

**І. І. Яковцова, А. Г. Антонов, Д. Г. Кірія**

## **УСКЛАДНЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ**

***Конспект лекції для лікарів-інтернів,  
лікарів-патологоанатомів  
та лікарів – судово-медичних гістологів***

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

**І. І. Яковцова, А. Г. Антонов, Д. Г. Кірія**

**УСКЛАДНЕННЯ ВАГІТНОСТІ  
ТА ПОЛОГІВ**

***Конспект лекції для лікарів-інтернів,  
лікарів-патологоанатомів  
та лікарів – судово-медичних гістологів***

**Харків  
ХНМУ  
2025**

УДК 618.3/.5-06-091.8(042.4)

Я47

*Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 15 від 21.10.2025.*

**Р е ц е н з е н т и :**

*О. М. Гуров* – проф., д-р. мед. наук (Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи).

*О. С. Проценко* – проф., д-р. мед. наук (Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна).

**Яковцова І. І., Антонов А. Г., Кірія Д. Г.**

Я47 Ускладнення вагітності та пологів : конспект лекції для лікарів-інтернів, лікарів-патологоанатомів та лікарів – судово-медичних гістологів. Харків : ХНМУ, 2025. 24 с.

У лекції на сучасному науковому й педагогічному рівні викладено вчення про ускладнення вагітності та пологів. Розглянуті питання патологоанатомічних ускладнень вагітності та пологів. Лекція пропонується для лікарів-інтернів, лікарів-патологоанатомів та лікарів – судово-медичних гістологів.

УДК 618.3/.5-06-091.8(042.4)

© Харківський національний  
медичний університет, 2025  
© І. І. Яковцова, А. Г. Антонов,  
Д. Г. Кірія, 2025

## ЗМІСТ

Вступ . . . . .	4
Ранні та пізні гестози. Гіпертензія під час вагітності. Прееклампсія. Еклампсія . . . . .	4
Невиношування вагітності . . . . .	8
Передчасні пологи . . . . .	9
Переношування вагітності . . . . .	10
Аномалії скоротливої діяльності матки . . . . .	10
Пологові травми матері . . . . .	11
Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях. Перинатальні інфекції . . . . .	11
Кровотечі під час вагітності, в пологах та в післяпологовому періоді	15
Тестові завдання для контролю якості засвоєння навчального матеріалу . . . . .	20
Література . . . . .	23

## ВСТУП

Організм плода нерозривно пов'язаний з материнським організмом, тому стан здоров'я жінки безпосередньо відбивається на стані плода та новонародженого. Генітальні, екстрагенітальні захворювання матері, патологічний перебіг вагітності та пологів призводять до зростання перинатальної патології, знижують адаптаційні можливості новонародженого у постнатальному періоді. Отже, лікар-патологоанатом дитячий повинен безперервно підвищувати свій професійний рівень знань не тільки у патоморфології, а й бути обізнаним у тонкощах клінічних проявів, ускладнень в акушерстві та гінекології. У посібнику висвітлено ті ускладнення вагітності та пологів, з наслідками яких найчастіше стикається лікар-патологоанатом.

### РАННІ ТА ПІЗНІ ГЕСТОЗИ. ГІПЕРТЕНЗІЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ. ПРЕЕКЛАМПСІЯ. ЕКЛАМПСІЯ

**1. Ранні гестози** проявляються блюванням у вагітних різного рівня тяжкості, гіперсалівацією, у поодиноких випадках гострою жировою дистрофією печінки, дерматозом, тетанією вагітних, хореею, остеомаляцією.

У першому триместрі нормальної фізіологічної вагітності жінка може відчувати нудоту і блювання в середньому до 2–3 разів на добу, що зазвичай не відбивається на її загальному стані, не має токсичної дії та не потребує медичного втручання.

**Блювання вагітних** може проявлятися у наступних формах:

– легкій (3–5 разів на добу натщесерце, без порушення загального стану, у 90 % випадків припиняється самостійно);

– середнього ступеня тяжкості (до 10 разів на добу, що призводить до зневоднення, зниження маси тіла та супроводжується артеріальною гіптензією, апатією, психоемоційною нестабільністю);

– тяжкій (гіперемезис вагітних) – надзвичайно важка нудота та рясне блювання до 20 і більше разів на добу, що призводить до вираженої інтоксикації, зневоднення, втрати маси тіла до 3–5 кг на тиждень; за відсутності адекватної терапії можуть розвинути такі тяжкі стани, як гіпоглікемія, гіпонатріємія, анемія, синдром Маллорі – Вейсса, ниркова недостатність, коагулопатія, тромбоемболія легеневої артерії, тромбоз глибоких вен, жовтяниця, атрофія.

Відсутність ефекту від терапії, безперервне блювання, прогресуюче зневоднення, прогресуюче зниження маси тіла, підвищення температури тіла, альбумінурія, ацетонурія, порушення функцій центральної нервової системи, тахікардія, гіпербілірубінемія, наростаюча жовтяниця є показаннями для медичного переривання вагітності.

**Слинотеча** (гіперсалівація, птіалізм) може спостерігатися у вагітних жінок, що страждають від блювання, або як самостійна форма раннього

гестоза. Легкий та помірний ступінь слинотечі не порушує загального стану жінки. При вираженому ступені салівації може виділятися до 1 л слини на добу, що спричиняє гіпопротеїнемію, зневоднення.

### **Форми раннього гестоза, що рідко зустрічаються**

**Гостра жирова дистрофія печінки** (синдром Шихана, гострий жировий гепатоз вагітних, гостра жовта атрофія печінки) – патологічний стан, при якому спостерігається накопичення жиру в клітинах печінки, що виникає під час вагітності на 32–36-му тижні, з частотою 1:7000–1:1 та проявляється жовтяницею, тяжкими нервовими розладами, коматозним станом і закінчується летально.

