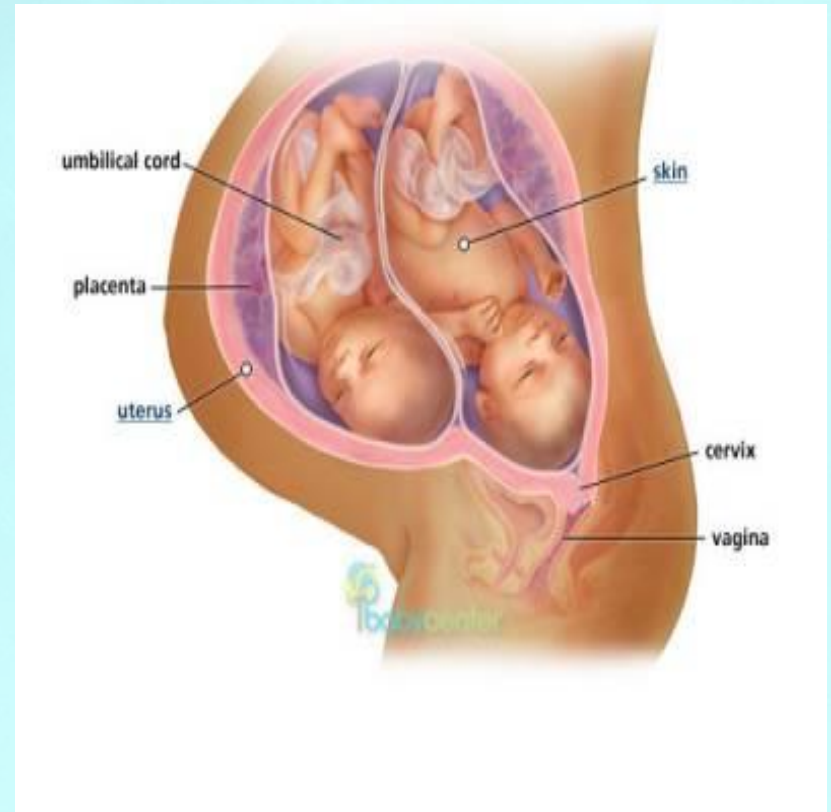




**БАГАТОПЛІДНА  
ВАГІТНІСТЬ**

**НЕВИНОШУВАННЯ ТА  
ПЕРЕНОШУВАННЯ  
ВАГІТНОСТІ**

- **Багатоплідною** називається вагітність, при якій в організмі жінки розвиваються два і більше плодів.
- Частота багатоплідної вагітності становить 0,5 - 1,7% випадків.

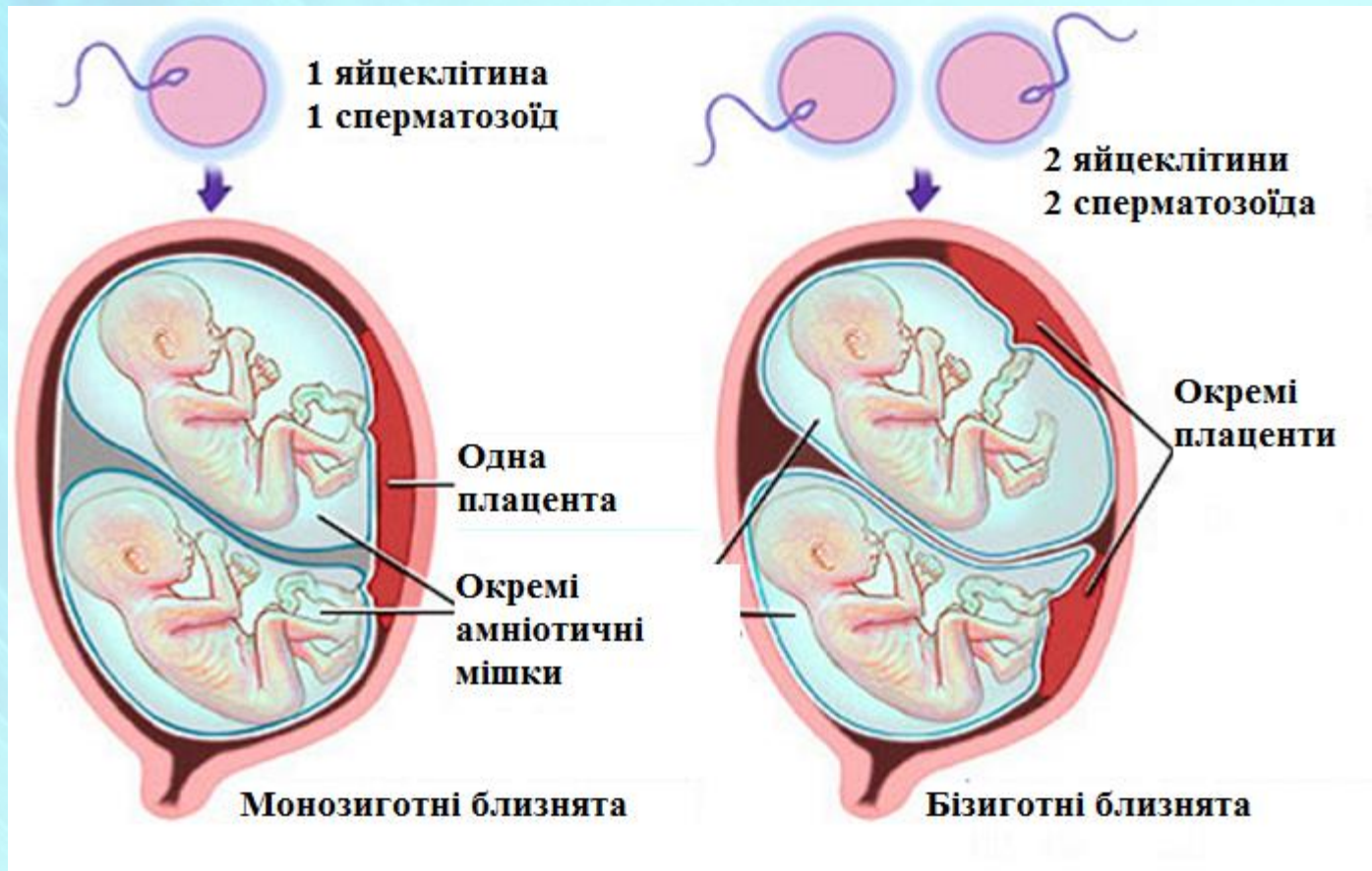


# Фактори, що сприяють багатоплідної вагітності:

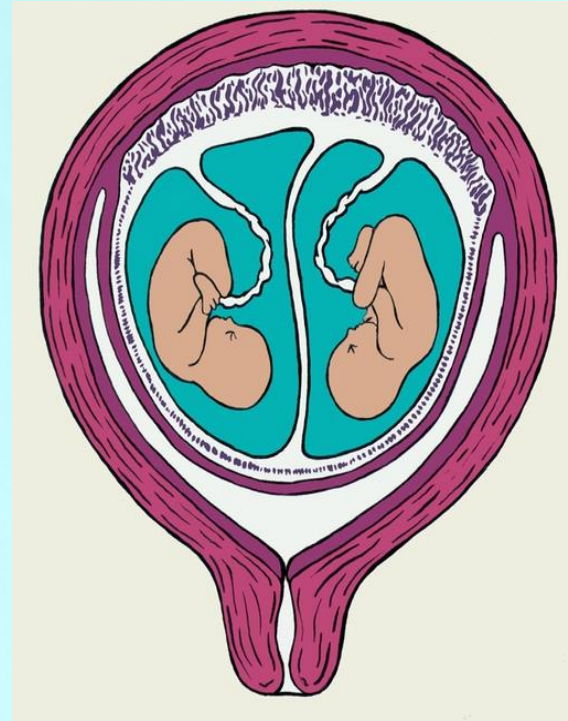
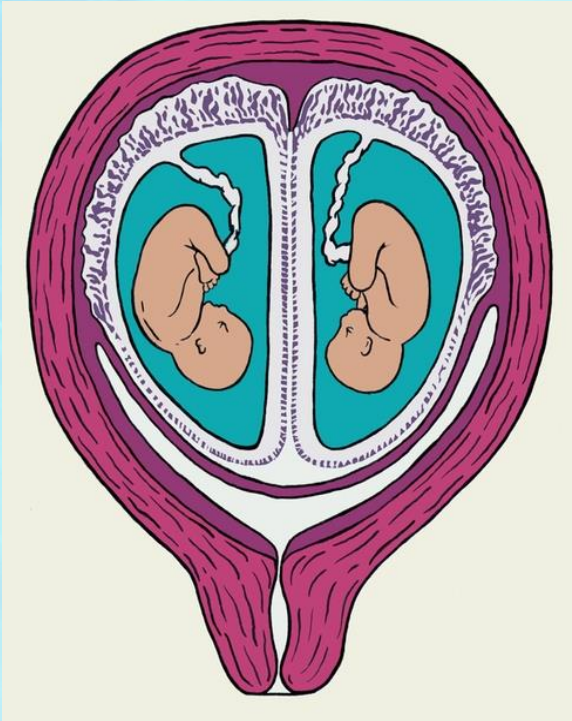
- вік матері старше 35 років;
- спадковий фактор (за материнською лінією);
- аномалії розвитку матки (подвоєння);
- настання вагітності після припинення прийому оральних контрацептивів;
- при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій (ЕКЗ).

