

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

## **ПАТОЛОГІЧНЕ АКУШЕРСТВО**

***Методичні вказівки для студентів  
за спеціальністю «Сестринська справа»  
освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр»***

Затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 1 від 21.01.16.

**Харків  
ХНМУ  
2016**

Патологічне акушерство : метод. вказ. для студентів за спеціальністю "Сестринська справа" освітньо-кваліфікаційного рівня "Бакалавр" / упоряд. Ю. С. Парашук, О. А. Лященко, О. Б. Овчаренко, І. В. Старкова. – Харків : ХНМУ, 2016. – 40 с.

Упорядники    Ю. С. Парашук  
                      О. А. Лященко  
                      О. Б. Овчаренко  
                      І. В. Старкова

## СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АлАТ	– аланінамінотрансфераза
АсАТ	– аспарагінамінотрансфераза
АТ	– артеріальний тиск
ВСД	– вегето-судинна дистонія
ДВЗ	– дисеміноване внутрішньосудинне згортання
ЕКГ	– електрокардіограма
ЛФК	– лікувальна фізкультура
ОЦК	– об'єм циркулюючої крові
РДС	– респіраторний дистрес-синдром
ССС	– серцево-судинна система
УЗД	– ультразвукове дослідження
УФО	– ультрафіолетове опромінення
ХГЛ	– хоріонічний гонадотропін людини
ЦВТ	– центральний венозний тиск
ЦНС	– центральна нервова система
ЧСС	– частота серцевих скорочень
ШВЛ	– штучна вентиляція легенів
ШОЕ	– швидкість осідання еритроцитів

## ГЕСТОЗИ

*Гестоз вагітних (токсикоз)* – це низка патологічних станів, що виникають лише під час вагітності, ускладнюють її перебіг і зникають після закінчення вагітності.

Розрізняють ранні й пізні гестози. Сучасні теорії розвитку гестозу розглядають ранній і пізній гестози як порушення адаптації жіночого організму, тобто неможливість жіночого організму адекватно відповісти на вагітність, що розвивається. Найчастіше гестози першої і другої половини вагітності спостерігають у жінок з обтяженим анамнезом. Хоча яскравих проявів соматичної патології може і не бути, вагітність є провокуючим чинником, що призводить до порушення адаптації і виявляється ускладненнями під час вагітності.

### Класифікація гестозів

1. Ранні гестози:
  - легке або помірне блювання при вагітності;
  - надмірне блювання при вагітності з порушенням обміну речовин;
  - пізнє блювання при вагітності;
  - блювання вагітних не уточнене.
2. Преeklampсія/eklampсія:
  - легка преeklampсія або гестаційна гіпертензія без значної протеїнурії;
  - преeklampсія середньої тяжкості;
  - тяжка преeklampсія;
  - преeklampсія не уточнена;
  - eklampсія;
  - eklampсія під час вагітності;
  - eklampсія під час пологів;
  - eklampсія в післяпологовому періоді;
  - eklampсія не уточнена за терміном.

**Ранні гестози** трапляються у 50–60 % усіх вагітних, але потребують корекції лише в 10 % випадків. Вони проявляються диспептичними порушеннями – блюванням, слинотечею; рідко трапляються такі форми, як дерматоз вагітних, бронхіальна астма вагітних, гепатоз вагітних (аж до жирового гепатозу вагітних).

**Патогенез.** Блювання у вагітних призводить до дегідратації, порушення обміну речовин та електролітного балансу, що позначається на стані вагітної і плода. Певну роль у розвитку блювання відіграє гормональний дисбаланс: при цьому може спостерігатися нестача естрогенів, зниження секреції кортикостероїдів і підвищення активності парасимпатичної нервової системи. Негативний вплив має імунологічний конфлікт матері й плода. Найчастіше блювання трапляється у вагітних із захворю-

ваннями травного каналу. Зневоднення організму призводить до зниження функції нирок: знижується швидкість клубочкової фільтрації, зменшується добовий діурез. У плазмі крові збільшується концентрація калію і натрію внаслідок зменшення об'єму позаклітинної рідини. Виснажуються резерви внутрішньоклітинної і позаклітинної рідини, внаслідок чого розвивається гіпоксія тканин та органів, може підвищуватися концентрація сечовини, збільшується гематокрит. Високе гематокритне число свідчить про тяжкий ступінь раннього гестозу вагітних. Внаслідок цих процесів розвивається метаболічний ацидоз у поєднанні з гіпокаліємією. Щоб визначити ступінь тяжкості блювання вагітних, необхідно провести такі дослідження:

- 1) клінічний аналіз крові (спостерігається підвищення гематокриту, гемоглобіну, еритроцитів, збільшення ШОЕ);
- 2) біохімічний аналіз крові (вміст загального білка і білок по фракціях, фібриноген, показники тромбоцитів, ферменти печінки);
- 3) аналіз сечі (відбувається збільшення густини сечі, добового діурезу, сечовини, креатиніну), щоб виявити ступінь залучення в процес нирок;
- 4) ЕКГ;
- 5) чіткий підрахунок частоти блювання впродовж доби із зіставленням з добовим діурезом;
- 6) оцінювання загального стану вагітної: скарги, пульс, сухість шкіри тощо.

*Лікування.* Блювання легкого ступеня можна не лікувати. Лікування потребує помірне і надмірне блювання.

1. Регуляція діяльності ЦНС: дроперидол – нейрорептик з вираженою протиблювотною дією (внутрішньовенно, внутрішньом'язово 1 мл 0,25 % розчину). При внутрішньовенному введенні ефект настає через 3–4 год. Аміназин зараз застосовують рідше через його негативну дію на печінку. Настої трав, таблетовані препарати реланіуму (40–50 мг або 0,5 % 2 мл), нозепам – 10 мг.

2. Боротьба з дегідратацією. У разі тяжкого ступеня блювання – інфузійна терапія не менше ніж 1,5–3 л із зіставленням з діурезом: сольові розчини (кристалоїди), білки і препарати плазми крові, 20–10 % глюкоза, вітаміни групи В і С, преднізолон (гідрокортизон), естрогени.

3. Антигістамінні препарати: 1 % димедрол – 1 мл, піпольфен у таблетках – 0,025, 2 % супрастин – 1 мл, у таблетках – по 0,025, 2,5 % дипразин – 1 мл.

4. За наявності метаболічного ацидозу – 5 % натрію гідрокарбонат 200 мл. Можна застосовувати ацесоль, ортосоль, хлосоль, розчин калію, натрію, аспаргінат. Рідше застосовують поліглюкін, реополіглюкін, дуже рідко – препарати бромю.

5. Успішно застосовують фізіотерапевтичні методи – ідуктотерапія ділянки черевного сплетіння, ендоназальна гальванізація, нейтральна

електроаналгезія, електрофорез кальцію хлориду на комірцеву ділянку або черевне сплетіння.

Надмірне блювання потребує невідкладної допомоги.

Показання для переривання вагітності:

- 1) тяжкий загальний стан;
- 2) неефективність лікування в найближчі 6–12 год;
- 3) розвиток гострої жовтої дистрофії печінки;
- 4) розвиток гострої печінкової недостатності.

