

**Патологія вагітності,  
пологів та  
післяпологового  
періоду**

# Патологія вагітності, пологів та післяпологового періоду

- гестози вагітних;
- невиношування і переношування вагітності;
- аномалії пологової діяльності;
- кровотечі під час вагітності, під час пологів і післяпологовому періоді;
- родової травматизм матері та плоду;
- екстрагенітальна патологія;
- післяпологові септичні захворювання.



# Гестози



# Гестози

- ранні : блювота вагітних, слинотеча (птіалізм);
- пізні : прееклампсія, еклампсія;
- рідкісні форми : дерматози вагітних, холестатичний гепатоз вагітних, гострий жировий гепатоз вагітних, хорея вагітних, остеомаліяція при вагітності; HELLP-синдром.



# Блювота вагітних (emesis gravidarum)

## За ступенем тяжкості розрізняють :

- Легкий ступінь (до 5 раз на добу),
- Помірну ступінь (від 5 до 10 разів)
- Надмірну або важку (hyperemesis gravidarum) з порушенням обміну речовин (більше 10 разів на добу).

# При визначенні тяжкості захворювання враховують клінічні прояви :

- загальний стан вагітної,
- сухість шкіри,
- жовтушність склер і шкіри,
- наявність або відсутність апетиту,
- слиновиділення,
- тошноту,
- частоту блювоти і її інтенсивність,
- криву зниження маси тіла,
- ступінь зневоднення,
- пульс, артеріальний тиск, температуру тіла, величину діурезу.
- оцінка ступеня тяжкості блювоти вагітних включає в себе і результати лабораторних досліджень: питома вага сечі, наявність ацетону в сечі, рівні білірубіну, креатиніну в крові.



# Лікування блювоти вагітних

- Легка ступінь : корекція харчового раціону - дробове (5-6 разів на добу), збалансоване харчування, рясне пиття, вітамінотерапія.
- При блювоті вагітних помірного та тяжкого ступеня показана госпіталізація і призначення медикаментозної терапії.

# Слинотеча вагітних (ptyalismus)

Кількість слини при гіперсалівації може досягати 1,0 л на добу. Слинотеча не викликає важких порушень в організмі, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ.

З метою зменшення секреції слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу.

Доцільно полоскання порожнини рота настоєм шавлії, м'яти, ромашки, кори дуба і іншими засобами, що мають в'язучі властивості.



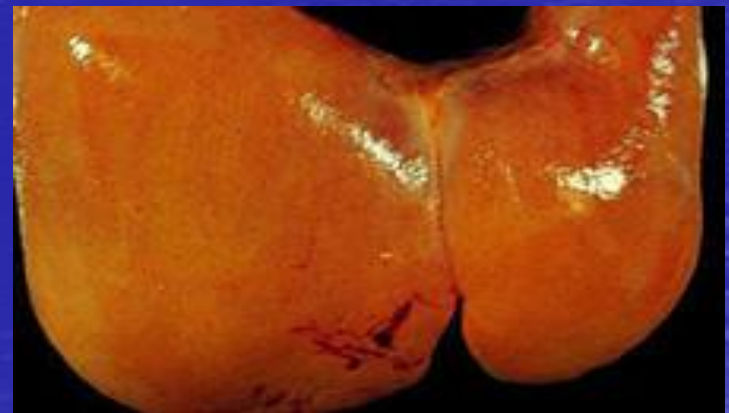
# Рідкісні форми гестозів

- дерматози вагітних



# Рідкісні форми гестозів

- Холестатичний гепатоз вагітних
- Гострий жировий гепатоз вагітних





# Рідкісні форми гестозів

- Хорея (тетанія) виникає в зв'язку з порушенням обміну кальцію, внаслідок гіпофункції паращитоподібних залоз.

Клінічно вона проявляється судомними некоординованими посмикуваннями м'язів верхніх, нижніх кінцівок, іноді обличчя, зовсім рідко гортані або шлунка.

# Рідкісні форми гестозів

- **остеомаліяція**





# Пізнні гестози

- **Пізнній гестоз** вагітних є симптомокомплекс поліогранної і полісистемної недостатності, яка виникає під час вагітності;
- це клінічний прояв неспроможності адаптаційних механізмів материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, який розвивається. Реалізується ця неспроможність через різноманітну ступінь виразності перфузійному-дифузійної недостатності в системі мати-плацента-плід;
- Розрізняють «чисті» і «поєднані» форми ПГ.

# Головними ланками патогенезу пізніх гестозів є :

- Генералізований спазм судин.
- Гіповолемія.
- Порушення реологічних властивостей крові (зміна в'язкості крові, агрегаційну властивостей клітин крові-гемоконцентрація).
- Розвиток синдрому внутрішньосудинного згортання крові.
- Постгіпоксичні метаболічні порушення.
- Синдром полігранної функціональної недостатності.



# Класифікація

- гестаційна (обумовлена вагітністю) гіпертензія без значної протеїнурії;
- прееклампсія легкого ступеня тяжкості;
- прееклампсія середнього ступеня тяжкості;
- прееклампсія тяжкого ступеня;
- прееклампсія невизначена;
- еклампсія;
- еклампсія під час вагітності;
- еклампсія під час пологів;
- еклампсія в післяпологовий період;
- еклампсія, що не визначена за терміном.

# Клінічні прояви :

- Класична тріада симптомів гестозу (набряки, протеїнурія, гіпертензія) описана в 1913 році німецьким акушером Цангемейстером.
- Головний біль, порушення зору, болі в епігастрії та правому підребер'ї є клінічними проявами важких форм прееклампсії.



# Діагностичні критерії тяжкості преєклампсії

Діагноз	Діастолічний АТ	Протеїнурія	Інші ознаки
Гестаційна АГ або преєклампсія легкого ступеня	90-99 мм рт. ст.	<0,3 г/доб	-
Преєклампсія середнього ступеня	100-109 мм рт. ст.	0,3-5,0 г/доб	Набряки на обличчі, руках, головний біль (рідко)
Важка преєклампсія	<sup>3</sup> 110 мм рт. ст.	>5 г/доб	Генералізовані набряки, головний біль, порушення зору, біль в епігастральній ділянці, правому підребер'ї, гіперрефлексія, олігурія, тромбоцитопенія

# Додаткові клініко-лабораторні критерії пreeклампсії

Ознаки	Пreeклампсія легкого ступеня	Пreeклампсія середнього ступеня	Важка пreeклампсія
Сечова кислота, ммоль/л	< 0,35	0,35-0,45	> 0,45
Сечовина, ммоль/л	< 4,5	4,5–8,0	> 8
Креатинін, мкмоль/л	< 75	75–120	>120 або олігурія
Тромбоцити, 10 <sup>9</sup> /л	> 150	80–150	< 80



# Прееклампсія легкого ступеня

- У разі відповідності вагітної критеріям легкої прееклампсії при терміні вагітності до 37 тижнів можливий нагляд в умовах стаціонару денного перебування. Проводять навчання пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку прееклампсії: вимірювання артеріального тиску, контроль балансу рідини і набряків, реєстрація рухів плода.
- Показання для госпіталізації : поява хоча б однієї ознаки прееклампсії середньої тяжкості, порушення стану плода.

У разі стабільного стану жінки в рамках критеріїв легкої прееклампсії тактика ведення вагітності вичікувальна. Пологи ведуть з акушерської ситуації.

# Преекламписія середнього ступеня

- Планова госпіталізація вагітної до стаціонару.
- Первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ, група крові і резус-фактор (у разі відсутності точних відомостей), загальний аналіз сечі, визначення добової протеїнурії, креатиніну, сечовини, сечової кислоти плазми, електроліти (натрій і калій), оцінка стану плода.
- Охоронний режим - напівпостільний, обмеження фізичного та психічного навантаження.
- Метод розродження у будь-який термін гестації визначається готовністю пологових шляхів і станом плода. При неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландінами проводять операцію кесаревого розтину. Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять родозбудження і пологи ведуть через природні пологові шляхи.