До специфічних **шкірних дерматозів** відносяться наступні:

- атопічні висипання вагітних;
- поліморфний дерматоз вагітних;
- пемфігоїд вагітних (важка патологія, що супроводжується передчасними пологами, затримкою внутрішньоутробного розвитку плода, респіраторним дистресом плода, підвищенням перинатальної смертності);
- внутрішньопечінковий холестаз вагітних.

**Тетанія вагітних** розвивається внаслідок зниження функції паращитоподібних залоз, що призводить до порушення обміну кальцієм і виявляється судомою верхніх і нижніх кінцівок, м'язів обличчя.

**Хорея вагітних** частіше проявляється в першому триместрі вагітності та самостійно проходить під час або після розродження, характеризується екстрапірамідною симптоматикою: дискоординацією рухів, дизартрією, гіперкінезами, супроводжується психоемоційною лабільністю.

**Остеомалія вагітних** є дуже рідкісною формою прояву раннього гестоза, частіше спостерігається її стерта форма – симфізіопатія. Захворювання обумовлено порушенням фосфорно-кальцієвого обміну, декальцинацією та, як наслідок, відбувається розм'якшення кісток скелета.

Вагітні з ранніми формами гестоза складають групу ризику за акушерською та перинатальною патологією (мимовільне переривання вагітності, ризик розвитку пізнього гестоза, плацентарна дисфункція, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, патологія новонародженого), що необхідно враховувати для профілактики даних ускладнень.

**2. Пізні гестози** виникають у другій половині вагітності та включають артеріальну гіпертензію вагітних, набряки під час вагітності, протеїнурію, HELLP-синдром, прееклампсію легкого, середньотяжкого і тяжкого ступеня, еклампсію.

**Артеріальна гіпертензія** – синдром підвищення систолічного артеріального тиску від 140 мм рт.ст. та вище і діастолічного до 90 мм рт.ст. та вище.

**Виділяють хронічну артеріальну гіпертензію**, що виникає до настання вагітності або до 20-го тижня гестації; **гестаційну гіпертензію**, яка виникає

після 20-го тижня гестації без патологічної протеїнурії або проявів інших органних порушень. Стан стабілізується протягом 6 тижнів після пологів.

Гіпертензивні розлади під час вагітності є найбільш поширеною причиною захворюваності та смертності матерів, плодів та новонароджених дітей.

Вагітність, що супроводжується артеріальною гіпертензією, частіше ускладнюється передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, антенатальною загибеллю плода, народженням недоношених дітей із синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку. Для матері гіпертензія загрожує гострим розладом мозкового кровообігу, поліорганною недостатністю.

**Набряки** – діагностично значущими є генералізовані набряки або ті, що виникли раптово.

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

**HELLP-синдром** є одним з найважчих ускладнень вагітності. Це симптомокомплекс, що включає гемоліз еритроцитів (Hemolysis), підвищення активності ферментів печінки (Elevated Liver enzymes) та тромбоцитопенію (Low Platelet count). Найчастіше виникає в III триместрі вагітності або в перший тиждень після пологів.

**Ускладненнями HELLP-синдрому у матері є такі небезпечні стани, як:**

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- набряк головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи, крововиливи у мозок;
- відшарування сітківки;
- набряк легень;
- гостра жирова дистрофія печінки;
- гостра ниркова недостатність;
- синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові;
- синдром поліорганної недостатності;
- материнська смертність.

**Ускладнення при HELLP-синдромі у плода:**

- затримка внутрішньоутробного розвитку;
- антенатальна загибель плода.

**У новонародженого:**

- тромбоцитопенія;
- крововиливи у головний мозок;
- кровоточивість.

Під **пreekлампсією** розуміють патологічний стан, що характеризується наявністю артеріальної гіпертензії, протеїнурії, набряків, поліорганної недостатності у другій половині вагітності.

До факторів ризику розвитку преєклампсії відносять артеріальну гіпертензію, в т. ч. підвищений рівень артеріального тиску до настання вагітності, наявність преєклампсії при попередніх вагітностях, патологія ендокринної системи (захворювання щитоподібної залози, цукровий діабет, ожиріння), захворювання нирок, хронічні інфекції, генетичну схильність.

Преєклампсію, що розпочалася до 34-го тижня гестації, вважають ранньою, після 34-го тижня – пізньою.

Розрізняють:

– **посднану преєклампсію** – артеріальна гіпертензія, що виникла до настання вагітності або до 20-го тижня гестації, та протеїнурія або прогресування артеріальної гіпертонії або наявність органних порушень;

– **легку преєклампсію або гестаційну гіпертензію без значної протеїнурії;**

– **преєклампсію середнього ступеня важкості** – виникає після 20-го тижня вагітності, є полісистемним синдромом, що характеризується рівнем артеріального тиску в межах 140/90–159/109 мм рт.ст. та підвищеним вмістом білка в сечі;

– **тяжку преєклампсію** – характеризується підвищенням артеріального тиску до 160/110 мм рт.ст. і вище, протеїнурією та приєднанням одного або кількох наступних клінічних симптомів: анасарка, блювання, різкий головний біль, порушення зору («завіса» перед очима, туманність, «миготіння мушок»), больові відчуття в ділянці епігастрія та правому підребер'ї, олігурія, підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та АлАТ більше 70 МО/л), тромбоцитопенія, затримка внутрішньоутробного розвитку плода.