Оскільки ранні гестози вагітності найчастіше розвиваються в 6–12 тиж вагітності, спосіб переривання вагітності – штучний аборт.

Діагностичними критеріями *гестаційної гіпертензії або легкої преєклампсії* є підвищення діастолічного АТ (90–99 мм рт. ст.), протеїнурія менше 0,3 г/л за добу. Преєклампсія середньої тяжкості: діастолічний АТ 100–109 мм рт. ст., протеїнурія 5 г/л за добу, значні генералізовані набряки, головний біль, порушення зору, біль в епігастрії або/та правому підребер'ї, гіперрефлексія, олігурія (менше 500 мл за добу), тромбоцитопенія. Еклампсія: діастолічний тиск понад 90 мм рт. ст., тоніко-клонічні судоми.

*Ускладнення гестозів у матері:*

- 1) внутрішньочерепний крововилив;
- 2) порушення зору;
- 3) ниркова недостатність;
- 4) печінкова недостатність, розрив капсули печінки, крововилив

у печінку;

- 5) набряк легенів;
- 6) серцева недостатність;
- 7) порушення гемостазу – ДВЗ крові;
- 8) відшарування плаценти.

*Ускладнення гестозів у плода:*

- 1) хронічний дистрес;
- 2) затримка внутрішньоутробного розвитку;
- 3) недоношеність;
- 4) внутрішньоутробна загибель.

Об'єм допомоги вагітним залежить від стану жінки, показників АТ, рівня протеїнурії.

При наявності гестаційної гіпертензії моніторинг вагітної полягає в наступному:

1. Огляд у жіночій консультації з вимірюванням АТ у першій половині вагітності 1 раз на три тижні; з 20 до 28 тиж вагітності – 1 раз на 2 тиж, після 28 тиж – щотижня.

2. Визначення добової протеїнурії при першому відвідуванні вагітною жіночої консультації, з 20 до 28 тиж – 1 раз на два тижні, після 28 тиж – щотижня.

3. Щоденний самоконтроль АТ у домашніх умовах із письмовою фіксацією результатів.

4. Огляд окуліста з офтальмоскопією при першому відвідуванні жіночої консультації, у 28 і 36 тиж вагітності.

5. ЕКГ при першому відвідуванні жіночої консультації, у 26 тиж, 30 тиж, після 36 тиж вагітності.

6. Біохімічне дослідження крові (загальний білок, сечовина, креатинін, цукор, калій, натрій, фібриноген, протромбіновий індекс) при першому відвідуванні жіночої консультації і після 36 тиж вагітності.

Моніторинг стану плода:

1. УЗД плода (ембріона) і плаценти (хоріона) у період 9–11, 18–22, 30–32 тиж.

2. Актографія (тест руху плода) – щодня після 28 тиж вагітності з оцінкою в щоденнику.

3. Гормональна кольпоцитологія – I, II і III триместри вагітності.

4. Кардіотокографія (після 30 тиж), доплерографія матково-плацентарного кровотоку – за показаннями.

*Лікування.* Медикаментозне лікування артеріальної гіпертензії: метилдофа – 250–500 мг 3–4 рази на день; клонідин – 0,075–0,2 мг 2–4 рази на день; лабеталол – 100–400 мг 2–3 рази на день; ніфедипін – 10–20 мг 3–4 рази на день; гідралазин – 10–50 мг 2–3 рази на день; нітропрусид натрію внутрішньовенна інфузія – 0,25–0,5 мкг/кг/хв (контроль АТ); діуретичні засоби: гідрохлортиазид – 12,5–50 мг 1 раз на добу. Немедикаментозне лікування: охоронний режим (виключення психологічних навантажень, підтримка родичів, раціональний режим роботи і відпочинку, двогодинний відпочинок удень у положенні лежачи на лівому боці після 30 тиж вагітності); раціональне харчування; психотерапія (за показаннями); лікувальна фізкультура.

*Розродження.* У більшості випадків при артеріальній гіпертензії пологи приймають через природні пологові шляхи, при цьому необхідне:

1) суворий контроль АТ, серцевої діяльності роділлі, моніторинг стану плода;

2) медикаментозна антигіпертензивна терапія;

3) знеболювання пологової діяльності в I і II періодах пологів.

Операцію кесаревого розтину в плановому порядку проводять у разі:

1) неконтрольованого тяжкого ступеня гіпертензії;

2) затримки внутрішньоутробного розвитку плода;

3) ураження органів-мішеней.

Догляд при *легкій прееклампсії* можливий в умовах стаціонару денного перебування. Суть його полягає в наступному:

1. Визначення терміну вагітності.

2. Навчання вагітної самостійному контролю основних показників розвитку прееклампсії (вимірювання АТ, контролю балансу випитої рідини і набряків, реєстрації рухів плода).

3. Призначення лабораторного дослідження (загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін, сечовина плазми крові, гемоглобін, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ, АсАТ, контроль стану плода).

4. Медикаментозну терапію не призначають, вживання солі і рідини не обмежують.

*Госпіталізація:*

- 1) термін вагітності понад 37 тиж;
- 2) поява хоча б однієї ознаки прееклампсії середнього ступеня;
- 3) порушення стану плода.

Пологи здійснюються через природні пологові шляхи.

При **прееклампсії середньої тяжкості** допомога надається в умовах стаціонару. Якщо термін вагітності менше 37 тиж і прееклампсія прогресує вагітну направляють до стаціонару III рівня. При терміні 37 тиж і більше – планова госпіталізація до стаціонару II рівня для розродження.

Для встановлення діагнозу проводять динамічне спостереження за показниками:

- 1) контроль АТ кожні 6 год у першу добу, далі – двічі на день;
- 2) аускультация серцебиття плода кожні 8 год;
- 3) аналіз сечі щодня, з контролем протеїнурії;
- 4) гемоглобін, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, креатинін, сечовина, АлАТ, АсАТ – кожні 3 дні;
- 5) моніторинг стану плода;
- 6) оцінювання біофізичного профілю плода;
- 7) кардіотокографія.

При терміні вагітності до 34 тиж призначають кортикостероїди для профілактики респіраторного дистрес-синдрому (РДС) – дексаметазон по 6 мг через 12 год 4 рази протягом 2 діб.

*Ведення вагітної:*

- 1) призначають охоронний режим (обмеження фізичного і психічного навантаження);
- 2) раціональне харчування (без обмеження вживання солі та води);
- 3) комплекс вітамінів і мікроелементів;
- 4) при діастолічному АТ, що дорівнює 110 мм рт. ст. і вище, призначають гіпотензивні препарати (метилдофа – 0,25–0,5 г 3–4 рази на день, ніфедипін – 10 мг 2–3 рази на день);
- 5) при прогресуванні прееклампсії або порушенні стану плода починають підготовку до розродження: у разі незрілої шийки матки – простагландину E<sub>2</sub> (місцево).