# Важка прееклампсія

- Вагітну госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії стаціонару III рівня для оцінки ступеня ризику вагітності для матері і плоду і вибору методу розродження протягом 24 годин. Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичним персоналом. Негайні консультації терапевта, невропатолога, окуліста.
- катетеризують периферичну вену для тривалої інфузійної терапії при необхідності контролю ЦВТ - центральну вену, для контролю погодинного діурезу - сечовий міхур. За показаннями - трансназальна катетеризація шлунка. Первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ; група крові та резус-фактор, загальний аналіз сечі, визначення протеїнурії, креатиніну, сечовини, загальний білок, білірубін і його фракції, електроліти.

# Важка преекламсія

## Лікування :

- ✓ Охоронний режим (суворий постільний).
- ✓ У термінах вагітності до 34 тижнів-кортикостероїди для профілактики РДС.
- ✓ Антигіпертензивна терапія.
- ✓ Інфузійна терапія.
- ✓ Моніторинг стану вагітної.

Розродження проводять з урахуванням акушерської ситуації. Перевагу віддають пологам через природні родові шляхи з адекватним знеболенням. При готовності родових шляхів проводять амніотомію з наступною родостимуляцією. При неготовності шийки матки і відсутності ефекту від підготовки простагландинами, або в разі прогресування гіпертензії, загрози судомного нападу, погіршення стану плода розродження проводиться шляхом операції кесарів розтин.



# Еклампсія

- **Еклампсія** – характеризується розвитком тоніко - клонічних судом на тлі прееклампсії.
- Зустрічається в 0,2 -0,5% випадків всіх вагітностей.
- Залежно від часу виникнення перших судом щодо пологів виділяють еклампсію вагітних, післяпологову еклампсію і еклампсію під час пологів.
- Допологова еклампсія зустрічається в 75% випадків всіх еклампсії. Близько 50% випадків післяпологової еклампсії розвивається в перші 48 годин після пологів.

- Провісниками судом можуть бути головний біль, біль під грудьми, порушення зору.
- За першими судомами можуть піти інші, всього їх може бути від 10 до 100 і більше в важких випадках екламптичний статус.
- Смерть може наступити від масивного крововиливу в мозок. При церебральних геморагіях може розвинутися геміплегія.
- При відсутності адекватного лікування розвивається екламптична кома.
- Втрата свідомості може бути раптовою без нападу судом «еклампсія без еклампсії». Слід проводити диференційний діагноз еклампсії з енцефалітом, менінгітом, розривом аневризми мозкових судин, істерією.



# Основні цілі екстреної допомоги :

- ✓ припинення судом;
- ✓ відновлення прохідності дихальних шляхів.

## Завдання інтенсивної терапії після ліквідації судом :

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

# HELLP-синдром.

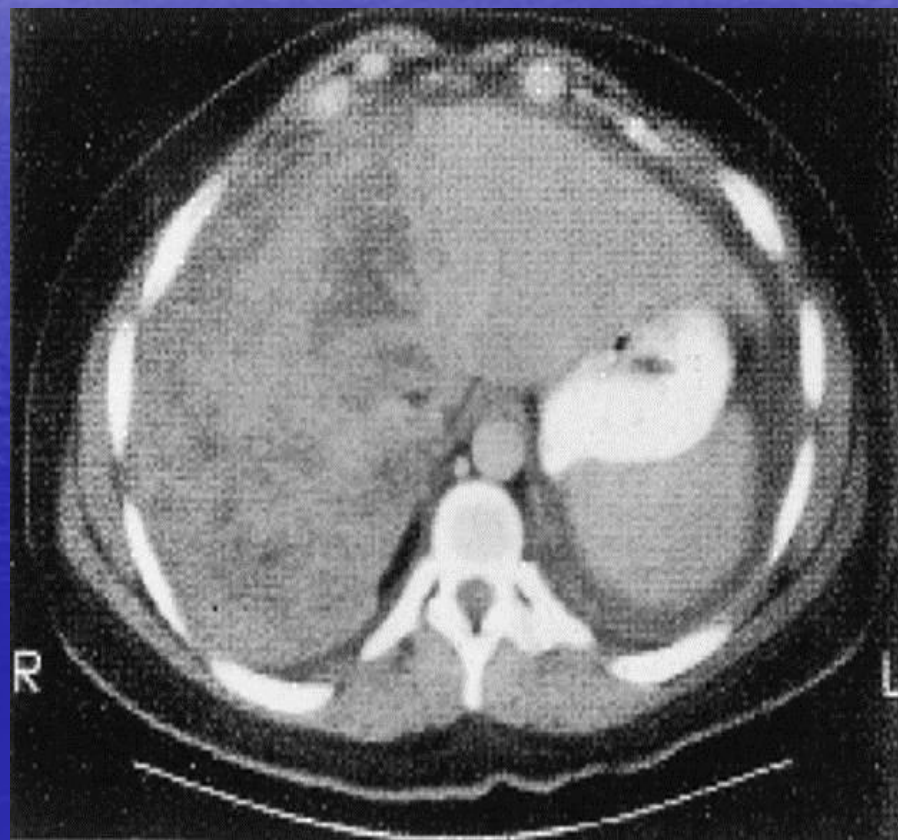
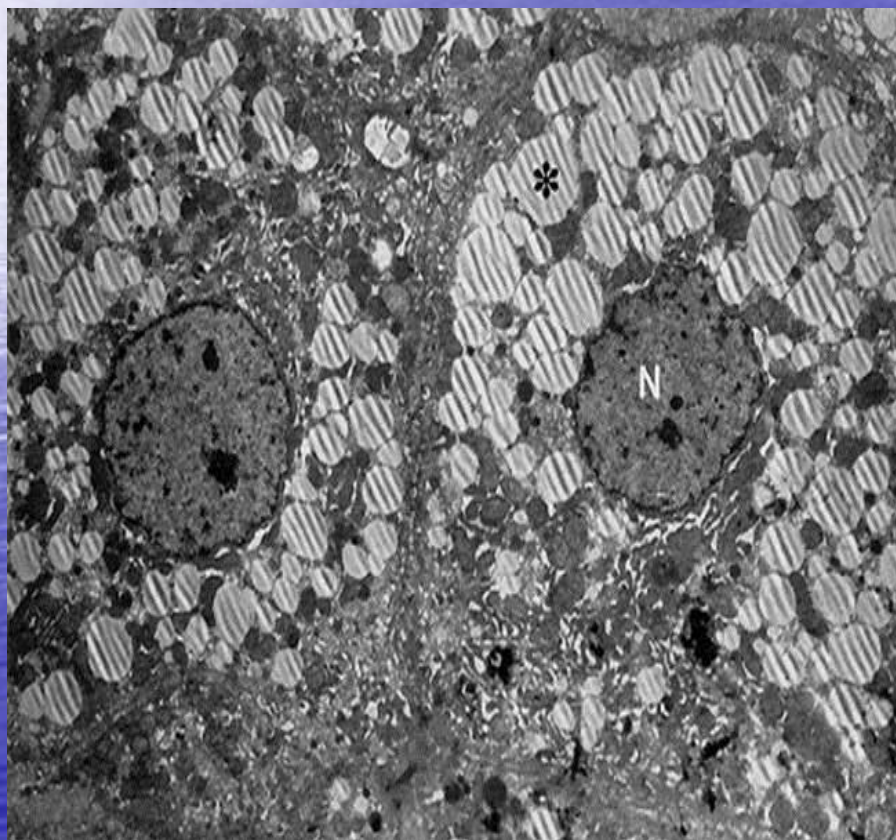
- **HELLP-синдром** – це hemolysis (h) – мікроангіопатична гемолітична анемія, elevated liver ferments (EL) - підвищена концентрація ферментів печінки в плазмі крові; low platelet quantity (LP) - зниження рівня тромбоцитів.
- Захворювання в перинатальних центрах становить 1 випадок на 159-300 пологів. Материнська смертність досягає 3,5%, а перинатальна- 79%.
- Патофізіологічні зміни при HELLP-синдромі відбуваються переважно в печінці.
- Захворювання частіше виникає під час вагітності, в терміні 35 тижнів. У 10% випадків в терміні менше 27 тижнів, а в 31% - в перший тиждень після пологів.
- Акушерська тактика - розродження в перші 24 години незалежно від її терміну.



# КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ :

- ГОЛОВНИЙ БІЛЬ, БЛЮВОТА, БОЛІ В ЖИВОТІ, ЧАСТІШЕ У ПРАВОМУ ПІДРЕБІР'І;
- НАРОСТАЄ ЖЕЛТУХА, ПЕЧІНКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ;
- СУДОМИ, КОМА;
- НЕРІДКО РОЗРИВИ ПЕЧІНКИ І ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНІ КРОВОТЕЧІ;
- КОАГУЛОПАТІЯ, КРОВОТЕЧА В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ;
- ЧАСТО ТОТАЛЬНА ПВНРП + МАСИВНА КРОВОТЕЧА;
- ПЕЧІНКОВО-НИРКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ.

# ЗМІНИ У ПЕЧІНЦІ ПРИ HELLP-синдромі





# Невиношування і переношування вагітності



- Невиношування вагітності— мимовільне (спонтанне) передчасне переривання вагітності від зачаття до 37-го тижня.
- Переривання вагітності в термін до 22 тижнів або масою плоду до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак його життя, називається **абортом (викиднем)**.
- якщо викидень у жінки повторюється більше 2 разів, його називають **ЗВИЧНИМ**.



- Ранній спонтанний аборт - спонтанне (мимовільне) переривання вагітності (до 11 тижнів + 6 днів);
- Пізній спонтанний аборт - від 12 до 21 тижня + 6 днів
- Передчасні пологи від 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154 - 259 днів).

# Невиношування - поліетіологічна патологія.

Будь-який патологічний процес в матці може бути чинником передчасного переривання вагітності.

## 1. Материнські причини :

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



- анатомо-функціональні - пороки розвитку статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, дефекти матки (внутрішньоматкові синехії, патологія рецепторного апарату, гіпоплазія матки, аномалії розвитку матки), пухлини матки і яєчників;
- інфекційні - інфікування бактеріальними, вірусними, паразитарними та умовно-патогенними мікроорганізмами;
- імунологічні - аутоімунні процеси (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак та інші аутоімунні захворювання), алоімунні процеси (ізоантігенна несумісність крові матері і плоду по резус-фактору і антигенам системи АВО, сенсibiliзація фетальними антигенами), імунодефіцитні процеси;
- генетичні фактори та хромосомні аномалії - найбільш часті хромосомні порушення-трисомія, моносомія, триплоїдія, тетраплоїдія.

2. **Патологія вагітності** - важкі форми ранніх гестозів, шийкова вагітність, міхуровий занесок.
3. **Екстрагенітальна патологія матері.**
4. **Патологія стану організму батька**, в тому числі фактори, що сприяють виникненню патологічних змін еякуляту.
5. **Соціально-середовищні фактори** : екологічні (радіація, хімічне забруднення повітря, ін.); вік матері (до 18 і після 30 років); несприятливі умови життя (незбалансоване харчування, дефіцит вітамінів і т.п.); професійні та виробничі шкідливості (температурні, шумові, вібраційні, хімічні, радіаційні); шкідливі звички (алкоголізм, наркоманія, куріння).
6. **Нез'ясовані причини.**



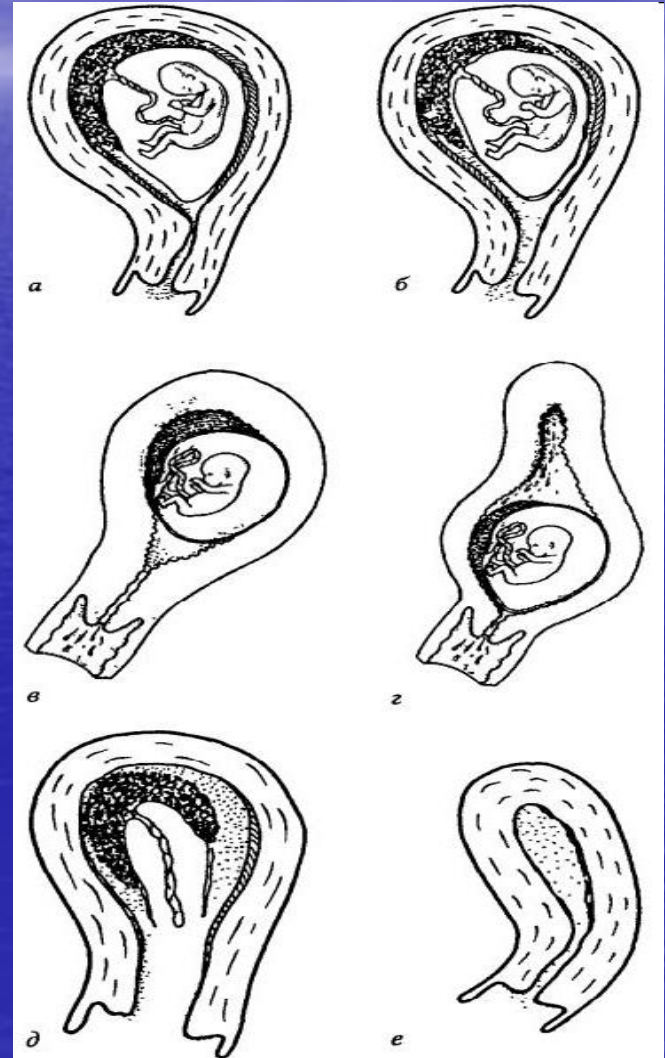
# Класифікація самовільних абортів

## 1. За стадіями розвитку виділяють :

- загрозливий аборт
- аборт, який почався.
- аборт "в ході "
- неповний аборт
- повний аборт

## 2. Розрізняють також :

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



# ЗАГРОЗЛИВИЙ АБОРТ

## Клініка.

При загрозовому аборті у хворої відзначається тягнучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер; можливі мізерні або помірні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, порушення менструального циклу.

## Діагностика.

При огляді в дзеркалах зовнішній зів закритий, спостерігаються мізерні або помірні кров'янисті виділення.

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

УЗ ознаки загрозового аборту: наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, деформація контурів плідного яйця, його вдавнення за рахунок гіпертонусу матки, наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.



## Сприятливий прогноз :

- **сонографічні ознаки** - наявність серцевих скорочень при КТР плода 6мм (трасвагінально), відсутність брадикардії, відповідність розмірів ембріона розмірам плідного яйця, ріст плідного яйця в динаміці;
- **біохімічні ознаки** - рівень ХГЧ і прогестерону відповідає гестаційному терміну.

## Несприятливий прогноз :

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

При наявності клінічних ознак загрозового аборту в терміні вагітності менше 8 тижнів і несприятливих ознаках прогресування вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується.

*Пацієнтка повинна бути проінформована про результати обстеження, прогнозах даної вагітності і можливі ускладнення, пов'язані з використанням лікарських засобів.*

Потрібно отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань. При загрозі переривання вагітності в термін більше 8 тижнів і за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження і підтримку розвитку вагітності.



# Аборт, який почався

- Більш інтенсивні болі внизу живота, болі в попереку.
- Кров'янисті виділення.
- Підвищення тонусу матки, її болючість, але розміри матки відповідають терміну вагітності.
- Зниження базальної (ректальної) температури
- Наступні структурні зміни шийки матки.

# АБОРТ В ХОДУ

## Клініка.

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

## Діагностика.

При огляді в дзеркалах відзначається скорочення шийки матки, зовнішній зів відкритий. Кров'янисті виділення рясні; частини плідного яйця в цервікальному каналі, підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в ранні терміни вагітності). При бімануальному дослідженні визначається підвищений тонус матки, її розмір відповідає терміну вагітності.

При необхідності може бути проведено УЗД, при якому відзначається повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів), наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).



# Тактика ведення абортів в ході.

## **В термін вагітності менше 16 тижнів :**

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

## **В термін вагітності більше 16 тижнів :**

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



У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливе використання утеротоніків :

- для прискорення вигнання продукту запліднення в терміні гестації 16 тижнів і більше тільки окситоцин (у дозі 10 ОД в / м або в / в крапельно в 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію, до 40 крапель в хвилину);
- в разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу для поліпшення скорочувальної здатності матки вводять один з утеротоніків :
  - Окситоцин 10 ОД в / м або в / в крапельно на 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі швидкістю до 40 крапель на хвилину;
  - Ергометрин 0, 2 мг в / м або в / в (в разі необхідності можливе повторити введення вказаної дози, максимальна добова доза не більше 1 мг);
  - Мизопростол 800мкг ректально.

