Стефан ХМІЛЬ
Леся РОМАНЧУК
Зінаїда КУЧМА

АКУШЕРСТВО

ПІДРУЧНИК

Видавництво «Підручники і посібники»

ББК 57.1я723
УДК 618.1(075.3)
Х 65

Авторський колектив:

Хміль С. В. — *заслужений діяч науки і техніки України, професор, доктор медичних наук*
Романчук Л. І. — *доцент, кандидат медичних наук, член Національної спілки письменників України*
Кучма З. М. — *доцент, кандидат медичних наук*

Рецензенти:

Беседін В. М. — *заслужений діяч науки і техніки України, професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету*
Григоренко П. П. — *доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології Вінницького національного медичного університету*
Грачова І. І. — *викладач акушерства та гінекології першого Київського медичного коледжу, спеціаліст вищої категорії, викладач-методист*

Хміль С. В., Романчук Л. І., Кучма З. М.
Х 65 Акушерство: Підручник. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2008. — 624 с.: 20 табл., 144 рис.

ISBN 978-966-07-1023-8

У підручнику «Акушерство» висвітлено особливості медичної деонтології в акушерстві та спілкування фельдшера, акушерки з вагітною, питання організації акушерської допомоги в Україні. Подано основи асептики та антисептики в акушерстві, наведено сучасні методи дезінфекції різних об'єктів згідно з наказом МОЗ України №59. Розглянуто клінічну анатомію та фізіологію жіночих статевих органів. Із сучасних позицій описані методи діагностики вагітних. Враховуючи велику роль акушерки у проведенні пологів у підручнику в доступній формі описано перебіг та ведення пологів. Велику увагу звернуто на приймання та санітарну обробку роділлі, підтримуючий догляд під час пологів, описано порядок запису партограми, що є важливим для акушерки. Детально висвітлено акушерські операції для збереження вагітності, виправлення положення плода, розроджувальні операції — кесарів розтин, вакуум-екстракція плода, накладання акушерських щипців. Описано алгоритми виконання практичних навичок.

Підручник призначений для студентів вищих медичних закладів освіти І і ІІ рівнів акредитації за спеціальностями «Акушерськаська справа», «Лікувальна справа».

УДК 618.1(075.3)
ББК 57.1я723

ISBN 978-966-07-1023-8

© Хміль С. В., Романчук Л. І., Кучма З. М., 2008

ПЕРЕДМОВА

Сучасний розвиток системи охорони здоров'я в Україні вимагає підготовки висококваліфікованих кадрів — середнього медичного персоналу. Це спонукало авторів до видання нового підручника «Акушерство» для студентів відділень «Лікувальна справа», «Акушерська справа» медичних училищ та коледжів. Взявши за основу раніше виданий ними підручник «Акушерство», з моменту виходу якого минуло десять років, автори врахували суттєві прогресивні зміни, які відбулися за цей період і написали якісно нове видання. Воно побудоване відповідно до вимог Болонського процесу, типової навчальної програми та Положення «Про порядок підготовки і видання навчальної та навчально-методичної літератури для вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів I–IV рівнів акредитації» затверджених МОЗ України.

У першому розділі підручника дано визначення акушерства як науки, яка є однією з найдавніших медичних дисциплін. Розглянуто основні етапи розвитку акушерства в Україні. Із сучасних позицій дано характеристику спеціальності «Акушерська справа», висвітлено питання медичної етики та деонтології в акушерській практиці. Стисло і доступно подано матеріал про принципи акушерської допомоги в Україні, основну увагу приділено організації роботи акушерки в акушерському стаціонарі та жіночій консультації, санітарно-гігієнічному та протиепідемічному режиму в акушерському стаціонарі, методам дезінфекції різних об'єктів, особливостям професійної профілактики інфікування вірусним гепатитом, сифілісом. Висвітлено питання профілактики при пораненнях, контактах з кров'ю, біологічними рідинами та біоматеріалами ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта згідно з Наказом МОЗ України № 59 від 10.02.2003 р. «Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках». Подано «Примірне положення про фельдшера та акушерку», а також протоколи ведення вагітних, родільок та породіль згідно з Наказом МОЗ України № 620 від 29.12.2003 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

У V розділі в доступній формі описано клінічну анатомію та фізіологію жіночих статевих органів. Автори вважали за необхідне висвітлити анатомо-функціональні особливості жіночої статевої сфери у різні вікові періоди життя жінки. Значну увагу приділено біологічним ефектам статевих, гонадотропних гормонів та простагландинів, що є важливим для акушерки та фельдшера.

У VI розділі «Діагностика вагітності» наведено сучасні методи діагностики стану плода, обстеження вагітних.

У VIII розділі «Фізіологія вагітності, спостереження та догляд за вагітними» з сучасних позицій висвітлено процес розвитку плодового яйця, акцентовано увагу на функціях плаценти та навколоплодових вод, адаптації організму матері до вагітності, гігієні вагітних, харчуванні вагітної. Автори звернули особливу увагу на профілактику вад розвитку плода, вплив шкідливих факторів на плід, сучасні принципи фармакотерапії у ранні терміни вагітності.

Враховуючи велику роль акушерки у проведенні пологів у підручнику в доступній формі описано ініціацію пологової діяльності, механізм скорочення міометрія, готовність організму до пологів, перебіг пологів. Велику увагу звернуто на приймання та санітарну обробку роділлі, підтримуючий догляд під час пологів. Детально описано порядок запису партограми, що є важливим для акушерки. Висвітлено послідовність дій при здійсненні медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною в пологовій залі, забезпечення теплового ланцюжка згідно з Наказом МОЗ України №152 від 04.04.2005 «Про затвердження протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною».

У розділі «Фізіологія і патологія перинатального періоду» детально висвітлено анатомо-фізіологічні особливості новонароджених, парафізіологічні стани, дистрес плода при вагітності та під час пологів, ФПН, тазове передлежання, затримку внутрішньоутробного розвитку плода згідно з протоколами наказів МОЗ України.

Значну увагу в підручнику приділено акушерським кровотечам, пологовому травматизму матері та плода, патологічним та оперативним пологам, гестозам вагітних, перинатальним інфекціям.

Акцентовано увагу на питаннях догляду та надання невідкладної допомоги при екстремальних ситуаціях в акушерстві, ролі фельдшера, акушерки.

У кінці розділів наведено перелік практичних навичок, які повинні засвоїти студенти, та питання для підготовки до диференційованого заліку.

Для кращого сприйняття навчального матеріалу підручник проілюстрований кольоровими рисунками та фотографіями. Призначений для студентів вищих медичних закладів освіти I і II рівнів акредитації за спеціальностями «Акушерська справа», «Лікувальна справа».

Автори сподіваються, що підручник допоможе майбутнім акушеркам та фельдшерам оволодіти знаннями в галузі акушерства. Будуть вдячні за побажання та зауваження і врахують їх у наступних перевиданнях.

професор Стефан Хміль
доцент Леся Романчук
доцент Зінаїда Кучма

АКУШЕРСТВО ЯК НАУКА
ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ АКУШЕРСТВА

Акушерство (від франц. *accoucher* — народжувати) — галузь клінічної медицини, що розглядає фізіологічні та патологічні процеси, пов'язані з вагітністю, пологами та післяпологовим періодом, а також методи діагностики, лікування та профілактики ускладнень вагітності та пологів.