### *Розродження:*

1) метод розродження вагітності визначається готовністю пологових шляхів і стану плода (не залежно від терміну вагітності);

2) за неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландінами проводять операцію кесаревого розтину;

3) при достатньо зрілій шийці матки пологи стимулюють і проводять через природні пологові шляхи;

4) при високих показниках АТ показана магнезіальна терапія для профілактики судом.

При **тяжкій преeklampsii** показана термінова госпіталізація до відділення анестезіології та інтенсивної терапії стаціонару III рівня. Терміново викликають терапевта, невропатолога, окуліста. Проводять катетеризацію периферійної вени для інфузійної терапії, за необхідності контролю ЦВТ – центральну вену, для контролю погодинного діурезу – сечовий міхур. Необхідне лабораторне дослідження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ, АсАТ, група крові й резус-фактор, загальний аналіз сечі, білірубін, креатинін, сечовина, електроліти.

Проводять динамічне спостереження за показниками:

1) контроль АТ щогодини;

2) аускультация серцебиття плода кожні 15 хв;

3) аналіз сечі кожні 4 год;

4) контроль погодинного діурезу (постійний катетер);

5) гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, функціональні проби печінки, креатинін плазми крові щодоби.

### *Лікування:*

1) охоронний режим;

2) комплекс вітамінів, мікроелементів;

3) при терміні вагітності до 34 тиж призначають кортикостероїди для профілактики РДС – дексаметазон по 6 мг через 12 год 4 рази протягом 2 діб;

4) за потреби проводять підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів;

5) антигіпертензивна терапія: лабеталол внутрішньовенно – 10 мг, через 10 хв за відсутності адекватної реакції – ще 20 мг препарату, або вводять нітрогліцерин;

6) ніфедипін – 5–10 мг під язик;

7) гідролазин – 20 мг (1 мл) препарату розчиняють у 20 мл 0,9 % натрію хлориду, вводять внутрішньовенно по 5 мл кожні 10 хв, поки діастолічний АТ не знизиться до 90–100 мм рт. ст.

### *Магнезіальна терапія:*

1) магнезіальну терапію починають від початку госпіталізації;

2) стартова доза – 16 мл 25 % розчину магнію сульфату вводять дуже повільно протягом 15 хв;

3) підтримуюча терапія – 30 мл 25 % розчину магнію сульфату вводять у флакон з 220 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, швидкість введення цього розчину – від 10–11 крапель до 33 крапель на одну хвилину – підбирають згідно зі станом вагітної.

Під час терапії магнієм сульфатом проводять моніторинг стану вагітної:

- 1) вимірювання АТ кожні 20 хв;
- 2) підрахунок ЧСС;
- 3) спостереження за частотою і характером дихання;
- 4) контроль колінних рефлексів кожні 2 год;
- 5) кардіомоніторинговий контроль;
- 6) контроль погодинного діурезу;
- 7) контроль симптомів наростання тяжкості прееклампсії: головний біль, порушення зору, біль у надчрепній ділянці;
- 8) симптомом можливого набряку легенів: тяжкість у грудях, кашель із мокротинням;
- 9) контроль стану плода.

*Інфузійна терапія:* вводять ізотонічні сольові розчини (Рінгера, 0,9 % натрію хлориду), розчин гідроксіетил крохмалю 6 або 10 %, донорську свіжозаморожену плазму крові, розчин альбуміну 10–20 %, декстран.

*Розродження:*

1) у разі готовності пологових шляхів проводять амніотомію і стимуляцію пологової діяльності окситоцином;

2) розродження проводять з урахуванням акушерської ситуації; перевагу надають пологам через природні пологові шляхи зі знеболюванням;

3) за умови незрілої шийки матки і відсутності ефекту від підготовки простагландинами, прогресування гіпертензії, загрози судомного нападу, погіршення стану плода проводять операцію кесаревого розтину;

4) показанням до планової операції кесаревого розтину є прогресування прееклампсії і погіршення стану плода у вагітної з незрілими пологовими шляхами;

5) при погіршенні стану породіллі або плода в II періоді пологів накладають акушерські щипці або проводять вакуум-екстракцію плода;

6) у III періоді пологів – утеротоніки для профілактики кровотечі.

Після пологів лікування прееклампсії продовжують залежно від стану жінки, клінічної симптоматики і лабораторних показників. Є необхідність у моніторингу АТ та антигіпертензивній терапії.

**Еклампсія** – найтяжча форма гестозу вагітних. Найхарактернішим її симптомом є судом м'язів тіла, які супроводжуються розвитком стану непритомності (кома). Еклампсія може розвинути під час вагітності (28 %), пологів (50 %) і після пологів (22 %) Частіше буває у немолодих першовагітних із захворюваннями серцево-судинної системи, печінки, нирок, нейроендокринними та іншими порушеннями.

Клінічно судомам передують посилення головного болю, погіршення зору, безсоння, неспокій, підвищення АТ і вмісту білка в сечі. Напади судом тривають 1–2 хв.

Розрізняють такі періоди еклампсії:

1. *Передсудомний* – дрібне посіпування м'язів обличчя, замикання повік, опускання кутів рота. Триває 20–30 с.

2. *Тонічних судом* м'язів усього тіла – тулуб напружується, дихання зупиняється, обличчя і слизові оболонки синіють, настає стан непритомності. Тривалість цього періоду становить 20–30 с. Він дуже небезпечний для матері й плоду.

3. *Клонічних судом* – проявляється бурхливим хаотичним скороченням м'язів обличчя, тулуба і кінцівок. Триває 20–30 с. Потім судомо слабшають, виникає хрипке дихання, з рота виділяється піна, яка внаслідок прикушування язика забарвлена кров'ю.

4. *Розв'язання нападу* – судоми припиняються, хвора ще деякий час перебуває у коматозному стані. Притомність повертається поступово, про те, що з нею трапилося, нічого не пам'ятає. Тривалість коми різна, інколи декілька годин.

Напади еклампсії нерідко супроводжуються підвищенням температури тіла, АТ, інколи у хворої, що перебуває в стані коми, з'являються нові напади. Еклампсія може проходити без судом, при цьому хвора відразу впадає в коматозний стан. Прогноз при такій формі гестозу несприятливий. Перебіг еклампсії, яка почалася під час вагітності, тяжчий порівняно з еклампсією, що виникла під час пологів.

При еклампсії значно підвищується збудливість центральної нервової системи, тому будь-які зовнішні подразники (яскраве світло, шум, голосна розмова, біль) призводять до нового нападу. Під час нападу або після нього жінка може померти.

Невідкладна допомога полягає в припиненні судом і відновлення прохідності дихальних шляхів. Після припинення судом проводиться інтенсивна терапія, мета якої – попередження повторних нападів, усунення гіпоксії і ацидозу, профілактика аспіраційного синдрому, невідкладне розродження.

Невідкладна допомога при нападі судом починається на місці. Пацієнтку укладають на рівну поверхню на лівий бік. Звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот, і висуваючи вперед нижню щелепу, одночасно евакуюють вміст ротової порожнини. Якщо збережено спонтанне дихання, вводять повітропровід і проводять інгаляцію киснем.