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

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



# НЕПОВНИЙ АБОРТ

## Клініка.

Для неповного аборту характерна наявність болю в нижніх відділах живота (біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного і зменшенням у зв'язку з експульсією плідного яйця.

Кров'янисті виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираженості, переважно рясні.

## Діагностика.

При огляді в дзеркалах визначається укорочена шийка матки, відкриття зовнішнього вічка, супроводжується кров'яними виділеннями різного ступеня вираженості.

При бімануальному дослідженні відзначається м'яка консистенція матки, розміри якої менше терміну гестації; різна ступінь розкриття шийки матки.

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

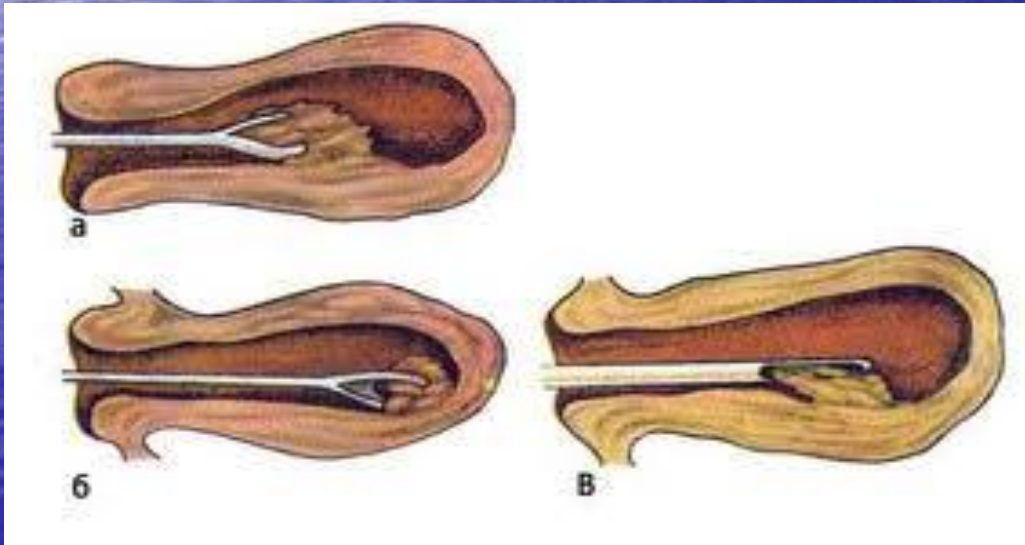
## Тактика ведення неповного аборту.

- У разі неповного аборту обов'язково проводять звільнення матки від залишків ембріональних / плодових тканин з наступним їх патогістологічним дослідженням. При відсутності абсолютних показань для кюретажа або вакуум-аспірації, рекомендується надання пацієнтці можливості вибору методу звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічний або медикаментозний.



## Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки (кюретаж або вакуум-аспірація).

- ✓ Абсолютні показання до хірургічного методу :
  - інтенсивна кровотеча,
  - розширення порожнини матки  $> 50$  мм (УЗД),
  - підвищення температури тіла вище  $37,5^{\circ}\text{C}$ .
- ✓ Кюретаж стінок порожнини матки або вакуум-аспірацію проводять під адекватним знеболенням; паралельно проводять заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки, відповідно до об'єму крововтрати.



- ✓ Обов'язкове застосування антибіотиків. Вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

# Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки.

Медикаментозний метод може  
використовуватися :

- тільки в разі підтвердженого неповного аборту в першому триместрі.
- якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації
- тільки за умови госпіталізації до медичного закладу, який надає екстрену допомогу цілодобово



✓ Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують : **Мізопростол** – 800 - 1200 мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару. Препарат вводять в заднє склепіння піхви при огляді в дзеркалах. Через кілька годин (як правило протягом 3-6 годин) після введення мізопростолу починаються маткові скорочення і вигнання залишків плідного яйця.



# ПОВНИЙ АБОРТ

## Клініка.

- При повному аборті хвора може скаржитися на болі, що тягнуть в нижніх відділах живота різної інтенсивності (може бути відсутнім), незначні кров'янисті виділення зі статевих шляхів (можуть бути відсутніми) після експульсії плідного яйця.

## Діагностика.

- При огляді в дзеркалах визначається сформована шийка матки, закрите зовнішнє вічко; спостерігаються незначні кров'янисті виділення або вони можуть бути відсутніми.
- При бімануальному дослідженні пальпується щільна матка, розміри якої менше терміну гестації. Цервікальний канал закритий (іноді не повністю).
- За результатами УЗД порожнину матки  $< 15$  мм, цервікальний канал закритий (іноді не повністю), плідне яйце / плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються.



## Тактика ведення повного аборту.

- При відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки. Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень.
- Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

# АБОРТ, ЯКИЙ НЕ ВІДБУВСЯ

## Клініка.

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

## Діагностика.

- ✓ При огляді в дзеркалах шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрито.
- ✓ При бімануальному дослідженні розміри матки менше терміну гестації, цервікальний канал закритий.
- ✓ При проведенні УЗД :
  - **5-6 тижнів** : невідповідність розмірів плідного яйця терміну гестації, не візуалізується жовтковий мішок, не візуалізується ембріон. Діагноз вагітності, що не розвивається, в терміні 5-6 тижнів має бути підтвердженим не менше, ніж двома фахівцями. При виникненні сумнівів в умовах ультразвукового дослідження, його треба повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівня ХГЛ.
  - **7-8 тижнів** : відсутність серцевих скорочень ембріона, невідповідність розмірів терміну гестації.
  - **9-12 тижнів** : відсутність серцевих скорочень і рухів ембріона, невідповідність розмірів матки терміну гестації.

## Тактика ведення невдалого аборту

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



# Хірургічне лікування ІЦН (ІЦН) у II триместрі вагітності.

- Лікування полягає в накладенні циркулярного шва на шийку матки на рівні її внутрішнього вічка для звуження цервікального каналу (операції Макдональда, Любимової, Мамедалієва).
- Використовують шовний матеріал, що не розсмоктується.
- Для забезпечення успіху операції дотримуються таких умов :  
Після операції постільний режим протягом 1-2 діб.  
Шов знімається в 37-38 тижнів, при відходження навколоплідних вод або на початку передчасних пологів.

# Профілактика невиношування вагітності.

- Полягає в своєчасному (поза вагітністю) виявленні, постановці на облік і обстеженні жінок груп ризику з невиношуванням вагітності.
- За результатами обстеження проводиться лікування відповідно виявленим розладам у жінки та її чоловіка (партнера) з подальшим спостереженням і під час вагітності.



# ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ

- **Передчасні пологи**— це пологи зі спонтанним початком, прогресом пологової діяльності та народженням плода вагою понад 500 г в терміні вагітності з 22 до 37 тижнів.

# Принципи ведення передчасних пологів :

- Оцінка ступеня прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології з метою визначення рівня надання стаціонарної допомоги.
- Визначення плану ведення пологів та поінформоване узгодження його з жінкою.
- Контроль стану матері та плоду під час пологів з веденням партограми.
- Профілактика респіраторного дистрес-синдрому до 34 тижнів вагітності.
- Знеболювання пологів за показаннями.
- Оцінка стану дитини, підтримка теплового ланцюжка, проведення первинного туалету новонародженого, спільне перебування матері і дитини з перших годин після народження, більш широке використання методу "кенгуру" при виходжуванні дітей з малою вагою.



# Профілактика респіраторного дістресс- синдрому плода проводиться

- при загрозі передчасних пологів в / м введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин курс 24 мг, або бетаметазону по 12 мг кожні 24 години, на курс 24 мг;
- в разі початку передчасних пологів введення дексаметазону в / м по 6 мг кожні 6 годин (на курс 24 мг) бетаметазона по 12 мг через 12 годин (на курс 24 мг) (повторні курси цієї профілактики не проводяться).

# ПЕРЕНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

- Вагітність, яка триває більше 42 тижнів (294 доби або більше) від першого дня останнього нормального менструального циклу вважається переношеною (шифр МКХ-10 O48).
- В даний час немає поділу на переношену і пролонговану вагітність.
- Пологи, що відбулися після 42 повних тижнів вагітності (на 294 добі або пізніше) називаються запізнілими пологами.