# Розрізняють такі типи близнят:

- бізиготні(гетерологічні);
- монозиготні (гомологічні, ідентичні).



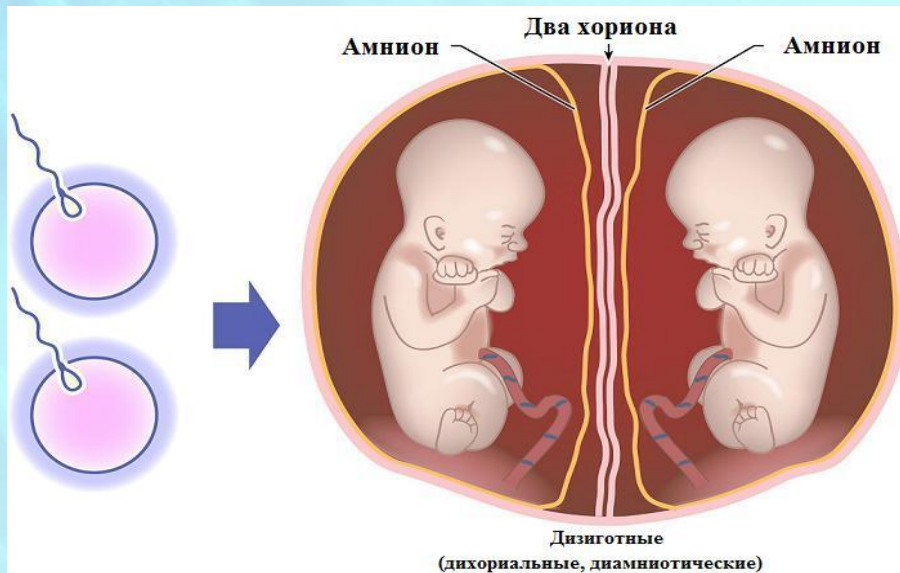
# Типи плацентації при багатоплідній вагітності:



- біхоріальна, біамніотична;
- монохоріальна, біамніотична;
- монохоріальна, моноамніотична.

# Бізіготні двійні

- в 70 % випадків є результатом запліднення двох яйцеклітин;
- бізіготні близнюки можуть бути одно- чи різностатевими і характеризуються дихоріальним та діамніотичним типом плацентації;
- у таких випадках формуються дві плаценти, а міжплодова перетинка розділена чотирма оболонками — амніотичною, хоріальною, хоріальною та амніотичною.



- Причиною утворення бізиготної двійні є надмірна гонадотропна активність гіпофіза з акцентом на продукції фолітропіну, в результаті чого дозріває кілька фолікулів, тобто формується феномен поліовуляції. Така ситуація найчастіше виникає при стимуляції овуляції у разі застосування допоміжних репродуктивних технологій.
- Окрім цього виділяють генетичний фактор розвитку бізиготних близнюків (успадкування за рецесивним типом).
- Гіпотетично існує ймовірність запліднення двох яйцеклітин різних овуляційних періодів, тобто настання нової вагітності на тлі вже існуючої (**суперфетація**), і виникнення багатоплідної вагітності з яйцеклітин одного овуляційного періоду, але запліднених різними статевими партнерами (**суперфекундація**).

# Монозиготні двійні

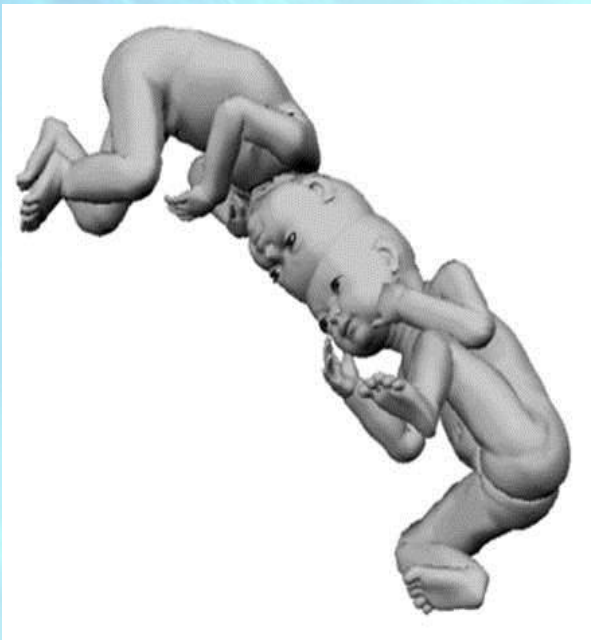
- розвиваються з одного плодового яйця;
- поділ заплідненої яйцеклітини відбувається внаслідок запізнилої імплантації; ця концепція підтверджує і високу частоту аномалій та вад розвитку серед монозиготних близнюків;
- причиною поліембріонії є механічне роз'єднання бластомерів на ранніх стадіях поділу при порушеній імплантації в результаті охолодження, порушення кислотного складу навколишнього середовища, дефіциту кисню, впливу різного роду факторів агресії.

- **Монозиготна двійня** може бути наслідком запліднення яйцеклітини, що має два ядра і більше, з якими з'єднується ядерна речовина сперматозоїда;
- якщо сепарація плодового яйця відбувається в перші 3-4 дні, тобто до формування ембріобласта, то утворяться два хоріони і два амніони (біамніотична біхоріальна монозиготна двійня);
- якщо поділ відбувається на 6-8-й день, тобто на етапі бластоцисти, коли вже ембріобласт сформований, утворюються дві амніотичні й одна загальна хоріальна оболонки (біамніотична монохоріальна монозиготна двійня).

- **МОНОЗИГОТНІ ДВІЙНІ** – одностатеві, мають однакову групу крові, однаковий колір очей, волосся, шкірний малюнок подушечок пальців, однакові захворювання одночасно.



- При **монохоріальній моноамніотичній** двійні необхідно пам'ятати про можливість зрощення близнюків.
- Прогноз залежить від місця і площі зрощення (краніопаги, торагопаги, ісхіопаги та ін.) і наявності супутніх вад розвитку.



# Ультразвукова діагностика зрощених близнюків ґрунтується на таких критеріях:

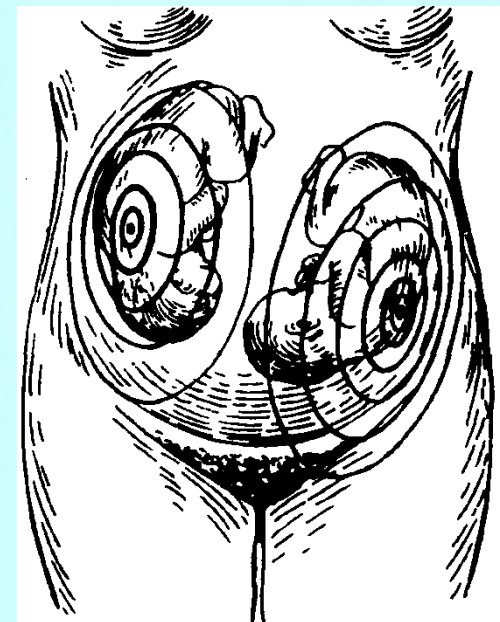
- відсутність амніотичної перегородки;
- наявність однієї плаценти;
- наявність більше трьох судин у пуповині;
- неможливість відокремлено візуалізувати плоди в місці їх зрощення незалежно від площини сканування;
- визначення симетричних частин тіла близнюків та їх синхронних рухів;
- виявлення природжених вад розвитку;
- збереження фіксованого взаємного розташування плодів при зміні положення тіла вагітної.

- настання вагітності **трійнею** і т. д. може мати змішаний характер, тобто має місце поєднання моно- і бізиготних близнюків;
- у таких випадках стверджувати про зиготність можна тільки на підставі результатів ретельного дослідження крові немовлят;
- відмінності зиготності близнюків визначаються статтю, масою тіла, кількістю плацент, їхньою будовою і проляганням судин у них, кількістю оболонок, що відокремлюють плодовмістилище, групою крові, резус-належністю та іншими факторами.