Акушерство — одна з найдавніших медичних дисциплін. У давні часи жінки народжували без допомоги або з допомогою однієї зі старших жінок у родині. На подальших етапах розвитку суспільства з'явились люди, які почали займатись лікуванням хворих професійно. Акушерська допомога перебувала тоді виключно у руках жінок-акушерок (повитух). Медичні знання у них були примітивними, проте деонтологічні принципи — доволі високими: варто лише згадати, що, за біблійними свідченнями, баби-повитухи Шіфра і Пуа відмовилися виконати наказ царя Ірода вбивати усіх новонароджених хлопчиків *(Кн. Вихід, 1)*.

В Україні першими лікарями були ворожбити і знахарі-відуни, обавники, потворники і характерники, у яких лікування йшло поруч із закляттями та замовляннями. Лікарське знання стало «книжним», коли Україна увійшла в тісні зв'язки з Візантією. З'явилися вчені-лічителі, або лічці. Перша лікарня була заснована за княгині Ольги при Києво-Печерському монастирі. З Никоновського літопису відомо, що князі, діячі церкви, стали фундаторами багатьох закладів, де міг отримувати медичну допомогу простий люд, зокрема Єфрем, єпископ Переяславський (XI ст.) «...зданія многа воздвиг і будови банні і врачеве і больници всім приходящим безмездне врачування іже не бисть допреже на Русі». Лічці-монахи, найбільш відомі серед яких Агапіт, Алімпій і Дем'ян Пресвітер, володіли «мудрістю книжною», знали властивості лікувальних рослин і безкоштовно лікували кожного, хто звертався за допомогою до монастиря.

Відтоді відомі й жінки-лічці: Февронія-цілителька і донька князя Мстислава Володимировича Євпраксія-Добродея (1108–1172), яка стала візантійською імператрицею під іменем Зоя. Перу Євпраксії (Зої) належить перша

на Русі медична книга, написана грецькою мовою «Алімма», в якій викладено й систематизовано медичні знання того часу, зокрема з акушерства та гінекології.

Перший український доктор медицини та філософії Георгій Дрогобич (1450–1494), «Георгій з Русі», як його називали, був ректором Болонського і професором Краківського університетів, учителем Коперніка. Він був відомим усій Європі своєю просвітницькою діяльністю, а також як видатний філософ та лікар.

У XVI–XVII ст. в Україні з'являються шпиталі та притулки для хворих і немічних, що створювалися міщанськими братствами. Рани січовиків-запорожців гоїли у «козацькому шпиталі» Трахтемирівського монастиря. Братські притулки, шпиталі та школи утримувала разом з міщанами українська шляхта. Давні грамоти зберегли для нас імена жертводавців — високоосвічених українських жінок: Анастасії Гольнаської, що покрила видатки на переклад українською мовою та друкування Пересопницького Євангелія; сестер Олени і Софії Чарторийських, що заснували при Пересопницькому монастирі шпиталь для недужих убогих та школу для селянських дітей; Гальшки Гулевичівни Лозки, що створила при Київському Богоявленському монастирі братську школу (1615) та шпиталь; Ганни Гойської, яка обдарувала землями Почаївську Лавру; Раїни Могилянки, княгині Вишнівецької, що стала фундаторкою Прилуцького, Ладинського, Лубенсько-Мчарського монастирів, які були на ті часи осередками національної культури, освіти та медицини.

Визвольна війна українського народу, неминучі на війні поранення та спустошливі епідемії покликали до життя нові медичні структури: аптеки, карантини, шпиталі. У XVIII ст. у Єлисаветграді (нині Кіровоград) відкрито першу в Україні медичну школу.

Одна з перших вищих шкіл Східної Європи — Києво-Могилянська Академія. Її ректор Феофан Прокопович, більш знаний як філософ та богослов, написав дисертацію з «фізіології» про причину нетлінності тіл печерських святих.

Проте здобути вищу медичну освіту у ті часи можна було лише за кордоном. І тому син полтавського священика Нестор Максимович Максимович-Амбодик (1744–1812) їде 1770 року до Страсбурзького університету і навчається там коштом «голіцинської» стипендії. Фундаторка цієї стипендії, княгиня Катерина-Смарагда Голіцина (1720–1761) за життя страждала на «делікатну жіночу неміч» і побажала позбавити інших жінок від таких страждань. Вона залишила великий спадок, на відсотки від якого здобули освіту в Страсбурзі, «славному своїм акушерством», Нестор Максимович Амбодик, основоположник наукового акушерства й автор першого підручника

Нестор Максимович
Максимович-Амбодик
(1744–1812)

Іван Павлович
Лазаревич
(1829–1902)

російською мовою «Мистецтво сповивання», Олександр Шумлянський (1748–1795), що захистив у Страсбурзькому університеті дисертацію, присвячену тонкій будові нирки (капсула Шумлянського-Боумена), а далі працював «градським акушером» у Москві і помер у бідності, хоча заслуги його вже визнала вся Європа, а Париж вшанував титулом «члена-кореспондента», відомі лікарі та науковці І. Руцький, М. Тереховський, С. Леонтович. У Лейдені (1780) захистив дисертацію на акушерську тему «Про переваги симфізеотомії перед кесаревим розтином» майбутній славетний епідеміолог, уродженець села Янівка Чернігівської губернії Данило Самойлович.

На початку XIX століття відкриваються державні лікарні у Полтаві, Кременчуці та інших губернських та повітових містах. У них поряд з лікарями працювали фельдшери, до допоміжної роботи залучали жінок, які не мали спеціальної освіти. У 1803 році у Києві відкрито перші пологові ліжка, які обслуговувала освічена акушерка.

У 1805 році відкрився університет у Харкові. Акушерська клініка на 4 ліжка була там створена у 1829 році. Лише 1862 року, коли кафедру акушерства та гінекології очолював Іван Павлович Лазаревич, клініка була розширена до 25 ліжок. Блискучий хірург І. П. Лазаревич зробив першу в Росії оваріотомію. На Лондонській виставці 1873 р. за створення «Атласу гінекологічних та акушерських інструментів» і прямих акушерських щипців, які стали відомі в Європі як «російські щипці», професор Лазаревич був нагороджений золотою медаллю.

У 1842 році при Кирилівських богодільнях у Києві створено першу фельдшерську школу.

Важливою віхою у розвитку сестринської справи стала Кримська війна (1853–1856). Ідея залучення сестер милосердя до допомоги пораненим належить видатному вченому М. І. Пирогову і ним же була реалізована.

Роль жінок у догляді за хворими одержала незаперечне визнання. Після війни почалась професійна підготовка медичних сестер для догляду за хворими в шпиталях і в мирний час. У 1870 році у Києві відкрито військово-фельдшерську школу, а в 1877 році — курси медичних сестер.

Становлення сестринської справи в Західній Україні відбувалося дещо по-іншому внаслідок особливостей соціально-економічного розвитку Австро-Угорської імперії та впливу Західної Європи.

У 1773 році відкрився Львівський акушерський колегіум, де навчались особи обох статей віком від 21 до 30 років. Навчання тривало 1–3 роки. Крім того, при колегіумі існували курси прискореної підготовки акушерок. Навчання в колегіумі було безкоштовним, слухачі перебували на повному утриманні землевласників. Відкриття колегіуму вважають датою започаткування середньої медичної освіти в західноукраїнських землях.

Одним з найстаріших закладів освіти в Європі був медичний факультет Львівського університету ім. Цісаря Франца Йосифа, відкритий у 1784 році. Кафедра акушерства і гінекології почала функціонувати у 1898 році. Першим її завідувачем був професор Адам Марс. Була розгорнута акушерсько-гінекологічна клініка на 118 ліжок. Науковці кафедри займались вивченням проблем злоякісних пухлин та безплідності. Потім кафедру очолювали професори А. Соловій та К. Божинський. На початкових стадіях становлення медичного факультету до Львова приїхали науковці з Кракова, Відня та інших міст. З часом Львів став джерелом кадрів викладачів для новоорганізованих медичних факультетів у Варшаві, Вільнюсі й Познані.