## ПРИ ПЕРЕНОШУВАННІ :

- У плаценті визначають петрифікати, жирове переродження і ін. (Так зване старіння плаценти)
- Порухення гіпофізарно-надниркової системи плода.
- Найчастіше зустрічаються пороки розвитку плоду.
- Деякі автори вважають, що переношування вагітності пов'язано з порушенням механізму початку пологів.
- **Ультразвукове дослідження :** До характерних ультразвукових ознак переношеної вагітності відносять :
  - зменшення товщини плаценти і її кальциноз
  - різка дольчастість
  - жирове переродження
  - збільшення розмірів
  - маловоддя
  - відсутність наростання біпаріетального розміру голівки плоду
  - потовщення кісток черепа
  - великі розміри плоду.

## Тактика ведення переношеної вагітності та пологів.

Госпіталізації вагітних, які переношують, бажано проводити в стаціонари III рівня надання акушерсько - гінекологічної та неонатальної допомоги.

## Показання та умови для індукції пологової діяльності :

- термін вагітності 42 тижні і більше;
- стан плода за біофізичним профілем 7-8 балів;
- зрілість шийки матки не менше 6 балів за шкалою Бішопа;
- передбачуване відповідність розмірів плода і таза матері;
- відсутність плодового міхура (амніотомія).

Індукція пологів проводиться тільки при наявності інформованої згоди жінки.

Протипоказання до індукції пологів такі ж як і для термінових пологів.

## Методи індукції пологів :

- ✓ пальцеве відшаровування нижнього полюса плодового міхура;
- ✓ амніотомія;
- ✓ крапельне внутрішньовенне введення розчину окситоцину.



# Профілактика переношування вагітності та ускладнень :

- рання постановка на облік;
- ретельне спостереження за вагітними з факторами ризику переношування вагітності в жіночій консультації;
- обстеження стану плаценти і плода сучасними методами діагностики (БПП, УЗД плаценти)
- своєчасне виявлення переношування;
- раціональне ведення пологів

# АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ





# КЛАСИФІКАЦІЯ

- 1. Кровотечі 1-ї половини вагітності
- 2. Кровотечі 2-ї половини вагітності
- 3. Кровотечі в пологах і післяпологовому періоді

# Кровотечі 1-ї половини вагітності

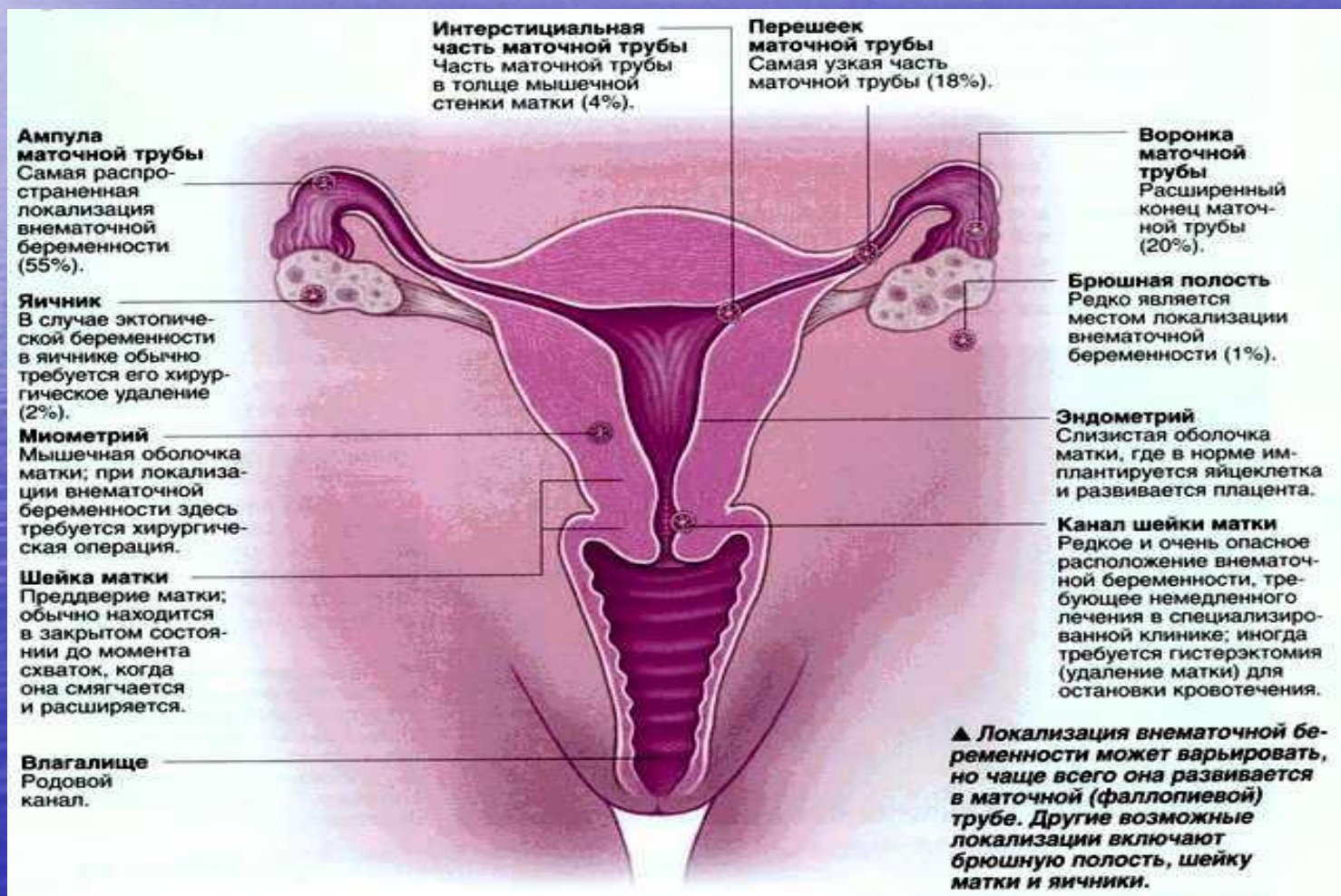
## Виділяють наступні причини :

- 1. **Гравідарні** (пов'язані з патологією плідного яйця)
- мимовільний аборт;
- ектопічна вагітність;
- захворювання трофобласта;
- 2. **Екстрагравідарні** (патологічні стани органів статевної системи жінки)



# Позаматкова (ектопічна) вагітність

це стан, при якому запліднене плідне яйце імплантується і розвивається поза порожниною матки.





# ОЗНАКИ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

- **КЛІНІКА РОЗРИВУ ТРУБИ.** Раптово виникають різкі болі в низу живота і в паху, які ірадіюють в плече, лопатку, пряму кишку. Часті симптоми: холодний піт, втрата свідомості.
- **1. Об'єктивний огляд.** Виявляють падіння артеріального тиску, слабкий частий пульс, блідість шкірних покривів і слизових оболонок. Живіт при пальпації хворобливий з боку розриву, симптом Щоткіна-Блюмберга слабопозитивний. Перкуторно - ознаки вільної рідини в черевній порожнині.
- **2. Бімануальне дослідження.** Матка трохи збільшена, м'якувата; більш рухлива, ніж зазвичай (плаваюча матка). Пастозність в області придатків матки. Заднє склепіння піхви сплющене або випнуте, різко болюче при пальпації (крик Дугласа). При спробі зміщення шийки матки допереду виникає різкий біль.



