткові артерії: двостороння дикротична виїмка
- Крайове чи оболонкове прикріплення пуповини
- Дві судини пуповини (єдина артерія пуповини)
- Аномальна морфологія плацента
- Знижена швидкість росту плода

Класифікація затримки росту плода

Рання ЗРП (< 32 тижнів)	Пізня ЗРП (≥ 32 тижнів)
• ПМП чи ОЖ <3-го перцентиля або • АП з НКДШК/РКДШК або • ПМП чи ОЖ <10-го перцентиля у поєднанні з однією або більше з наступних ознак: а. ПІ АП >95-го перцентиля б. ПІ МА >95-го перцентиля	• ПМП чи ОЖ <3-го перцентиля або • ≥2 з наступних 3 критеріїв: а. ПМП чи ОЖ <10-го перцентиля б. ПМП чи ОЖ перцентилі зменшуються >2 кuartилів на перцентилях росту с. ЦПВ <5-го перцентиля чи ПІ АП >95-го перцентиля

Рання ЗРП з поширеністю 0,5–1% зазвичай має тяжкий перебіг і частіше асоціюється з патологічними доплерометричними показниками в АП, ніж пізня ЗРП. Патологія плаценти, яка лежить в основі ранньої ЗРП, часто подібна до тієї, що спостерігається у випадках ранньої прееклампсії (судинна материнська мальперфузія), і це пояснює тісний зв'язок ранньої ЗРП із прееклампсією. Основною проблемою у випадках ранньої ЗРП є ведення (тобто визначення терміну розродження), намагаючись визначити оптимальний баланс між протилежними ризиками мертвонародження та недоношеності.

Пізня ЗРП зустрічається частіше, ніж рання ЗРП, із поширеністю 5–10%. На відміну від ранньої ЗРП, вона зазвичай має більш легкий перебіг, рідше поєднується з прееклампсією та звичайно асоціюється з нормальними доплерометричними показниками в артеріях пуповини. Діагноз пізньої ЗРП головним чином ґрунтується на адаптивних змінах у мозковому кровообігу («перерозподіл» або «ефект захисту мозку»), що відображається в низькому опорі кровотоку в СМА. Враховуючи, що при пізній ЗРП доплерометричні показники в артеріях пуповини та венозній протоці звичайно

залишаються в межах норми, природний перебіг у цих випадках є менш передбачуваним, й існує ризик раптової декомпенсації та мертвонародження.

Діагностика затримки росту плода

1. Вимірювання висоти дна матки (ВДМ).

ВДМ вимірюють у жінки в положенні лежачи за допомогою нееластичної метричної стрічки після того, як вона спорожнила сечовий міхур. ВДМ визначається як відстань від верхньої межі лобкового симфізу до дна матки. ВДМ, виміряна в см між 24 і 38 тижнями вагітності, приблизно відповідає гестаційному віку. Такі фактори, як ожиріння матері, лейоміома матки та багатоводдя, можуть додатково обмежувати точність ВДМ як інструменту скринінгу.

2. Ультразвукове визначення маси плода (ПМП- передбачувана маса плода)

Стандартна біометрія плода включає оцінку ОГ, біпаріетального діаметра, ОЖ і ДС. Маса плода оцінюється на основі різних комбінацій чотирьох вищезазначених біометричних показників, з використанням однієї з багатьох опублікованих формул. Точність більшості формул знаходиться в діапазоні $\pm 10\%$, і показано, що помилка є більшою при граничних значеннях маси плода, на точність оцінки також впливають такі фактори, як стать плода, передлежання та багатоплідність (більша при вагітності двійнею).

Ведення вагітності із затримкою росту плода

Рекомендації щодо моніторингу, термінів і методу розродження у випадках підозри на ЗРП

Отримані дані	Ризик мертвонародження	Пропозиції щодо моніторингу	Терміни і метод розродження
МГВ (ПМП в межах 3-9 перцентилів, нормальні кількість вод і результати доплерометричних досліджень)	Низький	- Допплерометрія (АП, СМА) кожні 1-2 тижні - Фетометрія кожні 2 тижні - В терміні ≥ 37 тижнів розглянути проведення БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень	37–39 тижнів - Метод розродження: індукція пологів
Неускладнена ЗРП < 3-го перцентиля (нормальні кількість вод і результати доплерометричних досліджень)	Низький	- Допплерометрія (АП, СМА) 1-2 рази на тиждень - Фетометрія кожні 2 тижні - В терміні ≥ 37 тижнів розглянути проведення БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень	36–38 тижнів - Метод розродження: індукція пологів
ЗРП з помірними патологічними змінами: • Ранні	Низький	Розглянути моніторинг в умовах стаціонару	34–37 тижнів • Метод розродження:

доплерометричні зміни: а. АП ПІ>95 перцентилів, або б. СМА ПІ 95 перцентилів • Маловоддя • Субоптимальний інтервал росту • Підозра на преєклампсію		• Розглянути кортикостероїди для дозрівання легень плода • БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) 1-2 рази на тиждень • Фетометрія кожні 2 тижні	кесарів розтин або індукція пологів
ЗРП із НКДШК/РКДШК в артерії пуповини	• Загальний ризик мертвонародження: а. НКДШК: 6.8%, ВР 3,6 (2,3–5,6) б. РКДШК: 19%, ВР 7,3 (4,6–11,4) • Ризик мертвонародження при дотриманні чіткого протоколу моніторингу з мережею безпеки: а. НКДШК: 0–1% б. РКДШК: 1–2% • Середній час до погіршення стану: а. НКДШК: 5 днів б. РКДШК: 2 дні	• Моніторинг в умовах стаціонару • Кортикостероїди для дозрівання легень плода • БФП/НСТ 1-2 рази на день • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) кожні 1-2 дні • Фетометрія кожні 2 тижні	• НКДШК: 32–34 тижні • РКДШК: 30–32 тижні • Метод розродження: кесарів розтин
ЗРП з патологічною доплерометрією у ВП	• Загальний ризик мертвонародження: 20%, ВР 11,6 (6,3–19,7) • Ризик мертвонародження при дотриманні чіткого протоколу моніторингу з мережею безпеки а. Збільшений ПІВ у ВП: 2% б. Нульова/реверсна А-хвиля у ВП: 4%	• Моніторинг в умовах стаціонару • Кортикостероїди для дозрівання легень плода • БФП/НСТ 2 рази на день • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) щоденно	• 26–30 тижнів • Метод розродження: кесарів розтин

Підхід до скринінгу, діагностики та ведення затримки росту плода в умовах високих ресурсів

Рутинне навчання пацієнток: оптимальний набір маси тіла під час вагітності, припинення куріння

Визначення ризику ЗРП на основі анамнезу, біохімічних та ультразвукових маркерів

Високий ризик

Ультразвукове дослідження плаценти

- Допплерографія маткових артерій
- Прикріплення пуповини до плаценти, морфологія плаценти

Профілактичні заходи

- Моніторинг та оптимізація набору МТ при вагітності
- Аспірин по 100 – 150 мг увечері з ≤ 16 тижнів

Моніторинг росту плода починаючи з 24-28 тижнів

Низький ризик

Стандартний моніторинг

- Висота дна матки (ВДМ)
- Розглянути УЗД у випадках малої ВДМ або рутинно в 32-36 тижнів

Підозра на ЗРП

Дослідження

- Детальний анамнез: медичний, сімейний та акушерський анамнез; підтвердження терміну вагітності
- Детальне УЗД анатомії плода: вроджені вади розвитку, «м'які» маркери, маркери інфекції плода
- Допплерівські дослідження: АП, МА, СМА
- Материнський скринінг на інфекції плода
- Медико-генетичне консультування, амніоцентез (мікроматричний аналіз та ПЛР на інфекції плода) за показаннями

Моніторинг

- Навчання вагітних підрахунку рухів плода, симптомів преєклампсії, моніторингу артеріального тиску
- БФН/НСТ, амніотична рідина, доплер
- Ріст плода: кожні 2 тижні
- Призначення антенатальних кортикостероїдів згідно за стандартними протоколами

Розродження

- Вибір терміну ґрунтується на гестаційному віці та результатах УЗД/НСТ
- Сульфат магнію для нейропротекції плода відповідно до стандартних протоколів
- Віддавати перевагу балонному катетеру над препаратами простагландинів для преіндукції пологів
- Постійний моніторинг серцевого ритму плода
- Плаценту слід надсилати на патологогістологічне дослідження при доступності

Післяпологове спостереження та консультування щодо наступних вагітностей

- Спостереження за дитиною
- Навчання пацієнток превентивним стратегіям для зниження ризику майбутніх серцево-судинних захворювань
- Консультування щодо ризику повторення і ведення наступних вагітностей, включаючи оптимізацію харчового статусу, припинення куріння, профілактику аспірином, стратифікацію ризиків, моніторингу росту плода й артеріального тиску вагітної

Підхід до скринінгу, діагностики та ведення затримки росту плода в умовах низьких ресурсів

Рутинне навчання пацієток: оптимальний набір маси тіла під час вагітності, припинення куріння

Визначення ризику ЗРП на основі анамнезу, біохімічних та ультразвукових маркерів

Високий ризик

Профілактичні заходи

- Моніторинг та оптимізація набору МТ при вагітності
- Аспірин по 100 – 150 мг увечері з ≤ 16 тижнів

Низький ризик

Стандартний моніторинг

- Висота дна матки (ВДМ)
- Розглянути УЗД у випадках малої ВДМ або рутинно в 32-36 тижнів

Моніторинг росту плода починаючи з 24-28 тижнів

Підозра на ЗРП

Дослідження

- Детальний анамнез: медичний, сімейний та акушерський анамнез; підтвердження терміну вагітності за можливості
- Детальне УЗД анатомії плода: вроджені вади розвитку, «м'які» маркери, маркери інфекції плода
- Допплерівські дослідження: АП
- Материнський скринінг на інфекції плода, включаючи малярію та вірус Зіка, якщо є відповідні підозри
- Медико-генетичне консультування, амніоцентез (мікроматричний аналіз та ПЛР на інфекції плода) за показаннями

Моніторинг

- Навчання вагітних підрахунку рухів плода, симптомів пreeклампсії, моніторингу артеріального тиску
- НСТ, доплерографії артерій пуповини
- Ріст плода: кожні 2-3 тижні за доступності
- Призначення антенатальних кортикостероїдів згідно за стандартними протоколами

Розродження

- Вибір терміну ґрунтується на гестаційному віці та результатах доплерографії АП і НСТ
- Віддавати перевагу балонному катетеру над препаратами простагландинів для преіндукції пологів
- Постійний моніторинг серцевого ритму плода

Післяпологове спостереження та консультування щодо наступних вагітностей

- Спостереження за дитиною
- Навчання пацієток превентивним стратегіям для зниження ризику майбутніх серцево-судинних захворювань
- Консультування щодо ризику повторення і ведення наступних вагітностей, включаючи оптимізацію харчового статусу, припинення куріння, профілактику аспірином

Трофобластичні захворювання (міхурцевий занесок)

Міхурцевий занесок – стан, що супроводжується проліферацією трофобласту в порожнині матки (зовнішній шар клітин ембріона, який приймає участь в імплантації зародка в стінку матки і утворенні плаценти).

Етіологія міхурцевого занеску

Пухлинне перетворення трофобласту може відбутись під впливом інфекції на фоні недостатньої продукції естрогенів яєчників внаслідок генетичної патології.

Повний міхурцевий занесок виникає при однобатьківській дисомії, коли з невідомих причин відбувається втрата материнських генів і дублювання батьківського гаплоїдного геному (зигота має каріотип 46.XX). Інколи (5%) повний міхурцевий занесок викликаний заплідненням порожньої (без'ядерної) яйцеклітини двома сперматозоїдами, що призводить до каріотипу 46.XY або 46.XX. Ембріон гине на ранніх термінах розвитку до встановлення плацентарного кровообігу.

Неповний міхурцевий занесок викликаний триплоїдією в результаті запліднення яйцеклітини двома сперматозоїдами (диспермія) із затримкою гаплоїдного набору материнських хромосом. Клітини мають один гаплоїдний набір материнських хромосом і диплоїдний набір батьківських хромосом – каріотип може бути 69.XXY, 69.XXX або 69.XYY. Плід гине на 10 тижні внутрішньоутробного розвитку.

Класифікація міхурцевого занеску

- Простий;
- Проліферуючий;
- Інвазивний;
- Хоріонкарцинома;
- Повний;
- Неповний (частковий).

