

# **ПАТОЛОГІЧНЕ АКУШЕРСТВО**

***Навчальний посібник***

Друге видання, доповнене та перероблене

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**  
**Харківський національний медичний університет**

# **ПАТОЛОГІЧНЕ АКУШЕРСТВО**

***Навчальний посібник***

Друге видання, доповнене та перероблене

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2024**

УДК 618.5 (075.8)

П20

*Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 2 від 29.02.2024.*

### **А в т о р с ь к и й к о л е к т и в**

В. В. Лазуренко, О. М. Тіщенко, О. А. Лященко,  
О. Б. Овчаренко, І. В. Старкова, О. І. Каліновська, Є. Є. Білий

### **Р е ц е н з е н т и**

**В. С. Страховецький** – д-р мед. наук (ХНУ ім. В.Н. Каразіна).

**О. С. Прокопюк** – д-р мед. наук, проф. (Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України).

П20 Патологічне акушерство : навч. посібник / В. В. Лазуренко, О. М. Тіщенко, О. А. Лященко та ін. 2-ге вид., доп. та перероб. Харків : ХНМУ, 2024. 100 с.

У навчальному посібнику докладно розглядаються питання патологічного акушерства у шести темах, а саме: гіпертензивні розлади, акушерський травматизм, оперативне акушерство, етапи медичної допомоги, ресурсне забезпечення та післяпологові захворювання.

Призначений для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня, а також студентів бакалаврату та магістратури, інших спеціальностей, таких як «Медсестринство», «Технологія медичної діагностики та лікування», «Терапія та реабілітація» навчальних закладів вищої освіти.

УДК 618.5 (075.8)

© Харківський національний  
медичний університет, 2024  
© В.В. Лазуренко, О.М. Тіщенко,  
О.А. Лященко, О.Б. Овчаренко,  
І.В. Старкова, О.І. Каліновська,  
Є.Є. Білий, 2024

## ЗМІСТ

<b>Тема 1.</b> Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді . . . . .	4
<b>Тема 2.</b> Акушерський травматизм. Акушерські кровотечі . . . . .	26
<b>Тема 3.</b> Оперативне акушерство . . . . .	38
<b>Тема 4.</b> Етапи медичної допомоги . . . . .	47
<b>Тема 5.</b> Ресурсне забезпечення . . . . .	63
<b>Тема 6.</b> Післяпологові захворювання . . . . .	64
Додатки . . . . .	71
Список літератури . . . . .	99

## **Тема 1. ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ**

Гіпертензивні розлади під час вагітності залишаються основною причиною захворюваності та смертності матерів, плодів та новонароджених. Ризики для матері включають передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, інсульт, поліорганну недостатність та синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. Плід має високий ризик затримки внутрішньоутробного росту (25 % випадків преєклампсії), недоношеності (27 % випадків преєклампсії) та внутрішньоутробної смерті (4 % випадків преєклампсії).

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

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

**Гестаційна гіпертензія (ГГ)** – артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тиж вагітності без патологічної протеїнурії чи інших органних порушень, АТ нормалізується протягом 6 тиж післяпологового періоду. Гестаційна гіпертензія може перейти в преєклампсію, тому вимагає відповідного моніторингу.

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

**Рання преєклампсія** – преєклампсія, що розвинулась до 34 тиж вагітності.

**Пізня преєклампсія** – преєклампсія, що розвинулась після 34 тиж вагітності.

**Помірна преєклампсія** – це полісистемний синдром, що проявляється після 20 тиж вагітності підвищенням артеріального тиску в межах 140–159/90–109 мм рт. ст. та протеїнурією.

**Тяжка преєклампсія** визначається як тяжка гіпертензія (сАТ  $\geq 160$  або дАТ  $\geq 110$  мм рт. ст.) + протеїнурія АБО гіпертензія будь-якого ступеня + один чи більше з наступних симптомів: сильний головний біль; порушення зору; набряк диска зорового нерва; біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання; біль у правому підребер'ї або болючість при пальпації печінки; підвищені сухожилкові рефлексії; генералізовані набряки; олігоурія (діурез  $< 0,5$  мл/кг/год); кількість тромбоцитів нижче  $100 \times 10^9$ /л; підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та/або АлАТ  $> 70$  МО/л); затримка росту плода (ЗРП).

**Еклампсія** – один чи більше судомний напад у хворі з прееклампсією.  
**HELLP-синдром** – гемоліз еритроцитів, підвищення активності печінкових ферментів та тромбоцитопенія.

**Протеїнурія** є проявом порушення функції нирок, при якому визначається  $\geq 300$  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)  $\geq 30$ .

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

## 1.1. МЕДИЧНА ДОПОМОГА

### 1.1.1. Первинна медична допомога

#### **Профілактика та обґрунтування**

Доведено, що АГ, куріння, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність мають негативний вплив на розвиток несприятливих перинатальних подій та піддаються корекції за допомогою фармакотерапії та модифікації способу життя.

#### **Необхідні дії**

➤ Вагітним у доступній формі пояснити сутність проблем, пов'язаних із розвитком гіпертензивних розладів під час вагітності (*див. додаток 1*).

➤ Надати рекомендації щодо дотримання здорового способу життя, припинення куріння.

➤ Жінку з групи ризику виникнення ПЕ (*див. пункт 1.2.1*) впродовж 7–10 днів після діагностики вагітності направити на загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі (якісний тест на протеїнурію).

➤ Рекомендувати вагітній з групи ризику проводити контроль артеріального тиску щонайменше 2 рази на добу з фіксацією результату в щоденнику (*див. додаток б*).

➤ Вагітним із ризиком розвитку ПЕ призначити препарати ацетилсаліцилової кислоти (АСК) та кальцію (*див. пункт 1.2.2*). При призначенні АСК збільшити дозу фолієвої кислоти до 800 мкг на добу.

#### **Бажані дії**

➤ Розповсюдження серед пацієнок інформації у друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності (*див. додаток 1*).

➤ Заохочення всіх пацієнок до щоденних фізичних навантажень (фітнес вагітних, йога, аквааеробіка тощо) впродовж 15–20 хв щодня за умови задовільного самопочуття.

#### **Діагностика та обґрунтування**

Доведено, що рання діагностика ГРВ, узгоджені дії лікарів та профілактична терапія на доклінічному етапі позитивно впливають на перинатальні наслідки.

### **Необхідні дії**

- Оцінка наявності у пацієнтки факторів ризику (*див. пункт 1.2.1*). Проведення фізикального обстеження та огляд пацієнтки.
- Направлення пацієнтки на обстеження відповідно до терміну вагітності та наявних факторів ризику (*див. додаток 2*).
- Лабораторні обстеження: ЗАК (визначення кількості тромбоцитів), рівня сироваткової концентрації креатиніну, трансаміназ, глюкози, протейнурії.
- Інструментальні обстеження: фетометрія, КТГ.
- Моніторинг АТ в амбулаторних або домашніх умовах.
- Стратифікація ризику для оцінки прогнозу у пацієнток з потенційними ГРВ. У разі встановлення належності пацієнтки до групи ризику ГРВ подальше ведення здійснюється у ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, тобто вагітна переходить під спостереження акушера-гінеколога.

### **Бажані дії**

Розповсюдження серед пацієнток інформації у друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності (*див. додаток 1*).

## **1.1.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога**

### **Профілактика та обґрунтування**

Доведено, що АГ, куріння, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність негативно впливають на розвиток несприятливих перинатальних подій та піддаються корекції за допомогою фармакотерапії та модифікації способу життя.

### **Необхідні дії**

- Оцінка ефективності профілактичних заходів, проведених у закладах, що надають первинну медичну допомогу, за необхідності – проведення корекції.
- Обстеження з метою уточнення загального ризику розвитку можливих перинатальних та неонатальних ускладнень.
- Надання рекомендацій щодо корекції факторів ризику, необхідності дотримання засад здорового способу життя.
- За відсутності протипоказань вагітним жінкам із ризиком розвитку ПЕ рекомендують прийом АСК та кальцію (*див. пункт 1.2.2*). У разі призначення АСК дозу фолієвої кислоти збільшують до 800 мкг на добу.

### **Бажані дії**

Розповсюдження серед пацієнток інформації у друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності (*див. додаток 1*). Надання пацієнткам із депресивними/тривожними розладами консультативної допомоги психолога/психотерапевта, призначення медикаментозної корекції за наявності показань.

### **Діагностика та обґрунтування**

Результати обстеження дозволяють уточнити діагноз, виявити перинатальні наслідки (тромбоцитопенія, ЗРП, ураження нирок, гематологічні

ураження, ураження печінки, неврологічні ураження), коморбідну соматичну патологію та визначити тактику подальшого ведення.

### **Необхідні дії**

➤ Оцінка результатів діагностичних заходів, проведених у закладах первинної медичної допомоги.

➤ Вимірювання АТ на обох руках (сидячи та лежачи), аускультация серця, легенів, оцінка неврологічного статусу.

➤ Лабораторні обстеження: ЗАК (гемоглобін, тромбоцити), ЗАС, рівень глікемії, креатиніну, АлАТ, АсАТ, білірубину.

➤ Інструментальні обстеження: ультразвукова фетометрія, визначення кількості навколоплідних вод, доплерометрія артерій пуповини; КТГ за критеріями Доуз-Редмана (*див. додаток 7*); реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях.

➤ Консультація спеціалістів та додаткові обстеження – за показаннями залежно від проявів ускладнень ГРВ, наявних факторів ризику та супутніх захворювань.

➤ За неможливості проведення обстежень та консультацій спеціалістів, необхідних для уточнення діагнозу, а також у разі тяжкої ПЕ направити до закладу, який надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

### **Бажані дії**

КТГ з визначенням варіабельності серцевого ритму плода за короткі відрізки часу (STV).

### **Лікування та обґрунтування**

Доведено, що своєчасне призначення адекватної немедикаментозної і медикаментозної терапії у пацієток з ГРВ сповільнює прогресування захворювання, зменшує частоту розвитку тяжкої ПЕ, перинатальних та неонатальних ускладнень, знижує материнську смертність.

### **Необхідні дії**

➤ Надання консультативного висновку лікаря-спеціаліста (терапевт/кардіолог), який містить рекомендації щодо заходів медикаментозної корекції, способу застосування лікарських засобів та подальшого ведення лікарем закладу, що надає медичну допомогу.

➤ Надання вагітним у доступній формі інформації щодо стану їх здоров'я, подальшого перебігу захворювання та алгоритму лікувально-діагностичних заходів, які будуть проводитись.

➤ Для лікування ХАГ, ГГ, ПЕ (*див. пункти 1.2.3–1.2.5*) використовують антигіпертензивні препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку ускладнень (метилдофа, дигідропіридинові антагоністи кальцієвих каналів, бета-адреноблокатори) та їх комбінації. При неможливості нормалізації АТ за допомогою препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (урапідил).

➤ За резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцеролу тринітрату (нітрогліцерин). У жінок з тяжкою ПЕ рекомендовано проведення профілактичної протисудомної терапії магнію сульфатом.



Регулярне лікарське спостереження проводиться до стійкого досягнення цільового рівня АТ.

➤ Медикаментозне лікування супутніх захворювань (хвороби серцево-судинної системи, цукровий діабет, ниркова патологія та ін.) проводять відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

➤ У разі недосягнення цільового АТ (при ХАГ – 130–150/80–100 мм рт. ст.; при ГТ, помірній ПЕ – 120–140/80–90 мм рт. ст., тяжкій ПЕ – 130–150/80–95 мм рт. ст.) слід здійснити наступне:

– упевнитись, що пацієнтка виконує рекомендації щодо прийому препаратів;

– провести моніторинг артеріального тиску й корекцію терапії.

➤ Метод та термін розродження залежить від діагнозу та рівня АТ (див. пункти 1.2.3–1.2.5).

➤ Направлення (у разі необхідності) пацієнтки до закладів, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу з метою додаткового обстеження та проведення лікування.

➤ Повідомити жінкам, що тривалість їх антигіпертензивного лікування після пологів зазвичай має бути подібною до тривалості лікування до пологів (але може бути й більшою). Після пологів у жінок із гіпертензією цільовий показник АТ становить < 140/90 мм рт. ст. (див. додаток 8).

➤ Якщо жінка приймала метилдофу для лікування гіпертензії під час вагітності, слід припинити її прийом протягом двох днів після пологів і перейти на альтернативне антигіпертензивне лікування (каптоприл або еналаприл) до закінчення грудного вигодовування.

➤ Рекомендувати медичний мультидисциплінарний огляд в після-пологовому періоді (6–8 тиж після пологів).

➤ Надати інформацію про безпечність лікарських засобів під час грудного вигодовування.

➤ Допомога при тяжкій ПЕ та розвитку еклампсії, HELLP-синдрому здійснюється відповідно до *підрозд. 1.2.6–1.2.8*

### **Бажані дії**

➤ Порадити жінкам, які перенесли прееклампсію, заходи для досягнення та утримання ІМТ в межах здорового діапазону (18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>) до наступної вагітності.

➤ У жінок, які перенесли прееклампсію або гестаційну гіпертензію з передчасними пологами до 34 тиж, розглянути можливість консультування до наступної вагітності, щоб обговорити можливі ризики повторних гіпертензивних розладів та способи їх профілактики.

➤ При виписці зі стаціонару після пологів жінки, яка перенесла ГРВ, необхідно скласти план її ведення для продовження спостереження лікарем загальної практики – сімейної медицини.

➤ Залучення пацієнтки до участі у профілактичних заходах та програм: грудного вигодовування, психологічної та фізичної реабілітації тощо.

### **1.1.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога**

#### ***Профілактика та обґрунтування***

Доведено, що коморбідні соматичні захворювання, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність негативно впливають на розвиток несприятливих перинатальних подій та піддаються корекції за допомогою призначення фармакотерапії та зміни способу життя.

#### ***Необхідні дії***

➤ Оцінка ефективності профілактичних заходів, проведених у закладах первинної та вторинної медичної допомоги, за необхідності – проведення корекції.

➤ Призначення необхідних обстежень для уточнення загального ризику розвитку можливих перинатальних ускладнень.

➤ Надання рекомендацій щодо корекції факторів ризику, необхідності дотримання засад здорового способу життя.

➤ За відсутності протипоказань вагітним жінкам із ризиком розвитку ПЕ рекомендують прийом АСК та кальцію (*див. пункт 1.2.2*). У разі призначення АСК дозу фолієвої кислоти збільшують до 800 мкг на добу.

#### ***Бажані дії***

Розповсюдження серед пацієток інформації у друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності (*див. додаток 1*).

Надання пацієткам із депресивними/тривожними розладами консультативної допомоги психолога/психотерапевта, призначення медикаментозної корекції за наявності показань.

#### ***Діагностика та обґрунтування***

Результати обстеження дозволяють уточнити діагноз, виявити перинатальні наслідки (тромбоцитопенія, ЗРП, ураження нирок, гематологічні ураження, ураження печінки, неврологічні ураження), коморбідну соматичну патологію та визначити тактику подальшого ведення пацієнтки, призначити оптимальну антигіпертензивну терапію.

#### ***Необхідні дії***

➤ Оцінка результатів діагностичних заходів, здійснених у закладах первинної та вторинної медичної допомоги.

➤ Вимірювання АТ на обох руках (сидячи та лежачи), аускультация серця, легень, оцінка неврологічного статусу.

➤ Лабораторні обстеження: ЗАК (гемоглобін, тромбоцити); ЗАС, доповнений визначенням співвідношення протеїн : креатинін; рівень глікемії, креатиніну; коагулограма (МНВ, фібриноген, АЧТЧ); глікемічний профіль, визначення рівня глікозильованого гемоглобіну (за показаннями).

➤ Інструментальні обстеження: ультразвукова фетометрія, визначення кількості навколоплідних вод, доплерометрія артерій пуповини; КТГ за критеріями Доуз-Редмана (*див. додаток 7*);

➤ реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях; УЗД нирок (за показаннями); сатурація кисню (за показаннями); КТ головного мозку (за показаннями).

➤ Консультація спеціалістів та додаткові обстеження – за показаннями залежно від проявів ускладнень ГРВ, наявних факторів ризику та супутніх захворювань.

#### **Бажані дії**

➤ КТГ з визначенням варіабельності серцевого ритму плода за короткі відрізки часу (STV).

➤ Допплерометрія венозної протоки та середньої мозкової артерії плода (за показаннями).

#### **Лікування та обґрунтування**

Доведено, що своєчасне призначення адекватної немедикаментозної і медикаментозної терапії у пацієток із ГРВ сповільнює прогресування захворювання, зменшує частоту тяжкої ПЕ, перинатальних та неонатальних ускладнень, знижує материнську смертність.

#### **Необхідні дії**

➤ Надання консультативного висновку лікаря-спеціаліста (терапевт/кардіолог, акушер-гінеколог), який містить рекомендації щодо заходів медикаментозної корекції, способу застосування лікарських засобів та подальшого ведення лікарем закладу, що надає медичну допомогу.

➤ Надання у доступній формі інформації щодо стану здоров'я, подальшого перебігу захворювання та алгоритму лікувально-діагностичних заходів, які будуть проводитись.

➤ Для лікування ХАГ, ГГ, ПЕ (див. пункти 1.2.3–1.2.5) використовують антигіпертензивні препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку ускладнень (метилдофа, дигідропіридинові антагоністи кальцієвих каналів, бета-адреноблокатори) та їх комбінації. У разі неможливості нормалізації АТ за допомогою препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (урапідил). За резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцеролу тринітрату (нітрогліцерин). У жінок з тяжкою ПЕ рекомендовано проведення профілактичної протисудомної терапії магнію сульфатом. Регулярне лікарське спостереження проводиться до стійкого досягнення цільового рівня АТ.

➤ Медикаментозне лікування супутніх захворювань (хвороби серцево-судинної системи, цукровий діабет, ниркова патологія та ін.) проводять відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

➤ У разі недосягнення цільового АТ (при ХАГ – 130–150/80–100 мм рт. ст.; при ГГ та помірній ПЕ – 120–140/80–90 мм рт. ст), помірній ПЕ – 120–140/80–90 мм рт. ст., тяжкій ПЕ – 130–150/80–95 мм рт. ст.) слід здійснити наступне:

– упевнитись, що пацієнтка виконує рекомендації щодо прийому препаратів;

– провести моніторинг артеріального тиску й корекцію терапії.

➤ Розродження жінки проводити залежно від діагнозу та рівня АТ (див. пункти 1.2.3–1.2.5).

➤ Допомога при тяжкій ПЕ та розвитку еклампсії, HELLP-синдрому здійснюється відповідно до пунктів 1.2.6–1.2.8.

➤ Повідомити жінкам, що тривалість їх антигіпертензивного лікування після пологів зазвичай має бути подібною до тривалості лікування до пологів (але може бути й більшою). Після пологів у жінок із гіпертензією цільовий показник АТ становить < 140/90 мм рт. ст (див. додаток 8).

➤ Якщо жінка приймала метилдофу для лікування гіпертензії під час вагітності, слід припинити її прийом протягом 2 днів після пологів і перейти на альтернативне антигіпертензивне лікування (каптоприл або еналаприл) до закінчення грудного вигодовування.

➤ Породіллі з нетяжкою гестаційною гіпертензією, які не отримують антигіпертензивні препарати, та із ХАГ можуть бути виписані з лікарні на 3-ю добу після пологів.

➤ Породіллі з тяжкою гестаційною гіпертензією, які продовжують отримувати антигіпертензивні препарати, мають перебувати у лікарні до 4-го дня.

➤ Породіллі після прееклампсії можуть бути виписані з лікарні за відсутності клінічних та лабораторних ознак ПЕ та при досягненні цільового АТ  $\leq 150/100$  мм рт. ст. на фоні прийому або без антигіпертензивної терапії (АГТ).

➤ Рекомендувати медичний мультидисциплінарний огляд в після-пологовому періоді (6–8 тиж після пологів).

➤ Надати інформацію про безпечність лікарських засобів під час грудного вигодовування.

#### ***Бажані дії***

➤ Порадити жінкам, які перенесли прееклампсію, заходи для досягнення та утримання ІМТ у межах здорового діапазону ( $18,5\text{--}24,9$  кг/м<sup>2</sup>) до наступної вагітності.

➤ У жінок, які перенесли прееклампсію або гестаційну гіпертензію з передчасними пологами до 34-х тижнів, розглянути можливість консультування до наступної вагітності, щоб обговорити можливі ризики повторних гіпертензивних розладів та способи їх профілактики.

➤ При виписці зі стаціонару після пологів жінки, яка перенесла ГРВ, скласти план її ведення для продовження спостереження лікарем загальної практики – сімейної медицини.

➤ Залучення пацієнтки до участі у профілактичних заходах, школі грудного вигодовування, програмі відмови від куріння, програмі психологічної та фізичної реабілітації тощо.

## 1.2. ЕТАПИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### 1.2.1. Фактори ризику розвитку гіпертензивних розладів вагітності

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

- цукровий діабет 1-го або 2-го типу;
- хронічна гіпертензія;
- гіпертензивні розлади під час попередньої(их) вагітності(ей);
- хронічна хвороба нирок;
- аутоімунні захворювання (СЧВ, АФС);
- багатоплідна вагітність

або *два фактори помірною ризику з наступних*:

- перша вагітність;
- вік вагітної жінки 40 років та старше;
- інтервал між вагітностями більше 10 років;
- індекс маси тіла (ІМТ) 35 кг/м<sup>2</sup> або більше при першому зверненні до жіночої консультації;
- сімейна історія прееклампсії.

### 1.2.2. Профілактика розвитку прееклампсії

Вагітним з групи ризику слід порадити приймати 100–150 мг на добу АСК щодня з 12 до 36 тиж вагітності увечері (при призначенні АСК дозу фолієвої кислоти збільшують до 800 мкг на добу) та 1,5–2 г кальцію (1 г елементарного кальцію міститься у 2,5 г карбонату кальцію або 4 г цитрату кальцію) із 16 тиж вагітності (під час прийому їжі).

### 1.2.3. Клінічний супровід вагітних із хронічною артеріальною гіпертензією (ХАГ)

#### 1. Консультація до вагітності.

Прийом інгібіторів АПФ та блокаторів рецепторів ангіотензину (БРА) слід припинити при плануванні або відразу після встановлення вагітності. Жінкам, які приймають інгібітори АПФ або БРА, необхідно повідомити, що є підвищений ризик вроджених вад, якщо приймати вказані препарати під час вагітності.

#### 2. Допологовий нагляд вагітних з ХАГ.

Вагітні із ХАГ мають бути оцінені на предмет протеїнурії.

Значуща протеїнурія визначається при рівні протеїну > 0,3 г/доб в повній порції сечі за 24 год або 0,3 г/л двічі через 6 год.

Визначення співвідношення протеїн : креатинін для кількісної оцінки рівня протеїнурії у вагітних (за 24 год  $\geq$  30 мг/ммоль) рекомендується, коли є підозра на розвиток прееклампсії.

Питання щодо пролонгування вагітності при ХАГ вирішується спільно лікарем акушером-гінекологом та лікарем-терапевтом (лікарем-кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про перебіг АГ.

### 3. Антигіпертензивна терапія (АГТ).

Припинити застосування інгібіторів АПФ та БРА протягом 2 діб з моменту діагностики вагітності.

Початкова терапія проводиться одним з доступних антигіпертензивних препаратів: метилдофа, бета-адреноблокатори або ніфедипін. При гіпертонічному кризі перевага надається урапідилу. При резистентній гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрат (нітрогліцерин).

При проведенні антигіпертензивної терапії слід запобігати надмірному зниженню АТ (не більше, ніж 25 % від максимальних показників).

У вагітних із неускладненою ХАГ цільовий рівень АТ має бути 130–150/80–100 мм рт. ст. Жінкам з ураженням органів-мішеней необхідно пропонувати лікування, що буде утримувати АТ < 140/90 мм рт. ст.

### 4. Спостереження за станом плода.

У 28, 32 та 36 тиж проводять ультразвукову фетометрію, визначають амніотичний індекс + доплерометрія артерій пуповини.

Кардіотокографію слід проводити лише за клінічними показаннями.

При порушенні стану плода подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

У жінок із ХАГ з метою нейропротекції плода в терміні  $\leq 31$  тиж + 6 діб вводиться магнію сульфат (МС), якщо пологи мають відбутися протягом найближчих 24 год.

### 5. Термін розродження.

Вагітні із тяжкою ХАГ повинні народжувати лише у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Жінкам із ХАГ, у яких АТ < 160/110 мм рт. ст., з антигіпертензивним лікуванням або без нього, не рекомендовано розродження до 37 тиж вагітності. Для вагітних з неускладненою ХАГ оптимальний термін розродження має бути від 38 + 0 до 39 + 6 тиж вагітності.

За необхідності дострокового розродження ( $\leq 34$  тиж) рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики респіраторного дистрес-синдрому (РДС) плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

### 6. Спостереження у пологах.

АТ – 140/90–159/109 мм рт. ст.

Продовжити допологову АГТ.

АТ повинен вимірюватися щогодини.

Якщо АТ стабільний, зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Доцільне проведення епідуральної аналгезії.

АТ  $\geq 160/110$  мм рт. ст.

Продовжити допологову АГТ.

Додатково урапідил в/в.

АТ повинен вимірюватися кожні 15 хв до стабілізації стану, а потім кожні 30 хв в початковій фазі клінічної оцінки.

Якщо АТ контролюється в межах цільового діапазону (140–159/90–109 мм рт. ст.) зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Обов'язкове проведення епідуральної аналгезії.

Якщо АТ не коригується АГТ, вирішити питання про оперативне розродження.