При розвитку тривалого апное починають примусову вентиляцію носо-лицьовою маскою з поданням 100 % кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судоми повторюються або пацієнтка залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти; переводять на ШВЛ у режимі помірної гіпервентиляції.

Крім заходів, що спрямовані на відновлення газообміну, виконують катетеризацію периферичних вен та вводять сульфат магнію – боліос 4 г протягом 5 хв, потім підтримуюча терапія 1–2 г на годину під контролем АТ, ЧСС. У разі продовження нападів внутрішньовенно вводять ще 2 мг сульфату магнію протягом 3–5 хв. Замість додаткового введення 25 % сульфату магнію можна внутрішньовенно ввести діазепам (10 мг) або тіопентал натрію (450–500 мг) упродовж 3 хв. Якщо діастолічний АТ залишається високим (понад 110 мм рт. ст.) проводять антигіпертензивну терапію (як при тяжкій прееклампсії).

Катетеризацію вен, сечового міхура, внутрішнє акушерське дослідження та інші маніпуляції виконують під загальною анестезією (суміш закису азоту з киснем, тіопентал натрію).

Розродження при еклампсії здійснюється терміново, після надання екстреної медичної допомоги. Обстеження включає обов'язкову консультацію невропатолога та окуліста. Призначають лабораторне дослідження.

#### **Реабілітація жінок, які перенесли прееклампсію (еклампсію)**

В умовах жіночої консультації за участю терапевта проводять диспансерне спостереження жінки, яка перенесла прееклампсію або еклампсію:

- 1) патронаж удома;
- 2) консультація профільних фахівців;
- 3) комплексне обстеження через 6 тиж після пологів;
- 4) жінок, які потребують лікування гіпотензивними препаратами, оглядають щотижня, лабораторний контроль рівня протеїнурії;
- 5) якщо протягом трьох тижнів після пологів гіпертензія не минає, жінку госпіталізують у терапевтичний стаціонар;
- 6) тривалість диспансерного спостереження – 1 рік;
- 7) обсяг обстеження: загальний аналіз сечі – через 1, 3, 6, 9, 12 міс після пологів; загальний аналіз крові – через 1 і 3 міс; офтальмоскопія – через 1, 3 і 12 міс; ЕКГ – через 1 міс; вимірювання АТ – при кожному відвідуванні лікаря.

#### **Профілактика гестозів**

*Профілактика гестозів* належить до найактуальніших і найскладніших проблем сучасного акушерства. Організація заходів щодо профілактики гестозів значною мірою залежить від кваліфікації та ініціативності акушерок жіночої консультації. Фельдшери ФАПу та акушерки жіночої консультації повинні сумлінно ставитися до активного патронажу і подвірних

обходів, виявлення несприятливих умов праці і побуту вагітних, за якими вони спостерігають, перевірки виконання вагітними виданих їм рекомендацій. Важливим елементом первинної профілактики пізнього гестозу у вагітних варто вважати забезпечення ранньої явки вагітної в жіночу консультацію, що дає змогу вчасно їх обстежити і виділити групу із загрозою розвитку пізнього гестозу. Середній медперсонал повинен добре орієнтуватися, які саме вагітні становлять групу високого ризику з розвитку пізнього гестозу. До них належать вагітні з гіпертензією серцево-судинного генезу, гіпотонією, ВСД-синдромом, хронічними нирковими та іншими екстрагенітальними захворюваннями, неврологічними порушеннями, ожирінням і різними формами ендокринопатії, багатоводдям, вадами розвитку плода, з ізосерологічною несумісністю за ABO і резус-фактором, аномаліями трофобласту, особливо з пухирцевим заносом, з великою кількістю вагітностей в анамнезі, юного віку до 17 років, зрілі першородиллі віком понад 35 років, вагітні, у яких тестування функціональної діагностики виявило патологічні зміни.

З огляду на різний ступінь загрози розвитку пізнього гестозу в загальній групі вагітних і в групі високого ризику профілактичні заходи для кожної з них повинні розроблятися і здійснюватися окремо.

*Профілактика пізнього гестозу в загальній групі вагітних* полягає в правильній організації праці і відпочинку. Вагітна впродовж дня повинна 1–2 год відпочивати лежачи. У розпорядок дня повинні так само входити перебування на свіжому повітрі, раціональне збалансоване харчування з підвищеним вмістом білка, вітамінів, мінеральних речовин (фрукти, овочі) з обмеженням вуглеводів і жирів. У меню обов'язково мають бути молочні й овочеві дні. Велике значення має також правильний режим харчування (споживання їжі в 1-й половині вагітності 4–5 разів на день, у 2-й половині – 5–6 разів на день). Рекомендується подовжений фізіологічний сон – до 9 год на добу.

*Профілактика пізнього гестозу в групі вагітних з високим ступенем ризику.* Вагітні мають потребу в додатковому частому і ретельному обстеженні в умовах амбулаторії і стаціонару. Санація вагітних залежить від характеру чинника ризику, який визначається при госпіталізації вагітної у відділення патології. Для цього континенту вагітних необхідно включати в розпорядок дня 2-разовий 1,5–2-годинний відпочинок у положенні лежачи на лівому боці, що сприяє поліпшенню ниркового і матково-плацентарного кровотоку. З раціону повністю виключити гострі страви та страви, що спричиняють спрагу, вводити молочні і овочеві розвантажувальні дні, особливо жінкам із надлишковою масою тіла. Вагітним із загрозою гестозу варто призначати повторні курси вітамінотерапії (ундевіт, галаскорбін з рутином) і кисень (кисневі коктейлі, сеанси оксигенації); кальцію глюконат, калію оротат, показані загальнозміцнювальні й заспокійливі проце-

дури (ЛФК, УФО, повітряні ванни, теплий душ, щоденне обтирання до пояса), проводити фізіотерапію (валеріана, собача кропива, листки брусниці, мучниця, сухоцвіт, ромашка, м'ята, звіробій), вживати ацетилсаліцилову кислоту по 60–100 мг на день, починаючи з 20 тиж вагітності, препарати кальцію по 2 г на день, починаючи з 16 тиж вагітності.

## ПІСЛЯПОЛОГОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ

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

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

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

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

*Поетапна класифікація післяпологових захворювань Бартельса–Сазонова:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Лікування.* Як ендометриту.

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

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

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

*Лікування.* Консервативне, але може бути оперативним, тому до прориву гнійника для хірургічного лікування необхідно приготувати: корнцанг, дзеркало з підйомником, кульові щипці, скальпель, 2 довгі голки,

шприц, пробірку, 0,25 % новокаїн – 100 мл, кульки, спирт, йодонат, бетодин, пероксид водню, гіпертонічний розчин нагрію хлориду, турунди. Техніка операції: оголюють шийку матки в дзеркалах, захоплюють її, потім знеболюють ділянку, де проводитимуть кольпотомію. Беруть товсту голку та шприц і, потрапивши в інфільтрат, відтягують вміст – гній. Зі шприца вміст поміщають у пробірку для відправлення на дослідження в бактеріологічну лабораторію. Проводять кольпотомію. Обробляють 3 % перексидом водню, потім вставляють турунди з гіпертонічним розчином. У міру заживання рани – турунди з маззю левоміколь.