Клініка міхурцевого занеску

- Кровотечі (з пухирцями), що виникають зазвичай у II триместрі вагітності.
- Різко збільшений рівень ХГЛ.
- Порушення співвідношення між терміном вагітності і величиною матки за датою останньої менструації.
- Ранні гестози (нудота, блювання), прееклампсія в II триместрі вагітності.
- Біль в животі
- Пухлини яєчників (лютеїнові кісти).

Діагностика міхурцевого занеску

- Анамнез життя та захворювання.
- Огляд шийки матки в дзеркалах (колір слизової піхви та шийки матки, наявність утворень на них, що можуть бути метастазами).
- Бімануальне дослідження (консистенція, контур і розміри матки, розміри яєчників).
- Визначення ХГЛ (>100000 мМо/мл).
- УЗД (наявність міхурців (синдром “снігової бурі”), наявність лютеїнових кіст).
- Рентгенологічне дослідження грудної клітини (метастази при хоріокарциномі).
- Гістологічне дослідження видалених тканин.

Лікування і тактика ведення міхурцевого занеску

- Видалення міхурцевих мас із порожнини матки (введення (простагландинів, окситоцину), інструментальне видалення кюреткою).
- Гістологічне дослідження видалених тканин.
- Гістеректомія (надпівхова ампутація або екстирпації матки без придатків (при деструктивній формі)).

- Спостереження (визначення ХГЛ через кожні 2 тижні до отримання негативного результату, потім протягом року через кожних 2 місяці).
- Диспансерне спостереження протягом 2 років.
- Наступну вагітність рекомендується планувати через 2 роки після повної ремісії.

Багатоводдя

Багатоводдя (гідрамніон) - акушерська патологія, що характеризується збільшеною яка характеризується збільшенням об'єму амніотичної рідини більше 1500мл і часто призводить до важких ускладнень вагітності.

Об'єм амніотичної рідини залежить від маси плода та розмірів плаценти. Так, до 8 тижня вагітності він складає 5-10мл, до 10-ї досягає 30мл. В ранні терміни вагітності кількість АР збільшується на 25мл за 7 днів, в період з 16-го по 28-й тиждень - на 50мл за 7 днів. До 30-37 тижня об'єм вод складає 500-1000мл, досягаючи максимального (1 - 1,5л) до 38-го тижня. До кінця вагітності об'єм АР може знижуватися до 600мл, зменшуючись щотижня приблизно на 145мл.

Етіологія багатоводдя:

З боку матері:

- перенесені вірусні та бактеріальні інфекції - синдром інфікованих навколоплідних вод (10-16% випадків);
- цукровий діабет (поліурія у плода, реакція амніотичної оболонки у відповідь на підвищення рівня глюкози в навколоплідних водах).

З боку плаценти:

- хоріоангіома;
- артеріовенозна фістула.

З боку плода:

- багатоплідна вагітність
- ідіопатичне багатоводдя;
- атрезія дванадцятипалої кишки;
- нервово-м'язова патологія (порушення ковтання);
- аненцефалія.

При змішаній інфекції захворюваність новонароджених досягає 50 - 100%. Група бактерій (TORH) викликають ураження центральної нервової системи. При наявності навіть однієї інфекції із групи TORH у матері та відсутності адекватної терапії, до 50% новонароджених мають різні пошкодження: ВУІ, гіпотрофію, вроджені каліцтва, порушення мозкового кровообігу.

Класифікація багатоводдя

За часом виникнення:

- Гостре (від 0,008 до 0,03% випадків і частіше розвивається на 16 - 24 тижні вагітності)
- Хронічне

За ступенем важкості:

- Легкий ступень (до 3 літрів);
- Середній ступень (3 - 5 літрів);
- Тяжкий (більш 5 літрів).

Клініка багатоводдя

При гострому багатоводді:

- загальне нездужання;
- швидке збільшення матки;
- задуха;

- біль у череві;
- набряки;
- напруження матки;
- акроціаноз.

При хронічному багатоводді:

- збільшення матки поступове;
- перебіг менш бурхливий ніж при гострому.

Діагностика багатоводдя

- виявляється після 22-24 тижнів вагітності;
 - швидке збільшення матки, яке не відповідає терміну вагітності;
 - симптом флуктуації та балотування;
 - напруженість стінок матки - тугоеластичної або щільної консистенції (при тяжкому ступені багатоводдя);
 - пальпація частин плода утруднена;
 - нестійке або неправильне положення плода;
 - серцебиття плода глухе;
 - УЗД (вимірювання вертикального розміру найбільшої кишені (вільної ділянки) амніотичної порожнини. Відповідно до даного методу, визначення глибини найбільшої кишені амніону: менше 1см розцінюється як маловоддя
- від 1 до 2 см - граничне між нормою та маловоддям
 - від 2 до 8 см - нормальна кількість вод
 - більше 8 см - багатоводдя яке класифікується наступним чином: **помірне** - глибина кишені складає від 8 до 12см, **середнє** - від 12 до 16 см, **тяжке** – 16 см і більше.
- УЗД більш точний - визначення *індексу амніотичної рідини (IAP - середнє значення IAP складає від 16,2+/-5,3см)*

Алгоритм обстеження пацієнток з багатоводдям

- Загальноклінічні методи
- Визначення рівня глюкози в сироватці крові, сечі, глюкозотолерантний тест
- При Rh(-) - типі крові - титр антитіл й непряма проба Кумбса
- Виключення інфекційного фактору: мікробіологічні (посів мазка з цервікального каналу, заднього склепіння піхви та АР), вірусологічні (мазок із цервікального каналу та АР методом полімеразної ланцюгової реакції на антигени вірусу простого герпесу, цитомегаловірусу, хламідій, уреа- та мікоплазм), імунологічні (аналіз крові, АР на наявність антитіл до IgM, IgG вірусу простого герпесу, цитомегаловірусу, хламідій, уреа- та мікоплазм) методи дослідження
- УЗД, доплерометрія

Ускладнення під час вагітності

- Загроза переривання вагітності та передчасних пологів.
- Ранній гестоз, прееклампсія.
- Дистрес плода.
- ЗРП
- Неправильне положення та тазове передлежання плода.
- Вади розвитку плода (аненцефалія (21%), спино-мозкова грижа, гідроцефалія, атрезія верхнього відділу шлунково-кишкового тракту, полікістоз нирок, легень плода, макроглюсія, косопалість).
- Внутрішньоутробне інфікування та аспіраційний синдром плода

Ускладнення в пологах

- Слабкість пологової діяльності.
- Випадіння петель пуповини.
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- Гіпотонічні кровотечі.

Тактика ведення вагітності при багатоводді залежить від:

- Генезу багатоводдя.
- Ступеня тяжкості й особливостей перебігу багатоводдя.
- Терміну гестації.
- Стану плода.
- Наявності ускладнень.
- Ефективності застосованої терапії.
- При відсутності встановленої причини - вести як пацієнтку з інфекційним багатоводдям.

Лікування багатоводдя

- Залежить від етіологічного фактора багатоводдя.
- Антибактеріальна терапія (при встановленому генезі інфекційного багатоводдя, відсутності ознак інфекції й відсутності ефекту від антибактеріальної терапії багатоводдя, протягом 7 днів - рекомендується перейти на роваміцин 3 млн. ОД 3 рази на добу, протягом 10 діб)
- Інгібітор простагландин-синтетази індометацин (2,2 - 3 мг/кг на добу, з 24 - 25 і до 35 - 38 тижня вагітності) При застосуванні індометацину основним ускладненням з боку плода є передчасне закриття артеріального протоку. Чутливість артеріального протоку до індометацину зростає пропорційно терміну вагітності. Якщо в 26-27 тижнів вагітності ризик передчасного закриття протоку не перевищує 5%, то до 32 тижня він зростає до 50%, причому в 2/3 випадків закриття протоку відбувається в 1-шу добу після призначення індометацину. Ехокардіографія дозволяє рано встановити звуження протоку та мітральну регургітацію. Ці зміни обернені при своєчасній діагностиці та зникають після відміни індометацину.
- Амніоцентез проводиться тільки за наявності імунологічного конфлікту між матір'ю й плодом та у разі багатоводдя, що прогресує.

Тактика ведення пологів при багатоводді

- Амніотомія (при розкритті вічка на 3 – 4 см). Води випускають повільно, не витягуючи руки з піхви, для попередження випадіння петлі пуповини або ручки плода.
- Родозбудження окситоцином починають не раніше 2 годин після вилиття навколоплідних вод з метою запобігання передчасного відшарування плаценти.
- Активне ведення III періоду пологів.
- Післяпологовий період - профілактика гнійно-запальних захворювань, у новонародженого ретельне обстеження з метою виключення внутрішньоутробного інфікування.

Маловоддя (олігогідрамніон) - патологічний стан, для якого притаманне зниження кількості навколоплідних вод менш ніж 0,5 літри.

Етіологія маловоддя

- Недорозвинення амніотичного епітелію.
- Аномалії розвитку сечовидільної системи плода (агенезія нирок, полікістозна дегенерація нирок, усі види атрезій та ін.)
- Первинна плацентарна недостатність

- Інфікування плода
- Патологія плода (синдром затримки розвитку, хромосомна патологія)
- Переношена вагітність
- Антенатальна загибель плода
- Ідіопатичне маловоддя

Класифікація маловоддя (за даними УЗД):

- Легкого ступеня (ІАР 5 - 10 см)
 - Середнього ступеня (ІАР 2 - 5 см)
 - Важкого ступеня (ІАР менш 2 см)
 - *Раннє.* Виникає до 24 тижнів гестації, свідчить про наявність вад розвитку плода чи неповноцінності структури амніону.
 - *Пізнє.* Виникає після 24 тижнів гестації, найчастіше є наслідком патологічного перебігу вагітності.
- Діагностика маловоддя**
- УЗД - визначення індексу амніотичної рідини (ІАР)
 - Зменшення навколоплідних вод (зменшений щодо терміну гестації об'єм матки).

Ускладнення

З боку матері:

- Передчасні пологи.
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

З боку плода:

- Косолапість, кривошия.
- Скривлення хребта.
- Деформації кісткової системи.
- Вади розвитку плода.
- Синдром затримки росту плода.

Лікування маловоддя

Консервативні методи:

- Лікування дисфункції плаценти
- Антибактеріальна терапія за показаннями

Оперативні методи: Тільки при тяжкому маловодді й необхідності пролонгування вагітності - інтраамніональне введення ультрафільтрата плазми материнської крові.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

В акушерське відділення була госпіталізована вагітна 30 років, у терміні вагітності 32 тижня з діагнозом плацентарна дисфункція. При ультразвуковому дослідженні була виявлена невідповідність у 2 – 4 тижні між розмірами плода та фактичним терміном вагітності.

Які методи дослідження необхідно призначити додатково?

Відповідь: ВДМ в динаміці, біофізичний профіль плода, нестресовий тест, доплерівське дослідження: АП, МА, СМА.

Клінічна ситуація 2

Вагітна 26 років надійшла в пологовий будинок з діагнозом: Вагітність II, 36 тижнів. ЗРП. Об'єктивно: висота дна матки над лоном 30 см, при вислуховуванні серцебиття плода –

глухість тонів. Відзначається відсутність збільшення маси тіла жінки. Дані анамнезу: вагітна вживає алкоголь.

Яка ЗРП може спостерігатися в даному випадку?

Відповідь: Пізня ЗРП.

Клінічна ситуація 3

До жіночої консультації звернулася вагітна, 23 роки, в терміні вагітності 32 тижні, висота дна матки над лоном 28 см, відзначається відсутність збільшення маси тіла жінки.

Які обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу ЗРП?

Відповідь: Необхідно провести ультразвукове дослідження, визначити рухову активність плоду, біофізичний профіль плоду, нестресовий тест, доплерівське дослідження: АП, МА, СМА.

Клінічна ситуація 4

Вагітна 30 років, в терміні вагітності 36 тижнів, знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу помірної прееклампсії. Відставання висоти стояння дна матки на 5 см від передбачуваного для даного гестаційного віку, що свідчить про ЗРП.

Якою повинна бути висота дна матки над лоном при нормально розвинутої вагітності в даному терміні?

Відповідь: ВДМ, виміряна в см між 24 і 38 тижнями вагітності, приблизно відповідає гестаційному віку.

ТЕМА 37

«Оперативні втручання в акушерстві. Післяпологові септичні захворювання.»