#### 7. Післяпологовий нагляд.

Контроль АТ у жінок із хронічною гіпертензією після пологів:

– щодня протягом перших двох днів; щонайменше один раз між 3-ю та 5-ю добою;

– за клінічними показаннями, якщо гіпотензивну терапію змінюють.

У жінок із хронічною гіпертензією (після пологів) АТ необхідно підтримувати нижче 140/90 мм рт. ст.

Продовжити лікування антигіпертензивними препаратами, що були призначені до пологів, окрім метилдофи, прийом якої припиняють протягом двох діб після пологів та призначають каптоприл або еналаприл до закінчення грудного вигодовування. Далі лікування проводять відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з лікування АГ.

### **1.2.4. Клінічний супровід вагітних з гестаційною гіпертензією**

#### 1. Допологовий нагляд вагітних з ГГ.

Жінки із ГГ мають бути оцінені на предмет протеїнурії.

Значуща протеїнурія визначається при рівні протеїну  $> 0,3$  г/доб в повній порції сечі за 24 год або 0,3 г/л.

Визначення співвідношення протеїн : креатинін для кількісної оцінки рівня протеїнурії у вагітних (за 24 год  $\geq 30$  мг/ммоль) рекомендується, коли є підозра щодо розвитку преєклампсії.

АТ повинен вимірюватися 2 рази на тиждень.

Тест на протеїнурію при кожному відвідуванні.

Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін (при АТ 150/100–159/109 мм рт. ст.).

Не проводити додаткових аналізів крові, якщо немає подальшої протеїнурії.

Госпіталізація при АТ  $\geq 160/110$  мм рт. ст.

#### 2. Антигіпертензивна терапія.

Початкова терапія може розпочинатись одним з антигіпертензивних препаратів: метилдофа, бета-адреноблокатори, ніфедипін. Друга лінія антигіпертензивних препаратів – урапідил.

За резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрат (нітрогліцерин).

Цільовий рівень АТ має бути 120–140/80–90 мм рт. ст.

### 3. Спостереження за станом плода.

Ультразвукова фетометрія, амніотичний індекс + доплерометрія артерій пуповини (за показаннями – венозної протоки, середньої мозкової артерії) (якщо планується консервативна тактика), повторювати кожні 2–4 тиж, якщо є клінічні показання (у разі тяжкої ГГ – кожні 2 тиж).

Кардіотокографія. У жінок із гестаційною гіпертензією кардіотокографію слід проводити лише за клінічними показаннями, якщо жінка із тяжкою ГГ повідомила про зміну кількості рухів плода, вагінальну кровотечу, абдомінальний біль, погіршення стану. Не повторювати більше, ніж раз на тиждень, якщо результати моніторингу плода нормальні.

При порушенні стану плода подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

У жінок із гестаційною гіпертензією МС може бути введений з метою нейропротекції плода в терміни  $\leq 31$  тиж + 6 діб, якщо пологи мають відбутися протягом найближчих 24 год.

### 4. Термін розродження.

Вагітні із тяжкою ГГ повинні народжувати лише у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Бажаний термін розродження після 37 тиж.

Спосіб розродження відповідно до акушерської ситуації.

За необхідності дострокового розродження ( $\leq 34$  тиж) рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики РДС плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

### 5. Спостереження у пологах.

Продовжити допологову АГТ.

АТ повинен вимірюватися кожні 15 хвилин до стабілізації стану, а потім кожні 30 хвилин в початковій фазі клінічної оцінки.

Якщо АТ контролюється в межах цільових діапазонів зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Якщо АТ не коригується АГТ вирішити питання про оперативне розродження.

### 6. Післяпологовий нагляд.

Контроль АТ у жінок із ГГ після пологів:

– щодня протягом перших двох днів; щонайменше один раз між 3-ю та 5-ю добою після пологів;

– за клінічними показаннями, якщо гіпотензивну терапію змінюють.

Після пологів АТ необхідно підтримувати на рівні  $< 140/90$  мм рт. ст. Продовжити АГТ, що була призначена до пологів.

Якщо не було допологової АГТ, розпочати гіпотензивну терапію при АТ  $\geq 140/90$  мм рт. ст.

Якщо жінка приймала метилдофу для лікування ГГ, скасовують протягом двох діб після пологів та призначають каптоприл або еналаприл за необхідності, контроль АТ – до 42 діб.



Якщо АТ знижується до  $< 140/90$  мм рт. ст., слід розглянути можливість подальшого скасування гіпотензивної терапії.

### **1.2.5. Клінічний супровід пацієнок з преєклампсією**

#### **1. Допологовий нагляд вагітних з ПЕ.**

Помірна преєклампсія (АТ –  $140\text{--}159/90\text{--}109$  мм рт. ст., протеїнурія –  $0,3\text{--}3$  г/доб.)

#### *Госпіталізація.*

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

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

Цільовий рівень АТ: сАТ –  $130\text{--}150$  мм рт. ст., дАТ –  $80\text{--}95$  мм рт. ст.

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

АТ повинен вимірюватися 4 рази на добу.

Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін ( $2\text{--}3$  рази на тиждень) (*див. додаток 4*).

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

- серцева недостатність, набряк легень;
- гіперрефлексія, постійний головний біль, погіршення зору (розмитість або мерехтіння перед очима);
- сироватковий показник креатиніну  $> 90$  мкмоль/л, олігурія  $< 0,5$  мл/кг/год, протеїнурія  $> 0,3$  г/доб або  $0,3$  г/л двічі через 6 год;
- тромбоцитопенія  $< 100 \times 10^9$ /л;
- гемоліз: шизоцити або фрагменти еритроцитів;
- $\uparrow$  непрямого білірубіну;
- $\uparrow$  лактатдегідрогенази  $> 600$  мМО/л, порушення гемостазу;
- $\uparrow$  трансаміназ в сироватці крові удвічі чи більше, блювання, гострий біль у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті;
- ЗРП.

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

Розпочати протисудомну терапію (магнію сульфат).

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

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

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

Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), коагулограма, трансамінази, білірубін (щодня) (*див. додаток 4*).

### 2. Протисудомна терапія.

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

*Підтримувальна доза:*

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

**Варіант 2:** введення магнію сульфату в/в краплинно (розчин готують таким чином: 30 мл 25 % розчину 7,5 г магнію сульфату вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9 % розчину хлориду натрію; отриманий 3,33 % розчин магнію сульфату необхідно вводити через допоміжну лінію крапельниці паралельно інфузійній терапії). Швидкість введення розчину підбирають згідно зі станом вагітної – від 1 г/год (10–11 крапель) до 2 г/год (22 краплі/хв).

### 3. Спостереження за станом плода.

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

Рекомендовано щоденне проведення КТГ.

У жінок із ПЕ кардіотокографію слід повторити за клінічними показаннями: зміна рухів плода; вагінальна кровотеча; біль у животі; погіршення загального стану матері.

При порушенні стану плода подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

Допологове призначення глюкокортикостероїдів для жінок із ПЕ при терміні вагітності  $\leq 34$  тиж для профілактики РДС плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

### 4. Термін та метод розродження при ПЕ.

Для жінок із помірною прееклампсією у терміні гестації **22+0–33+6 тиж** рекомендовано обрати вичікувальну тактику, проте лише у медичних закладах, які здатні надати висококваліфіковану медичну допомогу передчасно народженій дитині та забезпечити постійний моніторинг жінки в умовах ВАІТ. При тяжкій ПЕ необхідно вирішити питання про пологи після стабілізації гемодинамічного стану матері, проведення профілактики РДС плода та транспортування вагітної до закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (за можливості).

У терміні **34+0–36+6 тиж:** при тяжкій ПЕ показано розродження до 48 год в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, після стабілізації стану вагітної; у разі помірної ПЕ при стабільному стані плода – консервативна тактика.

Розродження жінок після **37 тиж:** із помірною ПЕ – упродовж 24–48 год, після стабілізації гемодинаміки, при забезпеченні цілодобової доступності екстреної допомоги та адекватного моніторингу за станом матері та плода; із тяжкою ПЕ – лише в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, упродовж 24 год після стабілізації стану гемодинаміки.

Підвищена резистентність в судинах пуловини вдвічі знижує відсоток успішних вагінальних пологів; при нульовому або реверсивному кровотоку показаний кесарів розтин.

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

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

#### 5. Спостереження у пологах.

Продовжити допологову АГТ.

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

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

Якщо АТ стабільний, зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

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

#### 6. Післяпологовий нагляд.

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

У жінок з тяжкою ПЕ після пологів слід підтримувати такі рівні АТ: систолічний < 160 мм рт. ст., діастолічний < 100 мм рт. ст., з цукровим діабетом < 130/80 мм рт. ст.

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

У жінок з тяжкою ПЕ АГТ продовжують в післяпологовому періоді.

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

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

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

### **1.2.6. Особливості медичної допомоги при тяжкій прееклампсії (див. додаток 3)**

#### **1. Контроль інфузії магнію сульфату.**

В антенатальному періоді призначення магнію сульфату має супроводжуватися кардіомоніторингом плода.

Введення магнію сульфату не можна переривати тільки на підставі зниження АТ. Тривалість терапії магнію сульфату – не менше 24 год.

Рішення щодо зміни швидкості введення магнію сульфату (збільшення або зменшення дози) чи припинення терапії приймають на підставі оцінки показників сироваткового магнію або у разі появи клінічних ознак токсичності магнію сульфату (сплутана свідомість, зниження ЧД до 12 і менше за хвилину, зниження  $SpO_2 < 95\%$ , пригнічення колінних рефлексів, розвиток АВ-блокади) (див. додаток 4).

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

*Протипоказання до терапії магнієм сульфату:*

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

Тільки за неефективності або непереносимості терапії магнієм сульфату та протягом короткого проміжку часу може використовуватися діазепам (10–20 мг внутрішньовенно). Рутинне використання діазепаму як протисудомного засобу у пацієток з ПЕ та еклампсією не рекомендоване. У пацієток з еклампсією діазепам – це лише допоміжний седативний засіб при проведенні штучної вентиляції легенів (ШВЛ).

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

#### **2. Інфузійна терапія (ІТ) при прееклампсії.**

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

Для лікування стійкої олігурії не рекомендується введення допаміну та фуросеміду.

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

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

Свіжозаморожена плазма (СЗП) не рекомендується для корекції КОТ.

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

Рутинний моніторинг центрального венозного тиску *не рекомендується*.

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

### 3. Знеболення пологів та кесаревого розтину при ПЕ.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **1.2.7. Тактика ведення у разі еклампсії**

Допомогу починають надавати на місці, де стались судоми (*див. додаток 5*).

##### **Необхідно:**

- Зафіксувати час та покликати колег на допомогу.
- Захистити жінку від пошкоджень, утримуючи її під час судом.

➤ Підготувати обладнання (повітроводи, відсмоктувач, маска, мішок Амбу, кисень) та магнію сульфат для болосного введення.

➤ Після судом (за необхідності) електровідсмоктувачем очистити ротову порожнину та гортань. Провести аускультатию легень. За можливості проводять інгаляцію киснем.

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

➤ Забезпечити подачу кисню (100 % кисень зі швидкістю 8–10 л за 1 хв), оцінити дихання після нападу судом; пульсоксиметрія, аускультатию легенів – для виключення аспірації або набряку легень.

➤ За умови розвитку тривалого апное негайно розпочати примусову вентиляцію маскою з подачею 100 % кисню. Якщо судом повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (2 мг/кг суксаметонію) та переводять пацієнтку на ШВЛ.

➤ Після нападу негайно розпочати терапію магнієм сульфату, не використовувати діазепам як альтернативу магнію сульфату.

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

➤ Замість додаткового болосу магнію сульфату можна використовувати діазепам 5–10 мг внутрішньовенно (2–5 мг за 1 хв, максимум – 10 мг), АБО мідозолам 5–10 мг внутрішньовенно протягом 2–5 хв, або клоназепам 1–2 мг внутрішньовенно протягом 2–5 хв.

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

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

### ***Не призначати метилергометрин!***

Після нападу судом показане невідкладне розродження. Кращий метод розродження після нападу еклампсії – кесарів розтин. Розродження має бути здійснене незалежно від терміну гестації. Розглянути використання карбетодину, якщо є ризик післяпологової кровотечі (ППК). Профілактика венозної тромбоемболії (ВТЕ).

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

### **Показання до подовженої ШВЛ у разі еклампсії**

- кома;
- крововилив у мозок;
- поєднання з коагулопатичною кровотечею;
- поєднання з шоком (геморагічним, септичним, анафілактичним);

- набряк легень;
- нестабільна гемодинаміка;
- прогресуюча поліорганна недостатність.

#### **Критерії припинення ШВЛ:**

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

#### **Інтенсивна терапія еклампсії без ШВЛ:**

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

#### **Післяпологовий період**

За жінкою, яка перенесла еклампсію, здійснюють нагляд в умовах ВАІТ. Рання нутритивна підтримка до 25 ккал/кг/доб (назогастральний зонд після операції); магнію сульфат – 1–2 г/год внутрішньовенно не менше доби.

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

#### **1.2.8. Тактика ведення при HELLP-синдромі**

Невідкладне розродження. За відсутності умов для пологів через природні родові шляхи – абдомінальне розродження, при розвиненому HELLP-синдромі кесарів розтин є «золотим» стандартом.

Профілактика масивної інтра- та післяопераційної крововтрати (пере-в'язка висхідних гілок маткових артерій, інгібітори фібринолізу – транек-самова кислота 1 г, повторити через 8 год), СЗП.

Призначення кортикостероїдів як лікувального заходу не рекомендується.

Трансфузія тромбоцитарної маси, якщо тромбоцитів  $< 20 \times 10^9$ /л за відсутності геморагічного синдрому або  $< 50 \times 10^9$ /л за наявності гемо-рагічних проявів.

Загальний об'єм рідини (40–45 мл/кг/доб) з урахуванням введеної та випитої рідини та нефізіологічних втрат (крововтрата тощо), але не більше 80 мл/год. При проведенні ІТ баланс рідини повинен бути від'ємним. Максимальний об'єм ІТ не повинен перевищувати 800 мл за добу.

У разі необхідності корекції КОТ (альбумін плазми  $\leq 25$  г/л або загальний білок плазми  $\leq 50$  г/л) показано введення альбуміну.

Гіпотензивна терапія (при АТ  $> 150/100$  мм рт. ст.).

Профілактика гнійно-септичних ускладнень: антибактеріальна терапія.

Інгібітори фібринолізу (транексамова кислота – 1 г болюсно внутрішньовенно, до 4 г/год).

Подовжена ШВЛ до стабілізації вітальних функцій і корекції гемостазу.

#### **Ускладнення HELLP:**

- крововилив у мозок;
- відшарування плаценти;
- синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові;
- післяпологова кровотеча;
- передчасні пологи;
- гострий респіраторний дистрес-синдром;
- спонтанний підкапсульний розрив печінки.

#### **Післяпологовий період**

Ведення жінки, яка перенесла HELLP-синдромі, здійснюється відповідно до ведення жінок після тяжкої прееклампсії.

### **1.3. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

На момент затвердження Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД) засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнта (КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до КМП, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за посиланням <http://www.drlz.kiev.ua/>.

#### **1.3.1. Первинна медична допомога**

**Кадрові ресурси:** лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі-терапевти, лікарі акушери-гінекологи, середній медичний персонал.

#### **Матеріально-технічне забезпечення**

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби для профілактики та невідкладної допомоги (нумерація не впливає на порядок призначення):

- Бета-адреноблокатори: бісопролол, карведилол, метопролол, небіволол.
- Блокатори кальцієвих каналів: ніфедипін, амлодипін.
- Антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії: клонідин, метилдофа.
- Розчини магнію: магнію сульфат.



- Антиагрегантні засоби: ацетилсаліцилова кислота.
- Препарати кальцію, кальцій в комбінації з вітаміном D та/або іншими препаратами.

### **1.3.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога**

**Кадрові ресурси:** лікарі акушери-гінекологи, лікарі-анестезіологи, лікарі-терапевти, лікарі-кардіологи, лікарі-ендокринологи, лікарі-нефрологи, лікарі-невропатологи, лікарі-офтальмологи, медичні сестри, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні вторинної медичної допомоги вагітним з гіпертензивними розладами.

#### **Матеріально-технічне забезпечення**

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

- Бета-адреноблокатори: бісопролол, есмолол, карведилол, метопролол, небіволол.
- Блокатори кальцієвих каналів: ніфедипін, амлодипін.
- Блокатори альфа-адренорецепторів: урапідил.
- Антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії: метилдофа.
- Розчини магнію: магнію сульфат.
- Психолептичні засоби: діазепам, мідозолам, клоназепам.
- Антиагрегантні засоби: ацетилсаліцилова кислота.
- Препарати кальцію в комбінації з вітаміном D та/або іншими препаратами.
- Кровозамінники та білкові фракції плазми крові: альбумін.
- Вазодилататори: гліцерилу тринітрат.
- Інгібітори фібринолізу: транексамова кислота.
- Засоби для загальної анестезії: тіопентал, пропофол.
- Утеротонічні засоби: окситоцин, карбетоцин.
- Міорелаксанти: суксаметоній.
- Засоби для опіоїдної анестезії: фентаніл.
- Засоби для інфузії: збалансовані розчини електролітів, гіперосмолярні розчини на основі багатоатомних спиртів.
- Кортикостероїди для системного застосування: бетаметазон, дексаметазон.

### **1.3.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога**

**Кадрові ресурси:** лікарі акушери-гінекологи, лікарі-анестезіологи, лікарі-терапевти, лікарі-кардіологи, лікарі-ендокринологи, лікарі-нефрологи, лікарі-невропатологи, медичні сестри, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні третинної медичної допомоги вагітним з ГП.

## **Матеріально-технічне забезпечення**

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

- Бета-адреноблокатори: бісопролол, карведилол, метопролол, небіволол.
- Блокатори кальцієвих каналів: ніфедипін, амлодипін.
- Блокатори альфа-адренорецепторів: урапідил.
- Антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії: клонідин,

метилдофа.

- Розчини електролітів: магнію сульфат.
- Антиагрегантні засоби: ацетилсаліцилова кислота.
- Препарати кальцію в комбінації з вітаміном D та/або інші препаратами.
- Психолептичні засоби: діазепам, мідозолам, клоназепам.
- Вазодилататори: гліцерилу тринітрат.
- Інгібітори фібринолізу: транексамова кислота.
- Засоби для загальної анестезії: тіопентал, пропофол.
- Утеротонічні засоби: окситоцин, карбетоцин.
- Міорелаксанти: суксаметоній.
- Засоби для опіоїдної анестезії: фентаніл.
- Засоби для інфузії: збалансовані розчини електролітів, гіперосмолярні

розчини на основі багатоатомних спиртів

- Кортикостероїди для системного застосування: бетаметазон, дексаметазон.

## **Тема 2. АКУШЕРСЬКИЙ ТРАВМАТИЗМ. АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ**

Під час пологів може відбутися пошкодження м'яких тканин пологового каналу, яке зазвичай має поверхневий характер і може виявлятися у вигляді тріщин, розривів вульви, піхви, промежини або шийки матки.

При обтяжених пологах іноді виникають тяжкі травматичні ушкодження – розриви матки. До акушерського травматизму також належать: гематоми зовнішніх статевих органів і піхви, виворіт матки, розтягнення і розриви з'єднань малого тазу, кишково-статеві нориці.

Частота акушерського травматизму – 10–20 % випадків усіх пологів.

### **2.1. Розриви промежини**

Розрізняють три ступеня розривів промежини:

*I* – травмуються задня спайка, невелика частина задньої стінки піхви і шкіра промежини;

*II* – порушуються шкіра промежини, стінка піхви та м'яза промежини;

*III* – крім зазначених тканин, ушкоджується зовнішній сфінктер прямої кишки, іноді передня стінка прямої кишки.

*Діагностика:* огляд пологових шляхів за допомогою стерильних інструментів (акушерських дзеркал, корнцанга).

*Лікування:* хірургічне відновлення цілості промежини.

### **2.2. Розриви шийки матки**

Розрізняють три ступеня розривів шийки матки:

*I* – довжина розриву сягає 2 см;

*II* – довжина розриву перевищує 2 см, але не доходить до склепіння піхви;

*III* – розрив шийки доходить до склепіння піхви і переходить на нього.

*Діагностика:* встановлюють під час огляду шийки матки за допомогою дзеркал і шийних затискачів.

*Лікування:* розриви шийки матки зашивають для відновлення анатомічної цілісності.

### **2.3. Розриви матки**

Розрив матки може статися під час вагітності та пологів і є найтяжчим проявом акушерського травматизму. Його частота коливається від 0,015 до 0,1 % загальної кількості пологів.

#### ***Класифікація розривів матки***

*I. За часом походження:*

- 1) розрив під час вагітності;
- 2) розрив під час пологів.

*II. За патогенетичними ознаками:*

- 1) мимовільні: механічні, гістеопатичні, механічно-гістеопатичні;
- 2) насильницькі: травматичні, змішані.

*III. За клінічним перебігом:*

- 1) загрозливий розрив;
- 2) розрив, що почався;
- 3) розрив, що відбувся.

*IV. За характером ушкодження:*

- 1) тріщина (надрив);
- 2) неповний розрив (не проникає у черевну порожнину);
- 3) повний розрив (проникає у черевну порожнину).

*V. За локалізацією:*

- 1) розрив дна матки;
- 2) розрив тіла матки;
- 3) розрив нижнього сегмента матки;
- 4) відрив матки від склепіння піхви.

**Етіопатогенез розривів матки.** Є дві теорії, що пояснюють розвиток такої акушерської патології: механічна і гістеопатична. Нині доведено, що обидва ці чинники мають істотне значення в патогенезі розривів.

Бандль висунув механічну теорію розриву матки, згідно з якою розрив матки є наслідком сильного розтягнення нижнього маткового сегмента, пов'язаного з механічним перешкоджанням народженню плода.

До перешкоджань у пологах, які сприяють розриву матки, відносять вузький таз, великий плід, неправильні вставляння голівки, поперечне положення плода, гідроцефалія, фіксовані в малому тазі пухлини яєчника або матки, екзостози, рубцеві зміни шийки матки.

Я.В. Вербов висунув теорію, відповідно до якої причиною розриву матки є глибокі патологічні зміни в м'язах матки запального і дегенеративного характеру. Найчастіше такі розриви бувають у жінок, які багаторазово народжували. Причинами патоморфологічних змін у міометрії матки можуть бути рубці на матці після операції, інфантилізм, аномалія розвитку статевих органів, запальні захворювання матки, багатоплідність, збільшення і передлежання плаценти.

**Клініка розривів матки**

*Загрозливий розрив матки за Бандлем:*

- 1) бурхлива пологова діяльність, сильні болючі перейми;
- 2) контракційне кільце розміщене високо над лобком, матка набуває форми піщового годинника;
- 3) нижній сегмент матки перерозтягнутий, різко болючий, внаслідок чого визначити передлеглу частину немає змоги;
- 4) з'являється набряк шийки матки, її краї вільно звисають у піхву;
- 5) внаслідок притиснення уретри сечовиділення утруднюється;
- 6) часто з'являються мимовільні потуги при високому стоянні голівки плода;
- 7) неспокійна поведінка роділлі.

*Загрозливий розрив матки за Вербовим:*

- 1) перейми часті, болісні, але не дуже сильні, перерозтягнення і болючість нижнього сегмента;
- 2) набрякання шийки матки, піхви і зовнішніх статевих органів;
- 3) порушення сечовиділення.

Ці клінічні симптоми менш виражені, ніж при загрозливому розриві матки через механічні причини.

*Початок розриву матки:*

- 1) сукровичні виділення зі статевих шляхів;
- 2) перейми набувають судомного характеру;
- 3) домішки крові в сечі;
- 4) почастішання або уповільнення серцебиття плода, підвищення його рухової активності;
- 5) збуджений стан роділлі, скарги на слабкість, запаморочення, відчуття страху.

У тому разі, коли на матці є рубець, легше встановити діагноз загрози розриву матки: УЗД, ознаки неспроможності рубця на матці – біль у його ділянці, визначення його стоншення та ін.

За відсутності негайної допомоги відбувається розрив матки.

*Клініка розриву матки, що відбувся:*

- 1) кинджальний біль у животі;
- 2) пологова діяльність повністю припиняється;
- 3) виникає шок, наростає крововтрата, шкіра і видимі слизові оболонки стають блідими, з'являється холодний піт, риси обличчя загострюються, пульс частий, АТ падає, нудота, блювання;
- 4) серцебиття плода не прослуховується, плід повністю або частково виходить у черевну порожнину, разом із плодом промацується тіло матки, що скоротилося;
- 5) зовнішня кровотеча незначна, найчастіше кров виливається в черевну порожнину.

За наявності неповноцінного рубця матка може поступово розірватися внаслідок розповзання тканин, перейми теж припиняються.

***Головні принципи надання невідкладної допомоги при розривах матки***

З появою симптомів загрозливого розриву матки необхідно негайно припинити пологову діяльність і закінчити пологи оперативно. Для зняття пологової діяльності застосовують інгаляційний наркоз.

Якщо плід живий і ознак інфекції немає, проводять кесарів розтин. У разі, коли плід мертвий, пологи закінчують плодоруйнівною операцією. При розриві, що почався і відбувся, надання екстреної допомоги повинно розпочатися невідкладно (але не пізніше 10 хв після встановлення діагнозу), негайний розтин живота нижньосерединним розрізом, екстирпація матки, одночасно запобігають шоку і крововтраті, використовуючи переливання свіжо-

замороженої плазми, ГЕК, гелофузину, компоненти крові та кровозамінників. Для цього венозний доступ повинен бути проведений максимум за 5 хв.