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

*Лікування.* Як ендометриту.

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

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

*Лікування* комплексне.

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

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

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

*Післяпологовий мастит.* Післяпологова інфекція часто проявляється маститом. Збудник – золотистий стафілокок. Іноді під час оперативних

втручань спостерігається вторинне зараження рани внутрішньолікарняними штамми (протей, кишкова паличка). Вони поширюються лімфогенним шляхом у паренхіму грудної залози або через грудні ходи при годуванні дитини.

*Клініка.* Мастит найчастіше буває однобічний, поділяється на серозний, інфільтративний, гнійний.

Початок гострий, температура тіла 39 °С, озноб, біль у грудній залозі, що збільшується в об'ємі. Уражена ділянка болюча, щільної еластичної консистенції, без чітких контурів. Пахвові лімфатичні вузли збільшені. Через 1–2 дні чітко визначається інфільтрат. З моменту його утворення стан трохи поліпшується, температура тіла знижується. У разі успішного лікування через 6–8 днів хвора одужує. Але інфільтрат може нагноюватися, стан погіршується, з'являється висока температура тіла, озноб. Характерна картина крові: лейкоцитоз, збільшення ШОЕ. Над ділянкою ураження – гіперемія, набряклість, розм'якшення. Для уточнення діагнозу проводять пункцію.

Абсцес може утворюватися за грудною залозою (ретромамарний мастит), за якого болючість визначається глибше і посилюється при зрушенні грудної залози. Вона набуває округлої форми, дещо піднімається.

Існує субареолярний абсцес (абсцес навколососкового кружка). Характерною ознакою маститів є їхній пізніший початок (на 2–3-й тиждень після пологів).

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

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

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

*Клініка.* Загальний стан тяжкий, блідість шкірних покривів, ціаноз слизових оболонок, холодний піт, риси обличчя загострені (лице Гіппократа). Скарги на біль по всьому животі, пульс понад 100 за 1 хв, іноді брадикардія. АТ у нормі або знижене, дихання прискорене. Передня черевна

стінка не бере участі в акті дихання. Під час вдиху – западання міжреберних проміжків. Язик сухий, обкладений нальотом. Скарги на спрагу і сухість у роті. Іноді нудота, блювання, парез кишок. Живіт роздутий, болючий. При перкусії – вільна рідина в спадистих місцях. Перистальтика не прослуховується. Випорожнень немає, гази не відходять. У запущених випадках – звук падання краплі (симптом Вільмса). У крові – зрушення формули вліво. Потерпають усі органи і системи, порушуються усі обмінні процеси.

*Лікування.* Оперативне з перитонеальним діалізом, зрошення рідиною, що містить Са, К, Ма, Сl. У післяопераційному періоді усувають інфекцію, регулюють серцево-судинну діяльність, проводять дезінтоксикаційну терапію, усувають парез кишок, знеболюють, регулюють кислотно-основну рівновагу і електролітний баланс. Застосовують імперичну антибактеріальну терапію. Прогноз залежить від вірулентності мікроба, стану імунологічної системи та віку хворої, вогнища розвитку перитоніту, термінів госпіталізації і своєчасності операції. У разі неспроможності швів видаляють вогнище інфекції.

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

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

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

Причини шоку:

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

2) зниження загальної резистентності організму;

3) можливість проникнення у кровотік збудників або їхніх токсинів.

У розвитку септичного шоку виділяють дві стадії:

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

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

У разі виникнення септичного шоку вживають таких заходів:

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

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

3) погодинний контроль діурезу;

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

5) посіви сечі, крові й виділень із каналу шийки матки;

6) визначення кислотно-основного стану крові й насичення тканин киснем;

7) підрахунок кількості тромбоцитів і визначення вмісту фібриногену і мономерів фібрину (розчинний фібрин).

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

- ЕКГ з метою виявлення ступеня метаболічних порушень або ішемії міокарда;

- УЗД органів черевної порожнини з метою виявлення можливих гематогенних абсцесів;

- Рентгенографічне обстеження органів грудної порожнини з метою підтвердження гострого респіраторного дистрес-синдрому або пневмонії.

Головні принципи інтенсивної терапії септичного шоку:

1) негайна госпіталізація у відділення інтенсивної терапії;

2) корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії і адекватної інфузійної терапії з постійним моніторингом гемодинаміки;

3) підтримання адекватної вентиляції і газообміну;

4) хірургічна санація вогнища інфекції;

5) нормалізація функції кишківника і раннє ентеральне харчування;

6) своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем;

7) антибактеріальна терапія під постійним мікробіологічним контролем.

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

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

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

До складу інфузійних середовищ необхідно включати свіжозаморожену плазму (600–1 000 мл), яка є донатором антитромбіну. Антитромбін є інгібітором активізації лейкоцитів і запобігає ушкодженню ендотелію судин, внаслідок чого зменшуються прояви системного запалення і ендотоксемії. Крім того, введення свіжозамороженої плазми необхідне для лікування ДВЗ-синдрому, що зазвичай розвивається при прогресуванні септичного шоку.

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

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

### **Хірургічна санація вогнища інфекції**

Показання до лапаротомії та екстирпації матки з матковими трубами:

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

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

*Догляд за хворими. Дії медичної сестри.*

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

## **АКУШЕРСЬКИЙ ТРАВМАТИЗМ. АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ**

Під час пологів можуть травматизуватися м'які тканини пологового каналу. Ці ушкодження мають переважно поверхневий характер у вигляді тріщин, саден вульви, піхви, промежини, шийки матки.

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

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

### **Розриви промежини**

Розрізняють три ступеня розривів промежини:

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

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

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

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

*Лікування:* хірургічне відновлення цілості промежини.

### **Розриви шийки матки**

Розрізняють три ступеня розривів шийки матки:

*I ступінь* – довжина розриву сягає 2 см;

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

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

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

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

### **Розриви матки**

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

*Класифікація розривів матки.*

*I. За часом походження:*

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

*II. За патогенетичними ознаками:*

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

*III. За клінічним перебігом:*

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

*IV. За характером ушкодження:*

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

*V. За локалізацією:*

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

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

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

Перешкоджанням у пологах, які сприяють розриву матки, є вузький таз, великий плід, неправильні вставлення голівки, поперечне положення плода, гідроцефалія, фіксовані в малому тазу пухлини яєчника або матки, екзостози, рубцеві зміни шийки матки.

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

***Клініка розривів матки***

*Загрозливий розрив матки за Бандлем:*

- 1) бурхлива пологова діяльність, сильні болючі перейми;
- 2) контракційне кільце розміщене високо над лобком, матка набуває форми піщового годинника;
- 3) нижній сегмент матки перерозтягнутий, різко болючий, внаслідок чого визначити передлеглу частину немає змоги;
- 4) з'являється набряк шийки матки, її краї вільно звисають у піхву;

5) внаслідок притиснення уретри сечовиділення утруднюється;  
6) часто з'являються мимовільні потуги при високому стоянні голівки плода;

7) неспокійна поведінка роділлі.