При подальшому прогресуванні симптомів, погіршенні стану плода, високому ризику переходу преєклампсії в еклампсію показано екстрене розродження шляхом кесаревого розтину незалежно від терміну вагітності.

Преєклампсія може спровокувати передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, що може спричинити внутрішньоутробну загибель плода, передчасні пологи. У дітей, народжених від матерів із тяжкою преєклампсією, підвищений ризик затримки фізичного та психічного розвитку, неврологічних розладів. Надалі у цієї категорії дітей частіше спостерігається серцево-судинна патологія, цукровий діабет, ожиріння.

**Еклампсія** – приєднання нападів судом поперечно-смугастої мускулатури до симптомів важкої преєклампсії. Може розвинутися під час вагітності, у процесі пологів та у післяпологовому періоді.

Прогнозувати розвиток еклампсії можна за наявності у жінки наступних факторів:

– еклампсія або преєклампсія важкого ступеня під час попередніх вагітностей або в сімейному анамнезі;

– хронічна соматична патологія (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, захворювання нирок, серцево-судинна патологія, ожиріння II–III ступеня);

– інфекції;

- тромбофілії;
- багатоплідна вагітність;
- вік жінки старше 40 років;
- перша вагітність;
- інтервал між пологами понад 10 років.

Еклампсія становить загрозу для життя матері та плода/новонародженого, супроводжується втратою свідомості та ризиком розвитку коми, крововиливом у головний мозок, набряком легень, є однією з основних причин передчасного відшарування плаценти, антенатальної загибелі плода, гіпоксії та інтранатальної асфіксії, передчасних пологів.

### **НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

За класифікацією виділяють (МКХ-10):

- загрозливий аборт;
- спонтанний аборт;
- неповний аборт;
- повний аборт;
- звичний викидень;
- передчасні пологи.

**У структурі невиношування розрізняють спонтанний аборт та передчасні пологи.**

**Спонтанний аборт** (мимовільний викидень) – вигнання плода в терміні гестації до 22 тиж масою до 500 г, незалежно від наявності чи відсутності ознак життя. Розрізняють ранній спонтанний аборт – мимовільне переривання вагітності до 11 тижнів + 6 діб, та пізній – з 12-го до 21-го тижня + 6 діб.

За клінічним перебігом виділяють наступні стадії мимовільного аборту:

- загрозливий аборт;
- аборт, що розпочався;
- аборт в ході;
- неповний аборт;
- повний аборт.

Також виділяють:

- аборт, що не відбувся (завмерла вагітність – припинення розвитку та загибель плода на ранніх термінах гестації);
- інфікований аборт;
- звичне невиношування вагітності (звичний аборт, звичний викидень) – дві або більше вагітностей поспіль, що завершилися мимовільним абортom; розрізняють первинний та вторинний звичний викидень.

## ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ

**Передчасні пологи** характеризуються спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода масою більше 500 г у терміні гестації з 22 повних тижнів до 37 тижнів.

**Серед причин передчасних пологів можна виділити наступні фактори.**

### **1. Материнська патологія:**

- генітальні фактори (вади розвитку статевих органів, пухлини яєчників та матки, істміко-цервікальна недостатність);
- інфекційні фактори (викликані умовно-патогенною мікрофлорою, вірусні, бактеріальні, паразитарні);
- генетичні та хромосомні аномалії;
- нейроендокринні фактори (гіпофункція яєчників, синдром полікістозних яєчників, гіперандрогенія, гіпофункція гіпофіза);
- імунологічні причини (аутоімунні процеси, ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та системою ABO).

### **2. Патологія вагітності:**

- гестози;
- аномалії прикріплення та розвитку плаценти;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- полігідрамніон;
- олігогідрамніон;
- неправильні положення плода;
- багатоплідна вагітність.

### **3. Екстрагенітальні захворювання матері:**

- серцево-судинна патологія;
- цукровий діабет;
- патологія щитоподібної залози, надниркових залоз;
- захворювання нирок;
- захворювання органів черевної порожнини;
- хірургічні втручання при захворюваннях інших органів і систем.

### **4. Соціально-середовищні фактори:**

- вік батьків;
- шкідливі звички;
- стресові ситуації;
- тяжкі фізичні навантаження;
- умови проживання;
- виробничі шкідливості;
- екологічні.

## ПЕРЕНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Переношеною вважається вагітність, що триває 42 і більше тижнів. У переношуванні вагітності мають значення гормональні порушення, зокрема знижений вміст окситацину у крові вагітної, підвищене утворення прогестерону, високий вміст лютеїнізуючого гормону.

Пологи при переношеній вагітності можуть мати затяжний характер, супроводжуватись передчасним вилиттям навколоплідних вод, гіпотонічною кровотечею, запальними ускладненнями.

Смерть плода в такому разі настає анте-, інтранатально внаслідок хронічної внутрішньоутробної гіпоксії на тлі інволютивно-дистрофічних змін у плаценті. Значно частіше спостерігаються випадки пологового травматизму, народження дітей у стані асфіксії, меконіальної аспірації, ураження центральної нервової системи. У старшому віці у цієї категорії дітей може спостерігатися відставання у психічному та фізичному розвитку.

## АНОМАЛІЇ СКОРОТЛИВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАТКИ

**Аномалії пологової діяльності** – це розлади скорочувальної активності матки під час пологової діяльності, які призводять до порушення процесів розкриття шийки матки та просування плода пологовими шляхами.

Розвитку аномалії пологової діяльності сприяють наступні фактори.

1. Патологія з боку матері:

- акушерські ускладнення вагітності;
- генітальна, екстрагенітальна патологія матері.