Профілактика розривів матки полягає в ретельному вивченні анамнезу, обстеженні в умовах жіночої консультації і своєчасній госпіталізації в пологовий будинок вагітних із загрозою пологового травматизму, виробленні раціонального плану ведення пологів.

#### **2.4. Кровотечі у першій половині вагітності**

Кровотечі у I половині вагітності зумовлені:

- мимовільним викиднем;
- міхурцевим занеском;
- позаматковою вагітністю (у тому числі шийкова вагітність).

*За стадіями розвитку виділяють:*

- загрозливий аборт;
- аборт в ході;
- неповний аборт;
- повний аборт.

*Крім того, виділяють:*

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

#### ***Діагностика спонтанного аборт***

Загальними проявами спонтанного аборт є кров'яністі виділення зі статевих шляхів різної інтенсивності та біль в нижніх відділах живота на тлі маткової вагітності.

Першочерговим завданням при надходженні пацієнтки із симптомами мимовільного аборт є своєчасна діагностика та лікування станів, які можуть бути загрозливими для її життя: геморагічний шок спричинений матковою або внутрішньочеревною кровотечею, сепсис.

При наявності ознак геморагічного шоку паралельно із заходами, спрямованими на попередження погіршення гемодинамічних показників, необхідно визначити джерело кровотечі. Першочерговим є виключення або підтвердження наявності порушеної ектопічної вагітності.

#### ***Лікування:***

- інструментальне спорожнення матки під внутрішньовенним наркозом (обов'язкове гістологічне дослідження отриманого матеріалу);
- препарати, що скорочують матку (10 ОД окситоцину внутрішньовенно краплинно або 0,5 мг метилергобравіну внутрішньовенно або внутрішньом'язово);
- у разі продовження кровотечі 800 мг мізопростолу ректально;
- відновлення величини крововтрати за показаннями;
- антибактеріальна терапія за показаннями.

## 2.5. Шийкова вагітність

Практично ніколи не буває доношеною. Вагітність переривається найчастіше до 12 тиж. У групі ризику щодо розвитку шийкової вагітності є жінки з обтяженим акушерським анамнезом, що перенесли запальні захворювання, захворювання шийки матки, порушення менструального циклу за типом гіпоменструального синдрому. Має значення висока рухливість заплідненого яйця не в тілі матки, а в нижньому сегменті або в шийковому каналі.

Діагноз може бути поставлений при спеціальному гінекологічному або акушерському дослідженні: при огляді в дзеркалах шийка матки виглядає джкоподібною, зі зміщеним зовнішнім вічком, з вираженим ціанозом, легко кровоточить при дослідженні. Тіло матки більш щільної консистенції, розміри менше передбачуваного терміну вагітності. Кровотеча при шийковій вагітності завжди дуже рясна і її не вдається зупинити без оперативного втручання. Помилково можна розпочати надання допомоги з вишкрібання порожнини матки. Інтенсивність та об'єм кровотечі залежить від терміну вагітності. Як тільки встановлено діагноз шийкової вагітності, який може бути підтверджений даними УЗД, не можна проводити вишкрібання порожнини матки, кровотеча має бути зупинена шляхом екстирпації матки без придатків. Іншого варіанта зупинки кровотечі при шийковій вагітності не буває, тому що кровотеча йде з нижніх гілок маткової артерії.

Міхурцевий занесок є одним із проявів трофобластичної хвороби. Він зумовлений патологією хоріального епітелію плідного яйця, зниженням його захисних сил, гормональними порушеннями. На виникнення і перебіг міхурцевого занеску впливають імунологічні особливості статевих партнерів. Міхурцевий занесок характеризується своєрідними патологічними змінами хоріона у вигляді різкого збільшення розмірів ворсин.

**Клінічна картина.** Захворювання частіше трапляється у жінок віком до 30 років. Відмічаються симптоми, притаманні вагітності – припинення менструації, збільшення молочних залоз і матки. Розміри матки, як правило, перевищують її величину при даному терміні вагітності. На тлі аменореї звичайно з'являються кров'яні виділення зі статевих шляхів, що можуть посилюватися. Різко збільшується екскреція хоріонічного гонадотропіну і його вміст у крові.

**Лікування.** Міхурцевий занесок слід негайно видалити з матки шляхом вишкрібання з подальшою вакуум-аспірацією вмісту порожнини матки. Після гістологічного дослідження матеріалу пацієнтка повинна бути направлена до спеціалізованого закладу онкологічного профілю.

Після вишкрібання матки – спостереження упродовж 8 тиж, включаючи дослідження ХГЛ один раз на тиждень, УЗД органів малого таза один раз на тиждень. За відсутності ознак хвороби – «нормальний» показник ХГЛ до 15 мМЕ/мл, відсутність пухлиноподібних утворень за даними УЗД малого таза, а також рентгенологічного дослідження легень та відновлення нор-

мального менструального циклу хіміотерапію не проводять. Подальше дослідження ХГЛ у сироватці крові проводиться один раз на два тижні упродовж трьох місяців, а надалі – один раз на місяць упродовж півроку.

## **2.6. Кровотечі у другій половині вагітності**

Маткові кровотечі під час вагітності, у пологах і післяпологовому періоді належать до групи найтяжчих ускладнень і посідають одне з перших місць у структурі материнської смертності.

*Передлежання плаценти* – це ускладнення вагітності, коли плацента розміщується в нижньому сегменті матки нижче від передлеглої частини плода, повністю або частково перекриваючи внутрішнє вічко шийки матки.

### ***Класифікація передлежання плаценти.***

I. Повне передлежання (центральне) – плацента повністю перекриває внутрішнє вічко.

II. Неповне передлежання – плацента частково перекриває внутрішнє вічко:

а) бокове передлежання – внутрішнє вічко перекрите на 2/3 його площі;

б) крайове передлежання – до внутрішнього вічка підходить край плаценти.

III. Низьке прикріплення плаценти – розміщення плаценти в нижньому сегменті матки.

### ***Клініка:***

1) кровотеча, що виникає спонтанно або після фізичного напруження, може бути помірною або сильною і виникати під час вагітності або пологів;

2) не супроводжується болем;

3) не супроводжується підвищеним тонусом матки;

4) анемізація жінки;

5) дистрес плода, часто трапляється неправильне положення плода: косе, поперечне, тазове, неправильне вставляння голівки;

б) можливі передчасні пологи.

### ***Діагностика***

I. Вивчення анамнезу.

II. Клінічні прояви – поява повторних кровотеч, які не супроводжуються болем і підвищеним тонусом матки.

III. Акушерське обстеження:

1) зовнішнє обстеження:

а) високе стояння передлеглої частини плода;

б) косе, поперечне положення плода;

в) тонус матки не підвищений;

2) внутрішнє обстеження (проводять лише в умовах розгорнутої операційної):

а) пальпується м'якувата маса плаценти: навіть у разі непрохідності шийного каналу через склепіння пальпується ніби губчаста тканина – симптом подушки;

б) не можна пропальпувати передлеглу частину плода.



УЗД не лише дає змогу діагностувати варіант передлежання плаценти, а й визначити її розміри, ступінь зрілості, площу відшарування, а також відповідність розвитку плода гестаційному віку.

**Принципи надання невідкладної допомоги пацієнткам із передлежанням плаценти:**

1) у разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легенів плода, у терміні вагітності до 37 тиж обирають вичікувальну тактику;

2) у разі припинення кровотечі – УЗД; підготовка легенів плода; мета вичікувальної тактики – пролонгація вагітності;

3) у разі збільшення кровотечі (понад 250 мл), геморагічного шоку, дистресу плода незалежно від терміну вагітності, стану плода – термінове розродження.

При центральному передлежанні плаценти, що діагностовано за допомогою УЗД, навіть без кровотечі показана госпіталізація, кесарів розтин у терміні 37–38 тиж.

**Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти**

Відбувається відшарування плаценти розташованої поза нижнім сегментом матки. Трапляється під час вагітності, при пологах, частота поширення – 0,05–0,5 %. Ця патологія належить до тяжких ускладнень вагітності і пологів, супроводжується високою материнською і перинатальною смертністю.

**Етіопатогенез.** Головна причина – гестоз, гіпертонічна хвороба, захворювання нирок, травма живота, коротка пуповина, дистрофічні зміни ендометрія.

**Класифікація:**

1) часткове відшарування;

2) повне відшарування.

**Клініка**

I. Больовий синдром: гострий біль у проекції локалізації плаценти, який поширюється на всю матку і стає дифузним.

II. Гіпертонус матки, не знімається спазмолітичними препаратами.

III. Інтенсивність кровотечі з піхви може коливатись залежно від ступеня тяжкості, характеру відшарування – від незначної до масивної. Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішньої кровотечі може і не бути.

IV. Стан плода залежить від площі і швидкості відшарування плаценти. При гострому відшаруванні менше ніж 1/3 плаценти плід перебуває в стані дистресу, при відшаруванні понад 1/3 плід завжди гине.

**Діагностика**

I. Оцінка стану вагітної, що залежить від величини відшарування, об'єму крововтрати, симптомів геморагічного шоку або синдрому ДВЗ.

II. Зовнішнє акушерське обстеження:

1) гіпертонус матки;

2) матка збільшена в розмірах, може деформуватися з локальним випинанням, якщо плацента розміщується на передній стінці матки;

3) болочність під час пальпації;  
4) неможливість пропальпувати частини плода і прослухати його серцебиття;

5) з'являються симптоми дистресу плода або його загибель.

III. Внутрішнє акушерське обстеження:

1) плодовий міхур напружений;

2) при відходженні навколоплідні води можуть бути забарвлені кров'ю;

3) кровотеча з матки різної інтенсивності.

IV. УЗД.

**Принципи невідкладної допомоги.** Розродження необхідно робити до загибелі плода, не допустити розвитку матки Кувелера (кров з ретро-плацентарної гематоми просочує стінку матки – матково-плацентарна апоплексія), масивної крововтрати, геморагічного шоку, синдрому ДВЗ, втрати жінкою репродуктивної функції

1. У разі прогресивного передчасного відшарування плаценти під час вагітності або в перший період пологів з появою симптомів геморагічного шоку, синдрому ДВЗ, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності – термінове розродження шляхом кесаревого розтину. З появою ознак матки Кувелера – екстирпація матки без придатків, лікування геморагічного шоку і синдрому ДВЗ.

2. У разі незначного відшарування плаценти при недоношеній вагітності до 34 тиж (терапія для дозрівання легенів плода – дексаметазон по 6 мг кожні 12 год, на курс 24 мг або бетаметазон по 12 мг кожні 24 год, на курс 24 мг) необхідний нагляд кваліфікованих акушерів-гінекологів, анестезіологів, неонатологів; моніторинг стану вагітної і плода.

**Особливості проведення кесаревого розтину:**

1) амніотомія (якщо є умови);

2) обов'язкова ревізія стінок матки для виключення матково-плацентарної апоплексії;

3) при діагностуванні матки Кувелера – екстирпація матки без придатків.

*Тактика при відшаруванні плаценти наприкінці I або в II періоді пологів:*

1) негайна амніотомія, якщо плодовий міхур цілий;

2) при головному передлежанні плода накладають акушерські щипці;

3) при тазовому передлежанні – екстракція плода за тазовий кінець;

4) при поперечному положенні проводять акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку;

5) ручне відділення плаценти і виділення посліду;

6) внутрішньовенно 10 ОД окситоцину, за відсутності ефекту – 800 мг мізопростолю (ректально);

7) залежно від величини крововтрати – лікування геморагічного шоку і синдрому ДВЗ;

8) суворе динамічне спостереження в післяпологовому періоді.

## 2.7. Кровотечі у послідовому та післяпологовому періодах

Післяпологова кровотеча – це втрата крові 0,5 % або більше від маси тіла після народження плода.

Існують наступні види післяпологових кровотеч:

- ✓ у третьому періоді пологів;
- ✓ первинні (ранні) післяпологові, які виникають у ранньому післяпологовому періоді – протягом 24 год після пологів;
- ✓ вторинні (пізні) післяпологові кровотечі, які виникають після 24 год та до 6 тиж після пологів.

### Кровотеча у третьому періоді пологів

- Цьому сприяє затримка частин плаценти або оболонок, патологія прикріплення плаценти, защемлення плаценти.

- Можливо декілька варіантів кровотечі:

- Протягом 30 хв без значної крововтрати відсутні ознаки відокремлення плаценти. Причина може полягати в патології прикріплення або пророщення плаценти.

- Кровотеча розпочинається відразу після народження посліду. Причина – затримка частин плаценти або оболонок.

- Кровотеча розпочинається після народження дитини без відділення плаценти. Причина – защемлення плаценти, неповне прирощення плаценти.

#### *Медицина допомога надається за таким алгоритмом:*

- здійснюється катетеризація периферичної вени, при значній кровотечі – центральної вени;

- випорожнення сечового міхура;

- ручними прийомами перевіряють ознаки відділення плаценти та виділення посліду;

- при защемленні посліду виконують зовнішній масаж матки, зовнішні прийоми видалення посліду;

- якщо причиною крововтрати є затримка частин плаценти або оболонок, під внутрішньовенним наркозом здійснюють ручне обстеження порожнини матки;

- при порушенні процесу відокремлення плаценти, якщо відсутня кровотеча, спостерігають 30 хв (у вагітних, що належать до групи ризику – 15 хв), після чого виконують ручне відокремлення плаценти та виділення посліду;

- у разі появи кровотечі негайно, під внутрішньовенним наркозом виконують ручне відокремлення плаценти та виділення посліду;

- вводять препарати, що посилюють скорочення матки, розводять 10–20 ОД окситоцину на 400 мл фізіологічного розчину і вводять внутрішньовенно, краплинно, пабал 1 мл внутрішньовенно (100 мкг/мл);

- у разі істинного прирощення або пророщення плаценти – лапаротомія з екстирпацією матки без придатків;

- здійснюється оцінка об'єму крововтрати і відновлюється ОЦК.

#### *Методи визначення величини крововтрати*

1. **Метод Лібова.** Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю.

## 2. Формула Нельсона. Визначається за щільністю крові та гематокриту.

Щільність крові, кг/мл	Гематокрит	Об'єм крововтрати, мл
1057–1054	44–40	До 500
1053–1050	38–32	1 000
1049–1044	30–22	1 500
Менше 1044	Менше 22	Більше 1 500

## 3. Шоковий індекс Альговера

$$\text{Шоковий індекс} = \text{ЧСС} / \text{АТс},$$

де ЧСС – частота серцевих скорочень; АТс – систолічний артеріальний тиск.

У нормі індекс Альговера = 1.

4. **Гематокритний метод Мооге** заснований також на визначенні гематокриту.

### 2.8. Рання (первинна) післяпологова кровотеча

Виникає при таких ситуаціях:

- 1) гіпотонія або атонія матки;
- 2) затримка частин плаценти або оболонок;
- 3) травми пологових шляхів;
- 4) порушення згортальної системи крові;
- 5) захворювання крові.

*Причиною гіпотонії або атонії матки може бути:*

1) функціональна неповноцінність матки (до цього призводить пізній гестоз, ендокринопатії, захворювання ССС, печінки, нирок, пухлини матки, рубець на матці, великий плід, багатоводдя, багатоплідність);

2) перезбудження, що призводить до виснаження функції міометрія (затяжні пологи, оперативні пологи, застосування спазмолітичних, токолітичних препаратів під час пологів);

3) порушення скоротливої функції міометрія;

4) порушення процесу прикріплення, відділення і виділення плаценти і посліду.

*Кровотеча може бути двох видів:*

1) масивна, яка починається відразу після народження плода, за кілька хвилин – крововтрата більше 1 000 мл, матка гіпотонічна, не скорочується, розвивається геморагічний шок;

2) така, що починається після скорочення матки, кров виділяється невеликими порціями, характерне чергування гіпотонії матки з відновленням її тону.

### **Надання медичної допомоги**

Для лікування післяпологових кровотеч, обумовлених атонією матки, у наш час застосовують ін'єкції утеротонічних препаратів, бімануальну компресію матки, внутрішньоматкову балонну тампонаду, селективну деваскуляризацію матки шляхом перев'язки магістральних артерій або за

допомогою ангіографічної емболізації, маткові компресійні шви (шов за Бі-Лінчем) й видалення матки.

Метою всіх цих лікувальних заходів є мінімізація крововтрати, збереження дітородної функції, недопущення таких ускладнень, як геморагічний шок, некроз передньої частки гіпофіза, гіпоксична енцефалопатія, ниркова недостатність і коагулопатія.

***Алгоритм надання невідкладної допомоги***

1. Огляд породіллі:
  - а) оцінювання об'єму крововтрати;
  - б) оцінювання стану породіллі на основі скарг, АТ, частоти пульсу, кольору шкіри і слизових оболонок, кількості сечі, наявності геморагічного шоку.
2. Термінове лабораторне дослідження:
  - а) визначення рівня гемоглобіну, гематокриту;
  - б) коагулограма;
  - в) група крові й резус-фактор;
  - г) біохімічне обстеження за показаннями.
3. Катетеризація периферичної або центральної вени.
4. Випорожнення сечового міхура.
5. Внутрішньовенне введення препаратів, що посилюють скорочення матки (10–20 ОД окситоцину на 400 мл фізіологічного розчину).
6. Проведення ручного обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом.
7. Огляд пологових шляхів і відновлення їх цілісності.
8. Зовнішній масаж матки.
9. При тривалій кровотечі вводять 800 мкг мізопростолю (ректально).
10. Лікування геморагічного шоку.

***Загальні принципи лікування гострої крововтрати:***

- а) негайна зупинка кровотечі консервативними або оперативними методами;
  - б) відновлення ОЦК;
  - в) забезпечення адекватного газообміну;
  - г) лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності;
  - д) корекція метаболічних порушень.
- Першочергові дії при виникненні геморагічного шоку:
- а) оцінюють життєво важливі функції (пульс, АТ, характер дихання, психічний статус);
  - б) повідомляють відповідального чергового лікаря акушера-гінеколога про виникнення кровотечі та розвиток геморагічного шоку, мобілізують персонал;
  - в) піднімають ноги або ножний кінець ліжка для підвищення венозного обігу до серця;
  - г) катетеризують одну-дві периферичні вени великого діаметру; за умови розвитку шоку III–IV ступеня необхідна катетеризація трьох вен, при цьому одна з них повинна бути центральною;

д) набирають 10 мл крові для визначення групової та резус-належності, перехресної сумісності, вмісту гемоглобіну, гематокриту, виконують тест Лі-Уайта до початку інфузії розчинів;

е) інгаляція 100 % кисню зі швидкістю 6–8 л/хв через носо-лицеву маску або носову канюлю;

ж) розпочинають внутрішньовенну інфузію кристалоїдів (0,9 % розчин хлориду натрію, розчин Рингера та ін.) та колоїдів (гемофузин). За умови розвитку шоку II–III ступеня темп інфузії повинен дорівнювати 200–300 мл/хв.

11. При тривалій кровотечі й величині крововтрати 1,5 % і більше від маси тіла – оперативне лікування: екстирпація матки без придатків

## **2.9. Пізня (вторинна) післяпологова кровотеча**

### ***Причини, що призводять до кровотечі:***

- 1) затримання частин плаценти або посліду;
- 2) відходження некротичних тканин після пологів;
- 3) розходження швів на рані матки.

### ***Надання медичної допомоги***

1. Оцінювання величини крововтрати.
2. Катетеризація периферичної або центральної вени.
3. Інструментальна ревізія порожнини матки під внутрішньовенним наркозом.

4. Внутрішньовенне введення утеротоніків.

5. При тривалій кровотечі – мізопростол 800 мкг (ректально).

6. Відновлення ОЦК.

7. При крововтраті понад 1,5 % маси тіла – лапаротомія, екстирпація матки.

### ***Профілактика акушерських кровотеч***

I. Під час вагітності:

- 1) оцінювання чинників ризику виникнення кровотечі;
- 2) діагностика і лікування анемії;
- 3) госпіталізація в пологовий будинок і надання допомоги вагітним із групи високого ризику в разі виникнення кровотечі.

II. Під час пологів:

- 1) знеболювання пологів;
- 2) запобігання тривалим пологам;
- 3) активне ведення III періоду пологів;
- 4) введення утеротоніків у III періоді пологів;
- 5) уважне обстеження плаценти і оболонок на їх цілість;
- 6) профілактика травматизму під час пологів.

III. Після пологів:

- 1) обстеження пологових шляхів;
- 2) уважне спостереження породіллі протягом 2 год після пологів;
- 3) вагітним групи ризику внутрішньовенно краплинно вводять 20 ОД окситоцину протягом 2 год після пологів.

### Тема 3. ОПЕРАТИВНЕ АКУШЕРСТВО

Більшість акушерських операцій мають характерні ознаки, що суттєво відрізняють їх від інших хірургічних операцій, а саме:

- 1) невідкладність показань (наприклад, операції з приводу акушерських кровотеч, розриву матки);
- 2) більшість піхвових операцій проводять, керуючись лише дотиком, без контролю зору;
- 3) необхідність збереження життя і здоров'я не лише матері, а й дитини;
- 4) неможливість зробити асептичними пологові шляхи через близькість прямої кишки.

При кожній акушерській операції необхідно визначати показання і умови.

Враховують загальний стан вагітної або роділлі, стан її статевих шляхів і плода. Вчасно і правильно встановлені показання і умови до певної акушерської операції, швидке і кваліфіковане її виконання дають добрі результати хірургічної операції.

У кожному конкретному випадку необхідно з'ясувати такі моменти:

- 1) чи показане хірургічне втручання, тобто чи є патологічні явища, які не можна усунути консервативними методами;
- 2) якщо показана операція, то коли її слід робити – негайно або через деякий час;
- 3) вибір методу хірургічного втручання і умови для його виконання.

Після розв'язання цих питань та отримання згоди на операцію роділлю готують до операції.

*Підготовка інструментів.* Акушерські інструменти для невідкладних операцій готують заздалегідь і зберігають у стерильних мішках.

Крім того, в інструментальній шафі знаходиться список інструментів, необхідних для кожної акушерської операції, щоб не забути якогось інструмента під час термінової підготовки до операції.

Перед операцією стерильні інструменти розкладають у певному порядку на покритому стерильним простирадлом інструментальному столику.

*Передопераційна підготовка роділлі до розродження.* Більшість акушерських операцій роблять за невідкладними, екстремними або терміновими показаннями. Терміни виконання операцій визначають за показниками, які можуть бути життєвими, абсолютними і відносними. У кожному конкретному випадку має бути оцінений стан вагітної або роділлі і плода. Перед операцією виникає потреба у виконанні низки процедур, спрямованих на підготовку органів і систем. Якщо жінка напередодні вживала їжу, показане промивання шлунка для запобігання блюванню. Сечовий міхур катетеризують для його спорожнювання, кишки очищають за допомогою клізми. Проводять оброблення піхви антисептиками, голять волосся в ділянці лобка і зовнішніх статевих органів.

## ОПЕРАЦІЇ, ЩО ПІДГОТОВЛЯЮТЬ (РОЗШИРЮЮТЬ) ПОЛОГОВІ ШЛЯХИ

### Перинеотомія (розсічення промежини)

*Показання:*

- 1) пологи в жінки з високою промежиною або різко ригідними тканинами;
- 2) загроза центрального розриву промежини;
- 3) тяжкий стан вагітної, загроза дистресу плода.

*Техніка операції.* Зовнішні статеві органи і шкіру промежини обробляють 1% розчином йоднату. Поза потугами вводять шпатель і одну гілку ножиць між передлеглою частиною і стінкою піхви. На висоті потуг, коли промежина максимально розтягується, ножицями розсікають задню спайку і промежину на 2–2,5 см. Рукою притримують передлеглу частину від стрімкого проризивання.

*Епізіотомія.* Показання і підготовка такі самі. Розсічення промежини роблять зліва або справа від серединної лінії.

### Розрив плодового міхура

*Показання:*

- 1) кровотечі при частковому передлежанні плаценти;
- 2) багатоводдя;
- 3) перед операцією накладання щипців;
- 4) перед операцією класичного повороту;
- 5) при повному або близькому до повного розкритті вічка матки.

*Техніка операції.* Вводять два пальці в піхву і чекають настання переймів. Плодовий міхур розкривають у центрі (при багатоводді збоку). Якщо пальцями розірвати плодовий міхур не вдається, під контролем руки його розривають за допомогою бранші кульових щипців.

### Акушерські розроджувальні операції

**Вакуум-екстракція плода** – розроджувача операція, при якій плід штучно витягують через природні пологові шляхи за допомогою вакуум-екстрактора. Принцип роботи апарата вакуум-екстрактора ґрунтується на створенні вакуумметричного тиску між внутрішньою поверхнею чашечки і голівкою плода. При цьому виникає сила зчеплення, яка створює можливість робити тракції, потрібні для витягання плода.

Останнім часом розроблено багато варіантів м'яких чашок, які при їх накладанні повторюють контур голівки плоду. Їх застосування рідше супроводжується травматизацією голівки плоду порівняно з металевими чашками. Оскільки чашки м'які, при їх введенні маловірогідна травматизація м'яких тканин родових шляхів. Вважається за краще використовувати м'які чашки та сучасні апарати. Порівняння ефективності м'яких і металевих чашок для вакуум-екстракції показало, що при використанні м'яких чашок для розродження потрібно більше часу, але при цьому травматизація голівки дитини істотно менше порівняно із застосуванням металевих чашок.



*Показання до операції:*

- 1) стійка слабкість пологових сил;
- 2) початкова стадія дистресу плода.

*Умови для виконання операції:*

- 1) повне розкриття маткового вічка;
- 2) відсутність плодового міхура;
- 3) відповідність між розмірами голівки плода і розмірами таза матері;
- 4) потиличне передлежання плода;
- 5) живий доношений плід.