*Загрозливий розрив матки за Вербовим:*

1) перейми часті, болісні, але не дуже сильні, перерозтягнення і болючість нижнього сегмента;

2) набрякання шийки матки, піхви і зовнішніх статевих органів;

3) порушення сечовиділення.

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

*Початок розриву матки:*

1) сукровичні виділення зі статевих шляхів;

2) перейми набувають судомного характеру;

3) домішки крові в сечі;

4) почастишання або уповільнення серцебиття плода, підвищення його рухової активності;

5) збуджений стан роділлі, скарги на слабкість, запаморочення, відчуття страху.

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

За відсутності негайної допомоги відбувається розрив матки.

*Клініка розриву матки, що відбувся:*

1) кинджальний біль у животі;

2) пологова діяльність повністю припиняється;

3) виникає шок, наростає крововтрата, шкіра і видимі слизові оболонки стають блідими, з'являється холодний піт, риси обличчя загострюються, пульс частий, АТ падає, нудота, блювання;

4) серцебиття плода не прослуховується, плід повністю або частково виходить у черевну порожнину, разом із плодом промацується тіло матки, що скоротилося;

5) зовнішня кровотеча незначна, найчастіше кров виливається в черевну порожнину.

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

*Головні принципи надання невідкладної допомоги при розривах матки.*

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

Якщо плід живий і ознак інфекції немає, проводять кесарів розтин. У разі, коли плід мертвий, пологи закінчують плодоруйнівною операцією. При розриві, що почався і відбувся – надання екстреної допомоги повинно

розпочатися невідкладно (але не пізніше 10 хв після встановлення діагнозу), негайний розтин живота нижньосерединним розрізом, екстирпація матки, одночасно запобігають шоку і крововтраті, використовуючи переливання свіжозамороженої плазми, ГЕК, гелофузину, компонентів крові та кровозамінників. Для цього венозний доступ повинен бути проведений максимум за 5 хв.

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

### **Кровотечі у першій половині вагітності**

Кровотечі у I половині вагітності зумовлені:

- мимовільним викиднем;
- пухирцевим заносом;
- позаматковою вагітністю (у тому числі шийкова вагітність).

**За стадіями розвитку виділяють:**

- Загрозливий аборт.
- Аборт у ході.
- Неповний аборт.
- Повний аборт.

**Крім того виділяють:**

- Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода).
- Інфікований аборт.

**Діагностика спонтанного аборт.** Загальними проявами спонтанного аборт є кров'янисті виділення зі статевих шляхів різної інтенсивності та біль у нижніх відділах живота на фоні маткової вагітності.

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

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

**Лікування:**

- інструментальне випорожнення матки під внутрішньовенним наркозом (обов'язкове гістологічне дослідження отриманого матеріалу);
- препарати, що скорочують матку (10 ОД окситоцину внутрішньовенно краплинно або 0,5 мг метилергобrevіну внутрішньовенно або внутрішньом'язово);
- при продовженні кровотечі 800 мг мізопростола ректально;

- відновлення величини крововтрати за показаннями;
- антибактеріальна терапія за показаннями.

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

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

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

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

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

Після вишкрібання матки – спостереження упродовж 8 тиж, включаючи дослідження ХГЛ один раз на тиждень, УЗД органів малого таза один раз на тиждень. При відсутності ознак хвороби – "нормальний" показник ХГЛ до 15 мМЕ/мл, відсутність пухлиноподібних утворень за даними УЗД малого таза, а також рентгенологічного дослідження легень та відновлення нормального менструального циклу хіміотерапію не проводять. Подальше дослідження ХГЛ у сироватці крові проводять один раз на два тижні упродовж трьох місяців, а надалі – один раз на місяць упродовж півроку.

### **Кровотечі у другій половині вагітності**

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

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

#### *Класифікація передлежання плаценти*

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

II. Неповне передлежання – плацента частково перекриває внутрішнє вічко:

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

б) крайове – до внутрішнього вічка підходить край плаценти.

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

#### *Клініка:*

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

2) не супроводжується болем;

3) не супроводжується підвищеним тонусом матки;

4) анемізація жінки;

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

6) можливі передчасні пологи.

#### *Діагностика*

I. Вивчення анамнезу.

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

III. Акушерське обстеження:

1) зовнішнє:

а) високе стояння передлеглої частини плода;

б) косе, поперечне положення плода;

в) тонус матки не підвищений;

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

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

б) не можна пропальпувати передлеглу частину плода.

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

*Принципи надання невідкладної допомоги пацієнткам із передлежанням плаценти:*

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

2) у разі припинення кровотечі – УЗД. Підготовка легенів плода. Мета вичікувальної тактики – пролонгація вагітності;

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

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

***Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.***

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

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

*Класифікація:*

1) часткове відшарування;

2) повне відшарування.

*Клініка.*

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

II. Гіпертонус матки, не знімається спазмолітичними препаратами.

III. Інтенсивність кровотечі з піхви може коливатись залежно від ступеня тяжкості, характеру відшарування – від незначної до масивної.

Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішньої кровотечі може і не бути.

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

#### *Діагностика.*

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

II. Зовнішнє акушерське обстеження:

- 1) гіпертонус матки;
- 2) матка збільшена в розмірах, може деформуватися з локальним випинанням, якщо плацента розміщується на передній стінці матки;
- 3) болючість під час пальпації;
- 4) неможливість пропальпувати частини плода і прослухати його серцебиття;

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

III. Внутрішнє акушерське обстеження:

- 1) плодовий міхур напружений;
- 2) при відходженні навколоплідні води можуть бути забарвлені кров'ю;
- 3) кровотеча з матки різної інтенсивності.

IV. УЗД.

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

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

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

*Особливості проведення кесаревого розтину:*

- 1) амніотомія (якщо є умови);
- 2) обов'язкова ревізія стінок матки для виключення матково-плацентарної апоплексії;

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

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

- 1) негайна амніотомія, якщо плодовий міхур цілий;
- 2) при головному передлежанні плода накладають акушерські щипці;
- 3) при тазовому передлежанні – екстракція плода за тазовий кінець;
- 4) при поперечному положенні проводять акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку;
- 5) ручне відділення плаценти і виділення посліду;
- 6) внутрішньовенно 10 ОД окситоцину, за відсутності ефекту – 800 мг мізопростолу (ректально);
- 7) залежно від величини крововтрати – лікування геморагічного шоку і синдрому ДВЗ;
- 8) суворе динамічне спостереження в післяпологовому періоді.