У 1870 році на території Західної України організація медичної допомоги населенню почала здійснюватись крайовою радою здоров'я. У цей період у Львові відкриваються акушерські курси, засновницею яких була поміщиця Яблонська. На курси зараховували неписьменних сільських жінок. Навчання тривало 3 місяці.

У 1895 році при загальній лікарні у Львові була створена школа медичних сестер. Вона фінансувалась Крайовим відділом здоров'я та Товариством Червоного Хреста. До цього в клініках одного з найстаріших університетів Європи — Львівського — медичними сестрами працювали черниці, рівень медичної підготовки яких був недостатнім. Іноді вони не мали елементарних навичок догляду за хворими.

Серед незаслужено забутих імен — доктор Щасний Сельський. Після закінчення Віденського університету в 1882 році він спеціалізувався у кращих гінекологічних клініках Відня, а потім очолив відділ жіночих недуг у Львівській міській лікарні. Працюючи заступником голови математично-природничо-лікарської секції Наукового товариства ім. Т. Г. Шевченка у Львові, яка була створена в 1893 році й прирівнювалася до статусу Національної

академії наук, він започаткував вихід у світ україномовної гінекологічної літератури, завдяки чому українська національна наука піднялася до рівня цивілізованих європейських країн. Його праця «До механіки нормальних і патологічних змін положення матриці» була першою, опублікованою українською мовою у спеціалізованому науковому збірнику. Він написав 11 статей, кожна з яких була вагомою і актуальною.

У цей період більша частина України входила до складу Російської імперії, тому розвиток медицини в Україні був тісно пов'язаний з розвитком медицини в Росії.

У Києві при університеті св. Володимира, створеному 1834 року, медичний факультет відкрили в 1841 році. Кафедра акушерства та гінекології була створена в 1843 році. Основоположником кафедри був професор І. П. Кримаренков, якого змінив знаменитий акушер О. П. Матвєєв (1816–1882). Саме О. П. Матвєєв запропонував метод профілактики гонобленореї шляхом закапування очей новонароджених 2% розчином азотнокислого срібла. При клініці він організував школу для акушерок і написав для них спеціальний посібник, який витримав три видання. З 1847 до 1883 року було підготовлено 1280 акушерок.

Наступник О. П. Матвєєва, Георгій Єрмолайович Рейн впроваджував у практику асептику та антисептику, був організатором Київського акушерсько-гінекологічного товариства. Академік Г. Є. Рейн, завідувач кафедри акушерства Київського університету, організував 8-місячні курси повивальних бабок для села, а після 1900 року Київська акушерська університетська клініка розпочала підготовку повивальних бабок першого та другого розрядів при акушерському відділенні Олександрівської лікарні (тепер лікарня № 14) та Товаристві надання допомоги бідним роділлям.

Вагому роботу щодо організації пологових будинків в Україні провів професор Г. Ф. Писемський (1862–1937). З його ініціативи було відкрито перший колгоспний пологовий будинок, першу жіночу консультацію в Києві, створено перші палати патології вагітних.

Значним є внесок українських акушерів-гінекологів у вирішення проблеми знеболювання пологів. Основи психопрофілактичної підготовки вагітних до пологів заклали харківські професори К. І. Платонов і І. З. Вельвовський. Цей метод отримав визнання у багатьох країнах світу. Професор Київського медичного інституту О. Ю. Лур'є (1897–1958) почав запроваджувати масове знеболювання пологів фармакологічними засобами.

Завдяки самовідданій праці лікарів-організаторів медичної допомоги у 50-ті роки в Україні стаціонарною родопоміччю було охоплено майже 100% жінок у містах і 70–80% у селах. Потреба в сільських пологових будинках зменшилася, вони поступово почали закриватися, профілактичну

Микола Сергійович Бакшеєв (1911–1974)

Леонід Васильович Тимошенко (1928–2004)

допомогу перебрали на себе фельдшерсько-акушерські пункти, а стаціонарне лікування хворі із сільської місцевості отримували у центральних районних та дільничних лікарнях. Позитивну роль відіграло об'єднання жіночих консультацій з пологовими будинками і гінекологічними стаціонарами в єдиний лікувально-профілактичний заклад. Ці заходи сприяли кращій організації обслуговування вагітних, роділей і породілей.

Вагома роль у розвитку акушерства належить провідним науковцям України. Кафедру акушерства і гінекології Київського державного медичного інституту тривалий час очолював всесвітньо відомий учений, член-кореспондент АМН України, професор М. С. Бакшеєв (1911–1974). Головним напрямом його наукової діяльності були фізіологія і патологія скоротливої діяльності матки, гестози, гіпоксія плода й асфіксія новонароджених, онкогінекологія, маткові кровотечі.

Чимало зусиль віддавав навчанню лікарів, наданню висококваліфікованої допомоги вагітним і хворим жінкам відомий науковець, член-кореспондент АМН України професор Л. В. Тимошенко. Напрями наукових досліджень різноманітні в усіх галузях акушерства та гінекології: слабкість пологової діяльності, гестози, кровотечі, невиношування та переношування вагітності, гінекологічна ендокринологія тощо.

У Київському медичному інституті, а потім в Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України заступником директора з наукової роботи працював член-кореспондент АМН України, професор О. Т. Михайленко (1933–1995). Це був надзвичайно обдарований науковець із широким колом інтересів, відомий учений-клініцист, безмежно доброзичлива, чуйна людина, яка щедро дарувала свій талант, знання, величезний досвід молодим науковцям. Він займався вивченням фізіології та патології скоротливої функ-

Омелян Трохимович Михайленко (1933-1995)

Борис Михайлович Венцківський

Валентин Іванович Грищенко

ції матки під час пологів, патогенезу маткових кровотеч у послідовому та ранньому післяпологовому періодах, перинатальної патології плода при різній акушерській патології. Написав і видав чимало корисних для акушерів-гінекологів підручників і монографій. Омелян Трохимович створив школу, з якої вийшли видатні науковці, що обіймають низку керівних посад у практичній охороні здоров'я, а також працюють на науково-педагогічній ниві.

Вагомий внесок у справу охорони здоров'я матері та дитини робить член-кореспондент АМН України, професор Б. М. Венцківський. Він поєднував роботу завідувача кафедри акушерства та гінекології Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця з роботою на посаді головного акушера-гінеколога МОЗ України. Завдяки його організаторським здібностям, невтомній праці вдавалось в скрутних економічних умовах утримувати на належному рівні організацію акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.

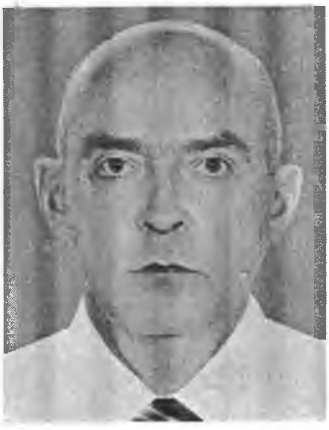
Талановитий науковець, організатор і педагог, академік Національної Академії Наук України, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат ряду державних іменних премій, професор В. І. Грищенко живе і працює в Харкові. Він завідувач кафедри акушерства і гінекології Харківського державного медичного університету й водночас директор Інституту проблем кріобіології та кріомедицини НАН України.

У Донецькому державному медичному університеті кафедру акушерства та гінекології очолює талановитий організатор, науковець, член-кореспондент АМН України, професор В. К. Чайка, який є президентом Всеукраїнської асоціації акушерів-гінекологів.