# Діагностика багатоплідної вагітності

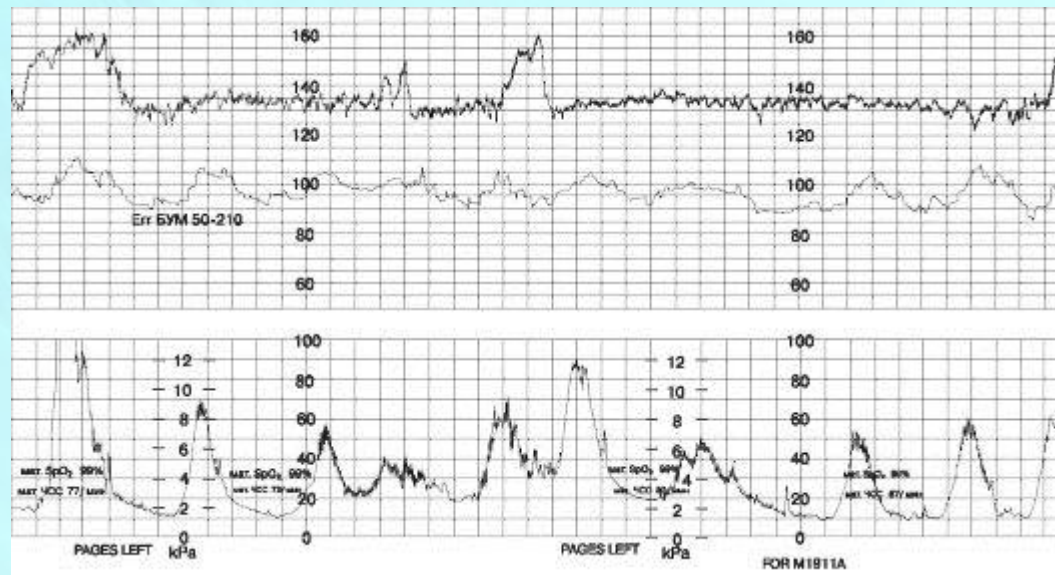
- анамнестичні дані (гормональна контрацепція, ЕКЗ);
- розміри матки перевищують гестаційну норму;
- зовнішнє акушерське дослідження (пальпується більше двох великих частин плода і багато дрібних);
- аускультация серцевих тонів плода в двох місцях одночасно з німою зоною між точками вислуховування;
- УЗД.



- **Анамнез.** Велике значення мають наявність у вагітної чи в її найближчих родичів по лінії батька або матері випадків багатоплідної вагітності, а також інформація про використання напередодні настання вагітності стимуляції овуляції чи допоміжних репродуктивних технологій;
- **Клінічне обстеження.** На ранніх етапах гестації (I триместр) про можливу багатоплідну вагітність свідчить невідповідність розмірів матки гестаційному терміну. Однак до цього клінічного симптому варто ставитися критично (міхуровий занос, міома матки та ін.);
- Для II триместру вагітності характерний симптом стрибка, тобто інтенсивніше збільшення розмірів матки, ніж при одноплідній вагітності. Висота стояння дна матки над лобком, як правило, перевищує аналогічні показники при одноплідній вагітності на 2-5 см;
- У III триместрі вагітності темп збільшення висоти стояння дна матки сповільнюється.

- **Окружність живота** зазвичай перевищує аналогічний показник при одноплідній вагітності, проте має відносне діагностичне значення і вимагає проведення диференційної діагностики з вагітністю великим плодом, багатоводдям, міхуровим заносом, міомою матки тощо.
- **Зовнішнє акушерське дослідження** дає змогу визначити в матці три (і більше) великі частини плодів (дві голівки, дві тазові частини) і велику кількість дрібних частин.
- Діагностичною ознакою багатоплідності є низьке розташування частини, що передлежить, в поєднанні з високим стоянням дна матки і невеликими розмірами голівки плода.

- Важливе значення в діагностиці має виявлення при аускультації двох зон вираженого серцебиття плодів у різних відділах матки, особливо на тлі різної частоти серцебиття, а зони вислуховування серцевої діяльності розділені “німою” зоною. Іноді відзначають поглиблення в середині дна матки, зумовлене випинанням маткових кутів під впливом великих частин плодів.
- При використанні кардіомоніторів серцеву діяльність плодів реєструють одночасно.



- Центральне місце в діагностиці багатоплідної вагітності займає **ультрасонографія**.
- Поліембріонію в порожнині матки виявляють уже з 3-4-го тижня вагітності, на 5-6-му тижні ембріони візуалізуються досить чітко.



- при ультразвуковому скануванні в III триместрі вагітності надзвичайно важливо визначити положення плодів і тип передлежання для вироблення адекватної тактики розродження;
- одним із завдань ультрасонографії є визначення типу хоріальності і зиготності. У цьому аспекті мають значення візуалізація перегородки між плодовмістилицями і локалізацію плацент – відсутність перегородки дає всі підстави говорити про моноамніотичну вагітність, що становить високий ризик при пологах.



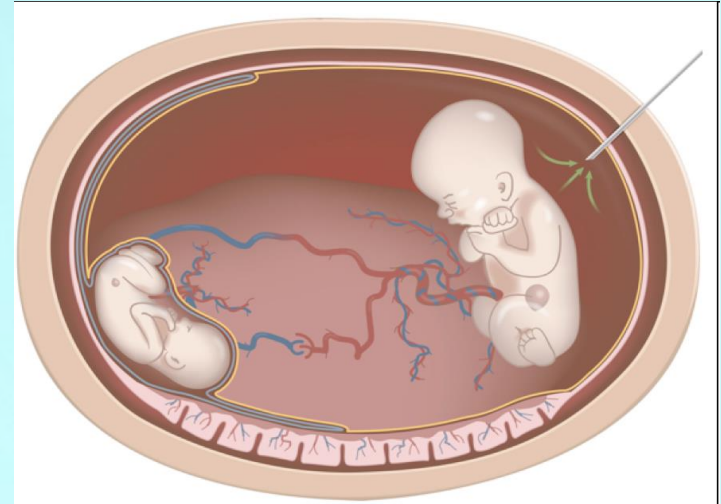
- **Розрізняють два типи розвитку близнюків:**
  - ✓ фізіологічний (рівномірний);
  - ✓ дисоційований (нерівномірний).
  
- **Критеріями дисоційованого розвитку близнюків є:**
  - ✓ розбіжності в масі тіла понад 10—15%;
  - ✓ понад 6 мм — у значеннях біпаріетального розміру (БПР);
  - ✓ більше ніж 5 мм — у показниках довжини стегнової кістки;
  - ✓ 20 мм — у показниках окружності живота;
  - ✓ при народженні плодів про дисоційований розвиток свідчить різниця в масі тіла понад 500 г.

# Особливості перебігу багатоплідної вагітності:

- невиношування (мимовільні аборти і передчасні пологи);
- анемія;
- гестози (підвищення артеріального тиску, набряки, протеїнурія, пов'язані з вагітністю);
- передлежання і передчасне відшарування плаценти);
- плацентарна недостатність;
- затримка внутрішньоутробного розвитку плодів;
- синдром фето-фетальної трансфузії;
- аномалії розвитку плодів.

# Синдром фето-фетальної гемотрансфузії

- зустрічається у монохоріальних близнюків;
- характеризується утворенням анастомозів в плаценті, завдяки яким кров здатна перетікати від одного плоду до іншого, викликаючи диспропорцію в її обсягах; в залежності від напрямку струму крові, один з плодів стає «донором», другий - «реципієнтом»;



- відтік крові від «донора» зменшує його загальний циркулюючий обсяг, призводить до гіпоксії тканин, затримки внутрішньоутробного розвитку, зниження вироблення сечі, в зв'язку з ураженням нирок і як наслідок - маловоддя, що перешкоджає нормальному дозріванню легеневої тканини;
- обсяг крові «реципієнта» різко зростає, що підвищує навантаження на його серце і нирки, приводячи до серцевої недостатності і багатоводдя.



- **Ультразвукова діагностика** трансфузійного синдрому можлива з 20-го тижня вагітності.
- **Ультразвукові ознаки трансфузійного синдрому:**
  - ✓ багатоводдя і розширення сечового міхура в плода-реципієнта,
  - ✓ маловоддя з невеликим об'ємом сечового міхура в плода-донора.
- Серед **методів лікування** тяжкого трансфузійного синдрому виділяють найефективніший — ендоскопічну лазерну коагуляцію анастомозивних судин плаценти під контролем УЗД. Можна використовувати амніоцентез з евакуацією надлишкової кількості амніотичної рідини (амніотичний дренаж) чи кордоцентез плода-реципієнта з реінфузією крові близнюку-донору.



- Патолофізіологічним підґрунтям **синдрому зворотної артеріальної перфузії (акардії)** є перфузійні судинні порушення, у результаті чого близнюк-реципієнт розвивається за рахунок пуповинних судинних анастомозів плода-донора. У такій ситуації більшою мірою страждає плід-реципієнт, у якого виникають несумісні з життям аномалії розвитку (рудиментарне серце, аненцефалія).
- При синдромі зворотної артеріальної перфузії тактика ведення вагітності очікувальна, включає проведення редукції (фетоциду) плода-реципієнта і лігування його пуповини.