### **Кровотечі у послідовому та післяпологовому періодах**

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

Існують наступні види післяпологових кровотеч:

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

### **Кровотеча у третьому періоді пологів**

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

Можливо декілька варіантів кровотечі:

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

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

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

Медична допомога надається за таким алгоритмом:

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

- випорожнення сечового міхура;

- ручними прийомами перевіряють ознаки відділення плаценти та виділення посліду;
- при защемленні посліду виконують зовнішній масаж матки, зовнішні прийоми видалення посліду;
- якщо причиною крововтрати є затримка частин плаценти або оболонки, під внутрішньовенним наркозом здійснюють ручне обстеження порожнини матки;
- при порушенні процесу відокремлення плаценти, якщо відсутня кровотеча, спостерігають 30 хв (у вагітних, що належать до групи ризику – 15 хв), після чого виконують ручне відокремлення плаценти та виділення посліду;
- у разі появи кровотечі негайно, під внутрішньовенним наркозом виконують ручне відокремлення плаценти та виділення посліду;
- вводять препарати, що посилюють скорочення матки, розводять 10–20 ОД окситоцину на 400 мл фізіологічного розчину і вводять внутрішньовенно, краплинно, пабал 1 мл внутрішньовенно (100 мкг/мл);
- у разі істинного прирощення або пророщення плаценти – лапаротомія з екстирпацією матки без придатків;
- здійснюється оцінка об'єму крововтрати і відновлюється ОЦК.

### *Методи визначення величини крововтрати*

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

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

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

### **3. Шоковий індекс Альговера**

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

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

У нормі індекс Альговера = 1.

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

**Рання (первинна) післяпологова кровотеча** виникає при таких ситуаціях:

- 1) гіпотонія або атонія матки;
- 2) затримка частин плаценти або оболонки;
- 3) травми пологових шляхів;

- 4) порушення згортальної системи крові;
- 5) захворювання крові.

*Причиною гіпотонії або атонії матки може бути:*

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

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

3) порушення скоротливої функції міометрія;

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

*Кровотеча може бути двох видів:*

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

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

*Надання медичної допомоги.* Для лікування післяпологових кровотеч, обумовлених атонією матки, у наш час застосовують ін'єкції утеротонічних препаратів, бімануальну компресію матки, внутрішньоматкову балонну тампонаду, селективну деваскуляризацію матки шляхом перев'язки магістральних артерій або за допомогою ангіографічної емболізації, маткові компресійні шви (шов за Бі-Лінчем) й видалення матки.

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

Алгоритм надання невідкладної допомоги.

1. Огляд породіллі:

а) оцінювання об'єму крововтрати;

б) оцінювання стану породіллі на основі скарг, АТ, частоти пульсу, кольору шкіри і слизових оболонок, кількості сечі, наявності геморагічного шоку.

2. Термінове лабораторне дослідження:

а) визначення рівня гемоглобіну, гематокриту;

б) коагулограма;

в) група крові й резус-фактор;

г) біохімічне обстеження за показаннями.

3. Катетеризація периферичної або центральної вени.

4. Випорожнення сечового міхура.
5. Внутрішньовенне введення препаратів, що посилюють скорочення матки (10–20 ОД окситоцину на 400 мл фізіологічного розчину).
6. Проведення ручного обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом.
7. Огляд пологових шляхів і відновлення їх цілісності.
8. Зовнішній масаж матки.
9. При тривалій кровотечі вводять 800 мг мізопростолу (ректально).
10. Лікування геморагічного шоку.

Загальні принципи лікування гострої крововтрати:

а) негайна зупинка кровотечі консервативними або оперативними методами;

б) відновлення ОЦК;

в) забезпечення адекватного газообміну;

г) лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності;

д) корекція метаболічних порушень.

Першочергові дії при виникненні геморагічного шоку:

а) оцінюють життєво важливі функції (пульс, АТ, характер дихання, психічний статус);

б) повідомляють відповідального чергового лікаря акушера-гінеколога про виникнення кровотечі та розвиток геморагічного шоку, мобілізують персонал;

в) піднімають ноги або ножний кінець ліжка для підвищення венозного обігу до серця;

г) катетеризують одну-дві периферичні вени великого діаметру; за умови розвитку шоку III–IV ступеня необхідна катетеризація трьох вен, при цьому одна з них повинна бути центральною;

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

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

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

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

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

*Причини, що призводять до кровотечі:*

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

*Надання медичної допомоги.*

1. Оцінювання величини крововтрати.
2. Катетеризація периферичної або центральної вени.
3. Інструментальна ревізія порожнини матки під внутрішньовенним наркозом.
4. Внутрішньовенне введення утеротоніків.
5. При тривалій кровотечі – мізопростол 800 мкг (ректально).
6. Відновлення ОЦК.
7. При кровотраті понад 1,5 % маси тіла – лапаротомія, екстирпація матки.

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

**I. Під час вагітності:**

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

**II. Під час пологів:**

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

**III. Після пологів:**

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

## **ОПЕРАТИВНЕ АКУШЕРСТВО**

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

- 1) невідкладність показань (наприклад, операції з приводу акушерських кровотеч, розриву матки);
- 2) більшість піхвових операцій проводять, керуючись лише дотиком, без контролю зору;

3) необхідність збереження життя і здоров'я не лише матері, а й дитини;

4) неможливість зробити асептичними пологові шляхи через близькість прямої кишки.

При кожній акушерській операції необхідно визначати показання і умови.

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

У кожному конкретному випадку необхідно з'ясувати такі моменти:

1) чи показане хірургічне втручання, тобто чи є патологічні явища, які не можна усунути консервативними методами;

2) якщо показана операція, то коли її слід робити – негайно або через деякий час;

3) вибір методу хірургічного втручання і умови для його виконання.

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

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

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

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

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

### **Операції, що підготовляють (розширюють) пологові шляхи Перинеотомія (розсічення промежини)**

*Показання:*

1) пологи в жінки з високою промежиною або різко ригідними тканинами;

- 2) загроза центрального розриву промежини;
- 3) тяжкий стан вагітної, загроза дистресу плода.

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

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

### **Розрив плодового міхура**

*Показання:*

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

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

### **Акушерські розроджувальні операції**

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

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

*Показання до операції:*

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

*Умови для виконання операції:*

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

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

*Показання:*

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

*Умови:*

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

### **Кесарів розтин**

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

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

Існує плановий кесарів розтин та операція, що здійснюється за ургентними показаннями.

До операції жінка повинна підписати поінформовану згоду на медичне втручання. Жінку необхідно проінформувати про можливі види анестезії, вона повинна мати можливість зробити свідомий вибір.

*Показання до планового кесаревого розтину:*

- 1) передлежання плаценти;
- 2) рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів;
- 3) тазове передлежання плода після невдалої спроби зовнішнього повороту плода в 36 тиж, за наявності протипоказань до нього чи за наполяганням жінки;
- 4) тазове передлежання або неправильне положення першого плода при багатоплідній вагітності;
- 5) поперечне положення плода;

- 6) моноамніотична двійня;
- 7) синдром затримки росту одного з плодів при багатоплідній вагітності;
- 8) ВІЛ-інфіковані жінки, які мають вірусне навантаження більше 50 копій в 1 мл, які приймають монотерапію зидовудином, Ко-інфіковані жінки ВІЛ та вірусним гепатитом С;
- 9) первинний генітальний герпес за 6 тиж до пологів;
- 10) екстрагенітальна патологія:
  - кардіологічна (артеріальна гіпертензія III стадії, коарктація аорти (без оперативної корекції), аневризма аорти, систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду менше 40 %, конструктивний перикардит);
  - офтальмологічна (геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, свіжий опік);
  - пульмонологічна (захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча менш ніж за 4 тиж до розродження);
  - органів травлення (портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу та шлунка, спленомегалія, діафрагмальна кіла);
  - неврологічна (гіпертензійно-лікворний синдром, стан після геморагічного інсульту, артеріо-венозні мальформації мозку);
- 11) пухлини органів малого таза або наслідки травми таза, що перешкоджають народженню дитини;
- 12) рак шийки матки;
- 13) стани після розриву промежини III ступеня або пластичних операцій на промежині;
- 14) стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць;
- 15) гастрошизис, діафрагмальна кіла, spina bifida, тератома у плода, зрощення близнюків – за умови можливості надання оперативної допомоги новонародженій дитині.