2. Патологія плода та плаценти:

- вроджені вади розвитку плода;
- передлежання плаценти, низьке прикріплення плаценти.

3. Ятрогенні фактори:

- неадекватний підхід до ведення пологів.

**Аномаліями пологової діяльності є наступне.**

**Слабкість пологової діяльності: первинна** (для якої характерна відсутність прогресуючого розкриття шийки матки, первинна гіпотонія матки) та **вторинна** (проявляється припиненням переймів під час активної фази пологового процесу, вторинною гіпотонічною дисфункцією матки). До ускладнень відносять передчасне вилиття навколоплідних вод, тривалий безводний період, інфікування пологових шляхів, розлад матково-плацентарного кровообігу, гіпоксію плода, запальні захворювання, гіпотонічні кровотечі у післяпологовому періоді.

**Хаотичні, слабкі перейми, атонія матки.**

**Дискоординована пологова діяльність** (некоординовані, затяжні, гіпертонічні маткові скорочення).

**Патологічний прелімінарний період** характеризується нерегулярним переймоподібним болем у животі, що не викликає структурних змін і не призводить до розкриття шийки матки. Може ускладнитися передчасним вилиттям навколоплідних вод, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, внутрішньоутробною гіпоксією плода.

Пологи, що тривають менше 4 год у першонароджуючих жінок і менше 2 год у повторнонароджуючих, вважають **стрімкими**. Стрімкі пологи мають небезпеку пологового травматизму як для матері, так і для плода, і можуть загрожувати розривами промежини, піхви та шийки матки, гіпотонічними кровотечами, розривом судин пуповини, передчасним відшаруванням плаценти, народженням дитини з кефалогематомою, крововиливами у головний мозок.

### **ПОЛОГОВІ ТРАВМИ МАТЕРІ**

Серед пологового травматизму матері розрізняють ушкодження промежини, вульви, піхви, виворот матки, розриви шийки матки, розходження зчленувань тазових кісток, гематоми зовнішніх статевих органів, післяпологові нориці. Одним з найнебезпечніших ускладнень є розрив матки під час вагітності або в процесі пологів, що загрожує антечи інтранатальною загибеллю плода.

Для новонародженого клінічно значущими є травми головного та спинного мозку.

### **ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ ПРИ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ. ПЕРИНАТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ**

Екстрагенітальна патологія погіршує результат вагітності, підвищує частоту розвитку ускладнень під час виношування, процесу пологів та у післяпологовому періоді, як для жінки, так і для плода. Також, у свою чергу, вагітність та пологи можуть погіршувати перебіг основного захворювання.

**До найчастіших екстрагенітальних захворювань, що мають негативний вплив на перебіг вагітності та пологів, відносять наступні.**

**Захворювання серцево-судинної системи** (вроджені та набуті вади серця, ревматизм, опероване серце, артеріальна гіпертензія, артеріальна гіпотонія).

Несприятливими факторами є такі:

– вагітність у віці старше 35 років, у жінки з вадами серцево-судинної системи;

– прояви серцевої недостатності;

– ревматизм в активній фазі;

– ознаки гіпертрофії лівого, правого шлуночків та лівого передсердя;

– поява екстрасистол III–V класу.

Вагітність протипоказана у таких випадках:

- декомпенсовані вади серця;
- вади зі скиданням крові справа наліво та артеріальною гіпоксемією (тріада, тетрада Фалло, синдром Ейзенмейгера);
- виражена коарктація аорти;
- комбінована вада серця з перевагою стенозу, стеноз мітрального клапана;
- вади серця з вираженою легеневою гіпертензією;
- мітральний стеноз у поєднанні з миготливою аритмією;
- екстрагенітальні захворювання в поєднанні з серцево-судинною патологією.

У жінок, які перенесли оперативне втручання на серцево-судинній системі, прогноз перебігу вагітності та пологів багато в чому залежить від виду проведеної операції, отриманого ефекту, термінів післяопераційного періоду.

Перебіг вагітності на тлі **хронічної артеріальної гіпертензії** може ускладнюватися передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, прееклампсією, народженням дітей із синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку.

При тяжкій формі артеріальної гіпертензії (рівні артеріального тиску 180/110 мм рт.ст. і вище), злоякісному перебігу захворювання, ураженні органів-мішеней, викликаних артеріальною гіпертензією (сітківки ока (набряк диска зорового нерва), судин (розшарування аневризми аорти), головного мозку (гостре порушення кровообігу, транзиторні ішемічні атаки), серця (серцева недостатність), нирок (ниркова недостатність) вагітність протипоказана.

**Артеріальна гіпотонія** не є протипоказанням до виношування, однак існує підвищений ризик розвитку ранніх гестозів, слабкості пологової діяльності, кровотечі, плацентарної недостатності, дихальних розладів та затримки внутрішньоутробного розвитку плода.

Пологи у **жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок** можуть супроводжуватися затяжним перебігом, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, передчасним вилиттям амніотичної рідини, кровотечею.

**Захворювання нирок та сечовивідних шляхів:** патологія нирок негативно впливає на перебіг вагітності, супроводжуючись підвищеним ризиком розвитку передчасних пологів, прееклампсії, синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, ниркової недостатності, аномального перебігу процесу пологів. У післяпологовому періоді висока ймовірність гнійно-септичних ускладнень.

Найбільш частими захворюваннями є пієлонефрит, гломерулонефрит, сечокам'яна хвороба, безсимптомна бактеріурія, гідронефроз, аномалії розвитку сечовидільних шляхів.

Шляхами інфікування є гематогенний, висхідний, лімфогенний. Найчастіше збудниками є *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, стрептококи, ентерококи, *Pseudomonas aeruginosa*, грамнегативні ентеробактерії, гриби роду *Candida*.