# Ведення багатоплідної вагітності

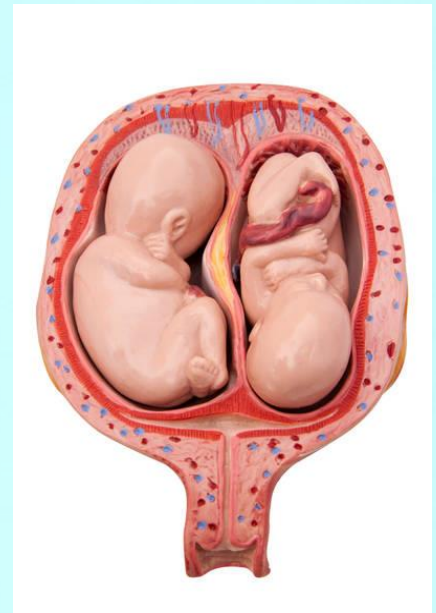
- рання діагностика багатопліддя;
- повноцінне збалансоване харчування;
- з огляду на високий ризик розвитку анемії, доцільно призначення заліза і фолієвої кислоти;
- профілактика невиношування в ранніх термінах вагітності;
- на початку III триместру, з метою запобігання передчасних пологів і профілактики РДС новонародженого - призначення бета-адреноміметиків в комбінації з кортикостероїдами;



- контроль функції нирок і серцево-судинної системи, показників коагулограми та кількості тромбоцитів;
- ретельний контроль стану фетоплацентарного комплексу шляхом динамічного ультразвукового сканування (з 32 тижня кожні 10 днів), доплерометричного дослідження і КТГ;
- в разі неускладненого перебігу вагітності - допологова госпіталізація за 2-3 тижні до передбачуваного терміну пологів;
- оптимальний термін розродження - 37 тижнів вагітності.

# Ведення пологів при багатоплідній вагітності

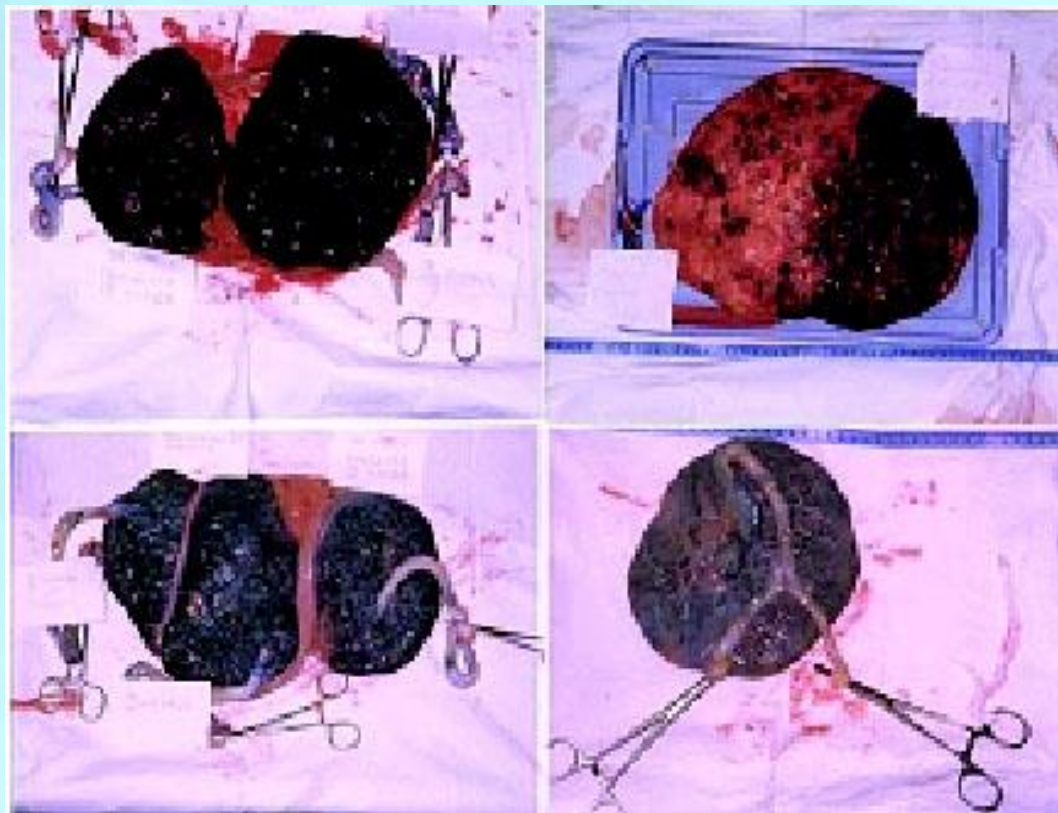
- при головному передлежанні обох плодів пологи проводять через природні пологові шляхи;
- при головному передлежанні першого плода і тазовому передлежанні другого пологи також проводять через природні пологові шляхи з витяганням другого плода за тазовий кінець;
- при поперечному положенні другого плода або неправильному вставлянні голівки здійснюють поворот на ніжку з подальшим його витяганням;



- при монохоріальній двійні, враховуючи часте порушення пуповинного кровообігу, оптимальним методом розродження вважається кесарів розтин;
- при вагітності трьома і більше плодами перевага також віддається кесаревому розтину;

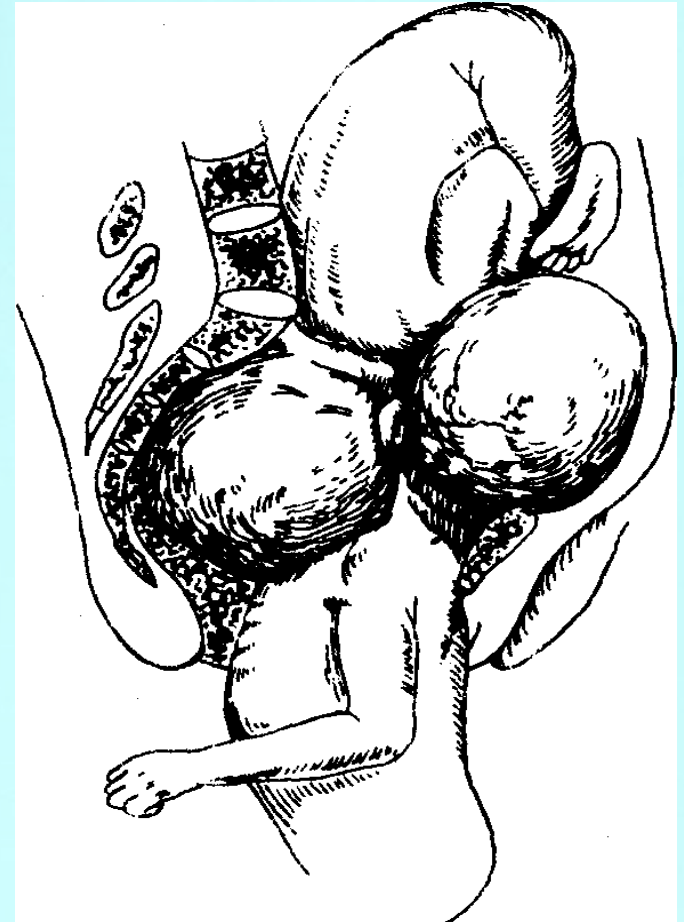


- перевагу кесаревому розтину також віддають при слабкості пологової діяльності, випаданні дрібних частин тіла плода і петель пуповини, гострого дистресу одного з плодів;
- після народження першого плода необхідно лігувати не тільки плодовий, але і материнський кінець пуповини, тому що до народження другого плода не завжди вдається визначити тип зиготності близнюків;
- третій період пологів і ранній післяпологовий період може ускладнитися гіпотонічною кровотечею.



# Ускладнення пологів при багатоплідній вагітності:

- первинна і вторинна слабкість пологової діяльності;
- неправильні положення плодів;
- передчасне вилиття навколоплідних вод;
- випадання петель пуповини і дрібних частин плода;
- передчасне відшарування плаценти;
- колізія плодів.



- Ведення третього періоду пологів і раннього післяпологового періоду вимагає особливої уваги до роділлі у зв'язку із загрозою розвитку гіпотонічної маткової кровотечі;
- наприкінці другого періоду пологів і в післяпологовий період потрібно проводити інфузійну терапію окситоцином, а після народження посліду ретельно стежити за станом породіллі, матковим тонусом, характером виділень з матки. З профілактичною метою можна ввести ректально 800 мг мізопростолу.

- У післяпологовий період для профілактики субінволюції матки призначають утеротонічні засоби.
- У зв'язку з вираженим перерозтягненням передньої черевної стінки в ранній післяпологовий період рекомендують гімнастичні вправи, щоб зміцнити черевні м'язи і м'язи тазового дна.
- Новонароджені близнюки за рахунок недоношеності, незрілості і низької маси тіла потребують ретельного спостереження і догляду в спеціалізованих відділеннях.