Вагомий внесок у розвиток акушерсько-гінекологічної науки зробила член-кореспондент АМН України, професор Г. К. Степанківська. Вона видала ряд монографій, підручників, за якими навчаються студенти й лікарі,

Яків Порфирович
Сольський

Галина Костянтинівна
Степанківська



Леонід Борисович
Маркін

опублікувала низку статей у журналах, багато років була головою Республіканського наукового товариства акушерів-гінекологів України.

В Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України працює відомий науковець, академік УАН НП, професор Я. П. Сольський, автор численних підручників та монографій. Тривалий період він був головним акушером-гінекологом України і зробив значний внесок у розвиток охорони здоров'я матері та дитини.

В Одеському медичному університеті кафедру акушерства та гінекології очолює талановитий науковець, ректор університету, академік АМН України, лауреат Державної премії, президент Всеукраїнської асоціації лікарів-ендоскопістів, доктор медичних наук, професор В. М. Запорожан. Він є почесним доктором кількох зарубіжних університетів, автором багатьох монографій з актуальних питань акушерства та гінекології, підручників.

Значний внесок у розвиток акушерства та гінекології зробив член-кореспондент АМН України, професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету Л. Б. Маркін. Його наукові дослідження мають пріоритетний характер, спрямовані на збереження репродуктивного здоров'я жіночого населення, охорону материства й дитинства. У цьому ж навчальному закладі багато років працює завідувач кафедри акушерства та гінекології, професор, доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України В. М. Бесединін. Він є автором багатьох наукових праць, зробив вагомий внесок у розвиток хірургічних методів лікування в акушерстві та гінекології.

У зв'язку із запровадженням в Україні неперервної вищої освіти чотирьох рівнів з'явилися навчальні заклади нового типу — коледжі, почали відкриватися факультети І і ІІ рівнів акредитації в медичних університетах та академіях. Іншим став підхід до суті фаху.

МЕДИЧНА ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ У СУЧАСНІЙ АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ, ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ

Медична деонтологія — це сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника під час виконання своїх професійних обов'язків. Моральне обличчя медичного працівника, основні принципи його поведінки формувалися й удосконалювалися впродовж багатьох століть залежно від політичного ладу, рівня культури, національних та релігійних традицій, а також соціально-економічних і класових відносин у країні. Величезна роль у визначенні основних проблем медицини і як науки, і як моральної діяльності належить основоположнику наукової медицини Гіппократу, його численним учням та послідовникам наступних поколінь, зокрема таким видатним діячам медицини, як Нестор Максимович Максимович-Амбодик та Іван Павлович Лазаревич. Свій вклад у розвиток деонтології та етики внесли визначні вчені сучасності Я. П. Сольський, О. Т. Михайленко, Г. К. Степанківська, В. І. Грищенко та інші.

Медична деонтологія дуже тісно пов'язана з медичною етикою. Згідно з сучасними позиціями медична етика, мораль — категорії, що визначають принципи поведінки медичного працівника в суспільстві. Медична етика — один із видів професійної та частина загальної етики. Її слід розглядати як історично сформоване зведення моральних вимог, норм поведінки, що випливають із завдань медичного працівника. *Медична етика* — це вчення про мораль медпрацівників, їхню поведінку, стосунки з хворими, з колегами, із суспільством. Вона теоретично обґрунтовує вчинки середнього медичного працівника у сфері його діяльності. Складовою частиною медичної етики є деонтологія — вчення про обов'язок медичного працівника.

Порушення правил деонтології іноді може призвести до виникнення такої патології, як ятрогенія — психогенний розлад внаслідок неправильних, необережних висловлювань або дій медичного працівника. Тому важливим принципом є дотримання основного деонтологічного правила — не зашкодити при діагностиці або лікуванні.

Професійна діяльність фельдшера, акушерки, які працюють з вагітними та породіллями, пов'язана з вирішенням складних деонтологічних питань, оскільки ситуації, що виникають під час надання медичної допомоги жінкам

у зв'язку із зачаттям, виношуванням, народженням, вигодовуванням дитини, виникненням захворювань жіночих статевих органів, стосуються інтимних сторін життя жінки та її оточуючих. Це вимагає від середнього медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів акушерсько-гінекологічного профілю дотримуватись у своїй роботі певних деонтологічних та морально-етичних правил, норм поведінки.

Процес пологів є фізіологічним, водночас дуже відповідальним періодом для жінок. Акушерки, які надають медичну допомогу під час вагітності та пологів, повинні пам'ятати про це і своїми діями створювати атмосферу спокою, довіри, впевненості в позитивному результаті пологів. Середнім медичним персоналом акушерського закладу вагітна жінка, роділля, породілля має сприйматись не як об'єкт проведення певних медичних маніпуляцій з метою її розродження, а насамперед як особистість і основний учасник у важливому моменті її життя — пологах.

На всіх етапах надання акушерської допомоги жінці забезпечується право на своєчасне отримання від медичних працівників інформації щодо стану її здоров'я та плода (новонародженого), всіх медичних втручань та обстежень, їх необхідності або доцільності, можливих наслідків відповідно до чинного законодавства. Така інформація надається лікарем або, за погодження з ним, акушеркою у спокійній обстановці з урахуванням психологічного стану жінки (за її бажанням — конфіденційно). Після отримання інформації жінці пропонується дати згоду на проведення їй або її дитині необхідних медичних втручань.

З метою уникнення конфліктних ситуацій, ускладнень під час пологів та післяпологового періоду процес надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим персоналом родопомічних закладів доцільно здійснювати на засадах взаєморозуміння з пацієнтами, поваги до них, залучення їх до прийняття рішень щодо тактики надання медичної допомоги. Нормальний психоемоційний стан вагітної, роділлі сприяє фізіологічному перебігу пологів та післяпологового періоду.

Під час пологів необхідно дотримуватись принципів конфіденційності: в пологовій залі забезпечується перебування однієї роділлі та її (за бажанням) членів родини, завданням яких є психологічна підтримка роділлі, та медичного персоналу, що безпосередньо веде пологи. Жінці також забезпечується право обрати людину для психологічної підтримки в пологах та повага медичного персоналу до її вибору.

Основою діяльності фельдшера, акушерки є спілкування з хворими. Вона повинна виробити навички професійного цілеспрямованого спілкування, яке є основою її стосунків з пацієнтками. Акушерство — галузь медицини, в якій вміння спілкуватися з вагітними, роділлями та породіллями

надзвичайно важливе. Іноді тема розмови зачіпає дуже особисті, інтимні речі (безпліддя, небажана вагітність, захворювання, що передаються статевим шляхом, аномалії розвитку статевих органів та їх вплив на вагітність, розлади менструального циклу тощо), тому жінка може з небажанням давати інформацію людині, яка не викликає у неї довіри. Отож, збирати анамнез, обстежувати, проводити маніпуляції та санітарно-освітню роботу з пацієнтками акушерської клініки буває непросто. Це вимагає від акушерки високого професіоналізму, вміння викликати до себе довіру, знання психології хворих. Вона повинна вміти швидко і правильно оцінити особливості психіки пацієнтки і вибрати правильний тон спілкування.