**Акушерські щипці.** Нині застосовують щипці Симпсона-Феноменова.

*Показання:*

- 1) загроза плоду (дистрес, загроза пологової травми);
- 2) загроза матері (недостатність пологової діяльності, захворювання ССС, тяжка прееклампсія, еклампсія).

*Умови:*

- 1) детальне оцінювання загального стану роділлі;
- 2) повне розкриття маткового вічка;
- 3) голівка плода на виході або в порожнині малого таза;
- 4) відповідність розмірів голівки і таза;
- 5) доношений плід;
- 6) живий плід;
- 7) відсутність плодового міхура.

### **Кесарів розтин**

**Кесарів розтин** (КР) – це хірургічна операція, під час якої лікар акушер-гінеколог вилучає дитину через розріз стінки матки. Її частота становить 10–15 % загальної кількості пологів.

Види: класичний (корпоральний); за Пфанненштілем; за Джоел-Кохеном; екстраперитонеальний; інтраперитонеальний; піхвовий; селективний; що проводиться у ВІЛ-інфікованих жінок із метою запобігання передачі інфекції плода.

### **Первинна медична допомога**

#### **Первинна профілактика**

Забезпечення жінок на догоспітальному етапі, яким планується розродження методом планового кесаревого розтину, інформацією щодо обґрунтування необхідності операції КР та своєчасної госпіталізації до рекомендованого лікуючим лікарем ЗОЗ, а також дотримання діагностично-лікувальних технологій з метою зниження материнських та перинатальних ускладнень.

#### **Обґрунтування**

Забезпечення своєчасної госпіталізації вагітних жінок, яким відповідно

до показань планується розродження шляхом планового КР, а також проведення діагностично-лікувальних заходів з доведеною ефективністю знижує рівень материнських та перинатальних ускладнень.

#### **Необхідні дії**

➤ Направлення вагітної після першого візиту у разі наявних показань до проведення операції КР (див. Тему 4, пункт 4.4) для спостереження за перебігом вагітності до лікаря акушера-гінеколога.

➤ Моніторинг періодичності спостереження та виконання призначень лікаря акушера-гінеколога.

➤ Контроль за визначеним терміном планової госпіталізації до акушерського стаціонару, що надає вторинну або третинну медичну допомогу (див. Тему 4, пункт 4.5).

#### **Подальше спостереження**

Жінка, якій проведено КР, має бути проінформована, що повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР, супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти, відшарування плаценти порівняно з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів, а також підвищеним ризиком розриву матки у разі вагінальних пологів після КР. Інформування жінок, які перенесли операцію КР, про показані методи та засоби планування сім'ї.

#### **Обґрунтування**

Доведено, що повторна вагітність у жінок після операції КР, яка виникає протягом двох років після попереднього КР, супроводжується підвищеним ризиком розвитку ускладнень (передлежання плаценти, відшарування плаценти, підвищений ризик розриву матки при спробі вагінальних пологів. Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі виникнення вагітності протягом першого року після КР. Повторна вагітність протягом двох років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.

Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від контрацепції, що рекомендується жінкам в післяпологовому періоді. Внутрішньоматковий контрацептив (ВМК) може застосовуватися у жінок після КР.

#### **Необхідні дії**

➤ Спостереження за жінкою після операції КР та її дитиною здійснюється відповідно до рекомендацій, наданих після виписки.

➤ Консультування щодо здорового способу життя у післяпологовому періоді, у тому числі статевих стосунків у ранньому післяпологовому періоді.

➤ Надання рекомендацій щодо планування сім'ї, починаючи з раннього післяпологового періоду (див. Тему 4, пункт 4.2).

➤ Надання рекомендацій щодо профілактики ППСШ, у тому числі ВІЛ та сифілісу.

➤ Консультування з питань грудного вигодовування новонародженого та рекомендації щодо припинення лактації у разі припинення грудного вигодовування дитини.

### **Вторинна (спеціалізована) медична допомога в амбулаторних умовах**

#### ***Первинна профілактика***

Своєчасність госпіталізації забезпечується веденням централізованого електронного реєстру ускладненого перебігу вагітності в перинатальному центрі III рівня перинатальної допомоги.

#### ***Обґрунтування***

Забезпечення своєчасної госпіталізації вагітних жінок, яким відповідно до показань планується розродження шляхом планового КР, а також проведення діагностично-лікувальних заходів з доведеною ефективністю знижує рівень материнських та перинатальних ускладнень.

#### ***Необхідні дії***

➤ Розробка індивідуального плану спостереження з відповідним графіком відвідувань та моніторингом виконання вагітною призначень.

➤ Консультування вагітної жінки щодо проведення операції КР та пов'язаних з нею ризиків (*див. тему 4, пункти 4.1, 4.3*).

➤ Надання інформації щодо можливості застосування методу контрацепції – добровільної хірургічної стерилізації під час проведення операції КР у разі виконання жінкою репродуктивних планів або у випадку високого ступеня ризику для здоров'я та життя жінки у випадку наступної вагітності.

➤ Організація своєчасної госпіталізації (*див. тему 4, пункт 4.5*) до закладів охорони здоров'я відповідного рівня перинатальної допомоги, визначених чинним нормативно-правовим актом МОЗ з питань організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах.

#### ***Діагностика***

Своєчасне виявлення показань до проведення операції КР в рамках стандартного обстеження під час спостереження за перебігом вагітності.

Додатковий обсяг обстеження у відповідно до виявленої патології.

#### ***Обґрунтування***

Своєчасне виявлення та обґрунтування показань до проведення КР сприяє зменшенню перинатальних наслідків як для матері, так і для дитини.

#### ***Необхідні дії***

➤ Забезпечується необхідний обсяг обстеження.

➤ Весь обсяг обстеження заноситься до талону 1 обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (форма № 113/о) з рекомендацією орієнтовної дати госпіталізації до закладів охорони здоров'я відповідного рівня перинатальної допомоги.

➤ Проводиться пренатальний консилиуму при встановленні діагнозу вроджених вад розвитку (ВВР) у плода.

#### **Лікування**

Виявлення та лікування вогнищ інфекції, а також супутньої патології у вагітної.

#### **Обґрунтування**

Наявність несанованих вогнищ інфекції призводить до ускладнень в після-операційному періоді та виникнення необхідності додаткового обстеження, призначення антибіотиків, збільшення тривалості перебування в стаціонарі.

#### **Необхідні дії**

➤ Здійснюється лікування виявленої патології, що є показанням для планового КР.

➤ Проводиться профілактика або (у разі необхідності) лікування вогнищ інфекцій.

➤ Здійснюються заходи щодо профілактики ускладнень внутрішньо-утробного стану плода.

#### **Подальше спостереження**

Жінка, якій проведено КР, має бути проінформована, що повторна вагітність, яка виникає протягом двох років після попереднього КР, супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти, відшарування плаценти порівняно з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів, а також підвищеним ризиком розриву матки у разі вагінальних пологів після КР.

Інформування жінок, які перенесли операцію КР, про показані методи та засоби планування сім'ї.

#### **Обґрунтування**

Доведено, що повторна вагітність у жінок після операції КР, яка виникає протягом двох років після попереднього КР, супроводжується підвищеним ризиком розвитку ускладнень (передлежання плаценти, відшарування плаценти, підвищений ризик розриву матки при спробі вагінальних пологів). Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі виникнення вагітності протягом першого року після КР. Повторна вагітність протягом двох років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.

Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від контрацепції, що рекомендується жінкам в післяпологовому періоді. ВМК може застосовуватися у жінок після КР.

#### **Необхідні дії**

➤ Застосування засобів контрацепції відповідно до репродуктивних планів, віку та стану здоров'я жінки і її статевого партнера.

➤ Консультування щодо планування наступної вагітності (див. тему 4, пункт 4.2).

➤ Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ.

➤ Консультування з питань грудного вигодовування новонародженого та рекомендації щодо припинення лактації у разі припинення грудного вигодовування дитини

**Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога в стаціонарних умовах**

***Госпіталізація***

Патологія вагітної, яка потребує госпіталізації до акушерського стаціонару, де надають вторинну та третинну медичну допомогу, визначається чинним нормативно-правовим актом МОЗ з питань організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах.

Моніторинг своєчасності госпіталізації здійснюється за Реєстром вагітних із ускладненим перебігом вагітності у перинатальних центрах III рівня перинатальної допомоги.

***Обґрунтування***

Своєчасна госпіталізація до відповідного ЗОЗ, визначених чинним нормативно-правовим актом МОЗ з питань організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах, а також проведення обґрунтованого КР зменшує частоту післяопераційних ускладнень та оптимізує перинатальні наслідки.

***Необхідні дії.***

➤ Організація цілодобової діяльності ЗОЗ щодо забезпечення розродження шляхом операції КР.

➤ Проведення консилиуму лікарів для прийняття остаточного рішення стосовно доцільності та терміну проведення КР з визначенням складності оперативного втручання та складу операційної бригади (*див. додаток 15*).

➤ Після проведення консультування пацієнтка підписує поінформовану згоду на медичне втручання (*див. додаток 9*).

➤ У разі відмови жінки від запропонованого планового КР (за її особистим підписом), даний факт документується медичними спеціалістами у складі не менше трьох осіб.

➤ У разі неможливості отримання інформованої згоди (непритомний стан та ін.) за наявності ургентної ситуації категорії 1, рішення приймається консилиумом лікарів.

➤ У разі відмови жінки від планового КР має бути поінформована її родина за згодою вагітної.

➤ Проведення лікувальних заходів відповідно до патології, що передбачає проведення КР.

➤ Виявлення та лікування вогнищ інфекції.

➤ Забезпечення ургентного КР у разі необхідності (*див. тему 4, пункт 4.6*).

➤ Перед оперативним втручанням уточнюється можливість застосування методу контрацепції – добровільної хірургічної стерилізації під час

проведення операції КР у разі виконання жінкою репродуктивних планів або у випадку високого ризику для здоров'я та життя жінки у випадку наступної вагітності. Згода пацієнтки підтверджується її особистим підписом.

➤ В ЗОЗ здійснюються заходи профілактики інфекцій та інфекційного контролю, визначених чинним нормативним актом з організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення.

### ***Діагностика***

Дообстеження вагітної, якій показаний КР, не здійсненого на етапі антенатального спостереження за перебігом вагітності.

Оптимальний метод обстеження вагітної у разі ургентного КР.

### ***Обґрунтування***

Достатній обсяг обстеження вагітних, яким показаний КР, мінімізує виникнення материнських та перинатальних ускладнень.

### ***Необхідні дії***

➤ Забезпечення дообстеження вагітної, не здійсненого на етапі антенатального спостереження за перебігом вагітності.

➤ Проведення передопераційного обстеження та підготовки до КР (див. тему 4, пункт 4.8).

➤ Огляд вагітної анестезіологом та визначення методу анестезії (див. тему 4, пункт 4.10).

### ***Лікування***

Забезпечення профілактики ускладнень, анестезіологічного забезпечення, проведення оперативного втручання та післяопераційного догляду.

### ***Обґрунтування***

Застосування лікувально-профілактичних втручань з доведеною ефективністю щодо КР сприяє зменшенню несприятливих материнських та перинатальних наслідків.

### ***Необхідні дії***

➤ Проведення профілактики ускладнень КР (див. Тему 4, пункт 4.9).

➤ Проведення операції КР за однією з методик (див. тему 4, пункт 4.11; додатки 10, 15).

➤ Рішення про розширення об'єму оперативного втручання приймається консиліумом у складі операційної бригади.

➤ Анестезіологічне забезпечення – див. тему 4, пункт 4.10; додатки 11 та 12.

### ***Виписка породіллі з акушерського стаціонару***

Під час виписки породіллі з акушерського стаціонару надаються рекомендації щодо поведінки та способу життя після операції КР.

### ***Обґрунтування***

Правильність визначення показань до КР та адекватна підготовка на антенатальному етапі, своєчасність операції та дотримання технологій

оперативного втручання зменшує тривалість перебування пацієнтки в акушерському стаціонарі та полегшує післяопераційне спостереження.

***Необхідні дії***

➤ Виписка породіллі після неускладненого перебігу післяопераційного періоду здійснюється через 3 доби після оперативного втручання.

➤ У жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією або ускладненням післяопераційного періоду час виписки визначається лікуючим лікарем та узгоджується з профільним спеціалістом.

➤ Перед випискою з акушерського стаціонару породіллі надаються рекомендації щодо індивідуально визначеного методу контрацепції, грудного вигодовування дитини, поведінки та способу життя, подальшого спостереження (*див. додаток 14*).

➤ Породіллі надаються рекомендації у талоні 2 і 3 Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (форма № 113/о).

➤ Лікарю загальної практики – сімейної медицини, з яким у породіллі укладена декларація, надається телефоном інформація про виписку її з акушерського стаціонару.

## Тема 4. ЕТАПИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### 4.1. Консультування вагітної перед операцією КР

При консультуванні жінки перед КР їй необхідно повідомити наступне:

1. Кесарів розтин – це хірургічна операція, під час якої лікар акушер-гінеколог вилучає дитину через розріз черевної стінки та матки. Частіше обидва розрізи поперечні. Якщо розглядається можливість нижньосереднього розрізу черевної стінки або класичного корпорального на матці, жінку необхідно поінформувати про причини і додаткові ризики.

2. Жінку необхідно поінформувати про можливі види анестезії, вона повинна мати можливість зробити свідомий вибір. Анестезіолог має надати загальну інформацію про обраний метод, ризики, переваги та можливі ускладнення.

3. Жінці надається інформація в зрозумілій та доступній для неї формі та з проявами толерантності з урахуванням будь-яких особистих, культурних чи релігійних факторів, які могли б вплинути на вибір жінки.

4. Повідомляється про наслідки для майбутніх вагітностей та пологів, а саме, що після оперативних пологів збільшуються шанси повторного кесаревого розтину.

5. КР за бажанням жінки за відсутності перелічених нижче показань не проводиться.

6. Інформується, що можливе перебування в стаціонарі довше, ніж за умови вагінальних пологів.

7. Після проведення консультування пацієнтка підписує поінформовану згоду на медичне втручання (*додаток 9*).

8. У разі відмови від показаної операції жінка має власноручно підписати поінформовану відмову. У такому випадку необхідно провести більш детальне консультування з доказами ризику для жінки та дитини. За відмови пацієнтки від документування власного рішення, даний факт документується в історіїпологів медичними працівниками у складі не менше трьох осіб.

### 4.2. Консультування з питань планування сім'ї

Жінка, якій пропонується КР, має бути проінформована про наступне:

1. Повторна вагітність, яка виникає протягом двох років після попереднього КР, супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти (у 1,5 разу за наявності одного КР в анамнезі та у 2 рази за наявності двох КР в анамнезі), відшарування плаценти (у 1,3 разу) порівняно з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів, а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР. Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі настання вагітності протягом першого року після КР.

2. Повторна вагітність протягом двох років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.



3. Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від контрацепції, що рекомендується жінкам в післяпологовому періоді. ВМК може застосовуватися у жінок після КР. У разі запланованого КР до оперативного втручання з жінкою потрібно обговорити методи контрацепції, які вона планує застосовувати у майбутньому. У випадку бажання жінки провести добровільну хірургічну стерилізацію під час КР, додаткове консультування та отримання поінформованої згоди на розширення оперативного втручання є обов'язковим. У разі ургентного КР (категорії ургентності 1, 2) питання про хірургічну стерилізацію є недоцільним, тому що жінка не має достатньо часу для прийняття рішення щодо втручання, яке призводить до необоротної втрати фертильності.

4. Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім'ї.

5. Жінки з ВІЛ-інфекцією застосовують методи планування сім'ї відповідно до клінічного стану та виконання репродуктивних планів. Зважаючи на взаємодію естрогенів з антиретровірусними препаратами, пріоритетом є застосування ВМК або добровільної хірургічної стерилізації.

6. Жінкам, які активно використовують психоактивні речовини, у тому числі опіоїди, після набуття ними свідомого та адекватного відношення до обставин рекомендуються зворотні довготривалі методи контрацепції (ВМК).

7. Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи контрацепції, що існують, їх переваги та недоліки. Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно.

### **4.3. Ризики, пов'язані з операцією кесаревого розтину**

#### ***Результати для жінок:***

- тромбоемболічна хвороба;
- масивні акушерські кровотечі;
- постнатальна депресія;
- нетримання калу (виникає більше ніж за 1 рік після пологів; порівняно з вагінальними пологами).

#### ***Результати для дітей:***

- госпіталізація до відділення новонароджених;
- інфекційна захворюваність;
- стійка словесна затримка мовного розвитку;
- дитяча смертність (до 1 року).

***Результати для жінок та немовлят, що мають суперечливі або обмежені дані***

#### ***Результати для жінок:***

- надходження до ВАІТ;
- мертвонародження при наступній вагітності.

### **Результати для дітей:**

- захворюваність дихальних шляхів;
- дитячий церебральний параліч;
- розлад аутистичного спектра;
- діабет 1-го типу.

### **4.4. Показання до планового (елективного) кесаревого розтину**

1. Передлежання плаценти (за даними УЗД у терміні 36+ тиж нижній край плаценти розташований на < 2 см від внутрішнього вічка).

2. Тазове передлежання плода (після невдалої спроби зовнішнього повороту плода у 36 тиж; за наявності протипоказань до зовнішнього повороту за наполяганням вагітної).

3. Поперечне положення плода.

4. Тазове передлежання або неправильне положення першого плода за багатоплідної вагітності

5. Моноамніотична двійня.

6. Синдром затримки росту одного з плодів за багатоплідної вагітності.

7. Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів (попередній корпоральний кесарів розтин, Т- або J-подібний розріз матки за попередньої операції, розрив матки в анамнезі, понад один кесарів розтин в анамнезі, стан після гінекологічних втручань з проникненням у порожнину матки, відмова жінки від спроби вагінальних пологів).

8. Первинний генітальний герпес – менше ніж 6 тиж до пологів.

9. Екстрагенітальні захворювання та синдроми:

- система кровообігу: висока легенева гіпертензія, дилатація висхідної аорти > 45 мм, тяжкий аортальний стеноз, прийом вагітною оральних антикоагулянтів (антагоністів вітаміну К), інфаркт міокарда за даної вагітності, тяжка серцева недостатність (функціональний клас III або IV за NYHA);

- дихальна система: захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча, що мала місце менш ніж за 4 тиж до розродження;

- нервова система: внутрішньомозкові пухлини, гіпертензивно-лікворний синдром, аневризми церебральних судин, артеріовенозні мальформації, стан після геморагічного інсульту;

- орган зору: геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, гострий напад глаукоми (NB! Будь-яка інша офтальмологічна патологія, окрім зазначеної вище, не є показанням до кесаревого розтину.);

- цукровий діабет: передбачувана маса плода > 4 500 г; гепатит С у поєднанні з ВІЛ-інфекцією;

- ВІЛ-інфекція: вірусне навантаження > 50 копій/мл.

10. Пухлини або кісткові деформації малого тазу, що перешкоджають народженню дитини.

11. Рак шийки матки.

12. Розрив промежини III ступеня в анамнезі, стан після пластичних операцій на промежині.

13. Стан після хірургічного лікування сечостатевих або кишково-статевих норичь.

14. Вади розвитку плода, що підлягають хірургічній корекції у ранньому неонатальному періоді: діафрагмальна кила, спінальні дизрафії, гастрошизис, тератоми (за рішенням перинатального консилиуму із залученням профільного хірурга).

15. Зрощені близнюки.

16. Дострокове розродження після повторних гемотрансфузій при імунних конфліктах.

#### **4.5. Терміни виконання планового кесаревого розтину**

Плановий елективний КР виконують після повних 39 тиж вагітності, але не раніше, оскільки це може збільшити ризик патології дихальних шляхів у новонародженого.

У разі багатоплідної вагітності плановий елективний КР виконують після 38 тиж.

З метою профілактики вертикальної трансмісії при ВІЛ-інфікуванні матері – у 38–39 тиж вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів.

У разі моноамніотичної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32–33 тиж після попередньої профілактики РДС у ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

#### **4.6. Ургентний кесарів розтин**

Ургентний КР виконується відповідно до клінічної ситуації за наявності показань та інформованої згоди пацієнтки.

##### ***Категорії ургентності:***

1-а категорія – існує значна загроза життю матері та/або плода (наприклад, дистрес плода, розрив матки тощо) – операцію має бути розпочато не пізніше, ніж через 30 хв від визначення показань;

2-а категорія – стан матері та/або плода порушені, але безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає (наприклад, аномалії пологової діяльності в разі порушеного стану матері чи плода) – операцію має бути розпочато не пізніше 75 хв від визначення показань;

3-я категорія – стан матері та плода не порушені, однак потребують абдомінального розродження (наприклад, допологове злиття вод у разі запланованого КР; аномалії пологової діяльності за відсутності скомпromетованого стану матері чи плода) – операцію має бути розпочато впродовж 75 хв, але якомога скоріше;

4-а категорія – за попереднім планом у запланований день та час.

### ***Показання до ургентного кесаревого розтину***

1. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти до початку пологів або під час пологів за відсутності умов для швидкого розродження.
2. Кровотеча зі статевих шляхів нез'ясованої етіології у пізньому терміні вагітності чи під час пологів.
3. Розрив матки загрозовий або що розпочався.
4. Дистрес плода (за даними інструментальних методів дослідження) у першому періоді пологів.
5. Випадіння петель пуповини, що пульсують.
6. Обструктивні пологи (задній асинклітизм, неправильне положення плода після відходження навколоплідних вод, розгинальне передлежання або вставлення голівки, клінічно вузький таз).
7. Порушення пологової діяльності, що не коригуються медикаментозно.
8. Невдала спроба індукції пологів.
9. Критичний стан, смерть мозку вагітної, смерть вагітної при життєздатному плоді.

### **4.7. Фактори, що сприяють зниженню частоти ургентного КР**

- ✓ Психологічна підтримка жінки під час пологів.
  - ✓ Індукція пологової діяльності при досягненні терміну 41 тиж вагітності.
  - ✓ Використання партограми для моніторингу прогресу пологів.
- Прийняття рішення щодо КР консиліумом.
- ✓ Використання додаткових методів оцінки стану плода (визначення рН зі шкіри передлежачої голівки та фетальна пульсоксиметрія за наявності умов для їх проведення), що доповнює електронний фетальний моніторинг (який ізольовано асоціюється з підвищенням частоти КР).
  - ✓ Перегляд показань до КР в операційній (переоцінка стану плода та положення передлежачої частини).

### **4.8. Передопераційне обстеження та підготовка**

#### **Обстеження:**

- ✓ Визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів в аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцією КР 2-ї, 3-ї категорії ургентності. У разі КР категорії ургентності 1 лабораторне обстеження проводиться під час операції.
- ✓ Група крові та резус-фактор.
- ✓ Додаткове клініко-лабораторне обстеження проводиться лише за наявності показань.

#### **Підготовка до КР**

- ✓ Катетеризація периферичної вени.
- ✓ Катетеризація сечового міхура за показаннями.

#### **4.9. Профілактика ускладнень КР**

##### **Повільне прогресування пологів та кесарів розтин**

*Не пропонуйте наступні заходи:* активне ведення пологів (включаючи чітке визначення тривалості встановлених пологів, ранню планову амніотомію, плановий 2-годинний вагінальний огляд, окситоцин, якщо пологи сповільнюються); рання амніотомія.

##### **Профілактика інфекції**

Усі жінки, яким проводять плановий чи ургентний КР, повинні отримати антибіотикопрофілактику. Препаратом вибору є ампіцилін або цефалоспорины першого покоління, які вводять одноразово внутрішньовенно у середній терапевтичній дозі.

Необхідно враховувати рівень контамінації родових шляхів та фоновий рівень контамінації стаціонару, зокрема при тривалому знаходженні жінки в даному стаціонарі.

Немає необхідності рутинно застосовувати антибіотики більш широкого спектра дії та призначати повторні дози препаратів.

У разі алергії на бета-лактамі антибіотики можуть застосовуватись кліндаміцин або еритроміцин внутрішньовенно.

Антибіотикопрофілактику потрібно проводити за 15–60 хв до розрізу шкіри.

У разі, якщо оперативне втручання продовжується більше 3 год або крововтрата перевищує 1 500 мл, додаткова доза профілактичного антибіотика може бути призначена через 3–4 год після початкової дози.

У разі ожиріння (ІМТ більше 35), наявності ризику реалізації інфікування в післяопераційному періоді (хронічні запальні процеси) антибактеріальна терапія має бути розширена.

Проводиться санація піхви повідон-йодом безпосередньо перед КР, що знижує ризик післяопераційного ендометриту, зокрема у жінок, яким КР проводиться після розриву плодових оболонок.

##### **Профілактика аспіраційного пневмоніту**

За 6–8 год перед плановою операцією необхідно обмежити вживання їжі, а за 2 год – рідини (води, спортивних напоїв, соків без м'якоті тощо). Однак у пацієток з підвищеним ризиком аспірації (ожиріння, цукровий діабет, складні дихальні шляхи) необхідно обмежувати і вживання рідини.

З метою попередження аспіраційного пневмоніту жінкам слід призначати метоклопрамід окремо або в комбінації з  $H_2$  антагоністом (ранітидин) чи інгібітором протонної помпи (омепразол).

Доцільно призначати протиблювотні засоби з метою зменшення виразності нудоти та блювання.

##### **Профілактика тромбоемболії**

В усіх випадках, коли прийнято рішення про виконання КР, слід провести оцінку ризику легеневої тромбоемболії згідно з чинними нормативними

документами. Для профілактики цього ускладнення застосовують механічні методи (еластична компресія нижніх кінцівок, рання післяопераційна активізація жінки) та, залежно від ступеня ризику, НМГ або НФГ у відповідному режимі.