Мета: Оволодіти навичками виконання амніотомії, перінеотомії, епізіотомії. Навчити визначати показання, протипоказання та умови до операцій накладання акушерських щипців, вакуум-екстракції плода, кесаревого розтину. Оволодіти методиками збору анамнезу у породіль з інфекційними післяпологовими захворюваннями. Засвоїти план клініко-лабораторного обстеження з інфекційними післяпологовими захворюваннями. Навчити складати план лікування породіль з інфекційними післяпологовими захворюваннями. Сформувати чітке уявлення про послідовність надання допомоги при оперативних втручаннях в акушерстві.

Основні поняття:

- Показання, протипоказання, умови та підготовка до оперативних втручань при вагінальному та абдомінальному розродженні в акушерстві.
- Основні етапи акушерських операцій. Знеболювання операцій. Інструментарій. Асептика та антисептика.
- Ведення післяопераційного періоду.
- Післяпологові септичні захворювання. Класифікація, етіологія, патогенез, діагностика, принципи лікування, профілактика. Невідкладна допомога при септичних станах в акушерстві. Показання до хірургічного лікування.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. Повторнонароджуюча 25 років поступила з вилиттям навколоплідних вод при терміні гестації 38 тижнів. Пологової діяльності немає. АТ 159/105 мм рт. ст., пастозність обличчя і передньої черевної стінки, виразні набряки ніг. Серцебиття плода приглушене, 110-115 уд/хв. Шийка матки довжиною 2,5 см, щільна, канал прохідний для 2 см, плодового міхура немає, тазовий кінець плода розташований над входом в малий таз. Мис недосяжний. Яка тактика лікаря?

- A. Лікування гестозу, спостереження
- B. Лікування гестозу, пологозбудження окситоцином
- C. Лікування гестозу, пологозбудження простагландинами
- D. Екстракція плода за тазовий кінець
- E. Кесарів розтин

2. У першонароджуючої розміри таза 25-28-31-20 см. Пологова діяльність активна. Вилилися світлі навколоплідні води. Передбачувана маса плода 4500±200,0. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Ознака Вастена позитивна. Відкриття маткового зіву повне. Плодовий міхур відсутній. Мис недосяжний. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд/хв. Яка тактика ведення пологів?

- A. Вичікувальна тактика
- B. Пологопосилення окситоцином
- C. Кесарів розтин
- D. Акушерські щипці
- E. Плідоруйнуюча операція

3. Породілля 23 років переведена у відділення обсервації на 5 добу після пологів у зв'язку з підвищенням температури до 38,8⁰С. Пологи ускладнилися слабкістю пологової діяльності,

тривалим безводним періодом, післяпологовою гіпотонічною кровотечею, ручним обстеженням порожнини матки. Об'єктивно: температура тіла 38,8⁰С, озноб, пульс 100 уд/хв., АТ 90/60 мм рт.ст, ЧД 24 за хв. Живіт болісний в гіпогастрії. Дно матки на 4 см нижче пупка. При вагінальному дослідженні: матка збільшена до 18 тижнів вагітності, м'яка, болісна при пальпації. Виділення темні, з неприємним запахом. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Лохіометра
- B. Субінволюція матки
- C. Післяпологовий ендоміометрит
- D. Післяпологовий пельвіоперитоніт
- E. Сепсис

4. У породіллі 5 днів тому у зв'язку з дистресом плода був проведений кесарів розтин. У післяопераційному періоді з першої доби - стабільний підйом температури до 39,0⁰С на тлі прийому трьох антибіотиків. На 4-й день збільшився об'єм лівої гомілки. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Інфікування післяопераційної рани
- B. Інфікування гематоми післяопераційної рани
- C. Акушерський перитоніт
- D. Тромбофлебіт вен гомілки
- E. Запалення органів сечовивідної системи

Вірні відповіді: 1 – C; 2 – E; 3 – E; 4 – D.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Операції для підготовки пологових шляхів (амніотомія, перинео - та епізіотомія)

Амніотомія – використовується для індукції та регуляції пологової діяльності.

Методика виконання:

- Обробка зовнішніх статевих органів вагітної чи породіллі антисептиком
- Внутрішньо-акушерське дослідження для визначення наявності навколоплідного міхура, його напруження
- Ввести крючок для амніотомії в піхву, перемістити його таким чином, щоб кінчик інструменту досяг навколоплідний міхур
- Розвернути інструмент навколо осі таким чином, щоби гостра частина крючка зачепила оболонку навколоплідного міхура
- Розірвати оболонку
- Середнім та вказівним пальцями розширити отвір, знімаючи оболонки навколоплідного міхура з передлеглої частини
- Оцінити кількість та якість навколоплідних вод
- Упевнитися в тому, що передлегла частина притиснулась до площини входу в малий таз, перед передлеглої частиною не визначаються петлі пуповини.

Перинео- та епізіотомія – має метою уникнути розривів промежини і пологових черпно-мозкових травм дитини.

Перинеотомія: розріз проходить по середній лінії промежини, де наявне мінімальна кількість судин та нервових закінчень. При такому розрізі розсікається шкіра, підшкірна жирова клітковина, задня спайка піхви, фасції, луковично-печериста, поверхневий і глибокий поперечні м'язи промежини.

Методика виконання:

- Після обробки зовнішніх статевих органів завести браншу ножиць за задню спайку

- Здійснити розріз промежини в напрямку від задньої спайки до анального отвору довжиною 1,5-2 см.

Епізіотомія: розріз проходить з однієї сторони через велику статеву губу у напрямку до сідничного бугра.

Методика виконання :

- Після обробки зовнішніх статевих органів завести браншу ножиць за задню спайку і перемістити на 2 см вгору
- Здійснити розріз промежини в напрямку від статевої щілини до сідничного бугра довжиною 1,5-2 см.

Акушерські щипці

Будова акушерських щипців. Основна модель щипців, яка використовується в нашій країні, це щипці Сімпсона-Феноменова. Щипці складаються з двох гілок (або ложок) – правої і лівої. Кожна гілка складається з 3 частин: ложка, замкова частина і рукоятка.

Показання для операції накладання акушерських щипців

I. Показання з боку матері:

А. Патологія вагітності та пологів.

1. Тяжкий ступінь прееклампсії або еклампсія.
2. Передчасне відшарування плаценти в II періоді пологів (голівка в порожнині малого таза).
3. Ендометриїт під час пологів.
4. Слабкість пологової діяльності в II періоді родів, яка не піддається медикаментозному лікуванню.
5. Емболія навколоплідними водами та інші невідкладні стани.

Б. Тяжка екстрагенітальна патологія, яка вимагає виключення або скорочення II періоду пологів:

1. Декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи (пороки серця, порушення серцевого ритму, стенокардія, інфаркт міокарду, гіпертонічний криз, тощо).
2. Загроза або початок відшарування сітківки ока.
3. Крововилив в мозок (інсульт).
4. Гостра дихальна, печінкова, ниркова недостатність.
5. Тромбоемболія легеневої артерії.
6. Кровохаркання, набряк легенів та інші.

II. Показання з боку плода: гостра гіпоксія (дистрес) плода.

Умови для накладання щипців:

1. Живий плід.
2. Повне відкриття шийки матки.
3. Відсутність плодового міхура.
4. Відповідність між розмірами голівки плода і тазу матері.
5. Голівка плоду повинна бути розташована в порожнині малого таза або в площині виходу з малого таза.

Операція накладення акушерських щипців вимагає наявності всіх перерахованих умов. За відсутності хоч би однієї з цих умов операція протипоказана.

Протипоказання для накладання щипців:

1. Мертвий плід.
2. Недоношений (вага менше 2000 г) або гігантський плід (вага більше 5000 г). Це пов'язано з розмірами щипців, які найбільш підходять для голівки доношеного плода середніх розмірів.
3. Аномалії розвитку плоду (гідроцефалія, аненцефалія).
4. Анатомічно вузький таз (II, III і IV ступенів) та клінічно вузький таз.
5. Розгинальні вставлення голівки (передній вид передньо-головного, лобного, лицевого).
6. Голівка плода знаходиться над входом в малий таз, притиснута, вставилася малим або великим сегментом в площину входу в малий таз.

7. Високе пряме стояння голівки.
8. Тазове передлежання плоду.
9. Неповне відкриття шийки матки.
10. Велика пологова пухлина на голівці плоду.

Правила і техніка накладання акушерських щипців

Якщо голівка плода знаходиться в площині виходу з малого тазу, накладають *вихідні акушерські щипці (типові)* в поперечному розмірі тазу, а якщо голівка ще знаходиться у вузькій частині порожнини малого тазу – накладають *порожнинні акушерські щипці (атипові)* в одному з косих розмірів тазу.

Операція екстракції акушерськими щипцями проводиться в такому порядку:

Підготовка до операції:

- 1) катетеризація сечового міхура;
- 2) дезинфекція зовнішніх статевих органів;
- 3) проведення наркозу;
- 4) вагінальне дослідження з метою підтвердження наявності умов для накладення щипців;
- 5) розміщення щипців у складеному вигляді, визначення лівої та правої гілок.

При витяганні голівки плода в щипцях зростає ризик розриву промежини, накладення акушерських щипців, як правило, поєднується з епізіотомією.

Виконання операції:

Операція накладення акушерських щипців складається з наступних моментів:

1. Введення і розміщення ложок щипців
2. Замикання гілок щипців
3. Пробна тракція
4. Робочі тракції – екстракція плода
5. Зняття щипців
6. Народження плечиків

Правила накладання акушерських щипців

При вивченні техніки треба керуватися потрійним правилом М.С. Малиновського.

Перше – "три ліворуч – три праворуч". Першою вводиться ліва ложка, лівою рукою в ліву половину тазу. Другою вводиться права ложка, правою рукою в праву половину тазу.

Друге правило – "три осі": при накладанні щипців повинні збігтися три осі – поздовжня вісь тазу, голівки, щипців.

Третє – "три позиції – три тракції". І позиція – голівка плода при вході до малого тазу малим або великим сегментом, тракції спрямовані на носки сидячого акушера. II позиція – голівка в порожнині малого тазу, тракції спрямовані на коліна стоячого акушера. III позиція – голівка у виході з малого тазу, тракції спрямовані на себе, а після утворення точки фіксації – вгору.

Техніка накладання вихідних акушерських щипців при передньому виді потиличного вставлення голівки плода

I момент – введення ложок щипців (Рис.4).

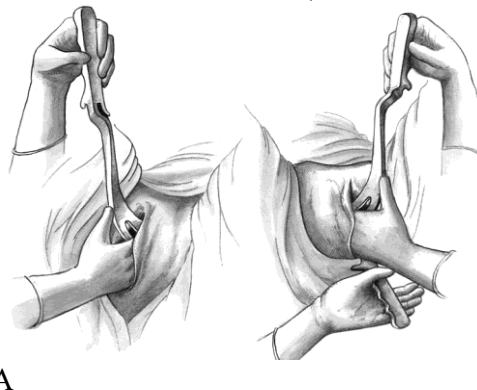


Рис.4. Введення ложок щипців: А – введення лівої ложки, Б – введення правої ложки

II момент – замикання гілок щипців (Рис.5).



Рис.5. Замикання гілок щипців

III момент – пробна тракція (Рис.6).

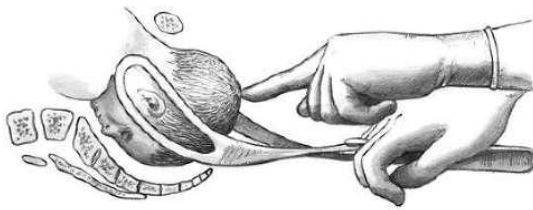


Рис.6. Пробна тракція

IV момент – робочі тракції (Рис.7).



Рис. 7. Робочі тракції

V момент - зняття щипців (Рис.9).

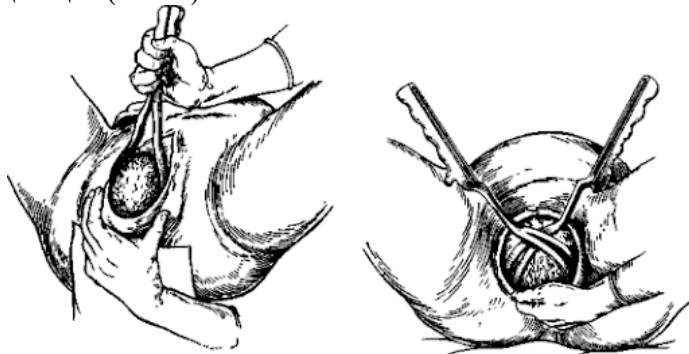


Рис.8 Виведення голівки та захист промежини Рис.9. Зняття щипців

Можливі ускладнення при використанні акушерських щипців:

1. Травмування м'яких тканин родових шляхів роділлі.
2. Крововилив у мозок новонародженого.
3. Асфіксія новонародженого.
4. Ушкодження кісток черепа, очей, нервів, ключиць новонародженого.