# НЕВИНОШУВАННЯ ТА ПЕРЕНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ



# Невиношування вагітності

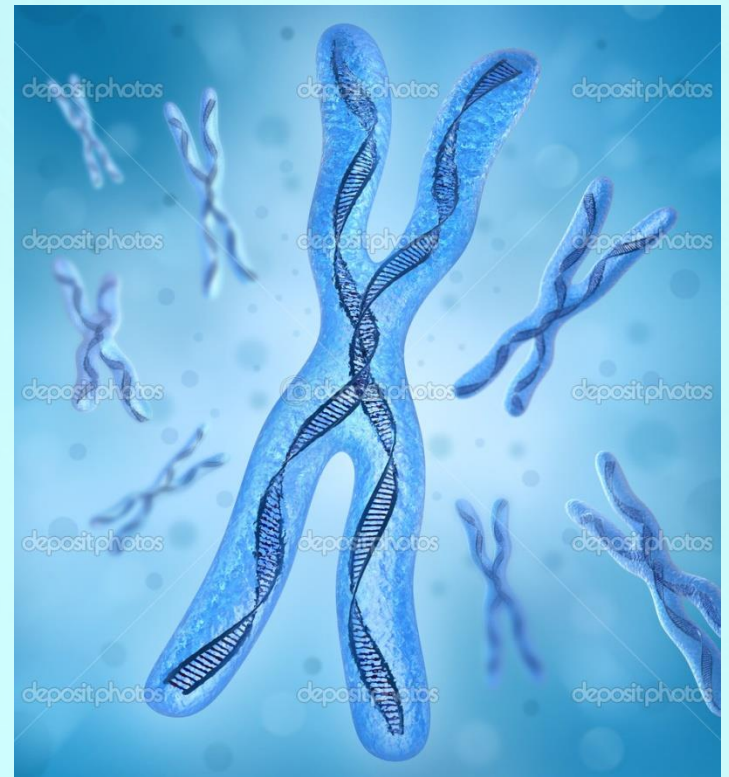
- **це мимовільне (спонтанне) переривання вагітності :**
  - ✓ до 12 тижнів - ранній мимовільний аборт;
  - ✓ 13-22 тижнів - пізній мимовільний аборт;
  - ✓ 23-37 тижнів - передчасні пологи.
- якщо переривання вагітності відбувається більш двох разів, його називають **звичним невиношуванням**.

# Фактори, що призводять до невиношування:

- генетичні фактори та хромосомні аномалії;
- ендокринна патологія;
- інфекційні чинники;
- патологія матки;
- імунологічні порушення;
- патологія вагітності;
- екстрагенітальні захворювання вагітної.

# Генетичні чинники і хромосомні аномалії

- призводять до затримки розвитку, загибелі ембріона і викидня в ранні терміни вагітності.



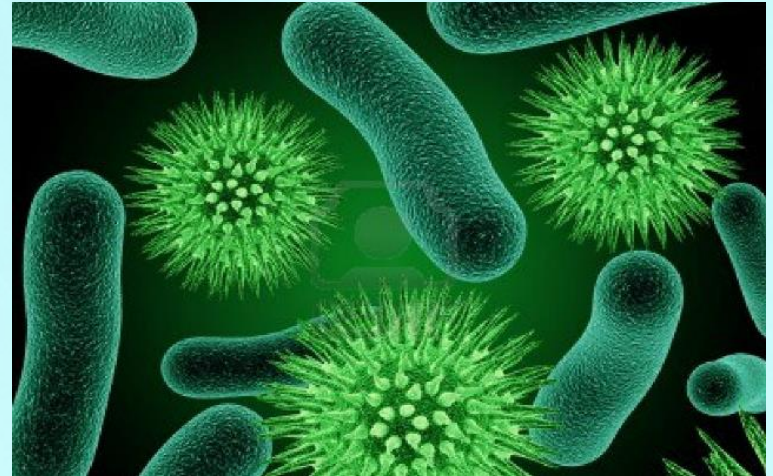
# Ендокринна патологія

- в етіології невиношування найбільше значення мають гормональні порушення і перш за все гормональна недостатність яєчників і плаценти.



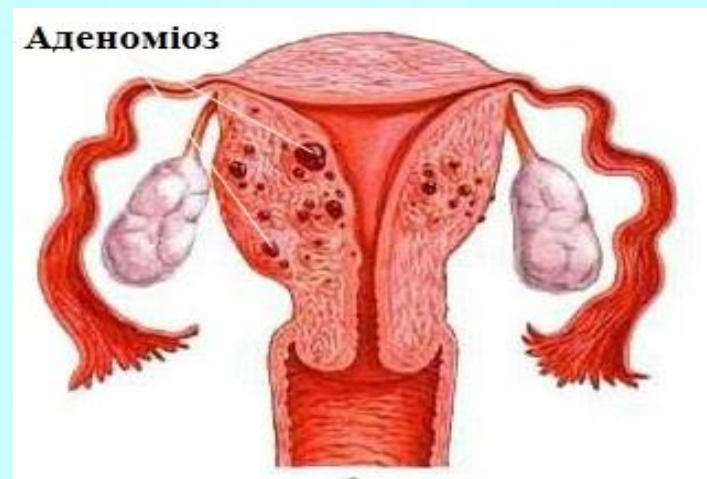
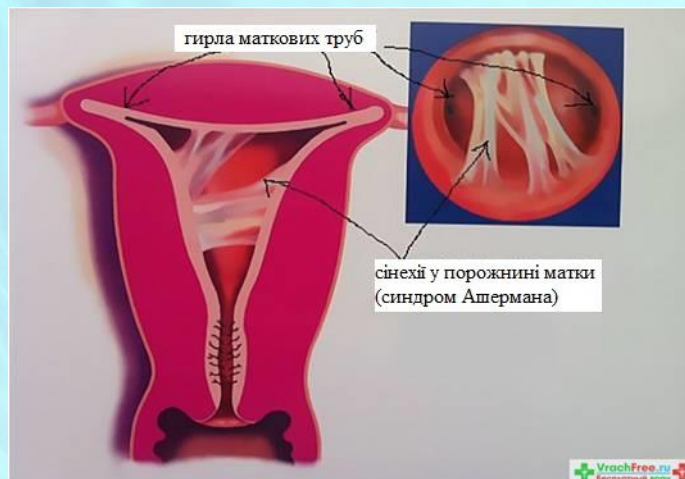
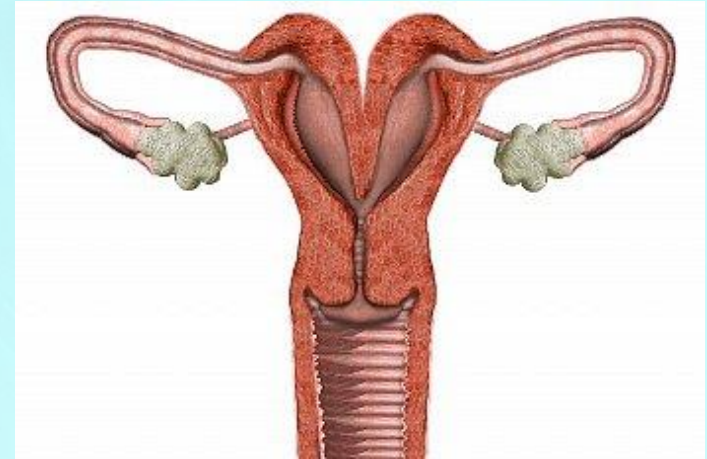
# Інфекційні чинники

- до них відносяться гострі і хронічні інфекційні захворювання матері, а також місцеві ураження статевих органів, викликані бактеріальною флорою, мікоплазмами, хламідіями, токсоплазмами, вірусами, грибами та ін.



# Патологія матки

- до неї відносяться:
  - ✓ аномалії розвитку статевих органів,
  - ✓ синехії в порожнині матки,
  - ✓ істміко-цервікальна недостатність,
  - ✓ гіпоплазія матки,
  - ✓ аденоміоз.



# Імунологічні порушення

- доведено участь аутоімунних (антифосфоліпідний синдром) і аллоімунних процесів (ізоантігенна несумісність крові вагітної і плода за резус-фактором і системою АВ0, сенсibiliзація за фетальними антигенами та ін.) в розвитку мимовільного аборту.



# Патологія вагітності

- ранній і пізній гестоз;
- неправильні положення плода;
- аномалії прикріплення і розвитку плаценти, її передчасне відшарування;
- багатоплідність;
- багатоводдя;
- маловоддя.



# Екстрагенітальні захворювання

- у вагітних з екстрагенітальною патологією адаптаційні можливості організму значно нижче, ніж у здорових жінок, тому частота передчасного переривання вагітності у них набагато вище.



# Критичні періоди ембріогенезу

- **Критичним періодом** називають період розвитку, який характеризується підвищеною чутливістю ембріона до шкідливої дії різних чинників - механічного, фізичного, хімічного та ін.
- Розрізняють три основні критичні періоди:
  - I** – 1-2-й тиждень гестації (період імплантації). Ефект шкідливого чинника реалізується частіше загибеллю зародка. Шкідливі фактори здійснюють ембріотоксичну дію.
  - II** – 6-8-й тиждень гестації (період органогенезу). Шкідливі фактори здійснюють тератогенну дію.
  - III** – 11-13-й тиждень вагітності, коли формується фето-плацентарний комплекс (період плацентації).
- До критичних періодів фетального розвитку також відносяться 15-20-й тиждень вагітності (швидке збільшення головного мозку) і 20-24-й тиждень (формування основних функціональних систем організму).