*Жінкам з низьким рівнем ризику* – використовуються механічні методи тромбопрофілактики. Еластична компресія нижніх кінцівок повинна використовуватись у всіх вагітних, які ще не отримували фармакологічну тромбопрофілактику до кесаревого розтину. Еластична компресія нижніх кінцівок розпочинається в передопераційному періоді, продовжується під час операції та післяопераційного періоду, до моменту повної активізації жінки. Також рекомендується рання післяопераційна активізація жінки.

*Жінкам з високим рівнем ризику* – використовуються механічні та фармакологічні методи тромбопрофілактики. Таким жінкам еластична компресія нижніх кінцівок розпочинається в передопераційному періоді, продовжується під час операції та післяопераційного періоду. Також рекомендується рання післяопераційна активізація жінки.

Фармакологічна профілактика починається через 6–12 год після закінчення КР і продовжується до повної активізації жінки, за винятком жінок із значними факторами ризику розвитку післяпологового тромбоемболізму. Тривалість тромбопрофілактики у цієї категорії пацієнтів повинна здійснюватися 6 тиж. Такі жінки можуть бути переведені на пероральні антикоагулянти (наприклад, варфарин [можна застосовувати жінкам, що годують груддю] або прямиий пероральний антикоагулянт [не слід застосовувати при годуванні груддю]). Еластична компресія нижніх кінцівок продовжується до початку фармакологічної профілактики і залишається до виписки пацієнта, оскільки це може принести додаткові переваги оперованим пацієнтам, які отримують низькомолекулярні гепарини.

Можна використовувати нефракціонований або низькомолекулярний гепарин, дозування яких проводиться відповідно до ступеня ризику ВТЕ та маси тіла.

### **Профілактика артеріальної гіпотензії у матері**

Артеріальна гіпотонія часто трапляється у жінок, які перенесли кесарів розтин під спінальною анестезією, і це може нашкодити матері та плоду. Гіпотонія може спровокувати інтраопераційну нудоту та блювання у матері та зменшити матково-плацентарний кровотік, що погіршує оксигенацію плода.

Для профілактики артеріальної гіпотензії рекомендовано положення жінки на операційному столі з нахилом у лівий бік у 15° та профілактична інфузія фенілефрину з швидкістю 25–50 мкг/хв у поєднанні з швидкою інфузією розчинів електролітів об'ємом до 2 л.

Використовуйте внутрішньовенне введення кристалоїдів, як спільне навантаження на додаток до вазопресорів, щоб зменшити ризик виникнення гіпотензії під час кесаревого розтину.

### **Профілактика гіпотермії та тремтіння**

Підтримання періопераційної нормотермії у загальній хірургічній популяції знижує ризик післяопераційної інфекції рани, коагулопатії, крововтрати та переливання крові. Частота переохолодження у жінок, які перенесли кесарів розтин під спинномозковою анестезією, становить > 60 %.

Ауторегуляція температури порушується під час спінальної анестезії через гальмування вазомоторних реакцій та перерозподіл тепла від серця до периферичних тканин у матері.

Впровадження термозберігаючих технологій (підігрівання розчинів і обдування теплим повітрям) зменшує частоту переохолодження та тремтіння.

Застосовуйте розчини для внутрішньовенного введення (500 мл і більше) та препарати крові, що використовуються під час кесаревого розтину до 37 °C за допомогою пристрою для зігрівання рідини.

Підігрійте всі внутрішньовенні рідини, які використовуються під час кесаревого розтину, до 38–40 °C у шафі з термостатичним управлінням.

### **4.10. Анестезіологічне забезпечення кесарева розтину**

Анестезіолог повинен провести передопераційний огляд вагітної, основною метою якого є оцінка загального статусу пацієнтки та визначення ступеня анестезіологічного ризику. Крім з'ясування загального стану жінки анестезіолог має визначити можливість розвитку аортокавального і аспіраційного синдрому та оцінити наявність ознак складної інтубації.

Жодна з існуючих класифікацій операційно-анестезіологічного ризику не враховує внутрішньоутробний стан плода, наявність у жінки небезпечної для її життя та плода патології (передлежання плаценти).

Жінці необхідно пояснити, яку анестезію планується проводити та отримати інформовану згоду на її проведення. У разі високого анестезіологічного ризику оперативного втручання необхідно заздалегідь пояснити це жінці та її сім'ї.

Вибір методу анестезіологічного забезпечення – *див. додатки 11, 12.*

Кесарів розтин може бути виконаний під загальною, регіональною (спінальною, епідуральною) або комбінованою (спінально-епідуральною) чи місцевою інфільтраційною анестезією.

Вибір методу анестезії визначається наступними факторами: ступенем терміновості операції (категорії ургентності); станом матері і плода; досвідом, кваліфікацією анестезіолога та хірурга; бажанням пацієнтки.

При виборі методу анестезії необхідно враховувати розвиток тих чи інших потенційних ускладнень: складна інтубація (частота 1 : 300 анестезій), неадекватна аналгезія, розвиток артеріальної гіпотензії (частота значно вище при застосуванні спінальної чи епідуральної анестезії), респіраторна депресія, нудота, блювання, свербіння шкіри.

Жінкам, які потребують КР, слід запропонувати регіонарну анестезію (за відсутності протипоказань), з метою підвищення безпеки, зниження

материнської та перинатальної захворюваності. У разі спінальної анестезії може знадобитися лікування гіпотензії фенілефрином.

Загальна анестезія порівняно з регіонарною зменшує час до початку розрізу шкіри, однак знижує оцінки за шкалою Апгар на 1 та 5 хв. Спінальна анестезія порівняно з епідуральною скорочує час до початку операції і не має відмінностей в оцінках за шкалою Апгар та частоті розвитку гіпотензії.

У більшості випадків перевагу слід надавати нейроаксіальним методам анестезії, які дозволяють жінці бути більш активною та раніше контактувати з новонародженим.

**Переваги нейроаксіальної анестезії крім тих, що стосуються медичного стану пацієнта:**

✓ Дозволяє провести шкірний контакт мати–дитина в перші хвилини життя новонародженого та отримати позитивні психоемоційні враження від народження малюка.

✓ Мінімізує внутрішньоопераційний системний вплив на плід. Дозволяє уникнути проблем з дихальними шляхами у вагітної.

✓ Полегшує мультимодальну післяопераційну аналгезію з нейроаксіальними опіоїдами та мінімізує потребу в системному введенні опіоїдів.

✓ Може бути пов'язано зі зниженою частотою періопераційної венозної тромбоемболії та хірургічної інфекції порівняно із загальною анестезією.

✓ Зменшується загальна крововтрата.

Для невідкладних випадків нейроаксіальна анестезія, зокрема спінальна, може бути доцільнішою, особливо для пацієнтів, які мають підвищені ризики, пов'язані із загальною анестезією (тобто відомі важкі дихальні шляхи, недавнє пероральне вживання їжі або схильність до злякисної гіпертермії).

***Протипоказання до нейроаксіальної аналгезії/анестезії в акушерстві:***

- Важка гіповолемія (геморагічний шок, дегідратація).
- Порушення згортання крові в бік гіпокоагуляції (АЧТЧ більш ніж в 1,5 разу, МНВ більше 1,5) і тромбоцитопенії – менше  $70 \times 10^9$ /л, набуті або вроджені коагулопатії. При тромбоцитопенії від  $70$  до  $100 \times 10^9$  і за відсутності гіпокоагуляції можливе застосування тільки спінальної анестезії (обов'язково використання голок типу «pencil point» – 25–27G).

- Гнійне ураження шкіри в місці пункції.
- Непереносимість місцевих анестетиків (непереносимість, як і анафілаксія для місцевих анестетиків амідної групи, трапляється вкрай рідко).

- Наявність фіксованого серцевого викиду у пацієнток із штучним водієм ритму серця, стенозом аортального клапана, коарктацією аорти, вираженим стенозом мітрального клапана. У даній ситуації можливість проведення регіонарної анестезії оцінюється індивідуально і узгоджується з кардіохірургом, оскільки велике значення має ступінь компенсації порушень гемодинаміки, викликаних вадою (розглядаються індивідуально).



- Тяжка печінкова недостатність, яка супроводжується порушенням коагуляції та метаболізму місцевих анестетиків (розглядаються індивідуально).
- Демієлінізуючі захворювання нервової системи і периферична нейропатія (розглядаються індивідуально).
- Захворювання, які супроводжуються підвищенням внутрішньо-черепного тиску.
- Патологія хребта – нейроаксіальна анестезія може бути важкою, неможливою або протипоказаною для деяких пацієнтів з аномальною анатомією хребта, хірургічним зрощенням або ураженнями в межах спинного мозку.
- За наявності тяжкої брадикардії у плода, розвитку геморагічного шоку (розрив матки, значне відшарування плаценти), екламптичних судом, алергії на місцеві анестетики, гіпокоагуляції, значних анатомічних аномалій хребта, генералізованої інфекції слід проводити загальну анестезію.

### **Інфузійна терапія**

Періопераційне підтримання належного ОЦК є важливим для досягнення оптимальних результатів після операції. Підтримання внутрішньосудинної еуволемії протягом періопераційного періоду є ідеальним. І гіпо-, і гіперволемія пов'язані з підвищенням післяопераційної захворюваності.

**Основні положення при проведенні інфузійної терапії під час анестезіологічного забезпечення операції КР:**

- Інфузійна терапія проводиться з урахуванням загального стану, рівня передопераційної гідратації та супутніх захворювань пацієнта.
- Збалансовані розчини електролітів є кращими для рутинної інфузійної терапії неускладненого КР.
- Потрібно уникати розчинів глюкози через ймовірні несприятливі ефекти гіперглікемії.
- Потрібно уникати введення великого об'єму 0,9 % розчину натрію хлориду (> 1000 мл), оскільки це пов'язано з гіперхлоремічним ацидозом.

### **Післяопераційна аналгезія**

Жінка має бути поінформована щодо різних типів післяопераційної аналгезії.

Адекватне знеболення після операції особливо важливо тому, що у породіль існує підвищений ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень, а ефективна аналгезія дає можливість ранньої мобілізації і забезпечення догляду за новонародженою дитиною.

Сьогодні підтримуються стратегії реалізації різних варіантів інтра- та післяопераційного знеболення, щоб мінімізувати системне введення опіоїдів і зменшити невіправдане їх споживання після кесаревого розтину.

### ***Загальні рекомендації щодо лікування болю у пацієнтів, які перенесли плановий кесарів розтин***

*До операції рекомендовано:* інтратекальне введення 50–100 мкг морфіну або 2–3 мг морфіну епідурально як альтернативний засіб, коли епідуральний

катетер використовується як частина комбінованої спінально-епідуральної методики або була проведена попередня катетеризація епідурального простору для знеболення пологів; пероральний парацетамол.

*Під час операції після народження рекомендовано:*

- внутрішньовенне введення парацетамолу, якщо його не вводили до операції;
- внутрішньовенне введення нестероїдних протизапальних препаратів;
- внутрішньовенне введення дексаметазону;
- якщо інтратекальний морфін не застосовували – рекомендована одномоментна інфільтрація місцевими анестетиками рани або безперервна їх інфузія в рану та/або регіонарна аналгезія (фасціальні блокади, такі як TAP-блок або QL-блок).

*Післяопераційно рекомендовано:*

- пероральний або внутрішньовенний парацетамол;
- пероральне або парентеральне введення нестероїдних протизапальних препаратів;
- опіоїди тільки у випадках неадекватного знеболення при застосуванні інших методів аналгезії або коли інші рекомендовані знеболюючі стратегії неможливі (наприклад, протипоказання до регіонарної анестезії).

#### **4.11. Методика проведення операції кесарева розтину**

На сьогодні існують декілька методик виконання операцій КР, рекомендовані ВООЗ (*див. додаток 15*). Можливе застосування окремих компонентів зазначеної методики за вибором хірурга відповідно до клінічної ситуації.

За останні роки широко впроваджена методика КР за допомогою поперечного розрізу живота (*див. додаток 10*).

1. Заходи щодо зниження ризику інфекційного ускладнення безпосередньо застосованої методики КР:

- Перед проведенням КР необхідно застосувати розчин хлоргексидину спиртовий, щоб зменшити ризик зараження ран. Якщо такий препарат відсутній, можна застосовувати розчин йоду спиртовий.
- Інтравагінально перед оперативним втручанням необхідно застосувати розчин йоду водний у жінок з ПРПО, щоб зменшити ризик розвитку ендометриту. Якщо розчин йоду водний відсутній або протипоказаний, можна використовувати розчин хлоргексидину водний інтравагінально.

2. Розріз черевної стінки.

Методика КР за допомогою поперечного розрізу живота зменшує ймовірність післяопераційного болю і має кращий косметичний ефект порівняно із середньою лапаротомією.

Поперечний розріз – прямий розріз шкіри, на 3 см вище лобкового симфізу; наступні шари тканин розкриваються тупо і при необхідності подовжуються ножицями, а не скальпелем. Це дозволяє скоротити тривалість операції та зменшує кількість випадків післяопераційної лихоманки.

3. Інструменти для розтину шкіри. Не використовувати окремі хірургічні скальпелі для розтину шкіри та глибших тканин, оскільки це збільшує вірогідність кровотечі й не зменшує інфікування рани.

4. Розширення розрізу матки. Коли є добре сформований нижній сегмент матки, слід використовувати тупе, а не гостре розширення розрізу матки, щоб зменшити крововтрату, частоту післяпологових кровотеч та необхідність переливання крові під час КР.

5. Застосування щипців при КР. Щипці під час КР використовують лише у випадку, коли виникають труднощі з народженням голівки плода.

6. Застосування утеротоніків – окситоцин 5 МО шляхом повільної внутрішньовенної ін'єкції під час КР, щоб стимулювати скорочення матки та зменшити крововтрату.

7. Вимірювання рН пуповинної артеріальної крові. Вимірювання в парних пуповинних артеріях та вені газів пуповинної крові після кесаревого розтину за підозри на порушення плода, щоб дати можливість оцінити стан плода та потреби в постійному догляді за дитиною.

8. Вилучення плаценти – шляхом контрольованої тракції за пуповину, а не шляхом ручного видалення, щоб зменшити крововтрату і ризик ендометриту.

9. Відновлення та ушивання рани.

Виконують внутрішньочеревне відновлення цілісності матки після кесаревого розтину. Рутинна екстеріоризація матки не рекомендується, оскільки вона пов'язана з посиленням болю і не покращує післяопераційні результати, такі як кровотеча та інфекція.

Застосовують одношарове або двошарове ушивання матки залежно від клінічних обставин. Ушивання в один шар не збільшує ризик післяопераційних кровотеч або розриву матки за наступної вагітності.

Не слід ушивати вісцеральну і парієтальну очеревину для зменшення тривалості операції та потреби в післяопераційному знеболюванні та задля покращення якості життя породіллі в ранньому післяопераційному періоді.

У разі застосування серединної лапаротомії під час КР застосовують ушивання всіх шарів одночасно безперервним швом із застосуванням шовного матеріалу, що повільно розсмоктується, оскільки це зменшує кількість післяопераційних гриж на місцях розрізу і кількість спайок порівняно з пошаровим ушиванням.

Не слід ушивати підшкірно-жирову клітковину, якщо у жінки не більше 2 см підшкірного жиру, оскільки це не зменшує частоту інфікування рани.

Не слід використовувати поверхневий дренаж рани при кесаревому розтині, оскільки він не зменшує частоту інфікування або гематоми рани.

Слід використовувати шовний матеріал, а не скоби, для відновлення цілісності шкіри, щоб зменшити ризик порушення загоєння рани.

У жінок з ІМТ 35 кг/м<sup>2</sup> або більше ведення рани проводиться під негативним тиском, щоб зменшити ризик інфікування рани.

10. Аномальна інвазія плаценти. Виконуючи КР у жінки, у якої є підозра на патологічну інвазію плаценти, переконайтеся, що присутні старший лікар-акушер-гінеколог та лікар-анестезіолог, неонатолог, судинний хірург, уролог, трансфузіолог, доступне ліжко у ВАІТ та є достатня кількість препаратів крові.

Перш ніж проводити КР у жінок з підозрою на патологічно інвазивну плаценту, мультидисциплінарна команда має узгодити, консультації яких медичних спеціалістів стануть необхідними під час хірургічного втручання, а також відповідальність кожного члена групи.

11. Запобігання передачі ВІЛ в операційній. Щоб зменшити ризик зараження необхідно одягати дві пари рукавичок під час проведення кесаревого розтину або допомоги жінкам з позитивним ВІЛ-результатом, а також дотримуватись загальних рекомендацій щодо безпечної хірургічної практики під час КР.

#### **4.12. Ведення післяопераційного догляду**

Після закінчення КР здійснюється випорожнення сечового міхура.

Після КР породіллю має доглядати спеціально підготовленим персоналом. Протягом перших 30 хв після проведення оперативного втручання породілля має спостерігатися кожні 5 хв в операційній або в палаті інтенсивного нагляду. Необхідно здійснювати контроль за кардіореспіраторною стабільністю (*див. додаток 13*).

Подальший нагляд здійснюється у палаті сумісного перебування за попереднім обговоренням пацієнтки з адміністрацією. Протягом двох годин кожні півгодини проводиться контроль частоти дихання, ЧСС, АТ, після цього періоду до 6 год – кожну годину у разі стабільного стану жінки (*див. додаток 13*).

Якщо використовувався інтратекально морфін, необхідним є погодинне спостереження за частотою дихання, рівнем садації та болю протягом перших 12 год.

Жінкам, яким вводились опіоїди в епідуральний простір, контроль частоти дихання, рівня садації та болю має проводитись кожну годину та принаймні 12 год після закінчення введення.

Жінці слід запропоновувати морфін (0,05–0,1 мг інтратекально) для інтраопераційної та післяопераційної аналгезії, тому що це зменшує потребу в додатковій аналгезії після КР. Морфін 2,0–3,0 мг можна пропонувати альтернативно в епідуральний простір.

За відсутності протипоказань до застосування нестероїдних протизапальних засобів і парацетамолу їх можна призначати в післяопераційному періоді, оскільки вони знижують необхідність в опіоїдних препаратах.

Жінкам в післяопераційному періоді за відсутності ускладнень пропонують вживання рідини та їжі за бажанням.

Видалення сечового катетера проводиться після мобілізації жінки, але не раніше ніж через 12 год після останнього епідурального введення морфіну.

**Критерії переведу пацієнта з ВАІТ.** Переведення пацієнтів з ВАІТ може здійснюватись у будь-який час доби. Основною вимогою є безпека пацієнта. Відповідність критеріям безпечного переведення визначає лікар-анестезіолог. Питання переведення узгоджується з лікарем акушером-гінекологом.

**Основні критерії безпеки пацієнта.**

- ✓ Адекватний психічний статус пацієнта.
- ✓ Адекватна і стабільна дихальна функція включаючи частоту дихання, периферичне насичення киснем (SpO<sub>2</sub>) та прохідність дихальних шляхів.
- ✓ Стабільні показники гемодинаміки, включаючи серцевий ритм (ЧСС) й артеріальний тиск.
- ✓ Температура  $\geq 36$  °C та прийнятний рівень комфорту без симптомів переохолодження або тремтіння.
- ✓ Адекватне післяопераційне знеболювання.
- ✓ Відсутність нудоти та/або блювання.
- ✓ Адекватна післяопераційна гідратація.
- ✓ Відсутність патологічних кров'янистих виділень зі статевих шляхів.
- ✓ Відсутність патологічних кров'янистих виділень з дренажів.
- ✓ Адекватне сечовиділення (погодинний діурез  $> 0,5$  мл/кг/год.)

**Додаткові критерії (пацієнти, яким проводилась нейроаксіальна анестезія).**

- ✓ Стабільний АТ, коли головний кінець ліжка піднята на 30°.
- ✓ Повний регрес сенсорного та моторного блоку.
- ✓ Видалений епідуральний катетер.
- ✓ У разі переведу пацієнтки, якій проводилось інтратекальне введення морфіну, з ВАІТ у післяпологове відділення лікар-анестезіолог інформує медичний персонал даного відділення та чергового акушера-гінеколога про факт інтратекального введення морфіну та його час, про що робить відповідний запис в історії пологів.
- ✓ Після переведення нагляд за пацієнткою здійснює медичний персонал в індивідуальній палаті.

Догляд за післяопераційною раною: пов'язка знімається через 24 год після проведення КР, щоденно контролюється стан рани (біль, почервоніння, виділення з рани), здійснюється її обробка, контролюється температура тіла.

#### **4.13. Догляд за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину**

Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводиться у порядку догляду за новонародженим, який здійснюється у порядку, визначеному при народженні через природні пологові шляхи, проте має деякі особливості.

Оскільки у дітей, народжених шляхом КР, частіше спостерігається нижча температура тіла, необхідно чітко переконатися, що теплова підтримка відповідає належній практиці «теплового ланцюжка». Необхідно забезпечити ранній контакт «шкіра-до-шкіри» між породіллею та її дитиною.

З метою профілактики анемії та внутрішньошлуночкових крововиливів у новонароджених дітей доцільним є перетискання пуповини не раніше ніж через 30 с після вилучення дитини (за відсутності показань до проведення реанімаційних заходів). Дитина повинна знаходитися нижче рівня розрізу під час КР.

У разі проведення операції КР із застосуванням епідуральної анестезії контакт «шкіра-до-шкіри» здійснюється в операційній за умови задовільного стану матері та дитини протягом двох годин. У разі проведення операції КР під загальним знеболенням або за відсутності умов з боку матері у разі епідуральної анестезії контакт «шкіра-до-шкіри» проводиться з батьком або з одним із членів родини жінки протягом двох годин.

У випадку застосування регіонарної анестезії перше прикладання дитини до грудей відбувається при появі у дитини ознак готовності до початку годування, незалежно від моменту закінчення оперативного втручання. Перше прикладання дитини до грудей у випадку загального знеболення жінки повинно відбуватися одразу після відновлення свідомості матері у ВАІТ або палаті спільного перебування. Акушерка допомагає здійснити перше прикладання дитини до грудей.

Перед транспортуванням медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії.

У ВАІТ або палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися на грудях у матері або в кювезі чи в дитячому ліжечку з підігрівом, вкритий теплою ковдрою.

Грудне вигодовування після оперативного втручання відбувається за вимогою дитини.

Якщо стан дитини не дозволяє прикладати до грудей, акушерка допомагає матері розпочати зціджування грудного молока після становлення лактації.

#### **4.14. Заходи у післяопераційному періоді**

Надання інформації щодо поведінкового режиму жінки в безпосередньо післяопераційному та у подальшому післяпологовому періоді (статеві стосунки, рекомендації щодо контрацепції).

Для жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією – спостереження у профільного спеціаліста з виконанням його рекомендацій.

#### **4.15. Загальні принципи профілактики ускладнень стану здоров'я пацієнтки**

Для жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією у разі необхідності проводиться профілактика ускладнень основного захворювання, узгоджена з профільним спеціалістом.

Дотримання принципів індивідуальної гігієни в післяопераційному періоді.

Дотримання індивідуально визначеного в акушерському стаціонарі ефективного методу контрацепції протягом одного року після операції, включаючи метод лактаційної аменореї.

#### **4.16. Планування наступної вагітності та пологів після кесаревого розтину**

Під час обговорення способу народження після попереднього КР необхідно спільно з пацієнткою врахувати такі чинники:

- материнські переваги та пріоритети;
- ризики та переваги повторного кесаревого розтину;
- ризики та переваги запланованих вагінальних пологів після КР, включаючи ризик незапланованого оперативного розродження.

## Тема 5 .РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнта (КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до КМП, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за посиланням <http://www.drlz.kiev.ua/>.

### 5.1. Первинна медична допомога

*Кадрові ресурси:* лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі акушери-гінекологи, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги вагітним.

*Матеріально-технічне забезпечення:* оснащення – відповідно до таблиця оснащення.

### 5.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога та третинна (високоспеціалізована) медична допомога

*Кадрові ресурси:* лікарі акушери-гінекологи, лікарі-анестезіологи, лікарі-неонатологи, акушерки, медичні сестри, лаборанти, які пройшли навчання і володіють технологіями виконання та анестезіологічного забезпечення КР, ведення післяопераційного періоду, надання екстреної акушерської та неонатальної допомоги.

*Матеріально-технічне забезпечення:* оснащення – відповідно до таблиця оснащення.

*Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):*

- Антибактеріальні засоби: ампіцилін, еритроміцин, кліндоміцин, цефалоспорины I покоління.
- Анальгетики та антипіретики: парацетамол; нестероїдні протизапальні засоби.
- Протиблювотні засоби: метоклопрамід, ондасетрон.
- Антагоністи H<sub>2</sub>-гістамінових рецепторів: ранітидин.
- Інгібітори протонної помпи: омепразол.
- Антикоагулянти: варфарин, гепарин, еноксапарин, надропарин, бемиіпарин.
- Адренергічні та допамінергічні препарати: фенілефрин.
- Утеротонічні засоби: окситоцин.
- Засоби для загальної анестезії: ізофлуран, кетамін, закис азоту, пропофол, севофлуран, тіопентал.
- Засоби для опіоїдної анестезії: морфін, фентаніл.
- Засоби для місцевої анестезії: бупівакаїн, лідокаїн, ропівакаїн.
- Міорелаксанти: суксаметоній.
- Антисептичні розчини для зовнішнього та місцевого застосування: хлоргексидин, повідон-йод
- Кортикостероїди для системного застосування: дексаметазон.
- Кровозамінники та перфузійні розчини: розчини електролітів, препарати желатину.
- Розчини осмотичних діуретиків: манітол.