Вакуум-екстракція плода

Показання для використання вакуум-екстракції плода

I. З боку матері — ускладнення вагітності, родів або соматична патологія, які вимагають скорочення II періоду пологів:

- слабкість пологової діяльності в II періоді пологів;
- інфекційно-септичні захворювання з порушенням загального стану жінки, високою температурою тіла;

II. З боку плода: прогресуюча гостра гіпоксія (дистрес) плода в II періоді пологів при неможливості виконати кесарів розтин.

Протипоказання для вакуум-екстракції плода:

1. Невідповідність розмірів голівки плода і тазу матері, зокрема: гідроцефалія; вузький таз II-IV ступеню або клінічно вузький таз.
2. Мертвий плід.
3. Лицеве або лобне вставлення голівки плоду.
4. Високе пряме стояння голівки.
5. Тазове передлежання плоду.
6. Неповне відкриття шийки матки.
7. Недоношений плід (менше 30 тижнів).
8. Акушерська або екстрагенітальна патологія, при якій необхідне виключення II періоду пологів.

Умови для виконання вакуум-екстракції плода.

1. Живий плід.
2. Повне відкриття шийки матки.
3. Відсутність плодового міхура.
4. Відповідність між розмірами голівки плоду і тазу матері.
5. Активна участь роділля.
6. Голівка плода повинна бути розташована в порожнині малого тазу або в площині виходу з малого тазу.

Знеболення: пудендальна анестезія.

Методика проведення

Перед операцією необхідно спорожнити сечовий міхур. Зовнішні статеві органи і вагіну обробляють антисептиками. Чашку вводять бічною поверхнею в прямому розмірі тазу, потім повертають в поперечний розмір і отвором притискають до голівки плоду, ближче до малого тім'ячка. Тракції здійснюють синхронно з потугами. Кількість тракцій не повинна перевищувати чотирьох. Під час прорізання голівки плоду виконується захист промежини (за показаннями — епізіотомія), після чого чашка знімається з голівки.

Можливі ускладнення:

1. Зісковзування чашки вакуум-ексатора. При повторних зісковзуваннях тракції необхідно припинити і за наявності умов закінчити пологи операцією акушерських щипців.
2. Черепномозкова травма плода (крововилив), кефалогематома.

КЕСАРІВ РОЗТИН

Показання до планового КР:

- Передлежання плаценти, підтверджене при УЗД після 36 тижнів (край плаценти менше ніж на 2 см від внутрішнього вічка)
- Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів:
 - Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів
 - Попередній корпоральний КР
 - Попередній Т та J-подібний розріз на матці
 - Розрив матки в анамнезі

- Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія, міомектомія із проникненням у порожнину матки в анамнезі, лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом

- Більше одного КР в анамнезі (серед жінок, що мають в анамнезі два КР, можуть бути відібрані як кандидати для спроби вагінальних пологів після КР, тільки такі, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи (ВП)).

- Відмова жінки від спроби ВП.

- Тазове передлежання плода після невдалої спроби зовнішнього повороту плода в 36 тижнів, за наявності протипоказань до нього чи за наполяганням жінки.
- Тазове передлежання або неправильне положення I плода при багатоплідній вагітності
- Поперечне положення плода
- Моноамніотична двійня (найкращим методом розродження є операція КР у 32 тижні вагітності після проведення профілактики РДС), у 30-33 тижнів
- Синдром затримки росту одного із плодів при багатоплідній вагітності
- ВІЛ-інфіковані:

- Жінки, які приймають антиретровірусну терапію трьома препаратами та мають вірусне навантаження більше 50 копій в 1 мл;

- Жінки, які приймають монотерапію зидовудином;

- Ко-інфіковані жінки ВІЛ та вірусним гепатитом С.

Операція має бути виконана у 38 тижнів вагітності до початку пологової діяльності та/або розриву навколоплідних оболонок.

- Первинний генітальний герпес за 6 тижнів до пологів.
- Екстрагенітальна патологія (після встановлення діагнозу профільним експертом):
 - кардіологічна - артеріальна гіпертензія III ст., коарктація аорти (без оперативної корекції вади), аневризма аорти чи іншої крупної артерії, систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду < 40%, констриктивний перикардит;
 - офтальмологічна - геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, «свіжий» опік (інша, окрім вищеперерахованої, патологія органу зору не є показанням до КР);
 - пульмонологічна - захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча менш ніж за 4 тижні до розродження;
 - органів травлення - портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу та шлунку, спленомегалія, діафрагмальна кила;
 - неврологічна - гіпертензійно-лікворний синдром, стан після геморагічного інсульту, артеріо-венозні мальформації мозку
- Пухлини органів малого тазу або наслідки травми тазу, що перешкоджають народженню дитини
- Рак шийки матки
- Стани після розриву промежини III ступеню або пластичних операцій на промежині.
- Стани після хірургічного лікування сечостатевої і кишково-статевої сфери
- Гастрошизис, діафрагмальна кила, spina bifida, тератома у плода, зрощення близнюків - за умови можливості надання оперативної допомоги новонародженій дитині (за наявності рішення перинатального консилиуму або консультативного висновку профільного експерта)

КР за бажанням жінки за відсутності перелічених показань не проводиться.

Терміни виконання планового кесаревого розтину:

- Плановий елективний КР виконують після повних 39 тижнів вагітності.
- У разі багатоплідної вагітності плановий елективний КР виконують після 38 тижнів.
- З метою профілактики вертикальної трансмісії при ВІЛ-інфікуванні матері у 38 тижнів вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів.

- У разі моноамніотичної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32 тижні після попередньої профілактики РДС у ЗОЗ III рівня

Ургентний кесарів розтин

Показання до операції ургентного кесарева розтину:

- Кровотеча до пологів або в I періоді пологів за відсутності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи.
- Розрив матки, що загрожує або почався.
- Тяжка прееклампсія або еклампсія за відсутності умов для екстреного розродження через природні пологові шляхи.
- Дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами обстеження (КТГ, рН передлежачої частини, фетальна пульсоксиметрія за наявності умов, доплерометрія), за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
- Випадіння пульсуючих петель пуповини.
- Обструктивні пологи:
 - Асинклітичні вставлення голівки плода (задній асинклітизм)
 - Поперечне та косе положення плода при відходженні навколоплідних вод
 - Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового)
 - Клінічно вузький таз
- Аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються медикаментозній корекції
- Невдала спроба індукції пологів
- Агональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

Передопераційне обстеження та підготовка:

- Визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів у аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцією КР;
- Додаткове клініко-лабораторне обстеження проводяться лише за наявності показань;
- Катетеризація периферичної вени.
- Катетеризація сечового міхура за показаннями.

Асептика та антисептика. Профілактика інфекції

- Усі жінки повинні отримати АБ профілактику
- Препарат вибору – ампіцилін або цефалоспорины I покоління, які вводять одноразово в/в у середній терапевтичній дозі
- Немає необхідності застосовувати АБ більш широкого спектру дії та призначати повторні дози препаратів
- При алергії на бета-лактамі АБ, можна застосовувати кліндаміцин або еритроміцин в/в
- АБ-профілактику потрібно проводити за 15—60 хв. до розрізу шкіри
- Якщо оперативне втручання продовжується >3 год. або крововтрата >1500 мл, додаткова доза АБ може бути призначена через 3-4 год. після початкової дози
- В разі ожиріння (ІМТ >35), наявності ризику реалізації інфікування в післяопераційному періоді (хронічні запальні процеси) АБ терапія має бути розширена
- Проводиться санація піхви повідон-йодом безпосередньо перед КР, що знижує ризик післяопераційного ендометриту, зокрема у жінок після розриву плідних оболонок.

Стислий опис проведення операції кесаревого розтину

1. Розріз передньої черевної стінки за Пфанненштилем або Джоел-Кохен.
2. Розріз апоневрозу.
3. Відділення апоневрозу від м'язів та розведення прямих м'язів живота.
4. Розріз та розтягнення очеревини. Відсування сечового міхура. Розріз нижнього сегменту матки
5. Розкриття амніона та виведення передлежачої частини плода.

6. Введення 5 ОД окситоцину в/в, видалення посліду, масаж матки.
7. Ушивання матки, контроль гемостазу.
8. Ушивання парієтальної очеревини.
9. Ушивання апоневрозу.
10. Ушивання підшкірної очеревини (при товщині >2 см). Ушивання шкіри.

Середня величина крововтрати за час проведення операції не повинна перевищувати 600-700 мл. У разі гіпотонічної кровотечі з крововтратою >1000 мл постає питання про розширення обсягу операції до екстирпації матки.

Ведення післяопераційного періоду:

- контроль стану матки;
- контроль кількості виділеної крові з піхви;
- контроль гемодинаміки;
- адекватне знеболення.

ПІСЛЯПОЛОГОВІ СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Внутрішньолікарняна інфекція (госпітальна) – будь-яке клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло у пацієнтки протягом перебування в акушерському стаціонарі або протягом 7 діб після виписки з нього, а також у медичного персоналу, яке виникло в наслідок його роботи в акушерському стаціонарі. Більшість бактеріальних внутрішньолікарняних інфекцій виникають через 48 год. після госпіталізації (народження дитини). Проте кожен випадок інфекції слід оцінювати індивідуально в залежності від інкубаційного періоду і нозологічної форми інфекції.

Профілі антибіотикорезистентності характеризують біологічні особливості мікробної екосистеми, що сформувалася у стаціонарі. Госпітальні штами мікроорганізмів мають множинну стійкість принаймні до 5 АБ: для штамів стафілококів – до метициліну (оксациліну) та/або ванкоміцину; для штамів ентерококів – до ванкоміцину; для ентеробактерій – до гентаміцину і/або до цефалоспоринових АБ III-IV поколінь; для неферментуючих бактерій - до цефалоспоринових АБ III-IV поколінь.

Класифікація

Післяпологова інфекція скоріше всього має місце при підвищенні температури тіла > 38⁰С та болісної матки через 48-72 год. після пологів. У перші 24 год. після пологів у нормі нерідко відзначається підвищення температури тіла. Приблизно у 80% жінок з підвищенням температури тіла в перші 24 год. після пологів через природні родові шляхи ознаки інфекційного процесу відсутні.

У *міжнародній класифікації хвороб X перегляду* також виділяють наступні післяпологові інфекційні захворювання в рубриці післяпологовий сепсис:

085 *Післяпологовий сепсис*. Післяпологовий (а) - ендометрит; - лихоманка; - перитоніт; - септицемія.

086.0 *Інфекція хірургічної акушерської рани*. Інфікована (ий) - рана кесаревого розтину; - шов промежини (після пологів).

086.1 *Інші інфекції статевих шляхів після пологів*. Цервіцит, вагініт (після пологів).

087.0 *Поверхневий тромбофлебіт у післяпологовому періоді*

087.1 *Глибокий флеботромбоз у післяпологовому періоді*. Тромбоз глибоких вен у післяпологовому періоді. Тазовий тромбофлебіт у післяпологовому періоді.

Етіологія. Незважаючи на велику розмаїтість збудників у більшості випадків при післяпологовому інфікуванні виявляються наступні: Гр⁺ (25%): *Staphylococcus aureus* - 35%, *Enterococcus* spp. - 20%, Coagulase-negative staphylococcus - 15%, *Streptococcus pneumoniae* - 10%, ін. - 20%; Гр⁻ (25%): *Escherichia coli* -25%, *Klebsiella/Citrobacter* - 20%, *Pseudomonas aeruginosa* - 15%, *Enterobacter* spp. - 10%, *Proteus* spp. - 5%, ін. - 25%; гриби роду *Candida* - 3%; анаеробна флора - при спец. методах дослідження 20%; невстановлена флора - в 25% випадків.

Патогенез. Запалення - це нормальна відповідь організму на інфекцію й може бути визначене як локалізована захисна відповідь на ушкодження тканини, головним завданням якого є знищення мікроорганізму-збудника й ушкоджених тканин.

Системна запальна реакція - це системна активація запальної відповіді, вторинна щодо функціональної неспроможності механізмів обмеження поширення мікроорганізмів, продуктів їхньої життєдіяльності з локальної зони ушкодження.