# Патогенетично розрізняють 4 варіанти переривання вагітності:

- за типом відшарування плодового яйця (в I і на початку II триместру);
- за типом пологів (II і III триместри);
- за типом пологів, проте з коротшою тривалістю їх при ІЦН (II і III триместри);
- аборт, що відбувся, при первинній загибелі плоду (в будь-якому терміні вагітності).

# Класифікація мимовільних абортів

1. Загрозливий аборт (abortus imminens).
  2. Аборт, що розпочався (abortus incipiens).
  3. Аборт в ходу (abortus progrediens).
  4. Неповний аборт (abortus incompletus),
  5. Повний аборт (abortus completus).
- крім того, виділяють **аборт, що не відбувся** (missed abortion);
  - в деяких класифікаціях відсутня стадія аборту, що розпочався (наказ МОЗ України № 624 від 03.08.2008 р.)

# Загрозливий аборт

- **скарги:** ниючі болі внизу живота і/або крижовій області; відчуття тиску на сечовий міхур, пряму кишку, піхву; іноді незначні темні кров'яністі виділення;
- **об'єктивно:** посилення скорочувальної здатності матки, підвищення її тонусу; зниження базальної температури тіла в I триместрі; розм'якшення, вкорочення шийки матки;
- **ехографічні ознаки:** локальне потовщення міометрію у вигляді валика, що виступає в порожнину матки; деформація контурів плідного яйця; ділянки відшарування хоріона або плаценти.



# Аборт, що розпочався

- **клінічно** проявляється сильним болем внизу живота і в області крижів, почастішанням сечовипускання, дефекації, кров'яними виділеннями;
- **об'єктивно:** підвищення тонусу матки, її болючість, розміри матки відповідають терміну вагітності, зниження базальної температури тіла;
- **бімануально:** вкорочення шийки матки, незначне розкриття зовнішнього маточного вічка;
- **ехографічні ознаки:** підвищення тонусу міометрію, часткове відшарування плодового яйця (плаценти); подальше скорочення і розкриття шийки матки.



# Аборт «в ходу»

- супроводжується сильним переймоподібним болем внизу живота, рясними кров'яними виділеннями;
- **бімануально:** канал шийки матки розкритий, плодове яйце частково у каналі шийки матки або в піхві;
- **ехографічні ознаки:** повне або майже повне відшарування плодового яйця (до 12 тижнів); наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).



# Аборт неповний і повний

- якщо частина плодового яйця вийшла з порожнини матки, а в порожнині матки виявляють його залишки, такий аборт називається **неповним**;
- провідним симптомом даного етапу є кровотеча різного ступеня вираженості;
- при **повному аборті** плодове яйце повністю відшаровується від стінки матки, в її порожнині можуть залишатися лише залишки децидуальної оболонки; подібна форма аборту зустрічається вкрай рідко і діагностується зазвичай в кінці II триместру вагітності.



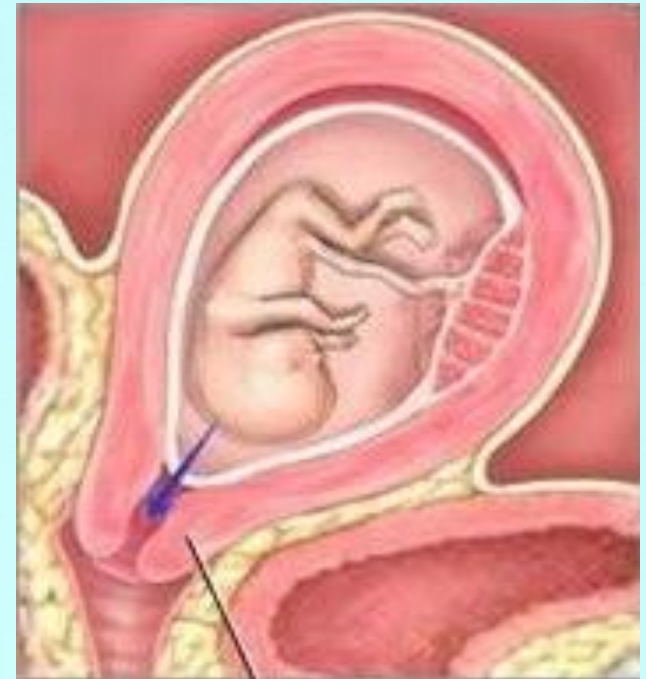
# Аборт, що не відбувся

- припиняється розвиток вагітності із затримкою плодового яйця в матці;
- **скарги:** зникнення суб'єктивних ознак вагітності, підвищення температури тіла, іноді - поява кров'яних виділень;
- **бімануально:** розміри матки не відповідають терміну вагітності, шийка матки сформована, зовнішнє маткове вічко закрите;
- **діагностика:** УЗД, кольпоцитологічне, гормональне і клінічне дослідження.



# Істміко-цервікальна недостатність

- переривання вагітності відбувається найчастіше на 16-24 тижні вагітності;
- клінічна картина мало виражена: біль часто відсутня, відчуваються тільки тяжкість і тиснення внизу живота і на пряму кишку;
- при обстеженні в дзеркалах візуалізується плодовий міхур, що пролабує з зовнішнього маточного вічка; в разі подальшого відшарування плодового яйця з'являються сукровичні виділення, розривається плодовий міхур, народжуються плід і плацента.



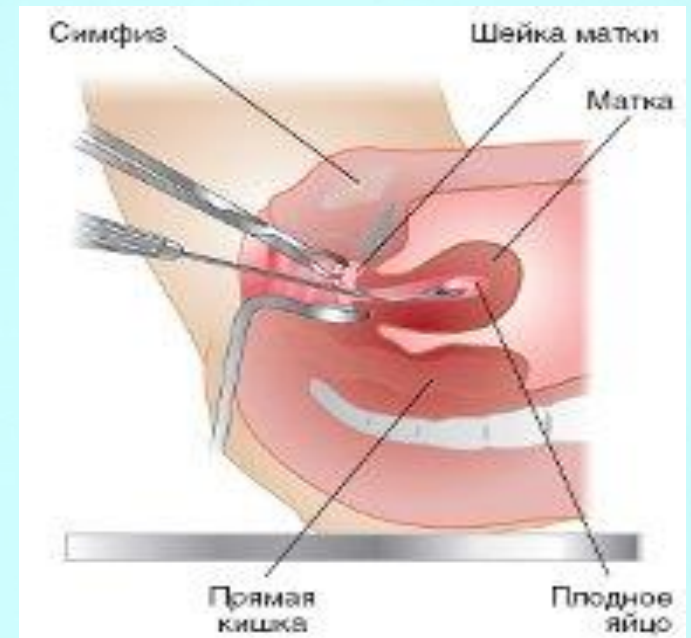
# Антифосфоліпідний синдром

- Це група аутоімунних порушень, що характеризується значною кількістю антитіл до містяться в плазмі крові фосфоліпідів (антифосфоліпідні антитіла), а також до пов'язаних з цими фосфоліпідами глікопротеїну.
- АФС призводить до:
  - ✓ вагітності, що не розвивається;
  - ✓ затримки внутрішньоутробного росту плода;
  - ✓ загибелі плоду в II і III триместрах;
  - ✓ У I триместрі вагітності антифосфоліпідні антитіла можуть здійснювати прямий шкідливий вплив на плодове яйце з подальшим спонтанним перериванням вагітності.

- З ранніх термінів вагітності відзначається підвищення функціональної активності тромбоцитів, знижуються білковосінтезуюча і гормональна функції плаценти.
- При відсутності відповідного лікування приєднується підвищення активності системи згортання крові. При цьому виникають тромбози в судинах плаценти, розвиваються плацентарна недостатність, хронічний дистрес і нерідко загибель плода внаслідок нестачі кисню.

# Лікування невиношування вагітності

- консервативна терапія проводиться при загрозовому аборті і аборті, що почався; в інших випадках показано інструментальне видалення плідного яйця або його залишків.



# Схема лікування включає:

- повноцінне, збалансоване, вітамінізоване харчування;
- постільний режим;
- немедикаментозні методи лікування;
- призначення лікарських засобів, що знижують психоемоційні порушення і розслаблюють м'язи тіла матки.

# **У комплекс лікувальних заходів входять:**

- госпіталізація при наявності симптомів загрози мимовільного аборту, а також вагітних з групи ризику в критичні періоди вагітності і напередодні терміну, в якому відбулось переривання попередньої вагітності.