## Тема 6. ПІСЛЯПОЛОГОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Післяпологові захворювання найчастіше виникають у разі інфекції пологових шляхів, причому здебільшого вони розвиваються за наявності вхідних воріт (внутрішня поверхня матки, розриви). Велике значення мають інфекційні захворювання (грип, ангіна). Основні шляхи поширення післяпологової інфекції – лімфатичний і гематогенний.

**Післяпологова інфекція** – це перебіг динамічного процесу, що виникає внаслідок взаємодії мікроба-збудника і макроорганізму. Вирішальне значення в цьому процесі належить макроорганізму, його опірності і реактивності. Збудниками інфекції можуть бути мікроби, що входять до складу власної флори організму (ендогенна інфекція), або ті, що потрапляють до нього ззовні (екзогенна інфекція). У процесі розвитку інфекції в організмі виникають патогенні реакції, що викликають ушкодження тих або інших органів і тканин, а також реакції захисного, пристосувального, компенсаторного характеру.

Пізні гестози, екстрагенітальні захворювання (анемія, ожиріння тощо) є поштовхами до розвитку післяпологових захворювань.

*Загальні ознаки, характерні для септичних захворювань:* висока температура тіла, частий напружений пульс, озноб, шкіра вкрита липким потом з неприємним запахом, головний біль, безсоння, марення, сонливість, дратівливість, систолічний шум над верхівкою серця, тахікардія, профузні проноси, олігоурія, анурія; задишка, порушення обміну речовин, шкіра сірувато-блідого кольору з жовтяничним відтінком, висипки, крововиливи, зниження маси тіла, у крові – лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, зниження рівня гемоглобіну і кількості еритроцитів. Під час посіву крові може виділитися збудник.

*Поетапна класифікація післяпологових захворювань Бартельса-Сазонова:*

- 1) інфекція обмежена вхідними воротами (післяпологова виразка, ендометрит);
- 2) інфекція за межами рани, але є локалізованою (метрит, параметрит, сальпінгоофорит, пельвіоперитоніт, тромбофлебіт вен малого таза, вен матки);
- 3) інфекція за тяжкістю подібна до генералізованої (розлитий перитоніт, прогресивний тромбофлебіт, септичний шок);
- 4) генералізована інфекція (сепсис).

*Післяпологова виразка.* Виникає на 3–4-й день після пологів. Це інфікована рана на промежині, шийці матки, піхві.

**Клініка.** Під час зовнішнього або огляду в дзеркалах виявляють виразку з набряклими краями, шкіра гіперемована, болюча, гнійні виділення. Беруть аналіз вмісту.

**Лікування.** Оброблення перексидом водню, розчином фурациліну, синтоміциновою емульсією, тетрацикліновою маззю.

**Післяпологовий ендометрит.** Передусе йому хоріонамніоніт, з'являється на 3–4-й день.

**Клініка.** Підвищення температури тіла до 38 °С, озноб, біль унизу живота, гнійно-кров'янисті виділення, поганий сон, зниження апетиту, занепокоєння, головний біль. При бімануальному дослідженні матка більша від норми, болюча при зрушенні. Імовірний ендометрит на тлі лохіометри: в аналізі крові збільшення ШОЕ, лейкоцитоз. Беруть мазки, посіви з каналу шийки матки.

**Лікування.** У перші години холод на низ живота, знеболювальні зі спазмолітиками, засоби для скорочення матки, антибіотики, вітамін С, В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, десенсибілізуюча терапія, димедрол, догляд, туалет статевих органів, душ, харчування підвищеної енергетичної цінності.

**Післяпологовий метрит.** Виникає зазвичай на 7–9-й день. Тривалість – 3–4 тижні.

**Клініка.** Біль унизу живота, температура тіла до 39 °С, пульс частий, озноб, головний біль. При бімануальному обстеженні – гнійні виділення зі статевих шляхів, матка більша від норми, болюча; у крові лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, порушення у ЦНС.

**Лікування.** Як ендометриту.

**Післяпологовий параметрит.** Найчастіше виникає при розривах шийки матки, поширюється лімфогенно. Локалізований переважно в межах одного параметрію. При тяжких формах переходить на прилеглі органи.

**Клініка.** Розвивається на 10–12-й день після пологів. Симптоми: озноб, підвищення температури тіла до 39–40 °С. Загальний стан майже не порушується.

При піхвовому дослідженні спостерігається пастозність у ділянці вогнища. Через 2–3 дні в цій ділянці визначають інфільтрат спочатку тісто-подібної, згодом – щільної консистенції. Склепіння сплющене, матка відхилена. Якщо гнійник не розкрити, він може прорватися під пупартову зв'язку через сідничний отвір на сідницю, у навколонишкову ділянку, сечовий міхур, пряму кишку. Такі жінки займають вимушене положення. Позитивний симптом Гентера (при постукуванні по гребеню клубової кістки відчувається біль над лобком).

**Лікування.** Консервативне, але може бути оперативним, тому до прориву гнійника для хірургічного лікування необхідно приготувати: корнцанг, дзеркало з підйомником, кульові щипці, скальпель, 2 довгі голки, шприц, пробірку, 0,25 % новокаїн – 100 мл, кульки, спирт, йодонат, бетодин, пероксид водню, гіпертонічний розчин натрію хлориду, турунди. Техніка операції: оголюють шийку матки в дзеркалах, захоплюють її, потім знеболюють ділянку, де проводитимуть кольпотомію. Беруть товсту голку та шприц і, потрапивши в інфільтрат, відтягують вміст – гній. Зі шприца вміст поміщають у пробірку для відправлення на дослідження в бактеріологічну лабораторію. Проводять кольпотомію. Обробляють 3 % перексидом

водню, потім вставляють турунди з гіпертонічним розчином. У міру заживання рани – турунди з маззю левоміколь.

**Післяпологовий сальпінгоофорит.** Виникає на 10–14-й день, біль унизу живота, симптоми інтоксикації, у крові лейкоцитоз, збільшення ШОЕ. При бімануальному обстеженні – справа або зліва від матки пальпують збільшені в розмірах придатки, різко болючі при зрушенні, гнійні виділення. У результаті спаювання фімбрій може утворюватися гідросальпінкс (серозний секрет у трубах), піосальпінкс (гній у трубах).

*Лікування.* Як ендометриту.

**Післяпологовий пельвіоперитоніт.** Запалення очеревини, обмежене малим тазом.

**Клініка.** На 3–4-й день після пологів утворюється випіт. При гонорей він розвивається пізніше. Початок нагадує розлитий перитоніт – виникає гостро: нудота, блювання, біль, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, здуття, напруження живота. Через 1–2 доби стан поліпшується. У подальші дні за маткою визначають випіт, матка зміщується вперед. Перебіг різний. Зазвичай висока температура тіла поступово знижується, випіт розсмоктується. В інших випадках після першого тижня захворювання температура ремітує, є ознаки нагноєння. Гнійне вогнище необхідно розкрити. Тривалість захворювання – 1–2 міс.

*Лікування* комплексне.

**Післяпологовий тромбофлебіт.** Виникає через 2–3 тиж після пологів. Захворюванню нерідко передують тривалі субфебрилітети. Після пологів є деякі передумови до тромбозу: підвищення коагуляційних властивостей крові, розвиток застійних явищ у судинній сітці, уповільнення кровотоку. Види тромбофлебітів: тромбофлебіт поверхневих вен, метротромбофлебіт вен таза, глибоких вен нижніх кінцівок.

**Клініка.** Біль під час ходьби вздовж вени, біль при натисканні на проєкцію матки. Тромбофлебіт глибоких вен найчастіше починається ознобом, підвищенням температури тіла, зміною картини крові.

*Лікування.* Постільний режим, піднесене положення ніг, їх бинтування еластичним бинтом. Застосовують антикоагулянти, протизапальні і десенсибілізуючі препарати, йонофорез із хімотрипсином.

**Післяпологовий мастит.** Післяпологова інфекція часто проявляється маститом. Збудник – золотистий стафілокок. Іноді під час оперативних втручань спостерігається вторинне зараження рани внутрішньолікарняними штамми (протей, кишкова паличка). Вони поширюються лімфогенним шляхом у паренхіму грудної залози або через грудні ходи при годуванні дитини.

**Клініка.** Мастит найчастіше буває односторонній, поділяється на серозний, інфільтративний, гнійний. Початок гострий, температура тіла 39 °С, озноб, біль у грудній залозі, що збільшується в об'ємі. Уражена ділянка болюча, щільної еластичної консистенції, без чітких контурів. Пахвові лімфатичні вузли збільшені. Через 1–2 дні чітко визначається інфільтрат.

З моменту його утворення стан трохи поліпшується, температура тіла знижується. У разі успішного лікування через 6–8 днів хвора одужує. Однак інфільтрат може нагноюватися, стан погіршується, з'являється висока температура тіла, озноб. Характерна картина крові: лейкоцитоз, збільшення ШОЕ. Над ділянкою ураження – гіперемія, набряклість, розм'якшення. Для уточнення діагнозу проводять пункцію.

Абсцес може утворюватися за грудною залозою (ретромамарний мастит), за якого болочність визначається глибше і посилюється при зрушенні грудної залози. Вона набуває округлої форми, дещо піднімається. Існує субареоларний абсцес (абсцес навколососкового кружка). Характерною ознакою маститів є їхній пізніший початок (на 2–3 тиж після пологів).

**Лікування.** Необхідно починати якомога раніше. Воно має бути комплексним, активним, з урахуванням чутливості до антибіотиків. Обов'язковий постільний режим, харчування підвищеної енергетичної цінності, вживання рідини. Основне лікування – антибіотикотерапія (ампіцилін – 0,75 г 4 рази на добу, оксацилін – 1 г 4 рази на добу внутрішньом'язово, фузидин – 0,5 таблетки 3 рази на день, лінкоміцин – 0,5 таблетки 3 рази на день), сульфаніламід (сульфадиметоксин). Препарати для підвищення імунологічного захисту – антистафілококовий гаммаглобулін по 5 мл через день внутрішньом'язово або внутрішньовенно – 3–5 ін'єкцій, антистафілококова плазма – 100–200 мл внутрішньовенно, адсорбований стафілококовий анатоксин – 1 мл з інтервалом 3–4 дні підшкірно 3 рази на день. Інфузійна терапія, вітамінотерапія, анальгетики, седативні препарати. Профілактика і гігієна тріщин сосків.

При наявності маститу потрібно підтримувати лактацію. При неефективному виведенні молока під час годування дитини груддю, необхідне бережне зіджування («до останньої краплі») за загальноприйнятою технікою.

**Перитоніт.** Гнійний перитоніт – найгірніше ускладнення післяпологового періоду.

**Клініка.** Загальний стан тяжкий, блідість шкірних покривів, ціаноз слизових оболонок, холодний піт, риси обличчя загострені (лице Гіппократа). Скарги на біль по всьому животі, пульс понад 100 за 1 хв, іноді брадикардія. АТ у нормі або знижене, дихання прискорене. Передня черевна стінка не бере участі в акті дихання. Під час вдиху – западання міжребрових проміжків. Язик сухий, обкладений нальотом. Скарги на спрагу і сухість у роті. Іноді нудота, блювання, парез кишок. Живіт роздутий, болочий. При перкусії – вільна рідина в спадистих місцях. Перистальтика не прослуховується. Випорожнень немає, гази не відходять. У запущених випадках – звук падання краплі (симптом Вільмса). У крові – зрушення формули вліво. Потерпають усі органи і системи, порушуються усі обмінні процеси.

**Лікування.** Оперативне з перитонеальним діалізом, зрошення рідиною, що містить Са, К, Ма, Сl. У післяопераційному періоді усувають інфекцію, регулюють серцево-судинну діяльність, проводять дезінтоксикаційну

терапію, усувають парез кишок, знеболюють, регулюють кислотно-основну рівновагу і електролітний баланс. Застосовують імперичну антибактеріальну терапію. Прогноз залежить від вірулентності мікроба, стану імунологічної системи та віку хворої, вогнища розвитку перитоніту, термінів госпіталізації і своєчасності операції. У разі неспроможності швів видаляють вогнище інфекції.

**Септичний шок** – клінічний синдром, що виникає за умови системної запальної відповіді на інфекцію та проявляється порушенням здатності організму підтримувати гемодинаміку і гомеостаз у результаті неадекватної оксигенації тканин і циркуляторних розладів.

Виникає внаслідок гострої бактеріємії, після інфікованих пологів. Септичний шок зумовлений проникненням у кров мікробів та їхніх токсинів (ендотоксини), які діють на судинну стінку, спричинюючи спазм артеріол, порушують їхню проникність, сповільнюють кровотік.

**Клініка.** Початок хвороби гострий. Різко підвищується температура тіла до 39–40 °С, сильний озноб, слабкість, головний біль, блювання, біль у животі, АТ знижений, пульс частий, слабкого наповнення, тони серця глухі. Виражена задишка, оскільки порушується мікроциркуляція крові – акроціаноз, холодні кінцівки, петехіальна висипка, синюшні плями на обличчі. Порушення у ЦНС – затуманена свідомість, ригідність потиличних м'язів, сильний головний біль, парези. В аналізі крові – зрушення формули вліво, анемія, тромбоцитопенія. Розвивається стійка олігурія внаслідок гострої ниркової недостатності через вплив токсинів на паренхіму нирок. Шок супроводжується колапсом. Підвищується рівень С-реактивного протеїну, прокальцитоніну. Позитивний тест на ендотоксин.

#### **Причини шоку:**

1) наявність вогнища інфекції (септичний аборт, ендоміометрит, хоріоамніоніт, лохіометра, залишки плідного яйця тощо);

2) зниження загальної резистентності організму;

3) можливість проникнення у кровотік збудників або їхніх токсинів.

У розвитку септичного шоку виділяють дві стадії:

1) гіпердинамічна – зниження периферичного опору, рефлексорне навантаження на серце, тобто серцевий викид;

2) гіподинамічна – порушення перфузії та оксигенації, вторинні щодо регіонального звуження судин і дисфункції міокарда.

У разі виникнення септичного шоку вживають таких заходів:

1) моніторинг параметрів гемодинаміки, АТ, ЧСС, центрального венозного тиску;

2) контроль параметрів дихальної системи (підрахунок частоти дихання, газу крові);

3) погодинний контроль діурезу;

4) вимірювання ректальної температури мінімум 4 рази на добу для порівняння з температурою тіла в аксілярних ділянках;

- 5) посіви сечі, крові і виділень із каналу шийки матки;
- 6) визначення кислотно-основного стану крові і насичення тканин киснем;
- 7) підрахунок кількості тромбоцитів і визначення вмісту фібриногену і мономерів фібрину (розчинний фібрин).

Для повноцінної картини уражень, крім перелічених клініко-лабораторних досліджень необхідні додаткові обстеження:

- ЕКГ з метою виявлення ступеня метаболічних порушень або ішемії міокарда;
- УЗД органів черевної порожнини з метою виявлення можливих гематогенних абсцесів;
- рентгенографічне обстеження органів грудної порожнини з метою підтвердження гострого респіраторного дистрес-синдрому або пневмонії.

***Головні принципи інтенсивної терапії септичного шоку:***

- 1) негайна госпіталізація у відділення інтенсивної терапії;
- 2) корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії і адекватної інфузійної терапії з постійним моніторингом геодинаміки;
- 3) підтримання адекватної вентиляції і газообміну;
- 4) хірургічна санація вогнища інфекції;
- 5) нормалізація функції кишківника і раннє ентеральне харчування;
- 6) своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем;
- 7) антибактеріальна терапія під постійним мікробіологічним контролем.

У разі септичного шоку рекомендована така програма інфузійної терапії: спочатку рідину вводять зі швидкістю 10 мл/хв впродовж 15–20 хв, а потім – у звичайному темпі залежно від показників гемодинаміки, дихання, діурезу та ін.

Для проведення інфузії застосовують похідні гідроксиетилкрохмалю (венофундит, рефортан, ХАЕС-стерил) і кристалоїди (0,9 % розчин натрію хлориду, розчин Рінгера) у співвідношенні 1 : 2. На відміну від інших колоїдів розчини гідроксиетилкрохмалю зменшують прояви системної запальної реакції.

Для корекції гіпопротеїнемії призначають концентровані (20–25 %) розчини альбуміну. Застосування 5 % альбуміну при критичних станах збільшує летальність хворих.

До складу інфузійних середовищ необхідно включати свіжозаморожену плазму (600–1000 мл), яка є донатором антитромбіну. Антитромбін є інгібітором активізації лейкоцитів і запобігає ушкодженню ендотелію судин, внаслідок чого зменшуються прояви системного запалення і ендотоксемії. Крім того, введення свіжозамороженої плазми необхідне для лікування ДВЗ-синдрому, що зазвичай розвивається при прогресуванні септичного шоку.

Інотропна підтримка: якщо після нормалізації ЦВТ артеріальний тиск залишиться низьким, вводять допамін у дозі 5–10 мкг на 1 кг маси тіла за 1 хв (максимум до 20 мкг на 1 кг маси тіла за 1 хв)

У тяжких випадках дихальної недостатності на тлі прогресування поліорганної дисфункції необхідно негайно вирішувати питання про переведення хворої на ШВЛ.

### **Хірургічна санація вогнища інфекції**

Показання до лапаротомії та екстирпації матки з матковими трубами:

- 1) відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії;
- 2) наявність у матці гною;
- 3) маткова кровотеча;
- 4) гнійні утворення в ділянці придатків матки;
- 5) наявність залишків плідного яйця, виявлених під час УЗД.

Нормалізація функції кишків і раннє ентеральне харчування є одним з важливих завдань при лікуванні хворих із сепсисом і септичним шоком. Це досягається ентеральним краплинним введенням 0,9 % розчину натрію хлориду або негазованої мінеральної води – 400–500 мл на добу через шлунковий або нипельний дуодентальний зонд з подальшим збільшенням об'єму введеної рідини і харчових препаратів за умови нормалізації перистальтики кишків.

### ***Догляд за хворими. Дії медичної сестри.***

- Ретельний нагляд в окремій палаті інтенсивної терапії.
- Вимірювання АТ, частоти серцевих скорочень, центрального венозного тиску.
- Підрахунок частоти дихання, газів крові, SpO<sub>2</sub>.
- Вимірювання діурезу (погодинно).
- Вимірювання ректальної температури, не менше 4 разів на добу.
- Вимірювання температури в аксіярих ділянках (4 рази на добу).
- Виконання призначень лікаря (внутрішньом'язові, внутрішньовенні ін'єкції, постановка системи для внутрішньовенної інфузії).
- Догляд за станом післяопераційних ран (вогнищ інфекцій) при їх наявності.
- Перев'язки.

## ДОДАТКИ

Додаток 1

### ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТОК

#### Підвищення артеріального тиску під час вагітності

##### Що таке преєклампсія?

Преєклампсія – одне з найбільш поширених ускладнень вагітності, яке має несприятливий вплив як на матір, так і на майбутню дитину. Даний стан трапляється у 4–12 % вагітних жінок, діагностується на підставі підвищення артеріального тиску (АТ) та появи білка в сечі. Саме тому при кожному допологовому візиті до лікаря у вагітної жінки вимірюється артеріальний тиск й оцінюється сеча на наявність протеїну.

У більшості випадків преєклампсія протікає відносно легко, виникає ближче до доношеного терміну вагітності і має сприятливі наслідки. У той же час деякі випадки преєклампсії прогресують або розвиваються стрімко і можуть бути вкрай небезпечними для жінки та її дитини.

##### Як преєклампсія пов'язана з еклампсією або HELLP-синдромом?

Еклампсія і HELLP-синдром – це клінічні різновиди преєклампсії. Відмітною ознакою еклампсії є судоми, які зазвичай виникають як пізніше ускладнення тяжкої преєклампсії. Однак судоми можуть також розвинутиися і без будь-яких попередніх ознак важкого захворювання.

HELLP-синдром є однією з найбільш важких форм преєклампсії і виникає приблизно у 15 % пацієнток з преєклампсією. Цей стан іноді плутають із застудою або проблемами в жовчному міхурі. HELLP-синдром може призводити до істотного пошкодження печінки у матері, розпаду червоних кров'яних клітин (еритроцитів) і зниження вмісту тромбоцитів.

##### Які причини преєклампсії? Чи можна їй запобігти?

Причини преєклампсії залишаються до кінця не вивченими, внаслідок чого сьогодні не існує надійного шляху запобігання цьому стану. Запропоновано безліч теорій, які описують різні стратегії профілактики преєклампсії, але жодна з них не є повною мірою успішною.

Використання прекурсорів й донаторів L-аргініну, вітамінів та препаратів поліненасичених кислот не дозволяють рекомендувати їх широке застосування для попередження гіпертензивних розладів під час вагітності. У той же час існує поширене уявлення про те, що плацента відіграє ключову роль у розвитку преєклампсії і що жінки з хронічною гіпертонією та іншими факторами ризику мають схильність до розвитку преєклампсії. Важливо знати тривожні симптоми, довіряти своїм відчуттям, регулярно відвідувати лікаря і чітко виконувати його рекомендації.



## **Коли розвивається преєклампсія?**

У більшості випадків преєклампсія розвивається після 20 тиж вагітності і зазвичай припиняється з народженням дитини. Іноді преєклампсія триває протягом 6 тиж після пологів. Отже Ви повинні уважно спостерігати за симптомами навіть після пологів.

Преєклампсія може прогресувати повільно. Однак іноді вона настає раптово. Зазвичай це відбувається в тих випадках, коли жінка не надає належного значення проявам і симптомів захворювання, внаслідок чого протягом тривалого часу вони залишаються нерозпізнаними.

## **Ознаки та симптоми преєклампсії**

**Високий артеріальний тиск.** 140/90 мм рт. ст. і вище. Підвищення тиску під час вагітності на 30 мм рт. ст. і більше Вашого базового рівня є причиною для занепокоєння і вимагає звернення до лікаря.

**Блок в сечі.** 300 мг в пробі, зібраній за 24 год або відмітка 1+ на паперовій тестовій смужці.

**Набряки рук, ніг чи обличчя,** особливо навколо очей, якщо залишаються відбитки від надавлювання великим пальцем або якщо ці симптоми виникають раптово, **зменшення сечовипускання.**

**Головний біль,** який не проходить навіть після прийому медикаментів.

**Зорові порушення,** двоїння, світіння, «мигтіння мушок», аура (особливий стан, що передує нападу).

**Нудота або біль у верхніх відділах живота** (епігастрії). Іноді плутають із розладом травлення, болями жовчного міхура або грипом, однак нудота у другій половині вагітності не є нормальним станом.

Раптова прибавка у вазі, **більше 500 г за тиждень. Зменшення рухової активності плода.**

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ**

### **Особистий анамнез**

- ✓ Перша вагітність.
- ✓ Преєклампсія під час попередньої вагітності.
- ✓ Вік понад 40 років або до 18 років.
- ✓ Високий тиск до вагітності.
- ✓ Діабет до або під час вагітності.
- ✓ Багатоплідна вагітність.
- ✓ Ожиріння.
- ✓ Системний червоний вовчак або інші аутоімунні захворювання.
- ✓ Синдром полікістозних яєчників.
- ✓ Великий інтервал між вагітностями.
- ✓ Вагітність після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).
- ✓ Серпоподібноклітинна анемія.

### **Сімейний анамнез**

- ✓ Преєклампсії в родині з боку матері або батька.
- ✓ Високий тиск або захворювання серця.
- ✓ Інфаркт або інсульт у родичів по материнській лінії.
- ✓ Діабет.

### **Чому преєклампсія так небезпечна для мене?**

Преєклампсія особливо небезпечна, оскільки у багатьох жінок можуть бути відсутніми симптоми і ознаки захворювання аж до моменту, коли їх стан різко погіршиться. До того ж багато жінок просто ігнорують тривожні симптоми захворювання, вважаючи їх звичайними, цілком нормальними проявами вагітності.

Преєклампсія супроводжується підвищенням артеріального тиску, тому істотно збільшує ризик розвитку інсульту. Крім того, преєклампсія може супроводжуватися порушенням функцій нирок і печінки, викликати розлади згортання крові, сприяти накопиченню рідини в легенях, розвитку судом. При важких формах або за відсутності терапії захворювання може призвести до летального результату.

Смерть жінки від преєклампсії є рідкісним випадком. Однак незважаючи на це преєклампсія являє собою серйозну загрозу для здоров'я матерів та новонароджених у всьому світі.

### **Які проблеми можуть виникнути у дитини?**

Преєклампсія може бути причиною затримки росту і розвитку плода (ЗВУР), оскільки дитина не отримує в достатньому обсязі кисень і поживні речовини, необхідні для нормального росту. Вона також може спровокувати відшарування плаценти до моменту народження дитини, що призводить до передчасних пологів і недоношеності дитини. Серед факторів ризику у недоношених дітей – незрілість легенів і багато інших потенційних проблеми. У важких випадках преєклампсія може стати причиною загибелі плода.

### **Яка терапія при преєклампсії?**

Спеціалістам необхідно враховувати багато факторів при прийнятті рішення про тактику ведення преєклампсії й терміни розродження, включаючи стан дитини, стан і вік матері, а також точні дані про перебіг захворювання. До них відносяться моніторинг артеріального тиску, оцінка результатів лабораторних тестів, які характеризують стан нирок, печінки матері або здатність її крові до згортання.

Інші методи дослідження дозволяють стежити за тим, як росте плід, чи не піддається він небезпеці, перебуваючи в утробі матері. До терапевтичних засобів відносяться магнію сульфат для запобігання судом, а також медикаменти для зниження артеріального тиску. Іноді використовується вичікувальний підхід як з призначенням, так і без призначення медикаме-

нтів. Якщо стану здоров'я матері або дитини загрожує серйозна небезпека, єдиним прийнятним методом лікування прееклампсії на будь-якому терміні вагітності є розродження.