У розмові з вагітною важливі такі моменти:

- акушерка повинна підтримувати контакт з вагітною очима, але не дивитися пильно їй в очі;
- вираз обличчя акушерки повинен виявляти інтерес до того, що каже пацієнтка, можна трохи нахилитися вперед і періодично похитувати головою на знак згоди;
- віддаль між акушеркою і пацієнткою при розмові не повинна перевищувати 1 м і не бути меншою як 45 см. Що інтимніші сторони життя зачіпає опитування, то ближче потрібно схилитися до хворої і тихіше розмовляти, тоді створюється атмосфера інтимності і відвертості, але слід пам'ятати, що вторгнення в інтимну зону (до 45 см) люди розцінюють по-різному. Лише особам, з якими встановлено тісний емоційний контакт, можна наближатися до людини в інтимну та надінтимну зону (до 15 см). За відсутності такого контакту і довіри у деяких пацієнтів може виникнути страх та агресивність;
- дуже важливе вміння слухати пацієнтку. Необхідно подумки тримати зворотний зв'язок, оцінюючи інформацію, промовлену вголос, і слухати «між рядками», вловлюючи прихований зміст. Час від часу слід критично оцінювати попередню частину розмови;
- акушерка повинна сконцентрувати всю свою увагу на іншій людині. Всі чинники, які відволікають її від проблем пацієнтки, необхідно на час розмови з хворою усунути. На обличчі акушерки не може бути виразу стурбованості власними негараздами, оскільки хвора може оцінити це як загрозу для себе;
- під час опитування пацієнтки неприпустимо займатися сторонніми справами, перекладати папери на столі, заповнювати документацію, що не стосується цієї хворої тощо. Можна й потрібно занотовувати скарги пацієнтки та її проблеми, заповнювати її історію хвороби, лист контролю показників функцій її організму. Це хворі сприймають як вияв

уваги й важливості інформації, яку вони надають акушерці;
- слід виявляти до хворої щиру зацікавленість, повагу і турботу, співпереживання, намагатися зрозуміти її проблеми;
- не слід поспішати з висновками та інтерпретаціями. Своїми сумнівами потрібно поділитися з лікарем, що лікує хвору, лише він може дати остаточну оцінку її стану та вказати напрямок сестринського догляду.

Для ефективного вербального спілкування акушерка повинна використовувати такі прийоми:
- усміхатися пацієнтам;
- звертатися на «Ви», на ім'я або на ім'я та по батькові — залежно від віку;
- тон звертання повинен бути дружнім;
- розмовляти доступною для пацієнтки мовою;
- не зловживати медичними термінами;
- вибирати темп мови, доступний для пацієнтки;
- правильно вибирати час для спілкування;
- стежити за інтонацією, яка повинна відповідати інформації, яку хочуть донести до пацієнтки;
- правильно вибрати тембр голосу та силу звуку залежно від теми розмови;
- інструкції для пацієнтки повинні бути чіткими та зрозумілими;
- не використовувати натяки;
- не обіцяти неможливого;
- якщо хвора не зрозуміла акушерку, повторити сказане та уточнити, чи є запитання;
- на закінчення розмови слід переконатися, що у хворої не залишилось нерозв'язаних проблем на даний момент.

Під час спілкування з пацієнтами акушерка зустрічається з людьми, що мають різні типи психіки, тому поведінкові реакції можуть бути різними. Хвороба — завжди екстремальний стан для людини, акушерка повинна це враховувати і бути готовою до того, що не всі пацієнти однаково реагують на ситуацію. Можливі варіанти:

Упевнений індивід. Не лякається проблем, зустрічає їх віч-на-віч, здатна до адекватної оцінки ситуації, до боротьби з хворобою.

Пасивний індивід. Намагається втекти від розв'язання проблеми, дозволяє іншим розв'язувати їх, невпевнена в собі.

Агресивний індивід. Розглядає власні права як вищі стосовно прав оточуючих, робить вибір за себе і за інших, намагається досягти мети, часто за рахунок інших. Поведінка ворожа, нападає на інших, проте за цим інколи ховається невпевненість у собі, страх зустрітися з проблемою і розв'язати її.

Акушерка повинна знайти підхід до кожної пацієнтки індивідуально, залежно від її реакції. При зустрічі з невпевненою в собі пацієнткою її поведінка повинна бути спрямована на соціальну підтримку — вербальну та невербальну. *Вербальна* підтримка полягає у заохоченні всіх починань пацієнтки, спрямованих на боротьбу з хворобою. За кожне зусилля, за кожен крок до видужання хвору потрібно похвалити. Якщо йдеться про роділлю, найважливішим завданням акушерки є зняття психоемоційного напруження, страху перед пологами. *Невербальна* підтримка — дотик, усмішка, кивок голови.

Не варто вважати, що впевнений у собі пацієнт спроможний сам дати раду своїм проблемам. Людина, яка не скаржиться і не вимагає до себе особливої уваги, теж потребує підтримки медичного персоналу, заохочення та добрих слів.

Найважче працювати з агресивними пацієнтами. При контакті з такими хворими акушерка повинна пам'ятати, що не слід сприймати агресивність пацієнтки як особисту образу. При виконанні професійних обов'язків навіть неприємні нам особисто люди повинні бути в першу чергу пацієнтами, тобто людьми, які страждають, і через те можуть бути нестриманими, казати слова і чинити дії, неприйнятні для інших. Якщо хвора вас образила, поводилася агресивно, слід заспокоїтися, глибоко вдихнути, порахувати до десяти. Якщо акушерка відчуває, що може не стриматися і сказати щось неприємне у відповідь, краще вийти з кімнати, випити води, розповісти про інцидент колезі, лікареві, з яким ви працюєте. За будь-яких обставин необхідно подолати в собі почуття особистої неприязні до пацієнтки, знайти сили спокійно, стримано порозмовляти з хворою, запевнити її в тому, що акушерка все одно виконуватиме свої професійні обов'язки щодо неї так само ретельно, як і раніше.

Робота середнього медпрацівника на різних ділянках висуває відповідні вимоги до його кваліфікації і, разом з тим, має певні особливості щодо деонтологічних вимог.

ОСОБЛИВОСТІ ДЕОНТОЛОГІЇ У РОБОТІ В ЖІНОЧІЙ КОНСУЛЬТАЦІЇ

Акушерка жіночої консультації працює з вагітною жінкою з ранніх термінів вагітності до пологів, а також у пізньому післяпологовому періоді. Іноді жінка хоче перервати вагітність, звертається за направленням на штучний аборт. У такому випадку лікар разом з акушеркою повинні вжити усіх засобів, щоб переконати жінку у необхідності зберегти вагітність, пояснити згубний вплив аборту на організм та репродуктивну функцію. Якщо жінка вирішила

53 124

медичне училище
БІБЛІОТЕКА
м. Луганськ

виношувати вагітність, її слід поставити на облік та пояснити важливість регулярного відвідування консультації, вчасного обстеження.

Часто жінок турбує страх перед можливими ускладненнями вагітності та пологів. Використовуючи величезну психотерапевтичну силу слова, медичні працівники повинні керувати емоційним станом вагітної, усуваючи нервове напруження та негативні емоції.

Особливо відповідальним є проведення психопрофілактичної підготовки вагітних до пологів. Завдання такої підготовки — зняти психічну напругу і страх перед пологами, сформувати у корі головного мозку позитивну домінанту пологів, переконати жінку в сприятливому закінченні пологів для матері й малюка. Такі заняття мають бути не просто інформацією про перебіг пологів та поведінку роділлі під час першого, другого та третього періодів, але й нести лікувальне психотерапевтичне навантаження, тому медичний працівник, який проводить їх, повинен не лише бездоганно володіти матеріалом, але й бути доброзичливою, чуйною людиною.