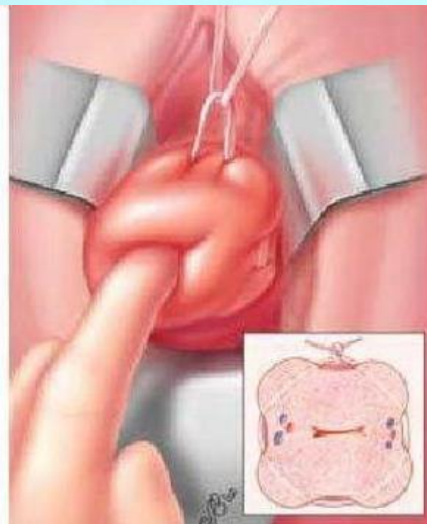
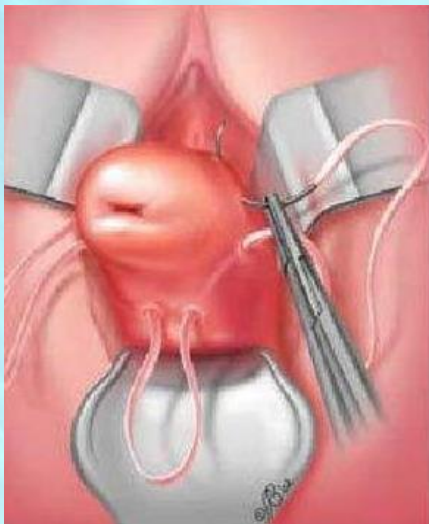


- нормалізація нервово-психічного статусу шляхом призначення седативних засобів (настоянки валеріани, ново-пассіта, персену); сеансів психотерапії (особливо у пацієнок з ускладненим акушерським анамнезом);



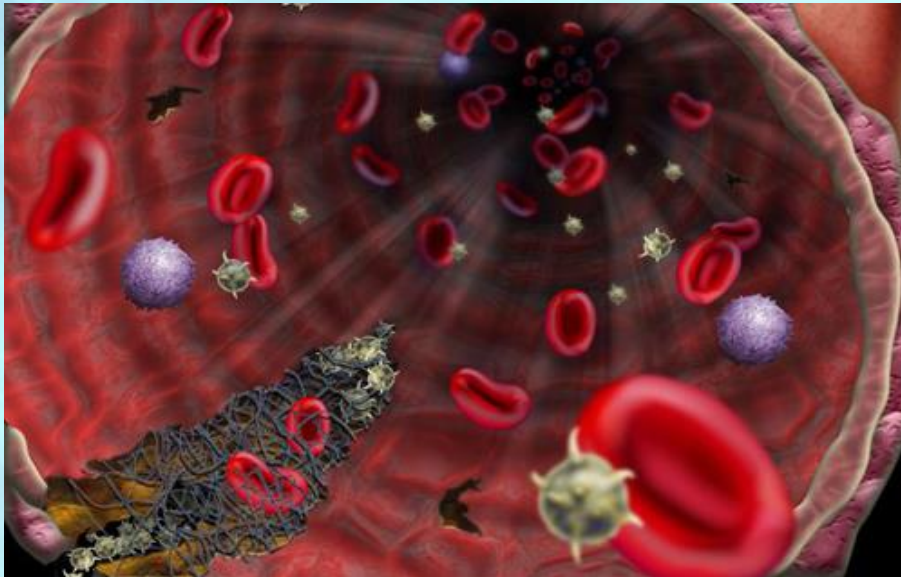
- **спазмолітичні засоби:** папаверин, но-шпа, вібуркол, спазмалгон; після 16 тижнів вагітності - баралгін, триган, максиган;
- **токолітична терапія** (після 16 тижнів вагітності): 25% розчин магнію сульфату, магнеВ6, бета-адреноміметики (партусистен, гініпрал, алупент); блокатори кальцієвих каналів (ніфедипін);
- **гестагенні препарати:** прогестерон, утрожестан, дуфастон;
- **вітамінотерапія:** фолієва кислота, вітамін Е, полівітаміни;
- **немедикаментозні методи:** електроаналгезія, електрорелаксація, голкорексфлексотерапія, фізіо- та баротерапія;

- **хірургічне лікування** при ІЦН - накладення циркулярного шва на шийку матки на рівні внутрішнього маткового вічка для звуження каналу шийки матки(операції Мак-Дональда, Любимової, Широдркара);
- ✓ використовують шовний матеріал, що не розсмоктується; оптимальний термін операції 13-16 тижнів; бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження матеріалу із сечових і статевих органів жінки; токолітична терапія під час операції і в післяопераційний період;
- застосування акушерського песарію.



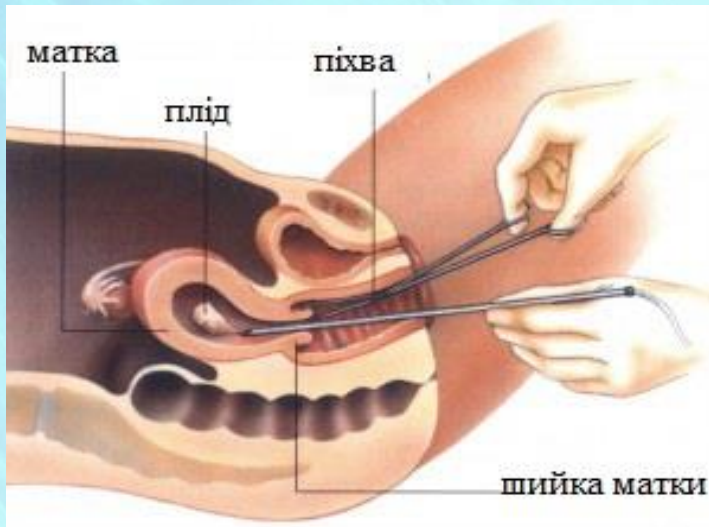
# Терапія антифосфоліпідного синдрому

- ацетилсаліцилова кислота 75 мг на добу;
- нефракціонований гепарин 5000 ОД підшкірно кожні 12 год або низькомолекулярний гепарин у середній профілактичній дозі (під контролем рівня тромбоцитів).



# Лікування аборту в ході, неповного та повного абортів

- інструментальне видалення плодового яйця;
- медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки — мізопростол 800—1200 мкг одноразово внутрішньовагінально.

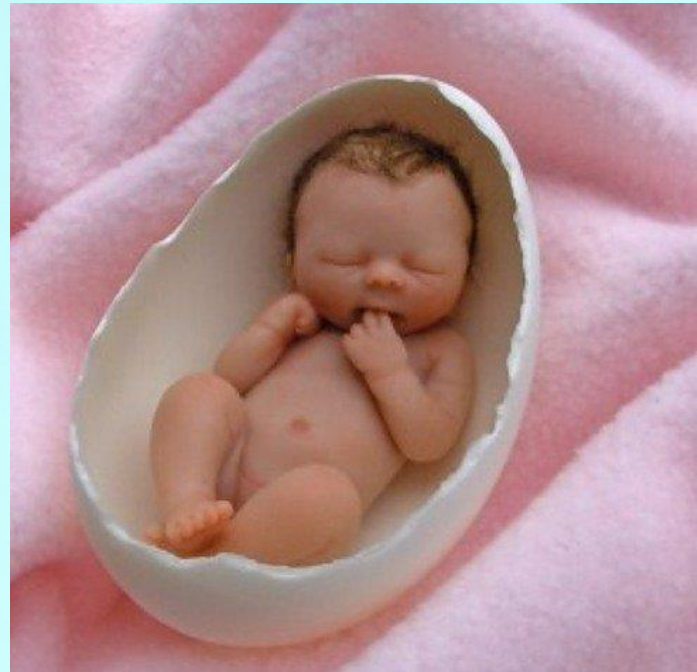


# До методів відновлення репродуктивної функції після мимовільного аборту належать:

- профілактика інфекційно-запальних захворювань, санація вогнищ хронічного запалення, нормалізація біоценозу піхви, діагностика та лікування TORCH-інфекцій;
- психологічна реабілітація після перенесеного аборту;
- неспецифічна прегравідарна підготовка:
  - ✓ антистресова терапія, за 3 міс. до зачаття;
  - ✓ фолієва кислота (400 мкг на день);
  - ✓ нормалізація раціону харчування, режиму праці та відпочинку, відмова від шкідливих звичок;
- медико-генетичне консультування.

# Передчасні пологи

- за клінічними проявами виділяють:
  - ✓ загрозливі;
  - ✓ що розпочинаються;
  - ✓ що розпочалися.