**Пієлонефрит** може спровокувати розвиток гострої ниркової недостатності, гіпертензивних розладів при вагітності, стати причиною невиношування, внутрішньоутробного інфікування плода, народження дітей із синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку.

Пієлонефрит за клінічним перебігом поділяють на:

- гострий;
- хронічний;
- латентний;
- загострення хронічного;
- гестаційний.

Жінкам зі хронічною нирковою недостатністю, з єдиною ураженою пієлонефритом ниркою вагітність протипоказана.

Вагітність, що перебігає на тлі **гломерулонефриту**, може ускладнюватися передчасним відшаруванням плаценти, прееклампсією, розладом матково-плацентарного кровотоку.

У вагітних частіше спостерігають хронічний гломерулонефрит, якій має нефротичну, гіпертонічну, змішану та латентну (яка є найбільш сприятливою формою для перебігу вагітності) форми.

При гострому гломерулонефриті та хронічному у стадії загострення з наявністю артеріальної гіпертонії виношування вагітності не рекомендують.

**Ендокринні захворювання:** вагітні, що страждають на **цукровий діабет**, складають групу ризику з материнської та перинатальної патології. Вагітність обтяжує перебіг цукрового діабету, який, у свою чергу, ускладнює перебіг вагітності та пологів, призводить до аномалій розвитку плода, важких ускладнень у матері.

За класифікацією виділяють діабет:

- I типу (інсулінозалежний);
- II типу (інсулінонезалежний);
- передгестаційний (I та II типу, легкого, середнього, важкого ступеня; компенсований, субкомпенсований, декомпенсований; захворювання розвивається до настання вагітності, ускладнюється гіпоглікемічною, кетоацидотичною, гіперосмолярною комами, нефропатією, ретинопатією, нейропатією);
- гестаційний (виникає або вперше зареєстрований під час вагітності), сприятливими факторами розвитку якого є наявність діабету у сімейному анамнезі, полігідрамніон, ожиріння, мертвонародження, великий плід, аномалії розвитку плода, глюкозурия.

Вагітність, що перебігає на тлі **патології щитоподібної залози**, може ускладнюватися мимовільними абортами, внутрішньоутробною загибеллю плода, вадами розвитку плода, прееклампсією.

### **Анемія у вагітних**

Більшість анемій при вагітності мають залізодефіцитний та фолієво-дефіцитний генез.

Залізодефіцитну анемію за ступенем тяжкості класифікують як:

- легку (рівень гемоглобіну 109–90 г/л, гематокриту 37–31 %);
- середньої тяжкості (рівень гемоглобіну 89–70 г/л, гематокриту 30–24 %);
- тяжку (рівень гемоглобіну 69–40 г/л, гематокриту 23–13 %);
- дуже тяжку (рівень гемоглобіну нижче 40 г/л, гематокриту нижче 13 %).

Анемія тяжкого ступеня призводить до порушення функції кардіо-васкулярної, нервової та дихальної систем у матері, збільшує ризик внутрішньоутробної затримки розвитку плода, недоношеності, народження дітей у стані асфіксії, післяпологових інфекційно-запальних захворювань.

### **Перинатальні інфекції**

Плід розвивається у взаємодії з материнським організмом, тому наявність у вагітної інфекційних вогнищ є фактором ризику для розвитку різної патології у плода та новонародженої дитини.

**Внутрішньоутробне інфікування** означає проникнення мікроорганізму в організм плода.

**Внутрішньоутробна інфекція** – це процес поширення збудників інфекції в організмі плода, що спричиняє порушення в органах та системах, притаманні цьому захворюванню, яке розвивається внутрішньоутробно або під час пологів та проявляється після народження дитини.

При перинатальних інфекціях розрізняють такі шляхи інфікування:

- висхідний;
- трансплацентарний;
- контактний;
- інфекції, що передаються через материнське молоко;
- інфекції, що передаються через продукти крові;
- внутрішньолікарняні інфекції.

Залежно від збудника інфекції поділяють на вірусні, бактеріальні, протозойні, спірохетозні, змішані.

### **Чинники ризику виникнення внутрішньоутробного інфікування:**

- вік подружжя старше 35 років;
- екстрагенітальна патологія, хронічні запальні процеси органів сечовиділення, дихальної системи;
- запальні процеси матки, придатків;
- внутрішньоматкова контрацепція;
- багаторазове штучне переривання вагітності;

- мимовільне переривання вагітності, завмерла вагітність;
- аномалії розвитку та внутрішньоутробна загибель плода;
- передчасне вилиття амніотичної рідини;
- аномалії пологової діяльності та відділення плаценти;
- запальні захворювання статевої сфери, виявлені під час вагітності;
- хірургічна корекція істміко-цервікальної недостатності під час цієї вагітності;

– полігідрамніон, олігогідрамніон, плацентарна дисфункція.

#### **Наслідки перебігу вагітності на тлі інфекційної патології:**

- мимовільні аборти;
- передчасні пологи;
- затримка внутрішньоутробного розвитку плода;
- вроджені аномалії розвитку;
- перинатальні втрати;
- гострі інфекційні захворювання у новонародженого;
- персистуюча інфекційна патологія у новонародженого;
- безсимптомні форми інфекційної хвороби з пізніми клінічними проявами;
- інвалідність з дитячого віку.

### **КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ, В ПОЛОГАХ ТА В ПІСЛЯПОЛОВОМУ ПЕРІОДІ**

Акушерські кровотечі займають лідируюче місце в структурі материнської смертності.