*Показання до ургентного кесаревого розтину:*

1. Кровотеча до пологів або в I періоді пологів за відсутності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи.
2. Розрив матки, що загрожує або почався.
3. Тяжка прееклампсія або еклампсія за відсутності умов для екстреного розродження через природні пологові шляхи.
4. Дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами обстеження за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
5. Випадіння пульсуючих петель пуповини.
6. Обструктивні пологи:
  - задній асинклітизм;

– поперечне та косе положення при відходженні навколоплідних вод;  
– розгинальні вставлення голівки плода (повне, передній вид  
лицьового);

– клінічно вузький таз.

7. Аномалії пологової діяльності, за даними партограми, які не піддаються медикаментозній корекції.

8. Невдала спроба індукції пологів.

9. Агональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

*Набір інструментів:* корнцанги (5–6 шт.), скальпелі (3–4 шт.), анатомічні і хірургічні пінцети (4–5 шт.), ножиці прямі (2 шт.), ножиці вигнуті (2 шт.), гачки тупі (2 шт.), дзеркала черевні (3 шт.), кровоспинні затискачі (10–12 шт.), затискачі Микулича (8–10 шт.), затискачі Більрота (20 шт.), щипці Мюзо (2 шт.), кюретка акушерська (1 шт.), голкотримачі (4 шт.), голки хірургічні різних розмірів (7–8 шт.), затискачі білизняні (6 шт), шприці з голками (2–3 шт.), катетер для випускання сечі, шовний матеріал, серветки, тампони.

*Знеболювання.* Кесарів розтин може бути виконаний під загальною, регіонарною (спінальною, епідуральною) або комбінованою (спінально-епідуральною) чи місцевою інфільтраційною анестезією. Вибір методу анестезії визначається багатьма факторами: ступенем терміновості операції, станом матері й плода, досвідом, кваліфікацією анестезіолога і хірурга, бажанням пацієнтки. Не існує доказів переваг регіонарної чи загальної анестезії з точки зору материнських чи неонатальних наслідків.

### **Післяопераційний догляд**

Після операції кесарів розтин породілля має доглядатись спеціально підготовленим персоналом. Протягом перших 30 хв після проведення оперативного втручання породілля спостерігається кожні 5 хв в операційній або в палаті інтенсивного нагляду шляхом контролю за кардіореспіраторною стабільністю.

Подальший нагляд здійснюється у палаті сумісного перебування. Протягом двох годин кожні півгодини проводиться контроль частоти дихання, частоти серцевих скорочень, АТ, після цього періоду до 6 год – кожен годину в разі стабільності стану жінки.

Проводиться адекватне знеболювання і застосовуються нестероїдні протизапальні засоби. При відсутності ускладнень пропонується вживання рідини та їжі за бажанням.

Через 6–10 год породілля повинна активно перевертатися в ліжку, через добу повинна підніматися. Призначають антибіотики, проводять інфузійну терапію, спрямовану на корекцію гіповолемії, ацидозу, гемодинаміки, електролітного балансу. У разі недостатньої інволюції матки призначають скоротливі засоби.

У перші години післяопераційного періоду необхідно особливо ретельне спостереження за тонусом матки і крововтратою. Важливо стежити за своєчасним спорожнюванням сечового міхура. У першу добу після операції допускається катетеризація сечового міхура. Для профілактики парезу кишок призначають 1 % розчин 0,5 прозерину. За відсутності протипоказань грудне вигодовування можна дозволити на 2-й день після операції.

*Догляд за швами.* Якщо пов'язка не просякла в першу добу, її змінюють на другу добу, обробивши спиртом або брильянтовим зеленим; кварцування за показаннями. Якщо рана інфікована, шви розпускають, обробляють перексидом водню; застосовують турунди з гіпертонічним 10 % розчином, кварцування. Після очищення рани призначають мазеві пов'язки.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство і гінекологія / за ред. академіка НАН України, В. І. Грищенко, М. О. Щербини. – Київ : Медицина, 2011. – Кн. 1. Акушерство. – 427 с.

2. Макаров И. О. Бактериальные и вирусные инфекции в акушерстве и гинекологии : учеб. пособие / И. О. Макаров, Е. И. Боровкова. – Москва : МЕДпресс-информ, 2013. – 256 с.

3. Айламазян Э. К. Гестоз: теория и практика / Э. К. Айламазян, Е. В. Мозговая. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.

4. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія : підручник % у 2 т. / В. М. Запорожан, М. Р. Цегельський, Н. М. Рожковська. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – Т. 1. – 472 с.

5. Клінічне медсестринство в акушерстві і гінекології : підручник / А. М. Громова, Г. М. Алтуєв, В. А. Лойко та ін. ; за ред. А. М. Громової. – Київ : Здоров'я, 2004. – 584 с.

6. Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу з акушерства на медичному факультеті / за ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської та ін. – Київ : Інтрмед, 2005. – 308 с.

7. Назарова І. Б. Медсестринство в акушерстві : підручник / І. Б. Назарова. – Київ : Медицина, 2008. – 224 с.

8. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. – Москва : Мед. информ. аг-во, 2004.

9. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / А. Я. Сенчук, Б. М. Венцовский, Ю. П. Вдовиченко, Е. Е. Шунько ; под ред. А. Я. Сенчука. – Киев : Гидромакс, 2006.

10. Соколова Н. Г. Новый справочник медицинской сестры : Серия "Медицина для вас" / Н. Г. Соколова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2002.

*Навчальне видання*

## **ПАТОЛОГІЧНЕ АКУШЕРСТВО**

***Методичні вказівки для студентів  
за спеціальністю "Сестринська справа"  
освітньо-кваліфікаційного рівня "Бакалавр"***

Упорядники    Парашук Юрій Степанович  
                      Лященко Ольга Анатоліївна  
                      Овчаренко Ольга Борисівна  
                      Старкова Ірина Володимирівна

Відповідальний за випуск    Ю. С. Парашук



Редактор М. В. Тарасенко  
Коректор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 2,5.  
Зам. № 16-33130.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmu@mail.ua**

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

# ПАТОЛОГІЧНЕ АКУШЕРСТВО

*Методичні вказівки для студентів  
за спеціальністю "Сестринська справа"  
освітньо-кваліфікаційного рівня "Бакалавр"*