Фактори ризику. Можливими джерелами післяпологової інфекції (факторами ризику), які можуть існувати і до вагітності, виявляються: інфекція верхніх дихальних шляхів - особливо у випадку використання загальної анестезії; інфікування епідуральних оболонок; тромбофлебіт: нижніх кінцівок, тазу, місць катетеризації вен; інфекція сечових шляхів (безсимптомна бактеріурія, цистит, пієлонефрит); септичний ендокардит; апендицит й ін. хірургічні інфекції.

До сприятливих факторів розвитку інфекційних ускладнень відносяться:

1. Кесарів розтин. Присутність шовного матеріалу й наявність ішемічного некрозу інфікованих тканин, поряд з розрізом на матці створюють ідеальні умови для септичних ускладнень.

2. Тривалі пологи й передчасний розрив навколоплідних оболонок, що ведуть до хоріоамніониту.

3. Травматизація тканин при вагінальних пологах: накладення щипців, розтин промежини, повторні піхвові дослідження під час пологів, внутрішньоматкові маніпуляції (ручне видалення плаценти, ручне обстеження порожнини матки, внутрішній поворот плода, внутрішній моніторинг стану плода й скорочень матки тощо).

4. Інфекції репродуктивного тракту.

5. Низький соціальний рівень у поєднанні з поганим харчуванням і незадовільною гігієною.

Причинами генералізації інфекції можуть бути: неправильна хірургічна тактика й неадекватний обсяг хірургічного втручання; неправильний вибір обсягу й компонентів АБ, дезінтоксикаційної і симптоматичної терапії; знижена або змінена імунореактивність макроорганізму; наявність важкої супутньої патології; наявність АБ-резистентних штамів мікроорганізмів; відсутність проведення якого-небудь лікування.

Клініка, діагностика й лікування умовно обмежених післяпологових інфекційних захворювань

Післяпологова інфекція - переважно ранова. У більшості випадків первинне вогнище локалізується в матці, де ділянка плацентарної площадки після відокремлення плаценти є великою рановою поверхнею. Можливе інфікування розривів промежини, піхви, шийки матки. Після операції КР інфекція може розвиватися в операційній рані передньої черевної стінки.

Характерні загальні клінічні прояви для запальної реакції:

- місцева запальна реакція: біль, гіперемія, набряк, місцеве підвищення температури, порушення функції ураженого органу;
- загальна реакція організму: гіпертермія, лихоманка. Ознаки інтоксикації (загальна слабкість, тахікардія, зниження артеріального тиску (АТ), тахіпное) свідчать про розвиток ССЗВ.

При діагностиці враховуються дані: клінічні (огляд ушкодженої поверхні, оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу); лабораторні (ЗАК (лейкограма), ЗАС, бактеріологічне дослідження ексудату, імунограма; інструментальні (УЗД).

Клініка, діагностика і лікування інфікованої післяпологової рани

Клінічні ознаки розвитку інфекції в ранах, які гояться первинним натягом:

- а) скарги: на інтенсивний, нерідко пульсуючий біль в ділянці рани; на підвищення температури тіла – субфебрильна або до 38-39⁰С.
- б) місцеві зміни: гіперемія навколо рани без позитивної динаміки; поява набряку тканини, що поступово збільшується; при пальпації визначається інфільтрація тканини, що часто

збільшується, можливе виникнення глибоко розташованих інфільтратів (некротизуючий фасцит, що може поширюватися на сідниці, передню черевну стінку живота - часто фатальне ускладнення); серозний ексудат швидко переходить у гній.

Клінічні ознаки розвитку інфекції в ранах, які гояться вторинним натягом: прогресуючий набряк й інфільтрація тканини навколо рани; поява щільних болючих інфільтратів без чітких контурів; ознаки лімфангоїту й лімфаденіту; ранова поверхня покривається суцільним фібринозно-гнійним нальотом; уповільнення або припинення епітелізації; грануляції стають бліді або синюшні, їх кровоточивість різко зменшується; збільшується кількість ексудату, його характер залежить від збудника: - стафілокок спричиняє появу густого гною жовтуватих кольорів, а деякі штами викликають розвиток гнильної місцевої інфекції з утворенням вогнищ некрозу тканини й грязно-сірого гною з різким запахом; - для стрептокока характерна поява рідкого гною жовтувато-зелених кольорів, сукровиця; - колібацилярна й ентерококова інфекції спричиняють появу гною коричневих кольорів з характерним запахом; - синегнійна паличка (*Pseudomonas aeruginosa*) приводить до появи зеленого гною зі специфічним запахом.

Вид збудника також визначає клінічний перебіг ранової інфекції: для стафілокової інфекції характерний блискавичний розвиток місцевого процесу з вираженими проявами гнійно-резорбтивної лихоманки; стрептококова інфекція має тенденцію до дифузного поширення у вигляді флегмони, зі слабо вираженими місцевими ознаками; для синегнійної палички характерно млявий, затяжний перебіг місцевого процесу, після гострого початку, з вираженими проявами загальної інтоксикації.

Бактеріологічне дослідження ексудату проводиться з метою визначення збудника і його чутливості до АБ. Забір матеріалу повинен виконуватися до початку АБ терапії. Матеріалом для дослідження можуть бути ексудат, шматочки тканини, змиви з рани. Матеріал збирають стерильними інструментами й поміщають у стерильні пробірки або флакони зі стандартним середовищем. Посів матеріалу повинен бути виконаний протягом 2 год. після забору. Одночасно з узяттям матеріалу для бактеріологічного дослідження обов'язково зробити не менше двох мазків, пофарбованих по Граму, з метою орієнтовної експрес-діагностики.

Лікування

У більшості випадків проведення місцевого лікування буває достатнім. Лікування містить у собі хірургічні, фармакологічні й фізіотерапевтичні методи.

Хірургічна обробка рани

Первинна обробка рани виконується за первинними показаннями. Хірургічна обробка рани складається з: видалення з рани нежиттєздатних тканин, які є субстратом для первинного некрозу; видалення гематом (особливо глибоко розташованих); остаточна зупинка кровотечі; відновлення ушкоджених тканин.

Вторинна обробка рани виконується за вторинними показаннями, як правило, у зв'язку із гнійно-запальними ускладненнями рани. Повторна вторинна обробка рани при важких формах ранової інфекції може проводитися багаторазово. У більшості випадків вторинна хірургічна обробка рани включає: видалення вогнища інфекційно-запальної альтерації; широке розкриття карманів, запливів; повноцінне дренирування із забезпеченням відтоку ексудату; застосування місцевих антисептиків.

Антибіотикопрофілактика – це системне призначення АБ препарату до моменту мікробної контамінації рани або розвитку післяопераційної ранової інфекції, а також при наявності ознак контамінації, за умови, що первинне лікування хірургічне. АБ профілактика призначається при ризику інфікування масивних ран промежини, піхви й лапаротомної рани при КР.

Принципи АБ профілактики: при КР без ускладнень проводиться після відділення дитини шляхом одноразового внутрішньовенного введення АБ у середньодобовій дозі з урахуванням результатів виявлених госпітальних штамів та їх АБ-резистентності; у випадку виникнення ускладнень під час операції або виявленні ознак запального процесу

цей же препарат можна використовувати й для АБ терапії; продовження введення АБ після 24 год. з моменту закінчення операції не приводить до підвищення ефективності профілактики ранової інфекції; профілактичне передчасне призначення АБ до оперативного втручання недоцільне, оскільки це призводить до порушення біоценозу шлунково-кишкового тракту і колонізації його верхніх відділів.

Антибіотикотерапія – це використання АБ для тривалого лікування у випадку виникнення запального процесу. АБ терапія може бути: емпірична - заснована на використанні препаратів широкого спектру дії, активних відносно до потенційних збудників; цілеспрямована - використовуються препарати відповідно до результатів мікробіологічної діагностики.

Велике значення має місцеве використання антисептиків. Для очищення рани можна використовувати 10% розчин хлориду натрію, 3% перекис водню, 0,02% розчин хлоргексидину тощо. Для більш швидкого загоєння можна використовувати прокладки з левоміколевою, або левосиновою, або синтоміциновою, або солкосериловою мазями тощо.

Фізіотерапевтичні процедури у період реконвалесценції: УВЧ-індуктотерапія, УФ опромінення, електрофорез із медикаментозними препаратами.

Профілактика ранової інфекції полягає в раціональному веденні пологів і післяпологового періоду, дотриманні асептики й антисептики.

Післяпологовий ендометрит

Післяпологовий ендометрит (endometritis) - це запалення поверхневого шару ендометрію. Ендоміометрит (endometriitis or metroendometritis) - це поширення запалення з базального шару ендометрію до міометрію. Панметрит (panmetritis) - це поширення запалення з ендометрію й міометрію до серозного шару матки.

Клініка. Початкова стадія ПП ендометриту може носити різну виразність і мати поліформну картину. Варто розрізняти класичну, стерту й абортівну форми ендометрита, а також ендометрита після КР. Класична форма ендометрита звичайно розвивається на 3-5 добу після пологів. Для цієї форми характерні лихоманка, інтоксикація, зміна психіки, виражений лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, патологічні виділення з матки. При стертій формі ендометрита захворювання звичайно розвивається на 8-9 добу після пологів, температура субфебрильна, місцеві прояви мало виражені. Абортивна форма ендометрита перебігає так як і класична, але при високому рівні імунологічного захисту швидко припиняється. Ендоміометрит після КР може ускладнюватися пельвіоперитонітом, перитонітом, який розвивається розвинути в 1-2 добу після операції.

Діагностика заснована на: клінічних даних: скарги, анамнез, клінічний огляд. При піхвовому дослідженні матка помірно чутлива, субінволюція матки, гнійні виділення; лабораторних даних: ЗАК (лейкограма), ЗАС, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження виділень з шийки або/та матки, (крові й сечі при необхідності), имунограма, коагулограма, біохімія крові; інструментальних даних: УЗД.

Лікування у більшості випадків фармакологічне, але також можливо й хірургічне.

Комплексне лікування післяпологового ендометрита включає не тільки системну АБ, інфузійну, детоксикаційну терапію, але й місцеве лікування. АБ терапія може бути емпірична й цілеспрямована. Перевага віддається цілеспрямованій АБ терапії, що можливо при використанні прискорених методів ідентифікації збудника, використовуючи систему мультімікротестів. Якщо лихоманка триває протягом 48-72 год. після початку лікування, варто запідозрити резистентність збудника до застосовуваних АБ. Лікування внутрішньовенними АБ повинне тривати 48 год. після зникнення гіпертермії й інших симптомів. Таблетовані АБ варто призначати ще на найближчі 5 днів.

Треба враховувати, що АБ попадають у материнське молоко. Незріла ферментна система немовляти може не впоратися з повним виведенням АБ, що може привести до кумулятивного ефекту. Ступінь дифузії АБ до грудного молока залежить від характеру АБ. В обмеженій кількості переходять до грудного молока пеніциліни, цефалоспорины, в

значній кількості – аміноглікозиди, тетрацикліни, макроліди. Тому при їх призначенні припиняють грудне годування немовляти.

Місцевою терапією при ендометриті є проточно-промивне дренування порожнини матки, із застосуванням двопросвітнього катетеру, через який роблять зрошення стінок матки розчинами антисептиків, АБ. Використовують охолоджені $+4^{\circ}\text{C}$ 0,02% розчин хлоргексидину, 0,9% ізотонічний розчин хлориду натрію зі швидкістю 10мл/хв. Протипокази: неспроможність швів на матці після операції КР, поширення інфекції за межі матки, а також перші дні (до 3-4 доби) післяпологового періоду. Якщо патологічні включення (згортки крові, залишки плодових оболонок) в порожнині матки шляхом промивного дренування відмити не вдається, їх необхідно видалити вакуум-аспірацією або обережним кюретажем на тлі АБ терапії та нормальної температури тіла. При відсутності даних умов кюретаж проводиться тільки за життєвими показаннями (кровотеча при наявності залишків плаценти).

До оперативного лікування прибігають у випадку неефективності консервативної терапії й при наявності негативної динаміки в перші 24-48 год. лікування, розвитку синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ). Хірургічне лікування полягає в лапаротомії й екстирпації матки з матковими трубами.

Лактаційний мастит

Запалення молочної залози (переважно однобічне) під час лактації в післяпологовому періоді. Частіше розвивається через 2-3 тижні після пологів.

Етіологія і патогенез. Найчастіше вхідними воротами інфекції є тріщини сосків, інтраканакюлярне проникнення збудника інфекції через молочні протоки залози при годуванні грудьми або зціджуванні молока, у край рідко з ендогенних вогнищ.