### **Чи можуть ліки заподіяти шкоду мені чи моїй дитині?**

Ліки для зниження артеріального тиску зрідка є причиною будь-яких побічних ефектів для матері. І якщо лікар Вам їх прописав, то це означає, що Ваш тиск є досить високим і що ризик для Вас або Вашої дитини від підвищення тиску набагато більший, ніж від прийому медикаментів. Магнію сульфат звичайно безпечний для дитини, але може викликати припливи жару, пітливість, спрагу, зорові розлади, сонливість, легку сплутаність свідомості, м'язову слабкість і скорочення дихання у матері. Ці побічні ефекти повинні повністю зникати, коли введення препарату закінчується.

### **Чи можу я залишатися вдома?**

Іноді жінки з помірною прееклампсією залишаються вдома, дотримуючись постільного режиму. У цьому випадку необхідні часті відвідування фахівця, контроль артеріального тиску і аналізів сечі для того, щоб своєчасно виявити ознаки прогресуючого стану і запобігти несприятливому впливу прееклампсії на Ваше здоров'я та здоров'я Вашої дитини. Благополуччя дитини має оцінюватися у процесі стеження за характером змін серцебиття, показників росту і ваги плода, кровотоку в судинах з використанням ультразвуку. Жінкам з прееклампсією краще перебувати в лікарні під постійним наглядом лікаря, оскільки їх стан може погіршитися раптово.

### **Чи може прееклампсія виникнути знову?**

Багато експертів вважають, що ймовірність повторного виникнення прееклампсії варіюється від 5 до 80 % залежно від того, чи була прееклампсія під час попередньої вагітності, наскільки важкою вона була, яким був стан Вашого здоров'я під час зачаття. Жінки з прееклампсією в анамнезі до настання вагітності повинні в обов'язковому порядку пройти консультацію у фахівця, що спостерігає жінок групи високого ризику.

## Нові та потенційні фактори ризику преєклампсії\*


Анамнестичні маркери			Біохімічні та клінічні маркери I, II та III триместрів
Сімейний анамнез	Анамнез	Теперішня вагітність	
Вік вагітної $\geq 40$ років. Сімейна преєклампсія (мати, сестра). Раннє виникнення захворювань серцево-судинної системи в сім'ї. Етнічна група: афроамериканці, азіати півдня, змішаний шлюб	ПЕ під час попередньої вагітності. Антифосфоліпідний синдром. Гіпертензія (діастолічний АТ $\geq 90$ мм рт. ст.). Хвороби нирок або протеїнурія. Цукровий діабет. Мала вага при народженні та/або передчасні пологи. Не палить. Спадкові тромбофілії. Підвищений рівень тригліцеридів. Використання кокаїну і метамфетаміну. Попередній викидень в $< 10$ тиж з тим же партнером. ІМТ $\geq 35$ кг/м <sup>2</sup>	Багатоплідна вагітність. Кровотеча у ранньому терміні вагітності. Перша вагітність. Інтервал між вагітностями $\geq 10$ років або $< 2$ років. сАТ $\geq 130$ мм рт. ст. або дАТ $\geq 80$ мм рт. ст. ДРТ. Новий партнер. Коротка тривалість статевих відносин. Гестаційна трофобластична хвороба. Надмірна прибавка ваги при вагітності. Інфекції під час вагітності (інфекції сечовидільних шляхів, захворювання періодонта)	<b>I триместр</b> МАУ $\geq 8$ мг альбуміну/ммоль креатиніну. Аномальні рівні скринінгових маркерів I триместру (PAPP, ХГЛ, PIGF $< 12$ пг/мл). <b>II та III триместри</b> Гестаційна гіпертензія. Аномальні рівні скринінгових маркерів II триместру (АФП, ХГЛ, InhA, естріол). Аномальні показники швидкості кровотоку в матковій артерії. ЗРП. Підвищення співвідношення sFlt-1/PIGF $> 85$ (20+0–33+6 тиж)

\* Клінічна значущість наведених у таблиці факторів ризику преєклампсії на сьогоднішній день обговорюється. Практичні рекомендації у разі наявності у пацієнтки одного або більше з цих факторів ризику поки не вироблені. Наведені вище фактори ризику преєклампсії можуть бути використані для кількісного розрахунку ризику. Окремі показники, що використані у таблиці, використовуються для розрахунку ризику преєклампсії за допомогою on-line-калькуляторів: <https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia> <http://medicinafetalbarcelona.org/calc/>

**Препарати, які найчастіше використовуються для зниження  
АТ  $\geq$  160/110 мм рт. ст.**

Препарат	Доза	Коментарі
<b>Урапідил</b>	Рекомендована макс. початкова швидкість – 2 мг/хв. Підтримуюча доза 6–9 мг/год, (7 крапл./хв = $\approx$ 0,33 мл/хв) для утримання АТ $\geq$ 150/100 мм рт. ст. Якщо після початкової в/в ін'єкції препарату (25 мг) протягом 2 хв АТ не знижується, проводиться повторна ін'єкція урапідилу (25 мг)	10–25 мг препарату вводять в/в повільно під контролем АТ протягом 2–4 хв. Зниження АТ спостерігається протягом 5 хв після ін'єкції. В/в краплинна інфузія або безперервна інфузія за допомогою перфузора. Розчин для краплинної інфузії для підтримки АТ на певному рівні готується наступним чином: 250 мг урапідилу (50 мл) додають до 500 мл розчину для інфузій. Якщо для введення підтримуючої дози використовуються перфузор, то 20 мг препарату (4 мл) вводять у шприц перфузора і додають 40 мл розчину для інфузій. В/в ін'єкція урапідилу (25 мг) проводиться у разі зниження рівня АТ через 2 хв, його подальша стабілізація проводиться за допомогою інфузії, початкова доза якої до 6 мг за 1–2 хв, потім дозу знижують
<b>Ніфедипін</b>	3–5 крап (2–3,35 мг) під язик, початок дії – 2–3 хв; час настання гіпотензивного ефекту – 30–45 хв або таблетку 10 мг розжувати, а потім проковтнути – кожні 30 хв	Дозу підбирають індивідуально, починаючи з трьох крапель і поступово збільшуючи на 2–3 краплі (1,34–2 мг) до досягнення клінічного ефекту. Надалі у випадках підвищення артеріального тиску необхідно орієнтуватися саме на цю дозу. Персонал має знати час між прийомами капсул короткотривалого ніфедипіну, використаних для лікування важкої гіпертензії
<b>Клонідин</b>	0,075–0,15 мг per os. Можливо в/в ведення. Час настання гіпотензивного ефекту – 2–15 хв	Застосування при рефрактерній АГ до терапії АГ: 0,075 мг 3 рази на добу, макс. Разова доза – 0,15 мг, макс. добова – 0,6 мг. Внутрішньовенна мікроперфузія клофеліну в дозі 1 мл 0,01 % роз-ну (1 мл на 50 мл фіз. р-ну) або внутрішньовенна інфузія (1 мл на 200 мл фіз. р-ну). Протипоказаний при синдромі слабкості синусового вузла, АВ-блокаді, брадикардії у плода
<b>Гліцеролу тринітрат</b>	В/в краплинно 10–20 мг в 100–200 мл 0,9% фіз. р-ну, швидкість введення – 1–2 мг/год, макс. – 8–10 мг/год. Час настання гіпотензивного ефекту – 1–2 хв. За відсутності в/в форми – сублінгвально 0,5–1,0 мг, кожні 10–15 хв. Час настання гіпотензивного ефекту – 2–3 хв	Є препаратом вибору при розвитку набряку легенів на тлі підвищення артеріального тиску. сАТ слід підтримувати на рівні не менше 100–110 мм рт. ст. Не бажано в/в застосування більше 4 год, у зв'язку з ризиком негативного впливу на плід та ризиком розвитку набряку мозку у матері

## ДІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ/ЕКЛАМПСІЇ

1	Виміряти АТ, зафіксувати час звернення	Час, хв	
2	Забезпечити положення жінки лежачи при АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст. 		
	На лівому боці під кутом щонайменше 15–30° або ручне зміщення матки в лівий бік		
	Після судом – поза виживання та/або відновлення		
3	Викликати чергових лікарів при АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст. та/або судамах («тривожна кнопка», телефон, персонал)		
4	Повідомити адміністрацію лікарні (старшого чергового лікаря, або районного акушера-гінеколога, або заступника головного лікаря по медичній допомозі)		
5	Катетеризація периферичної вени, катетер 16–18 G, а при АТ $\geq 180/100$ –110 мм рт. ст. – катетеризація двох вен для введення магнію сульфату та урапідилу		
6	Забір крові з периферичної вени для біохімічного аналізу (сечовина, креатинін, білірубін, загальний білок, АлАТ), коагулограми (фібриноген, АЧТЧ, ПТІ), резус-фактора (за відсутності), приліжковий тест		
7	<b>Магнію сульфат – попередження та/або контроль судом*:</b>		
	Болюс (навантаж. доза) + Підтримуючий режим:	Корекція дози:	
	16 мл 25 % р-ну магнію сульфату(4 г) + 34 мл 0,9 % розчину натрію хлориду:	30 мл 25 % р-ну магнію сульфату(7,5 г) + 220 мл 0,9 % розчину натрію хлориду:	ЧД $\geq 16$ ; кількість сечі $\geq 25$ мл/год.
	– при АТ $\geq 160/110$ або клінічних ознаках тяжкої преєклампсії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору) – за 10–15 хв;	1 г/год (= 10 крап./хв = 0,5 мл/хв) (24 год після розродження або останнього нападу).	Продовжити інфузію магнію сульфату
	– при судамах – за 5 хв**;	<b>Макс. добова доза – 32 г магнію сульфату.</b>	ЧД $\geq 16$ ; кількість сечі 10–25 мл/год. Дозу магнію сульфату зменшити у 2 рази
	– при повторі судом – ½ дози (2 г) за 5 хв***	Не припиняти введення магнію сульфату під час розродження!!	ЧД < 16; кількість сечі < 10 мл/год. Припинити інфузію магнію сульфату
	При передозуванні магнію сульфату – припинити введення магнію сульфату та в/в ввести 10 мл 10 % р-ну кальцію глюконату за 10 хв!		

8	<b>Антигіпертензивна терапія:</b>			
	АТ $\geq$ 150/90 мм рт. ст.	АТ $\geq$ 180/100–110 мм рт. ст.		
	Ніфедипін 1 табл. (10 мг) <u>розжувати</u> ; повторити через 20 хв 20 мг, якщо неадекватна відповідь (макс. – 100 мг/доб) або 3–5 крап. під язик; повторити через 5 хв, якщо неадекватна відповідь (макс. – 10–15 крап./доб). Метилдофа 250–500 мг 3–4 рази на добу. Після пологів – інгібітори АПФ	Урапідил. Болюс: 2–5 мл (10–25 мг) в/в. <u>Не розводити!!!</u> Можна повторити болюсну дозу ще двічі з інтервалом 2–5 хв до досягнення АТ 160–150/100–90. Підтримуючий режим: 20 мл урапідилу + 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду (співвідношення 1:10) або для перфузора – 4 мл урапідилу + 40 мл 0,9 % розчину натрію хлориду <u>6–9 мг/год</u> (= 7 крап./хв = 0,33 мл/хв) для утримання АТ 150/100–90 мм рт. ст.		
9	<b>Викликати лаборанта. Обстеження СІТО! ЗАК (гемоглобін, тромбоцити).</b> Катетеризація сечового міхура (після седації жінки) – ЗАС (блоку). <b>Викликати лікарів-консультантів</b> (терапевт, невропатолог, окуліст) – за необхідності!			
10	<b>Моніторингування стану жінки</b> (дані фіксуються в листу спостереження) + <b>Моніторингування ЧСС плода</b> кожні 15 хв АБО безперервна КТГ			
	Дихальні шляхи	Оцінка АТ і ЧСС	Контроль балансу рідини	Моніторинг при введенні магнію сульфату
	За відсутності дихання – оцінити прохідність, очистити дихальні шляхи та при відновленні дихання – подача кисню через маску або канюлю 4–6 л/хв. За відсутності дихання – ШВЛ, сатурація O <sub>2</sub> , аускультация легень	<b>При еклампсії або при АТ <math>\geq</math> 160/110 – кожні 15 хв.</b> При стабілізації АТ – кожні 4 год	Введення рідини 60–80 мл/год. Контроль діурезу та випитої рідини. Контроль ознак набряку легень – аускультация, рентген легень. При діурезі $\leq$ 100 мл за 3–4 год – катетеризація центральної вени (під УЗ контролем) + моніторинг ЦВТ	Кожні 30 хв – колінні рефлекси, ЧД. Щогодини – АТ, ЧСС, діурез, температура, неврологічний статус, сатурації O <sub>2</sub> (не нижче 95 %). Кожні 24 год – ЕКГ
1	<b>Вирішити питання про розродження після стабілізації стану вагітної.</b>			
1	<b>Метилергометин не застосовувати! Кетамін не застосовувати!*</b>			

Діазепам показаний при: 1) судомач, що розвинулись до 20 тиж вагітності; 2) інтоксикації магнію сульфатом.

\*\* Якщо була попередня терапія магнієм сульфату – болосна доза 2 г за 5 хв.

\*\*\* Альтернативою повторній болюсній дозі магнію сульфату при повторенні судом є **діазепам** в/в 2 мл (10 мг) упродовж 2 хв в 10 мл 0,9 % р-ну натрію хлориду. Якщо судоми відновились або не припинилися – повторити 2 мл (10 мг). **При перевищенні дози 30 мг за 1 год може виникнути пригнічення або зупинка дихання!** Максимальна доза – 100 мг за 24 год.

### Алгоритм ведення та призначень при еклампсії

Покликати на допомогу («тривожна кнопка», телефон, персонал)			
Під час нападу			
Підготувати обладнання (відсмоктувач, маску або мішок Амбу, кисень та МС). Захистити жінку від пошкоджень			
Після нападу			
Моніторування стану пацієнтки			
Дихальні шляхи	Оцінка ЧСС, АТ та сатурації	Судомна готовність	Плід
Очистити ротову порожнину. У разі потреби закинути голову і підняти підборіддя	Антигіпертензивна терапія <ul style="list-style-type: none"> <li>Якщо: сАТ <math>\geq</math> 160 мм рт. ст. або дАТ <math>\geq</math> 110 мм рт. ст.</li> <li>Прагніть знизити сАТ до 130–150 мм рт. ст. і дАТ до 80–90 мм рт. ст.</li> </ul>	Якщо не було попередньої терапії MgSO <sub>4</sub> , болюсна доза 4 г за 5 хв Якщо була попередня терапія MgSO <sub>4</sub> , болюсна доза 2 г за 3–5хв	Безперервна КТГ Пологи
Забезпечити подачу кисню (8–10 л за хвилину) і оцінити дихання після нападу, пульсоксиметрія, аускультация легенів	<u>Показання до інтубації</u> Неефективність терапії. Екламптична кома, статус. Гострий дистрес. Поеднання з шоком. Прогресування гострої коагулопатії.	Підтримуюча доза MgSO <sub>4</sub> , 1–2 г/год. При порушенні функції нирок – зменшити підтримуючу дозу сульфату магнію до 0,5 г/год	Плануйте пологи якомога швидше. Спосіб розродження залежно від стану матері та плода. Ретельний моніторинг стану плода. Стабілізувати жінку до пологів. Активне ведення III періоду. Розглянути карбетоцин, якщо є ризик ППК. Профілактика ВТЕ
За умови розвитку апное негайно починають вентиляцію мішком Амбу	Симптоми аспірації		
Після перевірки дихальних шляхів перевернути жінку на лівий бік + положення Транделенбурга			



### Методика вимірювання артеріального тиску під час вагітності

АТ слід вимірювати у вагітної, яка перебуває в положенні «сидячи», при цьому рука пацієнтки повинна бути розташована на рівні її серця.

Перед вимірюванням АТ пацієнтка повинна перебувати у стані спокою не менше 5–10 хв. Жінка повинна сидіти зручно, її ноги мають знаходитися на плоскій поверхні, не перехрещуватись. Тиск, виміряний в положенні «сидячи», буде трохи вище, ніж в положенні лежачи. Вимірювання АТ в положенні вагітної «лежачи на спині» може супроводжуватися гіпотензією, а вимірювання АТ в положенні «на лівому боці» може дати найнижчі показники, оскільки права рука буде знаходитися вище рівня серця пацієнтки. Вимірювання слід проводити на обох руках і будь-яка різниця в показниках повинна бути обов'язково задокументована.

Для вимірювання АТ слід використовувати манжетку відповідного розміру (довжина манжетки повинна бути в 1,5 разу більше окружності плеча).

Використання занадто маленької манжетки буде супроводжуватися переоцінкою систолічного АТ на 7–13 мм рт. ст. та діастолічного АТ на 5–10 мм рт. ст. Манжетка ніколи не повинна накладатися поверх одягу!

Для визначення діастолічного АТ слід використовувати 5-й тон за Коротковим – це точка повного зникнення артеріальних шумів. При так званому «нескінченному» тоні Короткова, коли звукові явища в судині тривають до дуже низького тиску в манжеті, для визначення діастолічного АТ слід використовувати 4-й тон за Коротковим, тобто точку послаблення інтенсивності артеріальних шумів.

Якщо АТ послідовно вищий на одній руці, рука з більш високими значеннями повинна використовуватися для всіх вимірювань АТ.

Точність всіх пристроїв вимірювання артеріального тиску, що використовуються в лікарнях або консультаціях, повинні регулярно перевірятися на калібрування.

Автоматизовані (електронні) пристрої для вимірювання АТ можуть недооцінювати (іноді істотно) показники у жінок з ПЕ, тому отримані дані необхідно порівнювати з показниками ртутного або aneroidного сфігмоманометра.

### Критерії Доуз-Редмана

1. Базальна частота серцевого ритму від 116 до 160 ударів за хвилину.
2. Наявність щонайменше одного руху плода або трьох акселерацій.
3. Відсутність децелерацій, щонайменше один епізод високої варіабельності.
4. Відсутність ознак синусоїдального ритму плода.
5. Варіабельність за короткі відрізки часу повинна перевищувати 4,0 мс.
6. Втрата сигналу не більше, ніж 30 % часу.
7. Відсутність артефактів при закінченні запису.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ ПІСЛЯ ВИПИСКИ ЗІ СТАЦІОНАРУ**

Дата \_\_\_\_\_

Пацієнтка ознайомена із тим, що в неї сталася  
**ХРОНІЧНА ГІПЕРТЕНЗІЯ, ГЕСТАЦІЙНА ГІПЕРТЕНЗІЯ, ПРЕЕКЛАМПСІЯ**  
*(підкреслити необхідне)*

Дата госпіталізації \_\_\_\_\_,

Дата виписки \_\_\_\_\_,

Антигіпертензивні препарати, що були рекомендовані пацієнтці при виписці

---



---



---

Будь ласка, позначте відповідне

**ХРОНІЧНА ГІПЕРТЕНЗІЯ**

Виміряти артеріальний тиск на 4-у добу

Якщо АТ 140/90 або нижче та Ви почуваете себе добре, подальші перевірки  
 АТ не потрібні.

Якщо АТ 141–150/91–100, вимірювати АТ кожні 2 доби.

Якщо АТ вище 150/100, зверніться до свого лікаря (акушера-гінеколога)  
 за порадою.

Візит до сімейного лікаря через 2 тиж після пологів

**ГЕСТАЦІЙНА ГІПЕРТЕНЗІЯ**

Виміряти артеріальний тиск на 4-у добу.

Зверніться до сімейного лікаря, якщо АТ нижче 140/90, для зменшення  
 дози або відміни антигіпертензивної терапії (АГТ).

Вимірювати АТ поперемінно, якщо АГТ була змінена після пологів.

Зверніться до свого лікаря (акушера-гінеколога), якщо Ви почуваете себе  
 погано або АТ вище за 149/99.

**ПРЕЕКЛАМПСІЯ**

Виміряти артеріальний тиск на 1-у добу після виписки.

Зверніться до свого лікаря (акушера-гінеколога), якщо Ви почуваете себе  
 погано або АТ вище за 150/100. Якщо АТ менше 150/100, подальших дій  
 не потрібно.

Якщо АТ 130–149/80–99, продовжувати призначену АГТ.

Якщо АТ менше 130/80, зверніться до сімейного лікаря про перегляд АГТ.

Якщо доза АГТ зменшена, повторне вимірювання АТ через 2 доби.

### Інформована згода на кесарів розтин

Я, \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по-батькові)

була поінформована лікарем \_\_\_\_\_ про те, що для  
(прізвище, ім'я, по-батькові)

мого здоров'я та здоров'я моєї дитини кращим способом розродження є кесарів розтин. Лікар пояснив в доступній для мене формі про очікувані переваги, ризики та додаткові процедури під час проведення операції кесарів розтин, а саме:

**Очікувані переваги:** *Народження дитини/дітей через розріз на передній черевній стінці (животі) та матці у ситуації, коли є загроза мені або моїй майбутній дитині під час вагінальних пологів.*

#### Вагомі ризики:

- Видалення матки, 7–8 жінок на 1000 (не часто)
- Потреба в повторній хірургічній операції, 5 жінок на 1000 (не часто)
- Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії, 9 жінок на 1000 (не часто)
- Збільшення ризику розриву матки при подальших вагітностях, 2–7 на 1000 (не часто)
- Кровотеча, 4–16 жінок на 10 000 (рідко)
- Мертвонародження, 1–4 жінки на 1000 (не часто)
- При подальших вагітностях плацента закриває вхід в матку (передлежання плаценти), 4–8 жінок на 1000 (не часто)
- Травми сечовидільної системи, 1 жінка на 1000 (рідко)
- Смерть, приблизно 1 жінка на 12 000 (дуже рідко)

#### Часті ризики:

**Часто:** постійний дискомфорт в області рани та живота, повторний кесарів розтин при подальших вагітностях, повторна госпіталізація, незначні пошкодження шкіри дитини

**Нечасто:** кровотеча, інфекція

Я даю свою згоду на проведення додаткових процедур, які можуть знадобитися під час проведення цієї операції, а саме:

Переливання крові      Так       Ні

Також мені пояснили, з чого складатиметься це оперативне втручання та можливі методи знеболення, їх переваги та ризики.

Ця процедура включатиме:

загальну анестезію       регіонарну анестезію       місцеву анестезію

Лікар також поінформував мене, що після проведення цієї операції можливі ранні та віддалені ускладнення:

- *гнійно-запальні захворювання (ендометрит, сепсис)*
- *розходження хірургічних швів*
- *гематоми*
- *лігатурні нориці*
- *спайки малого таза*
- *порушення менструальної функції*
- *вторинне безпліддя*
- *синдром хронічного тазового болю*

Знаючи усю вищенаведену інформацію, я свідомо даю згоду на розродження шляхом кесаревого розтину.

Підпис \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

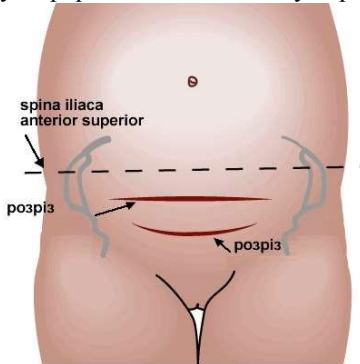
Підпис лікаря \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

### Основні етапи проведення операції кесарева розтину

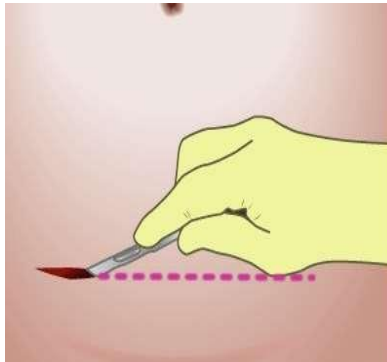
Хірург стоїть з правого боку від вагітної, якщо він правша, та з лівого – якщо лівша. Розріз шкіри на передній черевній стінці здійснюють приблизно на 3 см вище лобкового симфізу. У деяких випадках розріз може бути зроблено вище.

#### *Методика проведення операції:*

1. Визначте середину розрізу та зробіть три відмітки на шкірі: одну по середній лінії та по одній – по боках. Злегка натягніть шкіру в напрямку складки, це дає меншу деформацію та забезпечує прямий розріз.

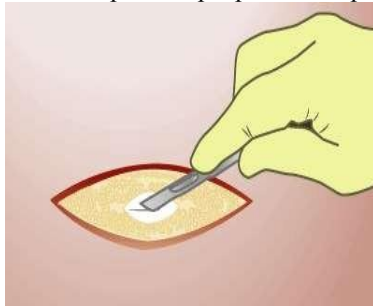


2. Зробіть розріз шкіри завдовжки приблизно 15 см. Він не повинен заходити у підшкірну клітковину. Цей неглибокий розріз має бути майже безкровним.

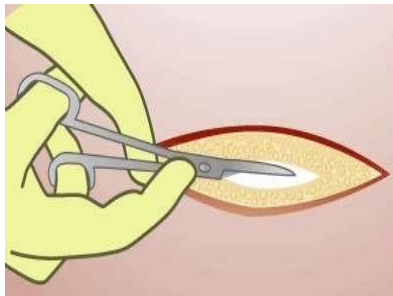


3. Заглибте розріз скальпелем на 2–3 см посередні розрізу в поперечному напрямку кризь підшкірну клітковину до апоневрозу. Не намагайтесь відсепарувати підшкірну клітковину. Кровоносні судини та нерви залишаються при цьому інтактними, оскільки зона підшкірної клітковини по середній лінії є найбільш безкровною.