ОСОБЛИВОСТІ ДЕОНТОЛОГІЇ В АКУШЕРСЬКОМУ СТАЦІОНАРІ

Організація роботи акушерського стаціонару з роділлями, вагітними та їхніми родичами багато в чому залежить від персоналу, що працює в приймальному відділенні. Важливим завданням є привітне, уважне ставлення до роділлі. З першої хвилини перебування в пологовому стаціонарі жінка повинна відчувати, що вона перебуває під постійним контролем, тому найменші відхилення від фізіологічного перебігу пологів будуть негайно виявлені й усунені. Усвідомлення цього знімає зайву емоційну напругу.

Під час пологів роділля повинна бути оточена постійною увагою лікаря, акушерки, анестезистки. Персоналу пологового будинку слід стежити за кожним своїм словом, бо інколи обговорення результатів обстеження в присутності роділлі може бути сприйняте жінкою, яка не знає акушерської термінології, неадекватно, може викликати страх та негативні емоції. За жодних умов роділля не повинна втрачати контролю над собою, бо це ускладнює роботу персоналу і може спричинити ускладнення під час пологів, якщо жінка не виконує розпоряджень акушерки, неправильно тужиться тощо.

У післяпологовому періоді акушерка повинна забезпечити психологічний комфорт матерям і немовлятам, допомагати породіллям у вигодовуванні малят та зціджуванні молока, пам'ятаючи, що процес лактогенезу регулюється корою головного мозку, і негативні емоції, сльози можуть загальмувати вироблення молока.

Матерів, які втратили дітей у пологах, слід помістити в окрему палату, щоб не посилювати їхніх важких переживань спогляданням породіль, що годують немовлят.

ОСОБЛИВОСТІ ДЕОНТОЛОГІЇ У ВІДДІЛЕННІ ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНИХ

Приміщення цього відділення має знаходитися подалі від пологових відділів і палат новонароджених, щоб вагітних не турбували зайві звуки. Слід забезпечити хворим повноцінний відпочинок удень і вночі.

Особливої уваги потребують жінки, яких готують до планового кесаревого розтину. З ними слід щоденно працювати, щоб переконати у необхідності операції, усунути страх за себе і за майбутню дитину. Варто наводити приклади інших жінок, які перебували разом з вагітною у відділенні патології і народили здорових дітей.

Високий рівень фахових знань та умінь, точність у виконанні призначень, тактовність, людяність, уважність, самовладання, чуйність — ці якості конче необхідні акушерці.

Останніми роками роль середнього медичного персоналу значно зросла. Медичні працівники середньої ланки почали працювати зі складною технікою, виконувати відповідальні маніпуляції, що вимагає високої кваліфікації та постійного вдосконалення ними своїх знань. Проте надзвичайно важливим залишається спілкування з вагітними. Жоден комп'ютер не може замінити людського слова, щирого співчуття та вчасної допомоги. Особливістю роботи в акушерстві з деонтологічної точки зору є необхідність урахування своєрідності жіночої психіки, зокрема, психіки вагітної жінки. Акушерка своїми діями, поведінкою та словом повинна створювати у вагітної оптимістичний настрій, упевненість у швидкому одужанні чи сприятливому закінченні пологів, якщо йдеться про роділлю.

Не слід інформувати хворих про результати аналізів, висновки лікарських консиліумів, висловлювати свої прогнози щодо термінів лікування, розповідати про об'єм оперативних втручань. Таке право має тільки лікар. Якщо у медсестри виникли сумніви у правильності лікарських призначень щодо способу або дози введення препарату, вона повинна негайно звернутися до лікаря, в жодному разі не обговорюючи це з хворими або іншими особами.

Слід враховувати, що за особливостями свого фаху медичні працівники акушерських стаціонарів часто мають справу з фактами, що стосуються інтимного життя пацієнток, тому необхідна неабияка обережність у спілку-

ванні з ними та їхніми родичами, бо розголошення лікарської таємниці може мати дуже серйозні наслідки.

Високі морально-етичні принципи, чітке дотримання деонтологічних норм лікарями та середнім медичним персоналом мають неабияке значення для ефективного лікування жінок.

Перелік контрольних питань:

- медична етика та деонтологія у сучасній акушерській практиці;
- особливості деонтології у роботі в жіночій консультації;
- особливості деонтології в акушерському стаціонарі;
- особливості деонтології у відділенні патології вагітних;
- особливості спілкування медсестри з вагітними, роділлями та породіллями.

ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ АКУШЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

На сьогоднішній день організація акушерсько-гінекологічної служби в Україні базується на принципах Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ). Це забезпечення сталого доступу всіх верств населення до кваліфікованої медичної допомоги, служб планування сім'ї, медико-генетичного консультування. З урахуванням різноманітних факторів, які впливають на стан здоров'я жінок, розроблена нормативна база щодо забезпечення жіночого населення амбулаторною та стаціонарною акушерською допомогою.

Здоров'я жінки — це здоров'я нації. Тому перед медичними закладами України, що здійснюють лікувально-профілактичну допомогу в акушерстві та перинатології, стоїть відповідальне завдання надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги вагітним жінкам, роділлям, породіллям, догляду за здоровими новонародженими, надання допомоги недоношеним та хворим новонародженим. Велика роль у реалізації цих завдань відводиться акушеркам та фельдшерам.

Акушерська допомога в Україні здійснюється у лікувальних закладах амбулаторного і стаціонарного типу, основними з яких є пологові будинки та жіноча консультація у складі акушерсько-гінекологічного об'єднання, акушерські відділення у складі багатопрофільної лікарні, жіноча консультація як підрозділ поліклініки. Поряд з цим існують самостійні жіночі консультації. Наявність акушерських відділень у багатопрофільних лікарнях або медико-санітарних частинах дає можливість більш оперативно забезпечити кваліфіковану консультативну допомогу спеціалістами будь-якого профілю, цілодобову лабораторну діагностику, вирішувати питання господарського забезпечення тощо. У центральних районних лікарнях така допомога надається у пологових відділеннях.

Керівництво акушерсько-гінекологічною роботою в нашій країні здійснює Головне управління лікувально-профілактичної допомоги дітям і матерям. Відділ акушерсько-гінекологічної допомоги проводить організаційно-

методичне керівництво роботою акушерсько-гінекологічних закладів країни шляхом видання наказів, методичних листів, рекомендацій, планує і здійснює виїзди в області та райони з метою перевірки та надання практичної допомоги в організації роботи на місцях, а також контролює роботу лікувальних закладів шляхом аналізу річних звітів. Значну допомогу в роботі відділу надають Асоціація акушерів-гінекологів та Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України.

В областях методичне керівництво акушерсько-гінекологічними закладами здійснює Управління охорони здоров'я через головних спеціалістів. Основне завдання головного акушера-гінеколога полягає у розробці та впровадженні у життя заходів, спрямованих на профілактику та своєчасне виявлення ранніх стадій гінекологічних захворювань, ускладнень вагітності та пологів, перинатальної та материнської смертності, розвиток спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги. В його обов'язки входять також підвищення кваліфікації медичних працівників, впровадження нових методів діагностики та лікування, передового досвіду організації роботи. Крім того, головний спеціаліст управління може проводити лікувально-консультативну роботу в одному з лікувальних закладів.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ

Основними принципами амбулаторної акушерської допомоги є: систематичний, кваліфікований, однаковою мірою доступний у селах і містах лікарський, медсестринський профілактичний нагляд за жінками, своєчасна діагностика й лікування акушерської патології, широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї.

Амбулаторна акушерська допомога здійснюється в жіночих консультаціях, акушерсько-гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських пунктах, центрах планування сім'ї, оглядових кабінетах поліклінік, приватних гінекологічних кабінетах.

Вони обслуговують жінок, які проживають на закріпленій за ними території. В основі лікувально-профілактичної роботи цих закладів лежить принцип диспансерного обслуговування жінок.