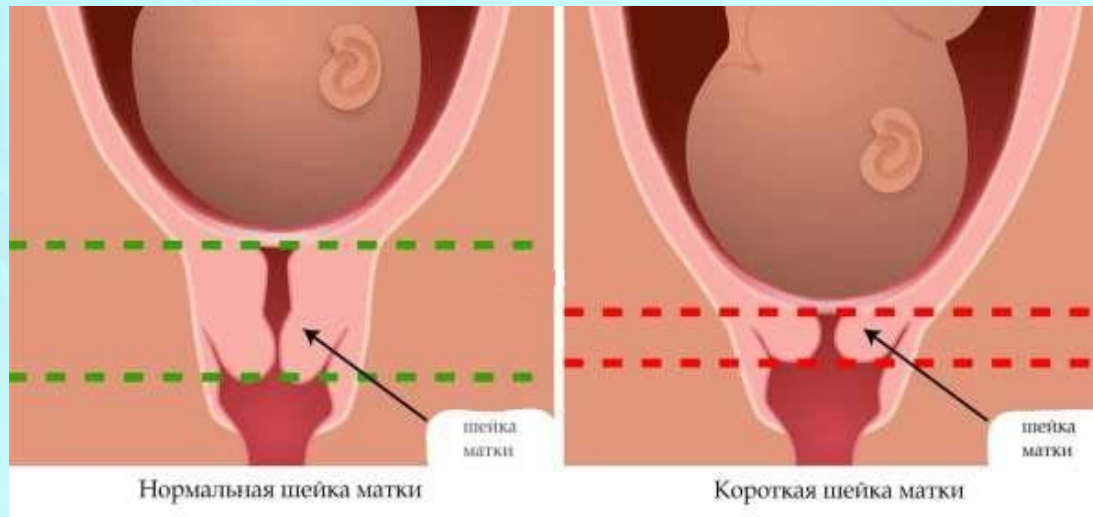
# Загрозливі передчасні пологи

- характеризуються незначним болем внизу живота і в області крижів;
- при пальпації визначають підвищений тонус матки і її збудливість;
- серцебиття плода в нормі;
- під час дослідження структурних змін з боку шийки матки не виявляють.



# Передчасні пологи, що розпочинаються

- біль посилюється, стає переймоподібним;
- при дослідженні виявляють вкорочену або згладжену шийку матки;
- нерідко спостерігається вилиття навколоплідних вод.



# Передчасні пологи, що розпочались

- характеризуються регулярними переймами, розкриттям шийки матки, що свідчить про незворотність процесу переривання вагітності.



# Тактика ведення передчасних пологів

- залежить від перебігу, терміну вагітності, стану роділлі і плоду, стану плодового міхура, ступеня розкриття шийки матки;
- виділяють **консервативну** і **активну** тактику ведення передчасних пологів.

# **Консервативна тактика (продовження вагітності)**

- показана при загрозованих пологах або передчасних пологах, що розпочинаються;
- цілому плодовому міхурі;
- розкритті маточного вічка до 4 см;
- задовільному стані плода;
- відсутності важкою акушерської та соматичної патології;
- ознак інфекційного процесу.

# Комплекс лікування включає:

- ліжковий режим;
- збалансоване харчування;
- призначення лікарських препаратів (бета-адреномиметики, спазмолітики, антагоністи кальцію, антипростагландини, седативні препарати);
- профілактику респіраторного дистрес-синдрому плода (кортикостероїди);
- фізіотерапію;
- рефлекс- і психотерапію.

# Активна тактика застосовується при:

- важких захворюваннях вагітної;
- прееклампсії;
- дистрес-синдрому плоду;
- вадах розвитку і загибелі плоду;
- ознаках інфекції.



# Ведення передчасних пологів

- через природні пологові шляхи під постійним кардіомоніторингом;
- адекватне знеболювання без застосування наркотичних препаратів;
- широке застосування спазмолітиків;
- обережна регуляція пологової діяльності при виникненні її порушень.



## Шкала Silverman-Anderson (1956 р.)

Ознаки	Бали		
	0	1	2
Верхня частина грудної клітки	Рухи синхронні з животом	Відставання від рухів живота	Западає, а живіт піднімається
Ретракція міжреберних проміжків	Немає	Ледь помітне втягіння міжреберних проміжків на вдиху	Значне втягіння міжреберних проміжків на вдиху
Ретракція мечеподібного відростка	Немає	Ледь помітне западання мечеподібного відростка	Значне западання мечеподібного відростка
Роздування крил носа	Немає	Мінімальне	Значне
Стогін на вдиху	Немає	Визначається під час аускультатії	Чути без аускультатії

# Ознаки недоношеного новонародженого:

- маса тіла менше 2500 г, зріст менше 45 см;
- наявність великої кількості сироподібного змащення;
- недостатній розвиток підшкірної жирової клітковини;
- наявність пушкового волосся на всій поверхні тіла;



# Ознаки недоношеного новонародженого:

- невелика довжина волосся па голові;
- тонкі кістки черепа, широкі шви, тім'ячка;
- м'які вушні і носові хрящі;
- нігті не заходять за кінчики пальців;
- пупкове кільце розташоване ближче до лона;
- у хлопчиків яєчка не опущені в калитку, у дівчаток клітор і малі статеві губи не прикриті великими.

# Переношування вагітності

- частота переношування вагітності (більше 42 тижнів) варіює від 4 до 14%;
- пологи при переношеній вагітності визначають як запізнілі;
- переношена вагітність супроводжується високим показником захворюваності і смертності, великою кількістю ускладнень під час пологів і в післяпологовий період як у роділлі (породіллі), так і у плода (новонародженого).

# Симптомокомплекс переношеного новонародженого (синдром Беллентайн-Рунге)

- підвищення щільності кісток черепа;
- звуження швів черепа і тім'ячок;
- різке зменшення або відсутність першородного змащення;
- зменшення підшкірно-жирової клітковини;
- зниження тургору шкіри;
- лущення шкіри («руки пралі», «лазневі стопи»);
- збільшення довжини нігтів;
- щільні хрящі вушних раковин і носа.

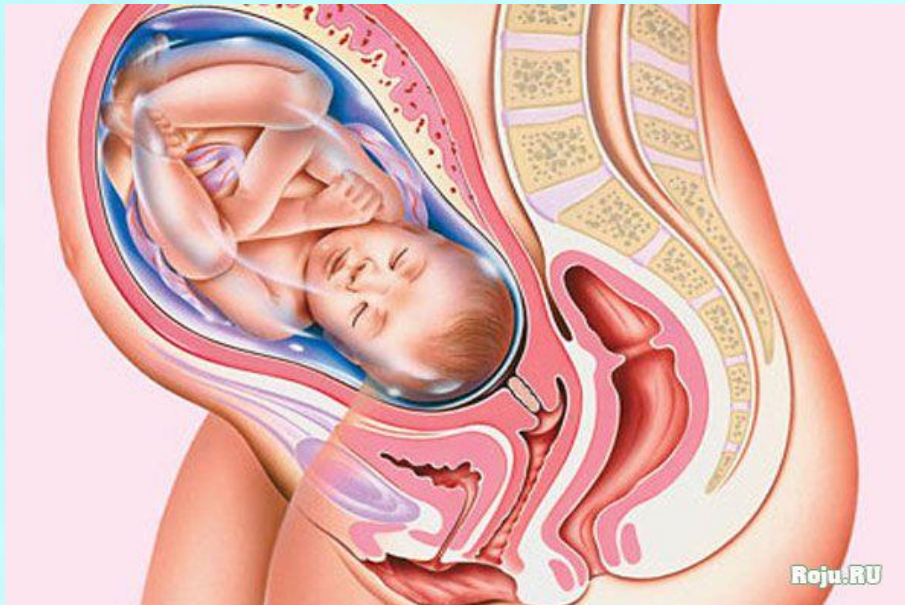


# Діагностика переношування вагітності

- відсутність збільшення маси тіла вагітної або її зменшення;
- зменшення окружності живота на 5-10 см;
- маловоддя;
- наявність меконію в навколоплідних водах;
- виділення молока з молочних залоз;
- дистрес-синдром плоду;
- незрілість або недостатня зрілість шийки матки.

# Акушерська тактика при переношуванні вагітності залежить від:

- правильної оцінки стану плода (сонографічне дослідження з доплерометриєю кровотоку і КТГ);
- біологічної готовності організму вагітної до пологів.



## Шкала Бішопа

Параметри	0	1	2
Положення шийки матки щодо провідної осі тазу	Зміщена до крижів	Між крижами і провідною віссю тазу	По осі тазу
Довжина шийки матки (см)	> 2	1-2	1 та <
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Відкриття зовнішнього вічка (см)	Закритий	1	≥ 2
Місце знаходження передлеглої частини плоду	Рухома над входом у малий	Притиснута до входу у малий таз	Притиснута або фіксована у вході у малий таз

*Примітка:* шийка "незріла" - 0-2 бали;  
 шийка "недостатньо зріла" - 3-5 бали;  
 шийка "зріла" - ≥ 6 балів.

# Підготовка шийки матки

- при незрілій шийці матки підготовку до індукції проводять за допомогою простагландинів E1 і E2;
- якщо ступінь зрілості становить менше 5 балів, можна призначати ламінарії (інтрацервікально).



# Індукція пологової діяльності

- амніотомія з оцінкою якості і кількості навколоплідних вод;
- при відсутності пологової діяльності через 2-3 години в/в крапельно вводять окситоцин за схемою (початкова швидкість введення 6-8 крапель в хвилину);
- критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності вважається 4-5 скорочень матки протягом 10 хвилин, тривалість скорочень - 40-50 секунд;
- при відсутності ефекту протягом 6 годин пологи слід завершити кесаревим розтином.