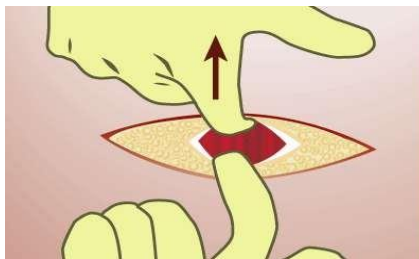
4. Зробіть невеликий поперечний розріз апоневрозу скальпелем.



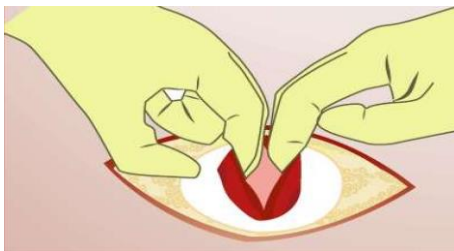
5. Подовжте поперечний розріз апоневрозу в обидва боки під підшкірною клітковиною, не порушуючи при цьому її цілості: розташуйте кінчики частково відкритих ножиць таким чином, щоб одне лезо було розташовано над апоневрозом, а інше – під ним (підтримуйте ножиці знизу вказівним пальцем лівої руки). Просувайте ножиці латерально спочатку від себе, а потім на себе. На цьому рівні прямі м'язи не потребують відокремлення від апоневрозу, тому що знаходяться вище рівня прикріплення пірамідальних м'язів.



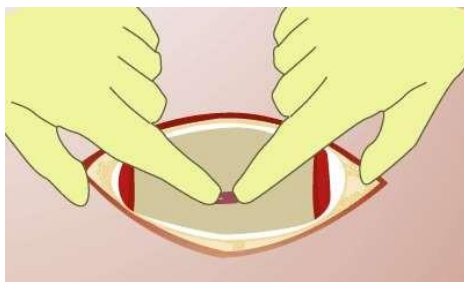
6. М'яко відділіть апоневроз від м'язів, вказівними пальцями розведіть прямі м'язи краніально та каудально, готуючись до наступного кроку.



7. Розведіть прями м'язи. Для цього хірург та асистент розташовують вказівний та середній пальці правої руки по середній лінії між прямими м'язами, захоплюючи при цьому м'яз, а потім одночасно розводять їх шляхом тракції зі збалансованою та зростаючою силою. Цей рух треба проводити з легкою зовнішньою ротацією, що дозволяє розвести верхню частину розрізу більше, ніж нижню. Не бійтесь прикладати велику силу. Цей маневр дозволяє змістити всі судини та нерви вбік, не пошкоджуючи їх, і здійснити доступ до очеревини.



8. Вказівними пальцями розтягуйте в поперечному напрямку парієтальну очеревину у верхньому куті рани поки не утвориться невеличкий отвір. Розширте отвір вказівними пальцями в каудальному та краніальному напрямках. Якщо очеревину розтягують у краніальному та каудальному напрямках, вона рветься поперек, що запобігає травмуванню сечового міхура. Використання пальців при входженні в черевну порожнину запобігає травмуванню кишечника.

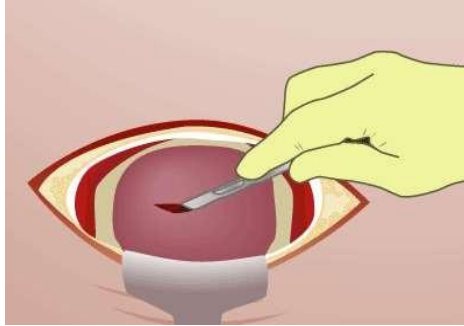


9. Ідентифікуйте нижній сегмент матки та сечовий міхур.

10. Зробіть скальпелем поперечний поверхневий розріз вісцеральної очеревини завдовжки 1 см над сечовим міхуром. Уникаючи кровоносних судин просувайтесь вправо та вліво (загалом на 10–12 см), щоб через цей отвір можна було б народити дитину. Застосовуйте дзеркала для того, щоб бачити рух інструменту. Намагайтесь не опускати рівень розрізу, оскільки це може обмежити можливості розведення країв розрізу матки.

11. Опустіть вісцеральну очеревину із сечовим міхуром донизу, використовуючи 2 пальці. Використання пальців запобігає травмі сечового міхура порівняно із використанням тампону.

12. Зробіть невеличкий поперечний розріз в нижньому сегменті матки скальпелем або використовуйте вказівний палець правої руки для формування отвору в матці.



13. Пальцями розтягніть краї отвору на матці у поперечному напрямку. Великий палець правої руки використовуйте переважно для фіксації у дальньому куті рани, а вказівний палець лівої руки – для розведення в ближньому куті рани. Великий палець товще вказівного, що знижує ризик травмування судин на віддаленому боці матки. Продовжуйте отвір більше вправо, ніж вліво, тому що наприкінці вагітності матка здебільше повернута вправо.



14. Підведіть два пальці під голівку плода та виведіть її з рани. Асистент натискає на дно матки, щоб допомогти вилучити дитину. Пальці займають менше місця ніж повна долоня, завдяки чому зменшується вірогідність травми матки при вилученні плода.

15. Після народження дитини анестезіолог вводить 5 Од окситоцину внутрішньовенно. Послід видаляється шляхом контрольованої тракції за пуповину. Для цього пуповину тримають у стані легкого натягування до



початку спонтанного відокремлення плаценти. Обережно підтягуючи за пуповину послід видаляють з порожнини матки. Не слід тягнути за пуповину за відсутності скорочення матки та ознак відокремлення плаценти, оскільки це може призвести до вивороту матки!

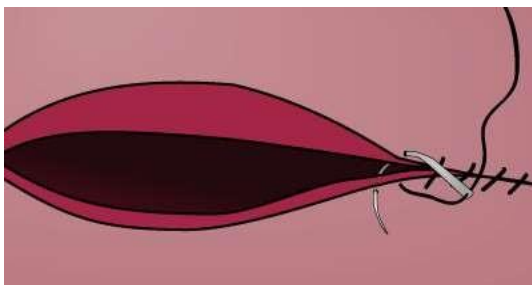
16. Також в абдомінальній рані, розмішуючи всю руку позаду матки, проводьте масаж матки для стимуляції її скорочень. У разі сильної кровотечі з плацентарної площадки, стисніть матку між долонями. Даний метод дає суттєвий гемостаз.

17. Продовжуючи масаж матки, марлевою серветкою видаліть залишки плодових оболонок та тканин з матки, стимулюючи її скорочення.

18. Захопіть центр нижнього краю рани на матці атравматичним затискачем. Якщо необхідно, розширте цервікальний канал розширювачем Гегара і проштовхніть розширювач у піхву, для того, щоб вилучити його після операції. Цей крок може підвищувати ризик реалізації генітальної інфекції, тобто її розповсюдження з піхви у матку.

19. Ушивання матки.

Цілісність матки відновіть накладанням однорядного або дворядного безперервного шва через усю товщу стінки матки. Застосовуйте довгу (90 см) лігатуру (надавайте перевагу синтетичному шовному матеріалу, що розсмоктується) № 1 та велику колючу голку. Відступіть 1 см від краю розрізу зверху та знизу для забезпечення достатнього гемостазу. Будьте обережними в нижньому відділі розрізу, щоб запобігти травмуванню сечового міхура. У разі стоншення нижнього сегменту може з'явитися необхідність у накладанні другого ряду швів.



20. Контроль гемостазу. Переконайтесь, що АТ та пульс в межах норми. Якщо гемостаз недостатній, накладіть додаткові шви для впевненості у відсутності кровотечі.

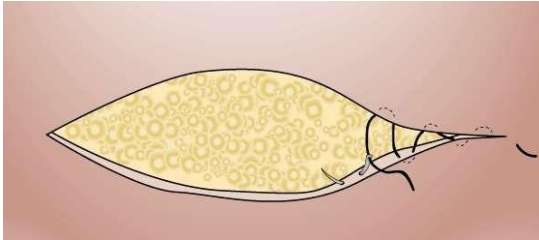
21. Видаліть згустки крові. Рідку кров видаліть з черевної порожнини відсмоктувачем. Мінімізуйте маніпуляції з кишечником – це забезпечить раннє відновлення функції кишечника.

22. Ушивання вісцеральної очеревини. Зведіть краї вісцеральної та парієтальної очеревини, не накладаючи лігатур. За короткий проміжок часу краї рани очеревини відновляться.

23. Відновіть цілісність апоневрозу однорядним безперервним швом без перекиду. Надавайте перевагу синтетичному шовному матеріалу з довготривалим терміном розсмоктування. Накладіть перший шов таким чином, щоб вузол знаходився під апоневрозом. Кожний укол спрямовуйте злегка по діагоналі через розріз. Не застосовуйте безперервний шов з перекидом. Будьте обережними в краях розрізу, щоб не пошкодити судини.

24. Рутинне ушивання підшкірної клітковини є необов'язковим, за винятком випадків, коли її товщина перевищує 2 см.

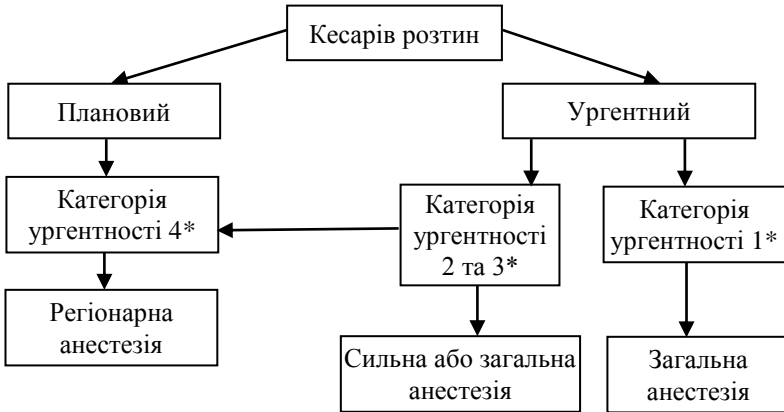
25. Ушійте шкіру, застосовуючи косметичний внутрішньошкірний шов або декілька окремих швів за Донаті. Затисніть краї розрізу затискачами в проміжках між швами для забезпечення правильного зіставлення країв рани.



26. За відсутності інтраопераційних ускладнень пропонуйте породіллі раннє вживання рідини. Здійсніть ранню мобілізацію пацієнтки відразу по закінченню дії анестетиків. Немає необхідності в голодуванні після операції. Рання мобілізація знижує ризик тромбоемболічних ускладнень і зменшує інтенсивність й тривалість післяопераційного болю. Зменшення відчуття болю полегшує грудне вигодовування, а це, у свою чергу, сприяє скороченню та інволюції матки.

27. Окремі шви зніміть шви на 7-у добу після операції. Це знижує ризик розвитку інфекції та келоїдних рубців.

**Алгоритм анестезіологічного забезпечення кесарева розтину**



\* Категорія ургентності за Lukas et al, 2000:

1-а категорія – негайна загроза життю матері та плоду;

2-а категорія – немає загрози життю матері та плоду;

3-я категорія – необхідне раннє виконання оперативного втручання.

## Анестезія при кесаревому розтині

### Підготовчі заходи

Для запобігання розвитку аспіраційного синдрому внутрішньовенно вводять метоклопрамід 10 мг або інгібітори протонної помпи безпосередньо перед оперативним втручанням.

Пацієнтку вкладають на спину на операційний стіл з нахилом у лівий бік на 15°.

Моніторинг: вимірювання АТ кожні 5 хв, ЧСС, SpO<sub>2</sub> та P<sub>ET</sub>CO<sub>2</sub> постійно.

За необхідності – ЕКГ-моніторинг.

Необхідно забезпечити надійний доступ до венозного русла шляхом катетеризації периферичної, а у разі необхідності і центральної вени. Катетери повинні мати широкий просвіт (G 16–14), тому що в будь-який момент може виникнути необхідність у проведенні масивної інфузійно-трансфузійної терапії.

Перевірка наявності всього необхідного комплексу медикаментів для проведення анестезії і реанімації та обладнання (наркозний апарат, ларингоскоп, відсмоктувач), роботу необхідно обов'язково перевірити перед початком анестезії.

### Загальна анестезія

Після виконання підготовчих заходів розпочинають проведення попередньої оксигенації шляхом інгаляції 100 % кисню впродовж 3 хв через носо-лицеву маску наркозного апарату або 5–6 глибоких вдихів 100 % кисню. Індукція в наркоз має бути швидкою із застосування прийому Селліка. Для індукції використовують тіопентал натрію (4–5 мг/кг) або пропофол (1–2,5 мг/кг). У пацієток з нестабільною гемодинамікою та бронхіальною астмою слід застосовувати кетамін (1–1,5 мг/кг).

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

У разі виникнення складної інтубації можливо альтернативне проведення ШВЛ через ларингеальну маску.

До вилучення плода анестезію підтримують інгаляцією азоту оксиду в комбінації з киснем 1:1. Можлива інгаляція севофлюрану (1,0–1,5 об%) або ізофлюрану (0,75 об%). У разі відсутності інгаляційних анестетиків можливо підтримання анестезії тим анестетиком, яким проводилася індукція. Суксаметоній вводять за необхідності підтримання міорелаксації, не перевищуючи дозу у 500 мг.

ШВЛ проводять у режимі нормовентиляції. Бажано уникати гіпервентиляції, яка порушує матково-плацентарний кровообіг.

Після перетискання пуповини підтримку анестезії проводять за загальними правилами, міорелаксацію забезпечують введенням недеполяризуючих міорелаксантів короткої дії.

### **Регіонарна анестезія**

Положення жінки для спінальної або епідуральної пункції може бути сидячим або лежачи на лівому боці. Не доведено переваг використання тієї чи іншої позиції, тому її вибір залежить від преференцій анестезіолога.

Після виконання підготовчих заходів приступають до інфузії розчинів електролітів і/або колоїдних розчинів. Не доцільно використовувати преінфузію розчинів електролітів, тому що не доведено її переваг стосовно зниження частоти артеріальної гіпотензії.

До проведення регіонарної анестезії слід підготувати фенілефрин, введення якого розпочинають одразу після інтратекальної ін'єкції анестетика зі швидкістю 25–50 мкг/хв

Після розвитку анестезії у разі зниження вихідного систолічного АТ на 30 % або нижче 90 мм рт. ст. необхідно збільшити темп інфузії і швидкість введення фенілефрину до 100–150 мкг/хв та змістити матку у лівий бік. У випадках рефракторності АТ до проведених заходів внутрішньовенно вводять 1–3 мг фенілефрину.

У разі розвитку недостатньої анестезії проводять додаткову седацію. Якщо анестезія залишається неадекватною, переходять до проведення загальної анестезії зі ШВЛ.

Після розвитку анестезії проводять контроль її розповсюдження (не вище Th5) з обов'язковою відміткою у протоколі анестезії.

До народження дитини необхідно проведення інгаляції 100 % киснем, після народження оксигенотерапію бажано продовжити, якщо не має заперечень з боку пацієнтки. Проведення інгаляції кисню під час регіонарної анестезії зменшує частоту інтраопераційної нудоти та блювання.

Після вилучення плода проводять внутрішньовенну інфузію окситоцину (5 ОД). Застосування метилергометрину асоціюється зі збільшенням частоти інтраопераційної нудоти та блювання.

Для запобігання розвитку інтра- та післяопераційної нудоти та блювання бажано використання блокаторів 5-НТ рецепторів (ондасетрон).

### **Спінальна анестезія**

Для спінальної пункції бажано використовувати голки розміром 25–26G карандашного (Sprutte чи Whitacre) або ріжучого типу (Quincke). Застосування голок карандашного типу асоціюється з меншою частотою постпункційної цефалгії.

Техніка спінальної пункції стандартна.

Для спінальної анестезії можливе застосування гіпербаричного бупівакаїну 0,5 % 10–12,5 мг, або лідокаїну 2–5 % (60–80 мг). Використання лідокаїну 5 % асоціюється з більшою частотою артеріальної гіпотензії та розвитком транзиторних неврологічних порушень.

Для поліпшення якості інтраопераційної аналгезії можливе додавання до розчину місцевого анестетика 15–20 мкг фентанілу, а для забезпечення якісної післяопераційної аналгезії – 50–100 мкг морфіну.

### **Епідуральна анестезія**

Техніка виконання пункції епідурального простору стандартна.

Після катетеризації епідурального простору обов'язкове виконання аспіраційної проби з відміткою у протоколі анестезії.

Для епідуральної анестезії використовують 18–20 мл розчинів місцевих анестетиків: бупівакаїн 0,5 %, ропівакаїн 0,75 % та лідокаїн 2 %.

Для поліпшення якості аналгезії можливе додавання до розчину місцевого анестетика 25–50 мкг фентанілу, а після народження дитини для ефективної післяопераційної аналгезії можливо епідуральне введення 2–3 мг морфіну.

## Алгоритм спостереження за породіллею після КР за часом

Час (хв)	5	10	15	20	25	30
Рівень свідомості (+ так; – ні)						
Артеріальний тиск (мм рт. ст.)						
Пульс (уд./хв)						
SpO <sub>2</sub> (%)						
Частота дихання (за хв)						
Кровотеча (+ так; – ні)						
Щільність матки (Щ – щільна, М – м'яка)						
Масаж матки (+ так; – ні)						
Біль за ВАШ (0–10)						
Лікарські призначення (додатково до карти інтенсивного спостереження)						
Підпис анестезіолога/анестезистки, акушера-гінеколога/акушерки						

Час (год)	1	1,5	2	3	4	5	6
Артеріальний тиск (мм рт. ст.)							
Пульс (уд./хв)							
Температура, °C							
Частота дихання (за хв)							
Крововтрата (мл)							
Щільність матки (Щ – щільна, М – м'яка)							
Масаж матки (+ так; – ні)							
Біль за ВАШ (0–10)							
Діурез, мл							
Лікарські призначення (додатково до карти інтенсивного спостереження)							
Підпис акушера-гінеколога/акушерки							

## ЕПІКРИЗ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

Прізвище, ім'я, по батькові: \_\_\_\_\_ Вік: \_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

Дата операції кесарева розтину: [ ]/[ ]/20[ ]

Дата виписки: \_\_\_\_\_

Дата		Розтин матки	
Вагітність № _____		В нижньому сегменті поперечний	
Пологи № _____		Корпоральний	
Передчасні (до 37 тижнів)		Інше _____	
Термінові (37 – 42 тижнів)		Профілактика інфекції _____	
Після 42 тижнів		Препарат, доза _____	
Плановий кесарів розтин		Кратність _____	
Ургентний кесарів розтин Категорія ургентності: 1, 2, 3		Ушивання розтину матки	
Показання _____		Шовний матеріал _____	
Анестезія	Загальна		
	Спінальна		
	Епідуральна		
	Інше _____		
Ускладнення		Однорядний шов	
Кровотеча		Дворядний шов	
Інше _____		Загальна крововтрата	
Гістеректомія, уточніть _____		500 – 999 мл	
Інші втручання _____		>1000 мл	
Тривалість операції		Переливання плазми	
		еритроцитарної маси	
		Мати переведено до: _____	
		Післяпологової палати разом з дитиною (дітьми)	
		Післяпологової палати саму	
		Палати інтенсивної терапії	
		Іншого закладу	
		Призначені медикаменти	
		_____	
		_____	
		_____	



**Інформація про новонародженого**

Новонароджений		1-ша дитина			2-га дитина			3-тя дитина		
Стан при народженні		Жива	Антенатальна загибель плода	Інтранатальна загибель плода	Жива	Антенатальна загибель плода	Інтранатальна загибель плода	Жива	Антенатальна загибель плода	Інтранатальна загибель плода
Оцінка за Апгар	1 хв.									
	5 хв.									
Первинна реанімація		Так		Ні	Так		Ні	Так		Ні
При наявності видимих вад, уточніть:										
Маса/Довжина тіла		[ ]/[ ]			[ ]/[ ]			[ ]/[ ]		
Стать		Ч		Ж	Ч		Ж	Ч		Ж
Новонародженого переведено до:										
Відділення спільного перебування										
Палати інтенсивної терапії										
Дитячого відділення										
Іншого стаціонару										

Оцінювання за шкалою Апгар здійснюють під час надання реанімаційної допомоги дитині наприкінці 1-ї та 5-ї хвилин після народження незалежно від терміну гестації і маси тіла новонародженого. Якщо результат оцінювання на 5-й хвилині менше 7 балів, додаткове оцінювання треба проводити кожні 5 хв до 20 хвилин життя дитини

### Перебіг післяопераційного періоду

Тривалість перебування в стаціонарі після операції кесарева розтину	Температура тіла породіллі $\geq 37,6$ °C пізніше 48 годин після операції	Призначення антибіотиків більше однієї доби	Дренування черевної порожнини	Інфекція рани	Кіоретаж матки

Коментар \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Клінічний діагноз: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Інші втручання \_\_\_\_\_

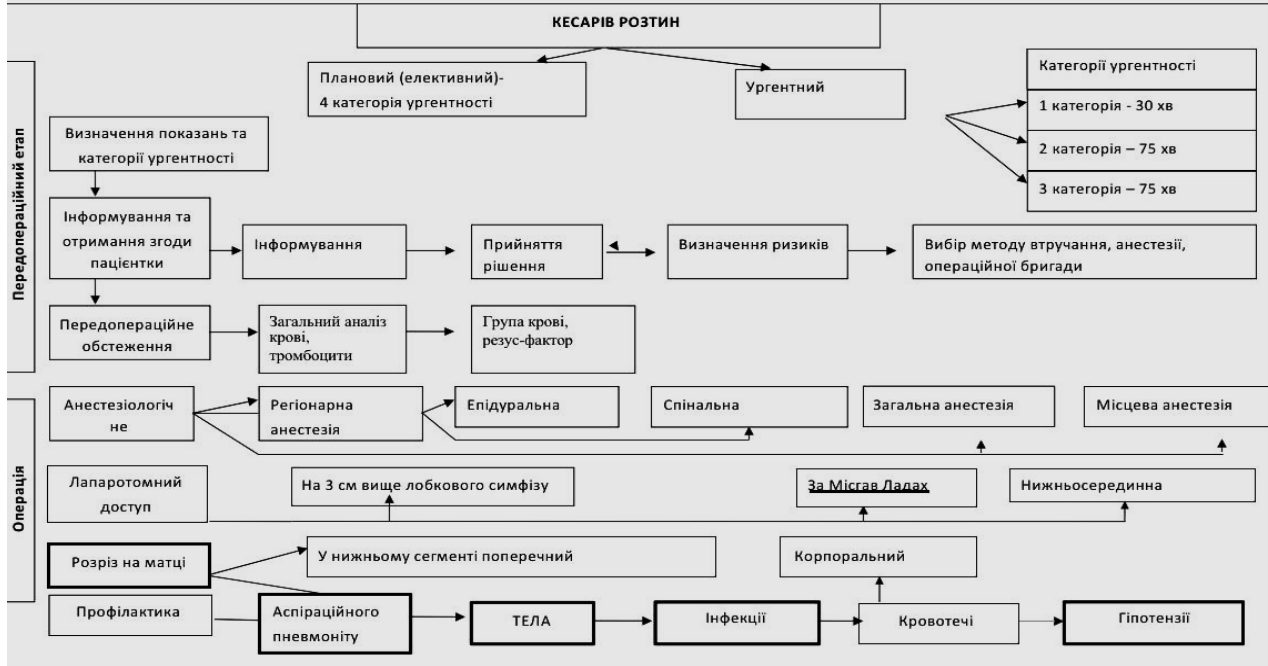
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Рекомендації з планування сім'ї \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Акушер-гінеколог: \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_

## Загальні принципи та алгоритм проведення кесарева розтину



## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Клінічне медсестринство в акушерстві і гінекології : підручник А. М. Громова, Г. М. Алтуєв, В. А. Лойко та ін. ; за ред. А. М. Громової. Київ : Здоров'я, 2011. 582 с.
2. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології : навч. посіб. для студ. ВМНЗ I–III р. а. спец. 223 «Медсестринство» / за ред. Генік Н. І. Івано-Франківськ, 2019. 121 с.
3. Акушерство та гінекологія : підручник : у 4 т. Т. 2. Неонатологія / за ред. В. М. Запорожана. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2018. 928 с
4. Акушерство і гінекологія : у 2 кн. Кн. I. Акушерство / за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини. Київ : Медицина, 2021. 427 с.
5. Про затвердження Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 лютого 2015 року № 51, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26 лютого 2015 року за № 220/26665.
6. Про внесення змін до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 грудня 2020 року № 2857.
7. Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України». Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2020 рік. [Інтернет]. Київ : Центр медичної статистики МОЗ України; 2021. Доступно на: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXX.html>.
8. Про затвердження Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2020 року № 2755, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 січня 2021 року за № 44/35666.
9. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 січня 2022 року № 151.
10. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 січня 2022 року № 8.
11. Про затвердження тринадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності : Наказ МОЗ України від 22 квітня 2021 року № 792.
12. Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення : Наказ МОЗ України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940.
13. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гіпертензивні розлади у вагітних» [Інтернет]. 2021 ([https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standartita-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standartita-klinichni-nastanovi/)).
14. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Кесарів розтин» [Інтернет]. 2021.

**Навчальне видання**

Лазуренко Вікторія Валентинівна  
Тіщенко Олександра Миколаївна  
Овчаренко Ольга Борисівна  
Лященко Ольга Анатоліївна  
Старкова Ірина Володимирівна  
Каліновська Ольга Іванівна  
Білий Євген Євгенович

**ПАТОЛОГІЧНЕ АКУШЕРСТВО**

**Навчальний посібник**

**ДРУГЕ ВИДАННЯ, ДОПОВНЕНЕ ТА ПЕРЕРОБЛЕНЕ**

Відповідальний за випуск О. В. Карнаук



Редактор М. В. Тарасенко  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. \_\_\_\_\_. Зам. № 24-34368

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.