# ОЗНАКИ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

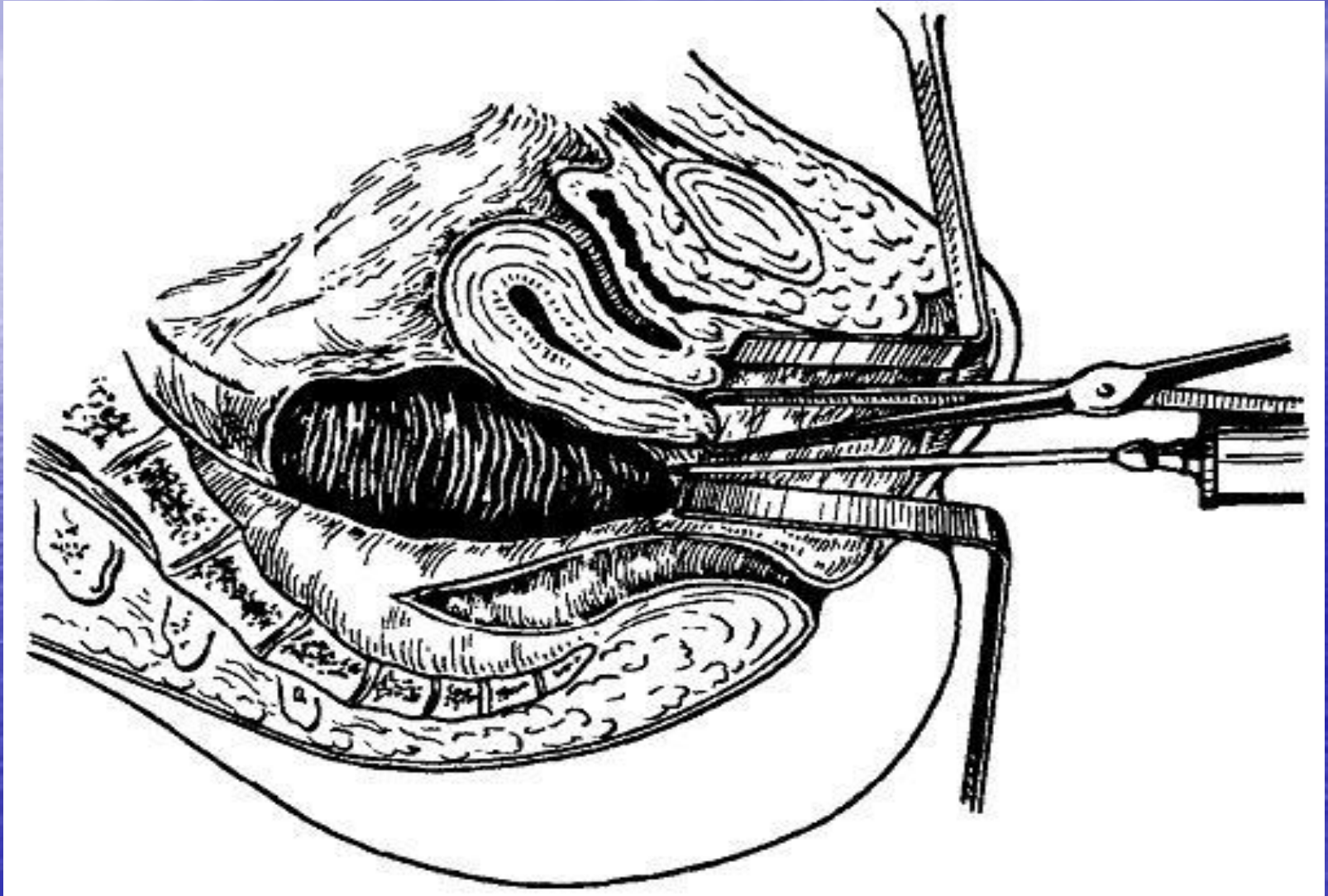
- **КЛІНІКА ТРУБНОГО АБОРТУ.** При перериванні вагітності за типом трубного аборту виникають болі у низу живота, з'являються кров'янисті виділення. Часто бувають короткочасні непритомні стани.
- **1. Бімануальне дослідження.** Матка м'якувата, злегка збільшена. Пальпується пухлиноподібне утворення в області одного з придатків, хворобливе при пальпації, непорушне. Хворобливість при зміщенні матки допереду і при пальпації заднього склепіння піхви виражені слабше, ніж при розриві труби. Нерідко з порожнини матки відбувається виділення децидуальної оболонки,
- **2. Під час гістологічного дослідження** децидуальної оболонки, яка виділилася або зіскрібка слизової оболонки тіла матки виявляють елементи децидуальної тканини без елементів хоріона.

# МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

- **Визначення рівня ХГЛ** в сироватці крові, в сечі.
- **УЗД органів малого тазу**
- **Трансвагінальне УЗД.**
- **Пункція прямокишково-маткового поглиблення** проводять для виявлення вільної крові в черевній порожнині при скаргах на гострий біль в низу живота у поєднанні з патологічною кровотечею, запамороченням або шоком.
- **Лапароскопія** дає можливість огляду маткових труб і яєчників, якщо діагноз викликає сумнів
- **Гістологічне дослідження ендометрію.** При вишкрібанні порожнини матки з приводу патологічної кровотечі (наприклад, при підозрі на самовільний аборт), отримання децидуальної тканини без ворсин хоріона в зразках ендометрія вказує на ектопічну вагітність.



# Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви



# ЛІКУВАННЯ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.

**Хірургічне лікування** із застосуванням лапаротомічного або лапароскопічного доступу

Операції, які застосовуються при перериванні трубної вагітності.

- 1. Сальпінгооварікоектомія.
- 2. Сальпінгектомія.

Операції, які застосовуються при прогресуючій трубній вагітності.

- 1. Видавлювання.
- 2. Сальпінгостомія.
- 3. Сегментарна резекція маткової труби.

Операції при черевній вагітності.

- Техніка операції при черевній вагітності залежить від локалізації плідного яйця. Зазвичай операція зводиться до видалення плодового яйця і подальшого гемостазу.



# КОНСЕРВАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.

- При наявності прогресуючої позаматкової вагітності невеликого терміну успішно застосовується метотрексат (антагоніст фолієвої кислоти). Ускладненням застосування метотрексату є гостра масивна кровотеча з місця локалізації вагітності через 1-2 тижні після відміни препарату.

## Реабілітація репродуктивної функції.

- Проводять заходи, спрямовані на відновлення прохідності труби.
- Проводять санаторно-курортне лікування.
- Проведення протизапальної терапії в післяопераційному періоді.
- При неможливості зачаття дитини природним шляхом можливе ЕКЗ.

# Кровотечі 2-ї половини вагітності

## Причини :

- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.



# ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛАЦЕНТИ

✓ **Передлежання плаценти** - ускладнення вагітності, при якій плацента розташовується в нижньому сегменті матки нижче передлежачої частини плода, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки. При фізіологічній вагітності нижній край плаценти не досягає 7 см до внутрішнього вічка.

## ✓ Класифікація

1. Повне передлежання - плацента повністю перекриває внутрішнє вічко.

2. Неповне передлежання - плацента частково перекриває внутрішнє вічко:

- бічне передлежання - внутрішнє вічко перекрите на 2/3 його площі;

- крайове передлежання - до внутрішнього вічка підходить край плаценти.

3. Низьке прикріплення плаценти - розташування плаценти в нижньому сегменті нижче 7 см від внутрішнього вічка без його перекриття.

У зв'язку з міграцією плаценти або її розростанням вид передлежання може змінюватися зі збільшенням терміну вагітності.





# Клінічні симптоми

- ✓ Патогномонічний симптом - **кровотеча, яка може періодично повторюватись** протягом терміну вагітності з 12 до 40 тижнів, виникає спонтанно або після фізичного навантаження, набуває загрозливого характеру :
  - з початком скорочень матки у будь-якому терміні вагітності;
  - не супроводжується болем;
  - не супроводжується підвищеним тонусом матки.
- ✓ Важкість стану визначається обсягом крововтрати :
  - при повному передлежанні - масивна;
  - при неповному - може варіюватися від невеликої до масивної.
- ✓ Анемізація як результат кровотеч, що повторюються.
- ✓ Частим є неправильне положення плода: косе, поперечне, тазове передлежання, неправильне вставлення голівки.
- ✓ Можливі передчасні пологи.