Структурні підрозділи жіночої консультації такі: реєстратура, кабінети лікарів — акушерів-гінекологів, терапевта, стоматолога, генетика та інших фахівців-консультантів, процедурна та маніпуляційна, лікувально-діагностичні кабінети (кольпоскопії, ультразвукової діагностики, фізіотерапевтичні кабінети), мала операційна.

Завдання жіночої консультації такі:

- диспансеризація вагітних жінок з виділенням груп ризику;
- профілактика і раннє виявлення ускладнень вагітності, екстрагенітальних та післяпологових ускладнень;
- надання гінекологічної допомоги;
- втілення заходів щодо планування сім'ї;
- виявлення передракових захворювань у жінок;
- організація профілактичних оглядів та диспансеризація гінекологічних хворих;
- проведення санітарно-освітньої роботи.

Робота жіночої консультації організована за територіальним принципом. Одна акушерська дільниця включає приблизно дві терапевтичні. На дільниці працюють акушер-гінеколог й акушерка. Вони обслуговують 3300 жінок. Територіально-дільничний принцип роботи жіночої консультації дає можливість акушеру-гінекологу підтримувати постійний зв'язок із дільничним терапевтом та іншими спеціалістами.

Весь об'єм лікувально-профілактичної допомоги лікарі жіночої консультації виконують разом з акушерками або фельдшерами, які зобов'язані допомагати лікареві у роботі на дільниці.

В останні роки з метою інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги із загальнолікувальною мережею створюються об'єднані акушерсько-терапевтично-педіатричні комплекси. Їхньою метою є всебічна допомога жінкам. Завдяки створенню цих комплексів забезпечується безперервність допомоги вагітним та новонародженим, підготовка дівчаток до материнства, виявлення і лікування екстрагенітальної патології у вагітних, підготовка їх до розродження. В межах такого комплексу можна більш раціонально використовувати лабораторні методи діагностики, консультації фахівців для обстеження вагітних жінок, а також техніку й апаратуру.

Диспансеризація вагітних розпочинається з виявлення вагітності і взяття жінки на облік. Дуже важливо, щоб вагітна була поставлена на облік і обстежена до 12-ти тижнів вагітності. При цьому з'ясовують дані загального та акушерського анамнезу, умови життя та роботи, наявність шкідливих професійних факторів, що можуть негативно вплинути на розвиток плода та перебіг вагітності. Потім лікар проводить об'єктивне обстеження систем і органів, а також детальне акушерське дослідження, виявляє наявність вагітності та її термін, визначає передбачуваний термін пологів.

Фельдшер, акушерка проводять вимірювання зросту, артеріального тиску на обох руках, зважування вагітної. Окрім цього, роблять обстеження на СНІД, сифіліс, вірусний гепатит. Визначають групу крові, резус-фактор, а також біохімічні показники крові: цукор, загальний білок, білірубін, а за

необхідності — трансамінази, креатинін та деякі інші показники. Проводять загальний клінічний аналіз крові та сечі, дослідження мазків із цервікального каналу, піхви та уретри на наявність гонококів, трихомонад та інших збудників, визначають ступінь чистоти вагіни, з носоглотки беруть мазки для виділення золотистого стафілокока. Вагітну обстежують терапевт, стоматолог, отоларинголог, а за потреби й інші фахівці. Під час першого відвідування всі дані, що отримані при обстеженні жінки, заносять в індивідуальну карту вагітної та породіллі. За нормального перебігу вагітності вагітна відвідує лікаря вдруге через 7–8 днів для підбивання підсумків аналізів і висновків консультантів, потім до 30 тижнів вагітності — 1 раз на місяць, а після 30 тижнів — 2 рази на місяць.

Таким чином, оптимальна кількість відвідувань — 10–12 протягом усієї вагітності. Під час кожного відвідування проводять загальне й акушерське обстеження (висота стояння дна матки, обвід живота, положення, передлежання плода, серцебиття), вимірюють артеріальний тиск, визначають наявність чи відсутність набряків, проводять зважування вагітної для визначення прихованих набряків. Загальний аналіз крові проводять 3–4 рази, аналіз сечі — при кожному відвідуванні (у сечі необхідно визначити наявність білка, цукру, відносну щільність). Реакцію Вассермана проводять тричі — при взятті на облік, в другій половині — перед наданням допологової відпустки та перед пологами.

Дуже важливо, щоб лікар своєчасно виявляв групи підвищеного ризику і проводив диференційоване диспансерне спостереження за вагітними в цих групах. Під час відвідування лікаря чи акушерки вагітна жінка повинна отримати чітку інформацію про шкідливий вплив на організм плода наркотиків, нікотину, алкоголю, медикаментів, що мають тератогенну дію. Згідно із законодавством, жінок, які працюють на виробництві, де є шкідливі фактори (смоли, пестициди, гумовий клей тощо), переводять на іншу роботу зі збереженням середньомісячного заробітку. Всі вагітні мають право на звільнення від нічних змін, відряджень.

З 30 тижнів вагітним жінкам надають відпустку через вагітність та пологи на 126 днів. Якщо виявлені відхилення від нормального перебігу вагітності жінку направляють в стаціонар, а в групах підвищеного ризику проводять планову госпіталізацію в різні терміни (залежно від патології, з приводу якої вагітна спостерігається саме в цій групі). Всі дані про перебіг вагітності заносять в обмінну карту вагітної, з якою вона поступає в стаціонар. Дані стаціонару (відділення патології чи пологового відділення) теж заносять в цю карту і передають в жіночу консультацію. Таким чином забезпечують безперервність спостереження за вагітною та породіллею.

Важливим розділом роботи жіночої консультації є фізіопсихопрофілактична підготовка вагітної до пологів, яка проводиться акушерами, педіатрами і, бажано, психологом.

Разом з лікарем на дільниці працює фельдшер або акушерка.

До їх обов'язків входить:

- готувати інструментарій для проведення прийому;
- зважувати вагітну, вимірювати артеріальний тиск;
- допомагати лікареві при огляді жінки;
- брати мазки на різні види досліджень;
- виписувати направлення на аналізи, консультації фахівців;
- виконувати призначення лікаря;
- здійснювати патронаж вагітних та породілей, диспансерних хворих;
- брати участь в онкопрофоглядах;
- вести документацію з диспансеризації хворих;
- проводити санітарно-освітню роботу;

Після пологів акушерка чи фельдшер відвідує породіллю в перші 10 днів, передусім жінок з ускладненим перебігом пологів, екстрагенітальною патологією, а також тих, які не з'являються повторно в установлений термін. Породілля відвідує лікаря двічі — через 10 днів після виписування з пологового будинку і через 6–8 тижнів. Після завершення вагітності та післяпологового періоду жінку знімають з диспансерного обліку.

Основними показниками роботи консультації стосовно обслуговування вагітних є:

1. Рівень материнської та перинатальної смертності.
2. Відсоток невиношування.
3. Наявність пізніх гестозів, особливо важких форм.
4. Співвідношення між кількістю пологів та абортів.

Санітарно-освітня робота з вагітними та породіллями

Одним із важливих розділів роботи акушерки жіночої консультації є санітарно-освітня робота з вагітними та породіллями. Робота в жіночій консультації проводиться за певним планом. Спочатку розробляють тематику, складають індивідуальний графік для кожної вагітної та загальний для «Школи відповідального батьківства». Форми та методи роботи використовують найрізноманітніші: індивідуальні та групові бесіди, виставки наочного матеріалу, інформаційні буклети, плакати, листівки. Тематика повинна висвітлювати значення здорового способу життя для народження здорової дитини, питання планування сім'ї та роль контрацепції, шкідливості абортів.