**I. Допологова кровотеча** виникає в період з 22-го тижня вагітності до початку пологової діяльності.

#### **Чинники ризику виникнення допологової кровотечі:**

1) у I половині вагітності причинами кровотечі можуть бути:

- позаматкова вагітність;
- гестаційна трофобластична хвороба;
- мимовільні аборти;

2) у II половині вагітності найчастіше кровотеча обумовлена:

- передлежанням плаценти;
- передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти;
- розривом матки.

#### **II. Кровотечі під час процесу пологів:**

1) в I періоді внаслідок:

- передлежання, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти;
- розриву шийки матки;
- розриву матки;

2) в II періоді через:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки;

3) в III періоді пологів:

- через розриви м'яких тканин пологових шляхів;
- внаслідок затримки часточок плаценти у порожнині матки.

**III. Післяпологова кровотеча** – гемодинамічно значуща кровотеча для породіллі, що виникає протягом 6 тижнів післяпологового періоду.

Кровотечі, що виникають в ранньому післяпологовому періоді (з моменту народження посліду та протягом 4 год) або протягом першої доби після пологів, називають **ранніми (первинними)**, після першої доби та до 6 тижнів після пологів – **пізніми (вторинними)**. Причиною ранньої післяпологової кровотечі найчастіше є атонія матки. Пізні кровотечі виникають при затримці часточок плаценти у порожнині матки, запальних ускладненнях, розходженнях швів на матці.

**Ектопічною (позаматковою)** називають вагітність, при якій запліднена яйцеклітина прикріплюється поза слизовою оболонкою порожнини матки. Позаматкову вагітність класифікують за локалізацією прикріплення яйцеклітини: у переважній більшості у фалопієвих трубах і в поодиноких випадках у яєчниках, шийці матки, черевній порожнині. Дана патологія становить небезпеку для життя жінки внаслідок розриву фалопієвої труби ембріоном, що росте, та кровотечі в черевну порожнину й вимагає екстреного хірургічного втручання.

В акушерській практиці терміном **геморагічний шок** позначають стан, що характеризується гострою серцево-судинною недостатністю внаслідок масивної кровотечі під час вагітності, в процесі пологів або в післяпологовому періоді, проявляється різким зниженням об'єму циркулюючої крові й дисбалансом між потребою у кисні та його реальною доставкою до тканин, та є наслідком декомпенсації захисних сил організму.

**Фактори ризику розвитку геморагічного шоку в акушерській практиці:**

– патологічний фоновий стан: гіповолемія вагітних, вроджені та набуті порушення гемостазу;

– кровотечі на ранніх термінах вагітності: позаматкова вагітність, аборти;

– кровотечі на пізніх термінах вагітності та в процесі пологів у результаті передчасного відшарування нормально або низько розташованої плаценти, передлежання плаценти, розриву судин пуповини внаслідок оболонкового прикріплення пуповини, розриву матки;

– кровотечі в післяпологовий період: атонія, гіпотонія матки, затримка посліду або його фрагментів у порожнині матки, травми пологових шляхів.

**Дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові (ДВЗ-синдром)** – патологічний стан, основою якого є активація судинно-тромбоцитарного

або коагуляційного гемостазу, внаслідок чого кров спочатку згортається у мікроциркуляторному руслі, блокує його фібрином та клітинними агрегатами, а при виснаженні згортальної та протизгортальної систем втрачає здатність до згортання, що проявляється кровотечею та розвитком синдрому поліорганної недостатності.

**Фактори, що сприяють розвитку ДВЗ-синдрому в акушерській практиці:**

- передчасне відшарування плаценти;
- емболія амніотичною рідиною;
- тяжка прееклампсія, еклампсія;
- сепсис;
- синдром масивної гемотрасфузії, переливання несумісної крові;
- геморагічний, септичний шок;
- антенатальна загибель плода;
- позаматкова вагітність;
- операція кесаревого розтину;
- наявність екстрагенітальної патології (цукровий діабет, тяжка патологія печінки та нирок, злаякісні новоутворення).

**Класифікація за клінічним перебігом:**

- блискавичний (від 1–2 годин до 1 доби);
- гострий (від 1 доби до 1 тижня);
- підгострий (від 1 тижня до 1 місяця);
- хронічний перебіг (від 1 місяця до 1 року).

**Класифікація за клінічними стадіями**

**I. Гіперкоагуляція.** Наслідками гіперкоагуляції є посилення важкості гестоза; розвиток плацентарної дисфункції, енцефалопатія, підвищений ризик передчасного відшарування плаценти; прогресування гострого респіраторного дистрес-синдрому, наслідком якого є поява дихальної недостатності; *гемодинамічні порушення* з ознаками централізації кровообігу.

**II. Гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу** характеризується початковими розладами в системі згортання крові.

**III. Гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу.** Дана стадія характеризується порушеннями гемостазу, що проявляється кровотечами з місць ін'єкцій, післяопераційної рани, матки, шлунково-кишковою кровотечею, петехіально-плямистими крововиливами на слизових оболонках та шкірних покривах, розвитком тромбоцитопенії з тромбоцитопатією.

**IV. Стадія повного незгортання крові.** Відзначаються ознаки синдрому поліорганної недостатності: розлади дихання та газообміну, артеріальна гіпотензія, анурія, коматозний стан, Кровоточивість за змішаним типом – профузні кровотечі з тканин, макрогематурія, шлунково-кишкові кровотечі.

**Емболія навколоплідними водами** – критичний стан, зумовлений потраплянням елементів навколоплідних вод до кровотоку матері, супроводжується розвитком тяжкої системної запальної реакції. Характеризується високою летальністю (до 86,5 %).