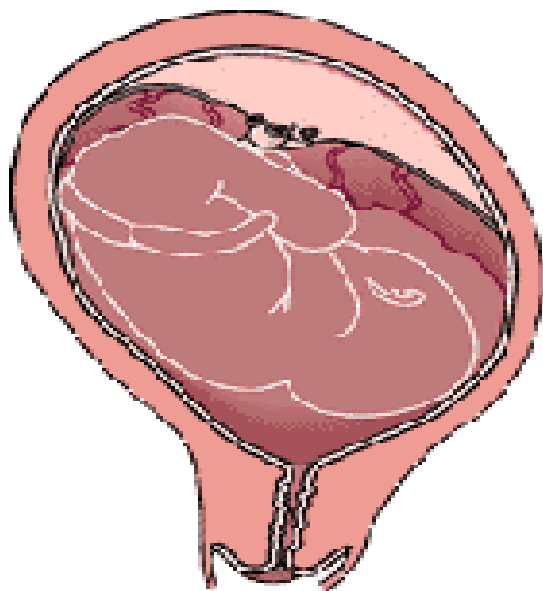
# Принципи ведення пацієнток з передлежанням плаценти :

- ✓ 1. У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легень плода при вагітності до 37 тижнів - вичікувальна тактика.
- ✓ 2. При припиненні кровотечі - УЗД, підготовка легень плода. Мета вичікувальної тактики - пролонгація вагітності до терміну життєздатності плода.
- ✓ 3. При прогресуючій кровотечі, яка стає неконтрольованою (більше 250 мл) і супроводжується симптомами геморагічного шоку, дистресом плода, незалежно від терміну вагітності, стану плода (живий, дистрес, мертвий) - термінове розродження.

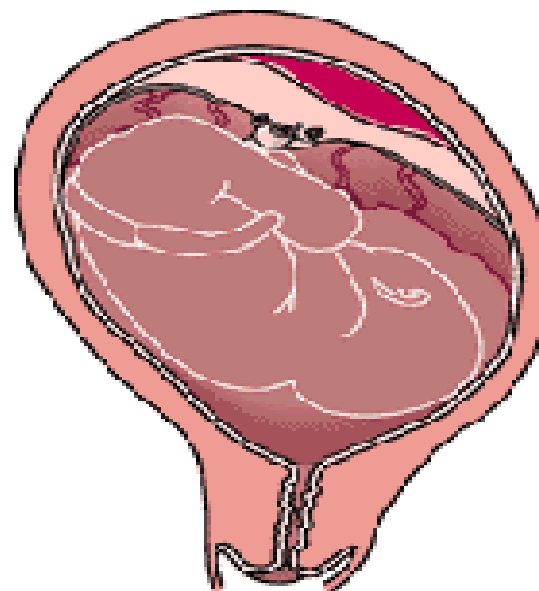
# ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

- ✓ Це відшарування плаценти, розташованої поза нижнього сегмента матки під час вагітності або в I-II періодах пологів.
- ✓ **Класифікація :**
  1. Повне відшарування (відшарування всієї плаценти).
  2. Часткове відшарування

**Норма**



**Отслойка плаценти**





# Фактори ризику

## 1. Сприятливі фактори :

- гестози, гіпертонічна хвороба;
- захворювання нирок;
- ізоімунний конфлікт між матір'ю і плодом;
- перерозтягнення матки (великий плід, багатоводдя, двійня);
- захворювання судинної системи;
- цукровий діабет;
- захворювання сполучної тканини;
- запальні процеси матки, плаценти;
- аномалії розвитку або пухлини матки.

## 2. Причини, що дозволяють

- Механічна або психічна травма
- Грубі акушерські маніпуляції
- Чрезмірно сильна пологова діяльність (ятрогенна)
- Непряма травма (коротка пуповина, запізнілий розрив плодових оболонок, відшарування плаценти 2-го плоду при двійні)

## 3. Причини пов'язані з перерозтягненням стінок матки (багатоводдя, багатоплідність, великий плід)

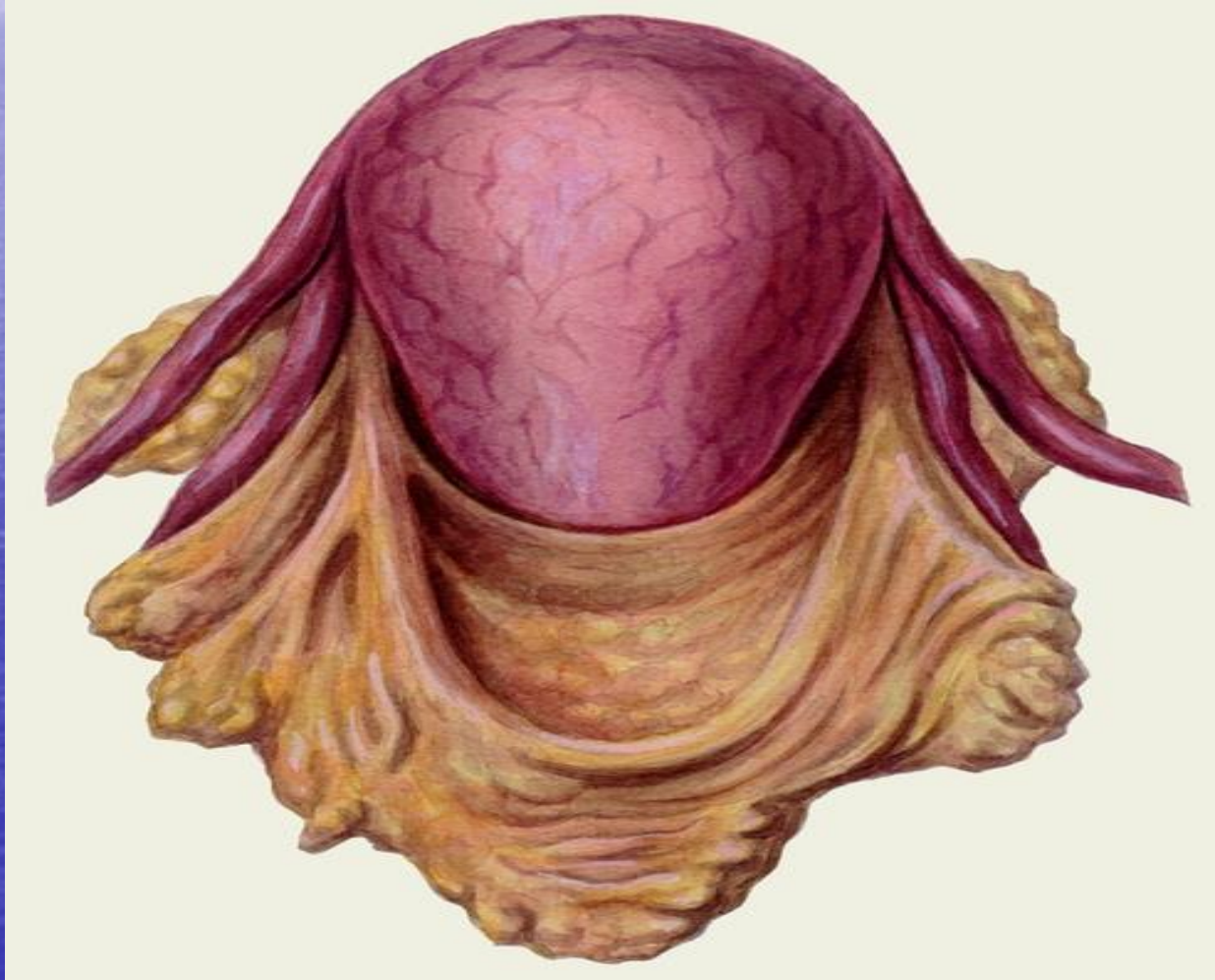
# Клінічні симптоми

## залежать від ступеня відшарування плаценти

1. **Больовий синдром** : гострий біль в проекції локалізації плаценти, який потім поширюється на всю матку і стає дифузним. Біль найбільш виражений при центральному відшаруванні і може бути невираженим при крайовому відшаруванні.
2. **Гіпертонус матки** до тетанії, який не знімається спазмолітиками, токолітиками.
3. **Кровотеча з піхви** може варіювати в залежності від ступеня тяжкості і характеру відшарування (крайове або центральне) від незначної до масивної. Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішня кровотеча може бути відсутня.



Матково-плацентарна апоплексія (матка Кувелера) при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти (масивні крововиливи в стінку матки, під очеревину).



# Діагностика

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

**2. Зовнішнє акушерське обстеження :**

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

**3. Внутрішнє акушерське обстеження :**

- напруженість плодового міхура;
- при відходженні навколоплідних вод - можливе їх забарвлення кров'ю;
- кровотеча різної інтенсивності із матки.

**4. УЗД** (ехонегативне вогнище між маткою і плацентою), але цей метод не може бути абсолютним діагностичним критерієм, так як гіпоехогенна зона може візуалізуватися у пацієток і без відшарування.