При лактостазі може бути підвищення температури тіла тривалістю до 24 год., якщо > 24 год. - тоді цей стан необхідно розглядати як мастит.

Класифікація

I. *За характером перебігу запального процесу* мастит може бути: серозний; інфільтративний; гнійний; інфільтративно-гнійний, дифузійний, вузловий; гнійний (абсцедуючий): фурункульоз ареоли, абсцес ареоли, абсцес у товщі залози, абсцес позаду залози; флегмонозний, гнійно-некротичний; гангренозний.

II. *За локалізацією вогнища* мастит може бути: підшкірним, субареолярним, інтрамамарним, ретромамарним і тотальним.

Клінічна картина характеризується: гострим початком, вираженою інтоксикацією (загальна слабкість, головний біль), підвищенням температури тіла до $38-39^{\circ}\text{C}$, ознобом, болем в області молочної залози, що підсилюються при годуванні або зціджуванні. Молочна залоза збільшується в об'ємі, відзначається гіперемія й інфільтрація тканин без чітких меж. Ця картина характерна для *серозного* маститу. При неефективному лікуванні протягом 1-3 діб серозний мастит переходить в *інфільтративний*. При пальпації визначається щільний, різко болючий інфільтрат, лімфаденіт. Тривалість цієї стадії 5-8 днів. Якщо інфільтрат не розсмоктується на тлі проведеного лікування, відбувається його нагноєння – *гнійний* мастит (абсцедуючий). Спостерігається посилення місцевих симптомів запалення, значне збільшення й деформація молочної залози, якщо інфільтрат розташований неглибоко, то при нагноєнні визначається флуктуація. Нагноєння інфільтрату відбувається протягом 48-72 год. Коли в молочній залозі нагноюється кілька інфільтратів, мастит називають *флегмонозним*. Температура тіла $39-40^{\circ}\text{C}$, озноб, виражена слабкість, інтоксикація. Молочна залоза різко збільшена, болюча, пастозна, добре виражена поверхнева венозна мережа, інфільтрат займає майже всю залозу, шкіра над ураженою ділянкою набрякла, блискуча, червона із синюшним відтінком, часто з лімфангітом. При флегмонозному маститі можлива генералізація інфекції з переходом у сепсис.

Діагностика заснована на наступних даних: клінічні: огляд молочної залози, оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу; лабораторні: ЗАК (лейкограма), ЗАС, бактеріологічне й

бактеріоскопічне дослідження ексудата, імунограма, коагулограма й біохімія крові; інструментальні: УЗД.

Лікування може бути консервативне й хірургічне.

АБ терапію варто починати з перших ознак захворювання, що сприяє запобіганню розвитку гнійного запалення. При серозному маститі питання про грудне вигодовування вирішується індивідуально. Починаючи з інфільтративного маститу годування протипоказане через реальну загрозу інфікування дитини й кумулятивного накопичення АБ в організмі дитини, але при цьому лактація може бути збережена, шляхом зціджування. При відсутності ефекту від терапії маститу протягом 2-3 діб та розвитку ознак гнійного маститу показане хірургічне лікування. Хірургічне лікування полягає в радикальному розрізі і адекватному дрениванні. Паралельно продовжують проводити АБ терапію, дезінтоксикацію й десенсибілізуючу терапію. Своєчасне хірургічне лікування дозволяє попередити прогресування процесу, розвиток ССЗВ.

Профілактика післяпологового маститу: навчання жінок правилам грудного годування, дотримання особистої гігієни. Своєчасне виявлення й лікування тріщин сосків і лактостазу.

Генералізована післяпологова інфекція

З позицій сучасних уявлень про сепсис - це патологічний процес, що ускладнює перебіг різних захворювань інфекційної природи, основним змістом якого є неконтрольований викид ендогенних медіаторів з наступним розвитком генералізованого запалення й органно-системних ушкоджень, віддалених від первинного вогнища.

Сепсис – стан, що виникає внаслідок неконтрольованої реакції організму на інфекцію, яка призводить до пошкодження власних тканин та органів. Іншими словами, це - генералізована запальна реакція на інфекцію, яка може призвести до порушення функцій різних органів та систем організму.

Тяжкий сепсис – характеризується порушенням функції органів, гіперперфузією тканин, артеріальною гіпотензією. Можливі ацидоз, олігурія, порушення свідомості. При розвитку важкого сепсису приєднуються наступні ознаки: тромбоцитопенія <100 тис./л, яку не можна пояснити іншими причинами; підвищення рівня прокальцитоніна більше $6,0$ нг/мл; позитивний посів крові на виявлення циркулюючих мікроорганізмів; позитивний тест на ендотоксин (LPS-тест).

Септичний шок визначається як важкий сепсис із артеріальною гіпотензією, що розвивається, незважаючи на адекватну інфузійну терапію. Діагноз встановлюється, якщо до перерахованих вище клініко-лабораторних показників приєднуються: артеріальна гіпотензія (САТ <90 мм рт.ст або зниження більш ніж на 40 мм рт.ст. від вихідного рівня); порушення свідомості; олігурія (діурез <30 мл/год); гіпоксемія ($PaO_2 <75$ мм рт.ст. при диханні атмосферним повітрям); $SpO_2 <90\%$; підвищення рівня лактата більше $1,6$ ммоль/л; петехіальна висипка, некроз ділянки шкіри.

Синдром поліорганної недостатності – гостре порушення функції органів і систем.

Діагностика:

- 1) моніторинг: АТ, ЧСС, ЦВТ, лейкоцитів і формули крові;
- 2) підрахунок частоти дихання, оцінка рівня газів крові, SpO_2 ;
- 3) погодинний контроль діурезу;
- 4) вимір ректальної температури тіла мінімум 4 рази на добу для співставлення з температурою тіла в аксілярних ділянках;
- 5) посіви сечі, крові, виділень із цервікального каналу;
- 6) визначення кислотно-лужної рівноваги крові й насичення тканин киснем;
- 7) підрахунок кількості Tr і визначення вмісту фібриногену й мономерів фібрину;
- 8) ЕКГ, УЗД органів черевної порожнини й Rg органів грудної порожнини.

Основні принципи невідкладної допомоги при септичних станах в акушерстві

1. Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.

2. Корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії й адекватної інфузійної підтримки.

Оцінюючи АТ, пульсовий АТ, ЦВТ, ЧСС, діурез, визначають обсяг інфузійної терапії. Визначення ЦВТ в динаміці дає можливість контрольованої інфузії колоїдних і кристалоїдних розчинів з оцінкою обсягів введеної й втраченої рідини, препаратів крові.

Для проведення інфузії застосовують похідні ГЕК (рефортан, венофундин, волювен, стабізол) і кристалоїди (0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рінгера) у співвідношенні 1:2. З метою корекції гіпопротеїнемії призначають тільки 20-25% р-н альбуміну. **Застосування 5-10% альбуміну при критичних станах сприяє підвищенню летальності хворих.** В інфузію необхідно включати свіжозаморожену плазму 600-1000 мл, через наявність у ній антитромбіну.

Використання глюкози недоцільно, тому що її призначення у хворих у критичних станах підвищує продукцію лактата й CO_2 , збільшує ішемічне ушкодження головного мозку й інших тканин. Інфузія глюкози використовується тільки у випадках гіпоглікемії й гіпернатріємії.

Інотропна підтримка застосовується у випадку, якщо ЦВТ залишається низьким. Вводять допамін у дозі 5-10 мкг/кг/хв (максимум до 20 мкг/кг/хв) або добутамін - 5-20 мкг/кг/хв. При відсутності стійкого підвищення АТ вводять норадреналіну гідротартрат 0,1-0,5 мкг/кг/хв, одночасно зменшуючи дозу допаміну до 2-4 мкг/кг/хв. Виправдано одночасне призначення налоксону до 2,0 мг, що сприяє підвищенню АТ. У випадку неефективності комплексної гемодинамічної терапії можливе використання глюкокортикостероїдів (гідрокортизон – 2000 мг/добу) разом з H_2 -блокаторами (ранітидін, фамотидін).

3. Підтримка адекватної вентиляції й газообміну. Показання до ШВЛ: $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт.ст., $\text{PaCO}_2 > 50$ мм рт.ст. або < 25 мм рт.ст., $\text{SpO}_2 < 85\%$, частота дихання > 40 у хв.

4. Нормалізація функції кишечника й раннє ентеральне харчування.

5. Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем.

6. Цілеспрямована АБ терапія можлива лише після визначення збудника й встановлення його чутливості до АБ, що можливо, у найкращому разі не раніше 48 год. Чекаючи ідентифікації застосовують емпіричну АБ терапію – застосовують схеми комбінованої потрійної терапії (напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорины + аміноглікозиди + імідазоли), подвійної терапії (клиндаміцин + аміноглікозиди), монотерапії (цефалоспорины III покоління, карбопеніми, уреїдопеніциліни, амінопеніциліни й ін.). До складу антимікробної терапії обов'язковим є включення антикандидозних препаратів (ністатин, флуконазол, ітраконазол, ін.).

7. Оцінка патофізіологічних і патобіохімічних розладів, які можуть бути виділені в наступні синдроми: нирковий, печінковий, різні варіанти серцево-судинної й дихальної недостатності, ДВЗ-синдром, розлади мікроциркуляції, дисфункція шлунково-кишкового тракту з явищем транслокації бактеріальної флори в лімфатичну систему, а потім й у системний кровоток з розвитком синдрому поліорганної недостатності.

8. Поліпшення мікроциркуляції (застосування пентоксифіліну або діпірідамолу), застосування пентоксифіліну (тренталу) поліпшує мікроциркуляцію й реологічні властивості крові, має судинорозширювальну дію й поліпшує постачання тканин киснем, що є важливим у профілактиці ДВЗ і ПОН.

9. Антимедіаторна терапія. З огляду на вирішальну роль у розвитку ССЗВ масивного викиду медіаторів запалення (цитокинів) у судинне русло, застосування антимедіаторної терапії є раціональним. Дані методи перебувають на етапі клінічних розробок, хоча деякі рекомендовані для клінічного застосування: антиоксиданти (вітамін Е, N-ацетілцистеїн, глутатіон), кортикостероїди (дексаметазон), лізофілін, інгібітори фосфодіестерази (амрінон, мілрінон, пентоксифілін) і аденозіндезамінази (діпірідамол), аденозін й альфаадреноблокатори.

В літературних джерелах останніх років надається інформація про Дротрекогін альфа (Drotrecogin alfa) - рекомбінантний людський активований протеїн С. Це новий

препарат у лікуванні пацієнтів тільки з важким сепсисом, поліорганною недостатністю. Активованій протеїн С - це ендогенний протеїн, що підтримує фібрinolіз, пригнічує тромбоз, а також має протизапальні властивості. Стандарт лікування, який використовується у Великобританії з 2004 р. – це дротрекогін альфа 24 мкг/кг маси тіла протягом 96 год.

10. Хірургічне лікування з вилученням вогнища інфекції.

Показаннями до лапаротомії й екстирпації матки з матковими трубами є: відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії (24 години); ендоміометрит, який не піддається консервативному лікуванню (24-48 годин); маткова кровотеча; гнійні утворення у ділянці придатків матки; виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плаценти.

11. Екстракорпоральне очищення крові (детоксикація). Застосовують: гемодіаліз, ультрафільтрацію, гемофільтрацію, гемодіафільтрацію, плазмаферез.

Особливості клініки, діагностики й лікування акушерського перитоніту

Перитоніт в акушерській практиці розвивається частіше після КР. Залежно від шляху інфікування очеревини виділяють: ранній перитоніт виникає на 1-3 добу після операції. Він, як правило, обумовлений інфікуванням під час операції, що проводилася на тлі хоріонамніоніту. Перитоніт, пов'язаний з парезом кишечника, розвивається на 3-5 добу після операції. Він пов'язаний з порушенням бар'єрної функції кишечника внаслідок його динамічної непрохідності, з перерозтягненням тонкого кишечника за рахунок рідкого вмісту й газів. Перитоніт внаслідок неповноцінності рани на матці частіше розвивається на 4-9 добу після операції.

Клінічні ознаки перитоніту містять у собі гіпертермію, здуття живота й парез кишечника (відсутність перистальтики), скупчення рідкого вмісту в шлунку, задишку, тахікардію, блювоту, зростаючу інтоксикацію, ознаки подразнення очеревини. Терапевтичні заходи дають тимчасовий ефект, через 3-4 год. знову підсилюється парез кишечника й інші ознаки перитоніту.