До факторів ризику розвитку емболії амніотичною рідиною відносяться наступні:

- стрімка, дискоординована пологова діяльність;
- необґрунтована стимуляція скорочувальної активності матки;
- пологи великим або мертвим плодом;
- більше трьох пологів в анамнезі;
- переносена вагітність;
- багатоплідна вагітність;
- низький венозний тиск при гіпотонії у породіллі.

Шляхи проникнення навколоплідних вод до кровотоку жінки:

- 1) трансплацентарний (через дефекти посліду);
- 2) трансцервікальний (через судини шийки матки при її травмах);
- 3) через міжворсинчастий простір (при передлежанні плаценти, передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти);
- 4) через судини будь-якої ділянки матки при порушенні її цілісності (під час операції кесаревого розтину, розриву матки).

**Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти** – це відшарування нормально розташованої плаценти під час вагітності або у першому–другому періодах пологів, що призводить до зовнішньої (вагінальна кровотеча) або внутрішньої (формування ретроплацентарної гематоми) кровотечі.

Залежно від ступеня розрізняють:

- повне (відшарування всієї плаценти);
- часткове (крайове, центральне відшарування).

Сприяття передчасному відшаруванню плаценти може наступне:

- екстрагенітальні захворювання матері (артеріальна гіпертензія та гіпотензія, захворювання судинної системи й щитоподібної залози, цукровий діабет, хвороби нирок та надниркових залоз, захворювання крові, ожиріння);
- запальні захворювання сечостатевої системи;
- запальні процеси плаценти;
- внутрішньоматкова інфекція внаслідок тривалого безводного періоду на тлі передчасного розриву плодових оболонок;
- прееклампсія;
- аномалії розвитку матки;
- абсолютно чи відносно коротка пуповина;
- ізосерологічна несумісність крові матері та плода за системою ABO та резус-фактором, аутоімунні стани;

- полігідрамніон;
- багатоплідна вагітність;
- травми;
- тромбофілія у матері;
- погані звички матері (паління, вживання наркотичних речовин);
- часті аборти, часті пологи;
- переношена вагітність;
- вік матері старше 40 років.

Легка форма непрогресуючого передчасного відшарування плаценти прогностично найбільш сприятлива. При передчасному відшаруванні плаценти частина крові йде з кровотоку, що призводить до внутрішньо-утробної гіпоксії плода. При відшаруванні 1/2 поверхні плацентарного диска настає антенатальна загибель плода. При відшаруванні 1/3 поверхні зазвичай плід також гине, проте при швидкому розродженні є шанс врятувати його життя. Результат вагітності також залежить від часу настання відшарування. Найбільша смертність відзначається у випадках відшарування плаценти до початку пологової діяльності; якщо вона виникає в процесі пологів, то є більше можливостей врятувати плід. При тривалій кровотечі та прогресивному погіршенні стану матері й плода потрібно екстрене розродження шляхом операції кесаревого розтину. Основною загрозою для матері є розвиток геморагічного шоку з синдромом дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові.

**Передлежання плаценти** є важким ускладненням вагітності, при якому плацента розташована у нижньому матковому сегменті, перекиваючи частково або повністю внутрішнє вічко шийки матки.

**За класифікацією розрізняють:**

- повне передлежання: плацента повністю перекиває внутрішнє вічко;
- неповне передлежання: плацента частково перекиває внутрішнє вічко;
- крайове передлежання: край плаценти доходить до внутрішнього вічка;
- низьке прикріплення плаценти: розташування у нижньому сегменті, нижче 7 см від внутрішнього вічка без його перекриття.

Причини ризику виникнення даного ускладнення:

- передлежання плаценти при попередніх вагітностях;
- кесарів розтин при попередніх вагітностях;
- недостатність ендометрія внаслідок ендометриту, рубця на матці, ручного видалення посліду;
- повторні вагітності, особливо ті, що закінчуються абортom;
- багатоплідна вагітність.

Мертвонароджуваність становить 17,7–19,6 % від загальної кількості даної патології. Плід гине внаслідок гіпоксії.

## ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ЗАСВОЄННЯ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ

1. Яке з перелічених ускладнень вагітності не належить до ранніх гестозів?
  - a) блювання вагітних;
  - b) гостра жирова дистрофія печінки;
  - c) дерматоз;
  - d) ekl ампісія;
  - e) тетанія вагітних.
  
2. Які стани відносяться до пізніх гестозів?
  - a) артеріальна гіпертензія;
  - b) HELLP-синдром;
  - c) прееклампсія;
  - d) ekl ампісія;
  - e) все перераховане.
  
3. До клінічних симптомів тяжкої прееклампсії не відноситься:
  - a) судомні напади;
  - b) підвищення артеріального тиску до 160/110 мм рт.ст. і вище;
  - c) порушення зору;
  - d) больові відчуття в ділянці епігастрія та правому підребер'ї;
  - e) підвищення рівня трансаміназ, тромбоцитопенія.
  
4. Спонтанний аборт (мимовільний викидень) – це вигнання плода в термінах гестації:
  - a) до 22 тижнів, масою до 600 г;
  - b) до 23 тижнів, масою не більше 650 г;
  - c) не більше 25 тижнів, незалежно від маси плода;
  - d) до 22 тижнів, масою до 500 г;
  - e) до 21 тижня, масою 650 г.
  
5. Переношеною вважається вагітність, що триває:
  - a) 37 тижнів;
  - b) 38 тижнів;
  - c) 42 тижнів та більше;
  - d) 40 тижнів;
  - e) 39 тижнів.
  