# Лікування

- 1. У разі прогресуючого передчасного відшарування плаценти під час вагітності або в першому періоді пологів, при появі симптомів геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності - термінове розродження шляхом кесаревого розтину. При наявності ознак матки Кувелера - екстирпація матки без додатків. При коагулопатіях - перев'язка внутрішніх клубових артерій.
- 2. Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому.
- 3. У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії для дозрівання легень плода) в закладах, де є цілодобове чергування кваліфікованих акушерів-гінекологів, анестезіологів, неонатологів. Проводять моніторне спостереження за станом вагітної та плода, КТГ, УЗД в динаміці.

# Кровотечі в III періоді пологів і післяпологовому періоді

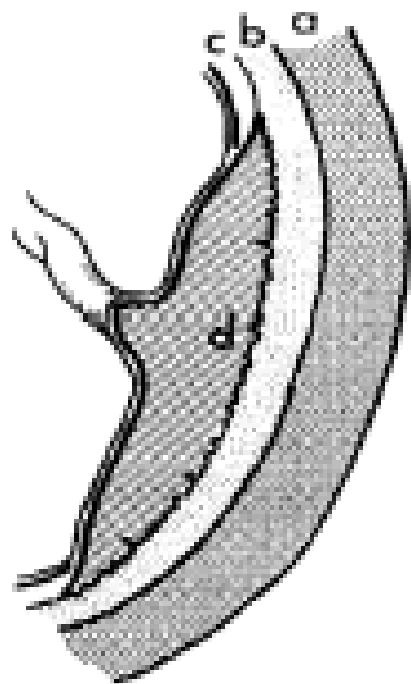
- ✓ Післяпологова кровотеча - це втрата крові 0,5% або більше від маси тіла після народження плода.
- 1. Кровотечі в третьому періоді пологів.
- 2. Первинні (ранні) післяпологові, які виникають в ранньому післяпологовому періоді або протягом 24 годин після пологів.
- 3. Вторинні (пізні) післяпологові кровотечі, які виникають після 24 годин і до 6 тижнів після пологів.
- ✓ Причини :
  - Порушення процесів відділення посліду або затримка його частин в матці;
  - Порушення скорочувальної функції матки;
  - Травматичні пошкодження м'яких пологових шляхів;
  - Порушення згортання крові.



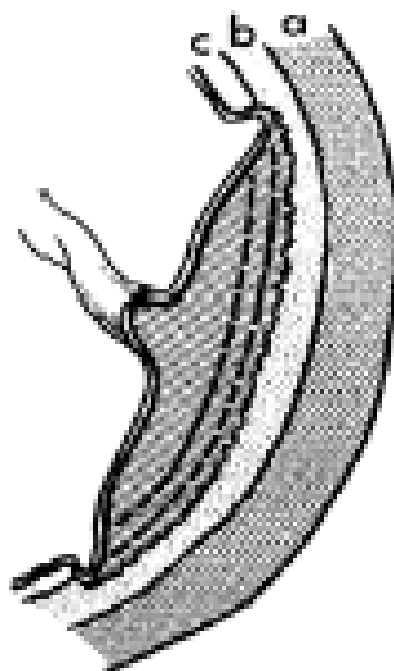
# Клінічні прояви :

- Відсутні ознаки відділення плаценти протягом 30 хвилин без значної крововтрати - патологія прикріплення або вrostання плаценти.
- Кровотеча починається відразу після відходження посліду - затримка частин плаценти або оболонок.
- Кровотеча розпочинається після народження дитини без відділення плаценти - защемлення, неповне вrostання плаценти.

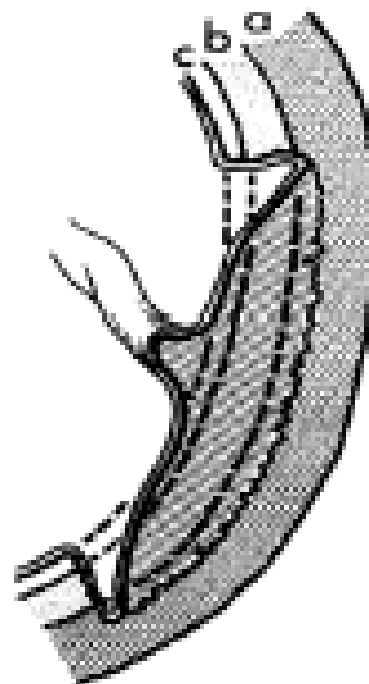
# Прикріплення плаценти



Норма



Placenta accreta



Placenta increta



Placenta percreta

Рис. 2. Аномальное прикрепление плаценты:  
a – миометрий; b – базальный слой децидуальной оболочки;  
c – спонгиозный слой децидуальной оболочки; d – плацента



# АЛГОРИТМ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ :

1. Катетеризація периферичної або центральної вени залежно від величини крововтрати та стану жінки.
2. Катетеризація сечового міхура.
3. Перевірка ознак відділення плаценти і виділення посліду ручними прийомами.
4. У разі защемлення посліду - зовнішній масаж матки, зовнішні прийоми видалення посліду
5. У разі затримки частин плаценти або оболонок - ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом.
6. У разі порушення механізму відокремлення плаценти та відсутності кровотечі - очікування протягом 30 хв, (у вагітних із групи ризику - 15 хв); ручне відділення плаценти і виділення посліду.
7. При появі кровотечі - термінове ручне відділення плаценти і виділення посліду під в / в наркозом.
8. Введення утеротонічних засобів - 10-20 ОД Окситоцин в / в на 400 мл фізіологічного розчину в / в крапельно.
9. За умови істинного прирощення або вrostання плаценти - лапаротомія, екстирпація матки без придатків.
10. Оцінка величини крововтрати та відновлення величини об'єму циркулюючої крові (ОЦК).

# Рання (первинна) післяпологова кровотеча

## Причини :

- гіпотонія або атонія матки (у 90% випадків);
- затримка частин плаценти або оболонок;
- травматичні ушкодження пологових шляхів;
- коагулопатична кровотеча;
- емболія навколоплідними водами;
- первинні захворювання крові.



**Гіпотонія (атонія) матки** – зниження (відсутність) скорочувальної функції матки на подразник.

Причини :

- порушення функціональної здатності міометрія (пізні гестози, ендокринопатії, соматичні захворювання, пухлини матки, рубець на матці, великий плід, багатоводдя, багатоплідна вагітність);
- перезбудження з наступним виснаженням функції міометрію (тривалі або затяжні пологи, оперативне закінчення пологів, застосування ліків, що знижують тонус міометрію-спазмолітиків, токолітиків);
- порушення скорочувальної функції міометрію внаслідок порушення біохімічних процесів кореляції нейрогуморальних факторів;
- порушення процесу прикріплення, відділення та виділення плаценти і посліду;
- ідіопатичні.



# Алгоритм надання медичної допомоги

1. Загальний огляд породіллі: оцінка величини крововтрати доступними методами; оцінка стану породіллі: скарги, АТ, частота пульсу, кольору шкіри і слизових оболонок, кількість сечі, наявність та стадія геморагічного шоку.
2. Термінове лабораторне обстеження :
  - визначення рівня гемоглобіну, гематокриту; коагулограма;
  - визначення групи крові і резус-фактора;
3. Катетеризація периферичної або центральної вени
4. Катетеризація сечового міхура.
5. Початок або продовження введення утеротоніків: 10-20 ОД окситоцину в / в на 400 мл фізіологічного розчину.
6. Проведення ручного обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом (оцінка цілісності стінок матки, особливо лівої стінки, видалення згустків крові або залишків плаценти чи оболонок).
7. Оглядпологових шляхів і відновлення їх цілісності.
8. Зовнішній масаж матки.
9. У разі продовження кровотечі додатково вводять 800 мкг мізопростанолу ректально.
10. Відновлення ОЦК і крововтрати.
11. У разі відновлення кровотечі і при величині крововтрати 1,5% і більш від маси тіла - оперативне лікування: екстирпація матки без додатків; за умови продовження кровотечі - перев'язка внутрішніх клубових артерій досвідченим фахівцем.
12. При підготовці до оперативного лікування з метою зменшення крововтрати - тимчасова бімануальна зовнішня чи внутрішня компресія матки.