УЗ-ознаки перитоніту: роздуті, заповнені гіперехогенним вмістом петлі кишечника, виражена гіперехогенність кишкової стінки, наявність вільної рідини в черевній порожнині між петлями кишечника, у латеральних каналах і просторі позаду матки. При неповноцінності швів на матці - нерівномірна товщина стінки матки в проекції шва, наявність у цій ділянці "ніші" й "рідинних структур".

При **лікуванні** раннього перитоніту виправдана інтенсивна консервативна терапія протягом 8-12 год. Необхідно забезпечити відтік з матки, стимулювати функцію кишечника. При відсутності ефекту від консервативної терапії протягом зазначеного часу показана лапаротомія з ревізією органів черевної порожнини, екстирпація матки із матковими трубами.

Особливості клініки, діагностики й лікування інфекційних тромботичних ускладнень

Поверхневий тромбофлебіт. Гострий тромбофлебіт проявляється болем по ходу ураженої вени. Скарги на місцеве відчуття жару, почервоніння й болючість по ходу підшкірної вени. Вена пальпується у вигляді щільного болючого шнура, гіперемія може поширюватися за межі ущільнення вени, може мати місце інфільтрація тканин, що лежать поряд, лімфаденіт. Загальний стан породіллі при цьому порушується мало, субфебрильна температура, прискорений пульс.

Тромбофлебіт глибоких вен. Скарги на розпираючий біль на боці ураження, набряк ураженої кінцівки та зміну кольору шкірних покривів. Об'єктивні прояви, що відповідають стадії компенсації: підвищення температури тіла (часто перша і єдина ознака венозного тромбозу), відсутні виражені порушення венозної гемодинаміки. Об'єктивні прояви, що відповідають стадії декомпенсації: інтенсивний біль, що нерідко змінює свою локалізацію; відчуття важкості і напруження; набряк захоплює всю кінцівку, порушення лімфовідтоку,

збільшуються регіонарні лімфатичні вузли; змінюється колір шкіри від блілого до насичено-ціанотичного, переважає дифузний ціаноз всієї кінцівки.

Діагностика базується на клінічних даних, лабораторних аналізах: оцінка ступеня емболонебезпечності – визначення рівня D-дімера в плазмі; тромбоеластограма, коагулограма; визначення кількості фібрин-мономера в сироватці крові; визначення продуктів деградації фібрину і фібриногену в плазмі; застосовують інструментальні методи: дуплексне УЗ ангіосканування з кольоровим доплерівським картуванням; радіонуклідне дослідження з міченим фібриногеном, рентгеноконтрастна ретроградна ілеокавографія.

Септичний тромбофлебіт тазових вен. При ендоміометриті інфекційний агент попадає у венозний кровоток, вражає ендотелій судин і сприяє утворенню тромбів, в основному превалює анаеробна інфекція. В процес залучаються вени яєчника, тромби можуть проникати в нижню порожнисту, ниркову вену. Скарги на біль внизу живота з іррадіацією в спину, пах, може бути нудота, блювота, здуття живота, лихоманка. При піхвовому дослідженні пальпується потовщення у вигляді каната в області кутів матки. При септичному тромбофлебіті може бути міграція дрібних тромбів у легеневу циркуляцію.

Лікування тромботичних ускладнень разом з АБ й дезінтоксикацією повинне включати:

а) ліжковий режим з розміщенням нижньої кінцівки на шині Беллера до моменту зникнення вираженого набряку або призначення антикоагулянтної терапії; локальна гіпотермія по ходу проекції тромбованого судинного пучка; еластична компресія із застосуванням еластичних бинтів; корекція характеру акта дефекації із застосуванням проносних засобів (попередження натужування);

б) медикаментозна терапія: антикоагулянти в гострому періоді захворювання. Прямі антикоагулянти – гепарин, низькомолекулярні гепарини – фраксипарин, пентоксан, клексан, фрагмін та ін. з переходом на непрямі антикоагулянти; непрямі антикоагулянти призначають за 2 дні до скасування прямих антикоагулянтів на строк до 3-6 міс.; гемореологічні активні засоби – пентоксифілін, реополіглюкін, з наступним переходом на антитромбоцитарну терапію – аспірин, плавікс терміном до 1 року; засоби, що поліпшують флебогемодинаміку – флебодія, детралекс, ескузан протягом 4-6 тиж.; системна ензимотерапія – вобензим, фlobензим, біозин.

в) місцеве лікування, яке проводиться з 1-ї доби захворювання: локальна гіпотермія; застосування мазей на основі гепарину – гепаринова, троксовазінова, Ліотон 1000, або НПЗП – фастум-гель, диклофенак-гель.

Профілактика післяпологових інфекційних захворювань

Необхідна правильна організація роботи ЖК (санація хронічних септичних вогнищ), пологового блоку, післяпологових палат, дотримання всіх принципів асептики та антисептики під час пологів, оперативних втручань та догляду за породіллею, ізоляція жінок з ознаками септичної інфекції. Велике значення мають запобігання під час пологів травматизму, боротьба з крововтратою та зниження частоти оперативних втручань під час пологів. Слід запобігати передчасному вилиттю навколоплідних вод, своєчасно лікувати відхилення від фізіологічного перебігу пологів (слабкість пологової діяльності), проводити АБ профілактику за показаннями.

Алгоритм післяопераційного спостереження за хворою зі швами на промежині:

- 1) дієта, що припускає відсутність стільця протягом 3-4 діб (стіл №1, 1а,1б);
- 2) щоденний двократний туалет швів;
- 3) не рекомендується сидати;
- 4) обов'язкове підмивання після кожного сечовипускання;
- 5) прокладками користуватись тільки при необхідності пересування. При знаходженні в ліжку – повітряні ванни;

- 6) щоденне кварцування швів;
- 7) очисна клізма на 4-ту добу післяпологового періоду;
- 8) зняття швів на 5-у добу післяпологового періоду;
- 9) щадний режим сидіння протягом 10-14 днів.

Алгоритм хірургічної обробки інфікованої епізіотомної рани.

- 1) вимити руки;
- 2) вдягнути стерильні рукавички;
- 3) зняття лігатур, видалення некротизованих тканин, широке розкриття та дренування рани;
- 4) застосування антисептиків – гіпертонічний сольовий розчин, перекис водню 3%, хлоргексидин 0,05%;
- 5) стимуляція загоєння рани – ксероформ, левомеколь, іруксол, синтоміцинова мазь, солкосеріловий гель.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

У першонароджуючої розміри тазу 23-26-29-17,5 см. Пологова діяльність активна. Передбачувана маса плода 3300±200,0 г. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Ознака Вастена позитивна. Відкриття маткового зіву повне. Плодовий міхур відсутній. Підтікають світлі навколоплідні води. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв.

Вкажіть ускладнення пологів.

Складіть план ведення пологів.

Відповідь: Анатомічно вузький таз І ст. Клінічно вузький таз. Загроза розриву матки. Лапаротомія. КР в нижньому матковому сегменті в ургентному порядку.

Клінічна ситуація 2

У породіллі на 5 добу післяпологового періоду з'явилися скарги на нездужання, болі в області промежини. У пологах виконана епізіотомія. Краї епізіотомної рани покриті гнійним нальотом, гіперемовані. Температура тіла 37,2⁰С, пульс 88 уд/хв. Молочні залози м'які. Матка щільна, дно на 6 см вище лона. Лохії серозно-кров'яні, помірні.

Сформулюйте попередній діагноз.

Складіть план ведення пацієнтки.

Відповідь: 5 доба післяпологового періоду. Нагноєння епізіотомної рани. Зняття швів, видалення некротизованих тканин, розкриття та дренування рани, антисептики, стимуляція загоєння, накладення вторинних швів після очищення рани.

Клінічна ситуація 3

Породілля на 5 добу після пологів поскаржилася на біль та напруженість в правій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39⁰С. Патології з боку статевих органів не виявлено. Права молочна залоза щільна, болісна при пальпації.

Сформулюйте попередній діагноз.

Складіть план ведення пацієнтки.

Відповідь: 5 доба післяпологового періоду. Лактостаз. Зціджування молока.

Клінічна ситуація 4

У породіллі на 4 добу після пологів підвищилася температура тіла до 38,8⁰С. Пологи ускладнилися тривалим безводним періодом (19 год). Об'єктивно: температура тіла 38,8⁰С, озноб, пульс 80 уд/хв, АТ 105/80 мм рт ст. Живіт болісний в гіпогастрії. Дно матки на 4 см нижче пупка. При вагінальному дослідженні: матка збільшена до 18 тижнів вагітності, м'яка, болісна. Виділення з неприємним запахом.

Сформулюйте попередній діагноз.

Складіть план ведення пацієнтки.

Відповідь: 4 доба післяпологового періоду. Післяпологовий ендоміометрит. Антибіотикотерапія (2 антибіотики + метронідазол 7-10 днів), інфузійна терапія, дезінтоксикаційна терапія, за неефективності – лапаротомія, екстирпація матки з матковими трубами, дренування черевної порожнини.

4. Підведення підсумків:

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

- Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
- Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
- Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:
 - методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

Перелік практичних навичок, якими має оволодіти здобувач вищої освіти під час вивчення дисципліни «Акушерство та гінекологія»

1. Обстеження статевих шляхів жінки у дзеркалах.
2. Забір матеріалу із статевих шляхів жінки для бактеріоскопічного дослідження.
3. Забір матеріалу із статевих шляхів жінки для бактеріологічного дослідження.
4. Цервікальний скринінговий тест: забір матеріалу з шийки матки для цитоморфологічного дослідження, для PAP-тесту методом рідинної цитології.
5. Бімануальне дослідження в гінекології.
6. Клінічне обстеження молочних залоз.
7. Забір матеріалу для морфологічного дослідження ендометрія шляхом аспіраційної пайпель-біопсії.
8. Зовнішня та внутрішня пельвіометрія.
9. Визначення акушерської (справжньої) кон'югати, індексу Соловйова.
10. Зовнішнє акушерське обстеження (прийоми Леопольда).
11. Аускультация серцебиття плода.
12. Встановлення передбачуваної дати пологів, визначення передбачуваної маси плода.
13. Внутрішнє акушерське дослідження.

Перелік алгоритмів практичних навичок до ОСКІ – 2

1. Обстеження статевих шляхів жінки у дзеркалах
2. Забір мазків на бактеріоскопічне дослідження з статевих шляхів жінки
3. Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження з статевих шляхів жінки
4. Забір мазків з шийки матки на цитоморфологічне дослідження
5. Бімануальне дослідження органів малого таза жінки
6. Клінічне обстеження молочних залоз
7. Пельвіометрія
8. Зовнішнє (прийоми Леопольда) акушерське обстеження
9. Аускультация плода

**Обстеження статевих шляхів жінки у дзеркалах
Кроки виконання процедури:**

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.
4. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілині, не торкаючись уретри та клітора.
5. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.
6. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки:
 - a. колір та стан слизової оболонки піхви,
 - b. характер піхвових виділень,
 - c. форму шийки матки,
 - d. довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах,
 - e. форму зовнішнього вічка шийки матки,
 - f. характер виділень з цервікального каналу.
7. Обережно видалити двостулкове дзеркало Куско.
8. Зняти оглядові рукавички.
9. Вимити руки.

**Забір мазків на бактеріоскопічне дослідження з статевих шляхів жінки
Кроки виконання процедури:**

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Взяти предметне скло, що промарковано U/C/V.
4. Провести забір матеріалу для бактеріоскопічного дослідження з уретри ватним аплікатором або ложкою Фолькмана з глибини 1,5-2 см шляхом зішкріба та нанести на предметне скло в ділянці U.
5. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.
6. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести закрите двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілини, не торкаючись уретри та клітора.
7. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.
8. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки:
 - a. колір та стан слизової оболонки піхви,
 - b. характер піхвових виділень,
 - c. форму шийки матки,
 - d. довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах,
 - e. форму зовнішнього вічка шийки матки,
 - f. характер виділень з цервікального каналу.
9. Провести забір матеріалу для бактеріоскопічного дослідження.
10. Другий кінець ложки Фолькмана або цитоцітку обережно ввести у цервікальний канал, взяти матеріал шляхом зішкріба, нанести на предметне скло в ділянці С.
11. Шпателем Ейра взяти матеріал із заднього склепіння піхви, нанести на предметне скло в ділянці V.
12. Обережно видалити двостулкове дзеркало Куско.
13. Зняти оглядові рукавички.
14. Вимити руки.

Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження з статевих шляхів жінки

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Взяти три стерильні пробірки з аплікаторами. На них написати необхідні дані та промаркувати (уретра, цервікальний канал, заднє склепіння піхви).
4. Провести забір матеріалу для бактеріологічного дослідження з уретри аплікатором з глибини 1,5-2 см. Помістити аплікатор у відповідну стерильну пробірку.
5. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.
6. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести закрите двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілини, не торкаючись уретри та клітора.
7. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.
8. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки:
 - a. колір та стан слизової оболонки піхви,
 - b. характер піхвових виділень,
 - c. форму шийки матки,
 - d. довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах,
 - e. форму зовнішнього вічка шийки матки,
 - f. характер виділень з цервікального каналу.
9. Провести забір матеріалу для бактеріологічного дослідження.
10. Обережно ввести у цервікальний канал аплікатор, помістити аплікатор у відповідну стерильну пробірку.

11. Взяти аплікатором матеріал із заднього склепіння піхви, помістити у відповідну стерильну пробірку.
12. Обережно видалити двостулкове дзеркало Куско.
13. Зняти оглядові рукавички.
14. Вимити руки.

Забір мазків з шийки матки на цитоморфологічне дослідження

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.
4. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести закрите двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілини, не торкаючись уретри та клітора.
5. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.
6. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки:
 - a. колір та стан слизової оболонки піхви,
 - b. характер піхвових виділень,
 - c. форму шийки матки,
 - d. довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах,
 - e. форму зовнішнього вічка шийки матки,
 - f. характер виділень з цервікального каналу.
7. Ватним тампоном видалити зайві виділення.
8. Взяти предметне скло, що промарковано Ш (екзоцервікс) та Ц (ендоцервікс).
9. Провести забір матеріалу для цитоморфологічного дослідження.
10. Шпателем Ейра (або зігнутою на 90° цитощіткою) провести зішкріб з поверхні шийки матки шляхом проведення повного оберту (на 360°), матеріал нанести на предметне скло широким штрихом, тонким та рівномірним мазком під позначкою Ш (екзоцервікс).
11. Ввести цитощітку в цервікальний канал, повернути її на 360° 2 рази, зібраний матеріал обертальними рухами навколо своєї вісі нанести на предметне скло під позначкою Ц (ендоцервікс).
12. Обережно видалити дзеркало Куско.
13. Зняти оглядові рукавички.
14. Вимити руки.

Бімануальне дослідження органів малого таза жінки

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Першим та другим пальцями лівої (правої) руки розвести статеві губи, середній палець «домінантної» руки розташувати на рівні задньої спайки, обережно натиснути на неї, щоб відкрити вхід до піхви.
4. Обережно та повільно ввести середній палець, потім вказівний палець у піхву по задній стінці до склепіння та шийки матки, четвертий та п'ятий пальці привести до долоні, великий палець відвести доверху.
5. Визначити довжину та ширину піхви, еластичність стінок піхви, чутливість при пальпації, наявність перетинки, новоутворень та ін.
6. Визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах.
7. Визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка), прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця), оцінити болісність екскурсії шийки матки.

8. Долоню другої руки обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки.
9. Вивести тіло матки між двома руками та визначити: положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio), розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені), консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена), рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома), чутливість при пальпації (болісна, безболісна).
10. Розмістити пальці в дні правого бокового склепіння та, використовуючи обидві руки, пропальпувати праве вагінальне склепіння та праві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність.
11. Розмістити пальці в дні лівого бокового склепіння та, використовуючи обидві руки, пропальпувати ліве вагінальне склепіння та ліві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність.
12. Визначити ємкість піхвових склепінь.
13. Зняти оглядові рукавички.
14. Вимити руки.

Клінічне обстеження молочних залоз

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Оглянути молочні залози, оцінити їх форму, колір шкіри, соски, ділянки навколо соска (асиметрія, втягіння та ін.).
4. Попросити пацієнтку покласти руки за голову у положенні стоячи.
5. Провести послідовно пальпацію правої та лівої молочних залоз, використовуючи подушечки вказівного, середнього та безіменного пальців «домінантної» руки. Другою рукою підтримувати молочну залозу. Спочатку провести поверхневу, потім глибоку пальпацію молочної залози.
6. При пальпації обстежити тканину молочних залоз, починаючи з верхньо-зовнішнього квадранту, продовжувати за годинниковою стрілкою та завершити також у верхньо-зовнішньому квадранті. Визначити щільність тканини молочної залози, її однорідність, чутливість, наявність/відсутність об'ємних новоутворень.
7. При виявленні новоутворення визначити його форму, розміри, консистенцію, межі утворення, рухомість, болісність.
8. Провести пальпацію лімфовузлів в надключичній, підключичній та пахвовій ділянках.
9. Визначити наявність патологічних виділень з молочних залоз шляхом обережного стискання країв ареоли між вказівним та великим пальцями, провести оцінку виділень (немає, серозні, з домішками крові, молокоподібні, молоко та ін.).
10. Зняти оглядові рукавички.
11. Вимити руки.

Пельвіометрія

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Взяти в руки тазомір.
4. Розташувати гудзики тазоміра на передньо-верхні ості клубових кісток, вказати нормативний показник D. spinarum, який дорівнює 25-26 см.
5. Перевести гудзики тазоміра на найбільш віддалені місця гребенів клубових кісток, вказати нормативний показник D. cristarum, який дорівнює 28-29 см.
6. Встановити гудзики тазоміра на великі вертлюги стегнових кісток, вказати нормативний показник D. trochanterica, який дорівнює 30-31 см.

7. Укласти пацієнтку на кушетку на лівий бік із зігнутою у колінному суглобі лівою ногою, виміряти відстань від верхнього краю симфіза до надкрижової ямки, вказати нормативний показник *S. externa*, який дорівнює 20-21 см.
8. Зняти оглядові рукавички, одягнути нові оглядові рукавички.
9. Під час внутрішнього акушерського дослідження виміряти відстань від нижнього краю симфіза до крижового миса, вказати нормативний показник *S. diagonalis*, який дорівнює 12,5-13 см.
10. Зняти оглядові рукавички.
11. Вимити руки.

Зовнішнє (прийоми Леопольда) акушерське обстеження **Кроки виконання процедури:**

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Шляхом пальпації живота ребрами обох долоней визначити рівень розташування дна матки та частини плода, що розташована у дні матки.
4. Покласти долоні на ліву та праву частину передньої стінки матки.
5. Почергово провести пальпацію передньої стінки матки пальцями відповідної руки, одночасно фіксуючи протилежну сторону долонею іншої.
6. Визначити положення, позицію та вид плода.
7. Руку розмістити на верхньому краї лонної дуги, охопити передлеглу частину плода.
8. Визначити передлежання плода.
9. Повернутись спиною до пацієнтки, розмістити долоні на передньо-бокових стінках матки.
10. Перемістити долоні зверху донизу та ззовні до середини, намагаючись підвести пальці під передлеглу частину плода.
11. Визначити розташування передлеглої частини плода.
12. Дати повну відповідь: положення, передлежання, позиція та вид плода.
13. Зняти оглядові рукавички.
14. Вимити руки.

Аускультация плода **Кроки виконання процедури:**

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Визначити розташування плода в матці (положення - поздовжнє, поперечне, косе; передлежання - головне, тазове; позиція - перша, друга; вид плода - передній, задній) за допомогою II та III прийомів Леопольда.
4. Взяти акушерський стетоскоп в домінуючу руку.
5. Визначити та описати розташування точки для проведення аускультатії, прикласти дистальний розтруб акушерського стетоскопу (місце найкращого вислуховування серцевих тонів залежить від положення, передлежання, позиції й виду плода: при головному передлежанні - нижче пупка, тазовому - на рівні або дещо вище пупка, при першій позиції серцебиття вислуховують зліва, при другій - справа від серединної лінії живота, при передньому виді серцебиття вислуховують ближче до серединної лінії живота, при задньому - ближче до латеральних відділів живота).
6. Зняти оглядові рукавички.
7. Вимити руки.

Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації

у 4 т.// Нац. підручник у 4 томах / Запорожан В.М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічереда В.Г., Волянська А.Г. .- К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.

2. Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б. Венцківської, В.П. Лакатоша, В.М. Куща). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.

3. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Допущено МОЗ / За ред. В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2018.- 424 с.

4. Акушерство і гінекологія: У 2 кн. — Кн. 2: Гінекологія: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Допущено МОЗ / За ред. В.І. Грищенко, М.О. Щербини. — К., 2020. — 376 с.

5. Клінічне акушерство та гінекологія: Навч. посіб.: пер. 4-го англ. вид. / Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон; наук ред. пер. Микола Щербина. — К., 2021. — Х, 454 с., тв. пал., (ст. 4 пр.).

6. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. — Суми: Сумський державний університет, 2018. — 223 с.

Додаткова:

1. Гіпопластичні та гіперпластичні зміни в ендометріальній тканині: метод. Рекомендації / З. В. Чумак, М.В. Шаповал, Н.А. Бикова та ін. - Одеса. : ОНМедУ, 2023 – 43 с

2. Передчасні пологи: прогнозування, профілактика та шляхи покращення перинатальних наслідків: метод. Рекомендації / Ніточко К.О., Манасова Г.С., Шпак І.В., Железов Д.М.. - Одеса. – 2023. – 58 с.

3. Передчасні пологи: навч. посібник / Г.С. Манасова, К.О. Ніточко, М.В. Шаповал. – Тернопіль: Крок, 2023. – 186 с.

4. Перманентно-фізіологічні процеси ендометрія у віковому аспекті: посібник / З.В. Чумак, М.В. Шаповал, В.В. Артюшенко, Г.В. Кожухар, Л.В. Мніх. - Одеса. : Фенікс, 2023., – 240 с.

5. Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології : монографія / І. З. Гладчук, О. Я. Назаренко, Р. О. Ткаченко . - Одеса. : ОНМедУ, 2021. – 112 с.

6. 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.

7. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.

8. Гінекологія: керівництво для лікарів / В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.

9. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник / Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко, В.П. Квашенко, О.В. Кравченко та ін. / Київ, 2016. – 444 с.

10. 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. – 310 с.

11. Лапароскопічна міомектомія у пацієнток з репродуктивними намірами (огляд літератури) / І.З.Гладчук, Г.В.Шитова, Н.А.Заржицька // Здоров'я жінки. -№2 (148) -2020. - с.75-85.

12. Prevention of purulent-septic complications during laparoscopic surgeries on pelvic organs with the risk of vaginal microbiota contamination / Zaporozhan V.N., Gladchuk I.Z., Rozhkovska N.M., Volyanska A.G., Shevchenko O.I. // World of Medicine and Biology.-2020- №1(71). - P.49- 53. (*Web of science*)

13. Наказ МОЗ України від 09.08.2022 № 1437 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»"
14. Наказ МОЗ України від 26.01.2022 № 170 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»"
15. Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 8 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»"
16. Наказ МОЗ України від 25.08.2023 № 1533 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Передчасний розрив плідних оболонок»"
17. Наказ МОЗ України від 02.10.2023 № 1718 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Затримка росту плода»"
18. Наказ МОЗ України від 24.01.2022 № 151 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»"
19. Наказ МОЗ України від 18.05.2023 № 928 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»"
20. Наказ МОЗ України від 23.08.2023 № 1513 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»"
21. Наказ МОЗ України від 17.05.2022 № 822 "Про затвердження Стандарту «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика»"
22. Наказ МОЗ України від 25.01.2023 № 147 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Лейоміома матки»"
23. Наказ МОЗ України від 15.12.2022 № 2264 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Аномальні вагінальні виділення»"
24. Наказ МОЗ України від 24.09.2022 № 1730 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність»"
25. Наказ МОЗ України від 04.08.2023 № 1401 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги "Медичний аборт (I триместр вагітності)"
26. Наказ МОЗ України від 13.07.2022 № 1218 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром»"
27. Наказ МОЗ України від 17.06.2022 №1039 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді»"
28. Наказ МОЗ України від 05.05.2021 № 869 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія»"
29. Наказ МОЗ України від 13.04.2016 № 353 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі»"
30. Наказ МОЗ України від 05.02.2021 № 189 "Про затвердження Стандартів охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції"
31. Наказ МОЗ України від 26.04.2022 № 692 "Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»"
32. Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2092 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»"
33. Наказ МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "ВІЛ-інфекція"

1 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](http://www.ama-assn.org)
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.bundesärztekammer.de – Німецька медична асоціація
17. www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я