6. До аномалій пологової діяльності не відносять:
  - a) передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
  - b) дискоординовану пологову діяльність;
  - c) первинну та вторинну слабкість пологової діяльності;
  - d) стрімкі пологи;
  - e) хаотичні, слабкі перейми, атонію матки.

7. Вагітність протипоказана у таких випадках:
- a) *декомпенсовані вади серця;*
  - b) *виражена коарктація аорти;*
  - c) *вади серця зі скиданням крові справа наліво та артеріальною гіпоксемією (тріада, тетрада Фалло, синдром Ейзенмейгера);*
  - d) *вади серця з вираженою легеневою гіпертензією;*
  - e) *все перераховане.*
8. Тяжка залізодефіцитна анемія характеризується:
- a) *рівнем гемоглобіну нижче 40 г/л, гематокриту нижче 13 %;*
  - b) *рівнем гемоглобіну 69–40 г/л, гематокриту 23–13 %;*
  - c) *рівнем гемоглобіну 109–90 г/л, гематокриту 37–31 %;*
  - d) *рівнем гемоглобіну 89–70 г/л, гематокриту 30–24 %;*
  - e) *немає правильної відповіді.*
9. Найбільш оптимальним шляхом розродження при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти є:
- a) *ведення пологів через природні пологові шляхи;*
  - b) *накладення акушерських щипців;*
  - c) *екстрене розродження шляхом кесаревого розтину;*
  - d) *вакуум-екстракція плода;*
  - e) *планова операція кесаревого розтину.*
10. Яка патологія не сприяє передчасному відшаруванню нормально розташованої плаценти?
- a) *запальні захворювання сечостатевої системи;*
  - b) *запальні процеси плаценти;*
  - c) *пreekлампсія;*
  - d) *міопія;*
  - e) *внутрішньоматкова інфекція внаслідок тривалого безводного періоду на тлі передчасного розриву плодових оболонок.*
11. До форм раннього гестоза, що рідко зустрічається, відносяться:
- a) *остеомаляція вагітних;*
  - b) *набряки;*
  - c) *HELLP-синдром;*
  - d) *пreekлампсія;*
  - e) *еклампсія.*
12. Пологовою травмою є:
- a) *передлежання плаценти;*
  - b) *розрив матки під час вагітності або в процесі пологів;*
  - c) *передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;*
  - d) *передчасний розрив плодових оболонок;*
  - e) *емболія навколоплідними водами.*

**13.** При емболії навколоплідні води проникають до кровотоку жінки:

- a) трансплацентарним шляхом;
- b) трансцервікальним шляхом;
- c) через міжворсинчастий простір;
- d) через судини будь-якої ділянки матки при порушенні її цілісності;
- e) все перераховане.

**14.** Низьке прикріплення плаценти – це:

- a) розташування плаценти у нижньому сегменті матки, нижче 7 см від внутрішнього вічка шийки матки без його перекриття;
- b) плацента повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки;
- c) плацента частково перекриває внутрішнє вічко шийки матки;
- d) край плаценти доходить до внутрішнього вічка шийки матки.

**15.** Тяжка прееклампсія характеризується підвищенням артеріального тиску до:

- a) 160/110 мм рт. ст. і вище;
- b) 150/100 мм рт. ст.;
- c) 140/100 мм рт. ст.;
- d) 160/90 мм рт. ст.;
- e) 130/90 мм рт. ст.

#### **Правильні відповіді на тестові завдання**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<i>d</i>	<i>e</i>	<i>a</i>	<i>d</i>	<i>c</i>	<i>a</i>	<i>e</i>	<i>b</i>
<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	
<i>c</i>	<i>d</i>	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>e</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	

## Літератури

1. Академічні лекції з акушерства та гінекології / за ред. Ю. Г. Антипкіна. Київ : ТОВ «Креїтив Медіа», 2021. 424 с.
2. Пирогова В. І., Булавенко О. В., Вдовиченко Ю. П. Акушерство : підручник / за ред. В. І. Пирогової. Вінниця : Нова книга, 2021. 472 с.
3. Гладчук І. З., Назаренко О. Я., Ткаченко Р. О. Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології : монографія. Одеса : Одеський медуніверситет, 2021. 111 с.
4. Магован Б. А., Оуен Ф., Томпсон Е. Клінічне акушерство та гінекологія. 4-е вид. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 454 с.
5. Навчальний посібник з акушерства / за ред. І. Б. Венцківської. В. П. Лакатоша, В. М. Куца. Київ : РА-ГАРМОНІЯ, 2018. 210 с.
6. Comprehensive Gynecology. 8th Edition. / Hershenson D. M., Lentz G. M., Valea F. A., Lobo R. A. Published by Elsevier Enhanced Digital Version © 2022. 881 p.
7. Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology / Arulkumaran S., Ledger W., Denny L., Doumouchsis S. Oxford : Oxford University Press, 2020. 928 p.
8. Cunningham F. G., Leveno K. G., Dasheetal J. S. Williams Obstetrics, 26th Ed. / McGrawHill/Medical, 2022. 1328 p.
9. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гіпертензивні розлади у вагітних», 2021 ([https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/)).
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 24 січня 2022 року № 151 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»

**Навчальне видання**

Яковцова Ірина Іванівна  
Антонов Андрій Геннадійович  
Кірія Діана Гогіївна

## **УСКЛАДНЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ**

**Конспект лекції для лікарів-інтернів,  
лікарів-патологоанатомів  
та лікарів – судово-медичних гістологів**

Відповідальний за випуск

А. Г. Антонов



Редактор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко  
Комп'ютерний набір Н. С. Серета

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,5. Зам. № 25-103.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготовників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.