Для вагітних організовують «Школи відповідального батьківства». Тематика бесід включає питання адаптації організму жінки до вагітності, можливі ускладнення та шляхи їх профілактики, правильне харчування, режим праці та відпочинку. Вагітним розповідають про нормальний перебіг пологів, методи їх знеболювання, вчать техніки застосування прийомів знеболювання, звертають увагу на питання догляду за новонародженим, особливості його вигодовування при спільному перебуванні матері та немовляти після пологів. До роботи «Школи відповідального батьківства» слід залучати і батьків.

При роботі з породіллями необхідно наголошувати на величезному значенні грудного вигодовування для здоров'я немовляти, важливості правильного догляду за молочними залозами, профілактики гіпогалактії, тріщин сосків. Перед випискою зі стаціонару з кожною породіллею необхідно провести бесіду про гігієну статевого життя та особисту гігієну, методи контрацепції, раціональне харчування в період лактації.

Патронажне спостереження за вагітними

Відвідування вагітних удома (активний патронаж) здійснює дільнична акушерка або медсестра за вказівкою лікаря жіночої консультації. Упродовж вагітності такі відвідування проводять 3-4 рази та 2 рази протягом першого місяця після пологів.

Мета патронажних відвідувань:

- ознайомлення з побутовими умовами, в яких проживає вагітна;
- проведення санітарно-освітньої роботи, навчання правил особистої гігієни;
- рекомендації щодо режиму праці та відпочинку, харчування вагітної;
- виконання під час патронажу призначень лікаря (вислуховування серцебиття плода, вимірювання артеріального тиску);
- перевірка стану вагітної, якщо вона пропустила день призначеного прийому, з'ясування причин;
- контроль госпіталізації у випадку, якщо вагітна була направлена на лікування у стаціонар;
- при патронажі породіль — контроль стану молочних залоз, рекомендації щодо профілактики лактостазу, гіпогалактії; у перші дні після виписки із пологового стаціонару — перевірка стану загоєння епізіотомної рани або розривів промежини, кількості лохій.

Результати відвідування медсестра повинна занотувати у патронажному листі, який вклеюють в індивідуальну карту вагітної та в журнал патронажних відвідувань.

Якщо виникає необхідність у позачерговому відвідуванні вагітною лікаря жіночої консультації, дільнична акушерка або медсестра повинна запросити її на прийом листом або по телефону.

Примірне положення про акушерку фельдшерсько-акушерського пункту

1. Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП) є амбулаторно-поліклінічним закладом первинної ланки з надання долікарняної медико-санітарної допомоги сільському населенню і відіграє важливу роль у лікувально-профілактичному обслуговуванні, проведенні комплексу профілактичних і оздоровчих заходів, а також санітарно-просвітницькій та протиепідемічній роботі.

3. На посаду акушерки ФАПу призначається молодший спеціаліст з медичною освітою, який закінчив вищий медичний навчальний заклад і отримав кваліфікацію акушерки, фельдшера-акушерки або фельдшера.

4. Акушерка безпосередньо підпорядкована завідувачу ФАПу. Методичне керівництво її роботою здійснює лікар лікувально-профілактичного закладу, відповідальний за надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню на території діяльності ФАПу.

5. Функції акушерки ФАПу:

5.1. Забезпечення надання медичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим за призначенням лікаря акушера-гінеколога.

5.2. Санітарно-просвітницька робота з питань охорони материнства і дитинства, планування сім'ї та відповідального батьківства.

5.3. Ведення амбулаторного прийому у ФАПі.

5.4. Здійснення патронажу вагітних, породіль та новонароджених удома.

5.5. Здійснення екстреної акушерської і гінекологічної допомоги з подальшим направленням жінок у відповідні лікувально-профілактичні заклади, при необхідності їх супровід.

5.6. Надання першої невідкладної медичної допомоги при гострих захворюваннях і нещасних випадках (поранення, кровотечі, отруєння та ін.) з подальшим викликом лікаря, організацією госпіталізації пацієнтки у відповідний найближчий лікувально-профілактичний заклад незалежно від відомчої підпорядкованості, супроводжуючи хвору в необхідних випадках.

5.7. Направлення вагітних у стаціонари відповідних лікувально-профілактичних закладів.

5.8. Проведення профілактичних оглядів жінок відповідно до встановлених термінів.

5.9. Виконання лікарських призначень.

5.10. Підготовка робочого місця для прийому вагітних і гінекологічних хворих лікарем у ФАПі.

5.11. Проведення найпростіших лабораторних досліджень, пов'язаних із наданням екстреної лікувально-профілактичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим.

5.12. Здійснення фізіотерапевтичних процедур.

5.13. Ведення документації у встановленому порядку за своїм розділом роботи.

6. Акушерка ФАПу зобов'язана:

6.1. Керуватись у своїй роботі цим Положенням, наказами, інструкціями, методичними та іншими вказівками органів охорони здоров'я, а також розпорядженнями і вказівками відповідних посадових осіб.

6.2. Видавати довідки й інші документи медичного характеру згідно з чинними нормативними актами МОЗ України.

7. Акушерка ФАПу має право:

7.1. Проводити обстеження у межах її компетенції і професійних прав, встановлювати діагноз, термін вагітності, виконувати медичні маніпуляції і здійснювати профілактичну роботу.

7.2. Подавати завідувачу ФАПу пропозиції щодо вдосконалення організації акушерсько-гінекологічної допомоги.

7.3. Спостерігати за станом здоров'я і розвитком дітей першого року життя у разі відсутності в штаті ФАПу посади патронажної медичної сестри.

7.4. Підвищувати свої професійні знання.

Примірне положення про старшу акушерку жіночої консультації

1. Посаду старшої акушерки жіночої консультації може обіймати молодший спеціаліст з медичною освітою, який отримав кваліфікацію акушерки, має досвід практичної і організаційної роботи і стаж роботи акушеркою не менш 5 років.

2. Старша акушерка жіночої консультації приймається на роботу та звільняється керівником лікувально-профілактичного закладу, до складу якого входить жіноча консультація, або завідувачем жіночої консультації.

3. Старша акушерка жіночої консультації знаходиться в підпорядкуванні завідувача жіночої консультації.

4. У своїй роботі старша акушерка жіночої консультації керується положенням про жіночу консультацію, діючим законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовою інструкцією.

5. У безпосередньому підпорядкуванні старшої акушерки жіночої консультації знаходиться середній і молодший медичний персонал консультації.

6. Основним завданням старшої акушерки жіночої консультації є правильна організація праці середнього і молодшого медичного персоналу та забезпечення своєчасного виконання ними лікарських призначень вагітним і гінекологічним хворим.

7. Відповідно до основних завдань, старша акушерка жіночої консультації забезпечує:

7.1. Ознайомлення середнього і молодшого медичного персоналу з їх обов'язками.

7.2. Контроль за своєчасним і кваліфікованим виконанням акушерками лікувальних і діагностичних призначень лікарів у жіночій консультації та вдома; ведення ними облікової медичної документації відповідно до форм, затверджених МОЗ України; дотриманням середнім і молодшим медичним персоналом встановлених правил внутрішнього трудового розпорядку.

7.3. Проведення заходів щодо раціональної організації праці середнього і молодшого персоналу.

7.4. Раціональні розподіл та використання кадрів середнього і молодшого медичного персоналу жіночої консультації.

7.5. Своєчасність заміщення акушерок і молодшого персоналу, які не вийшли на роботу.

7.6. Належний санітарно-гігієнічний стан жіночої консультації.

7.7. Поповнення, правильне збереження і витрати медикаментів, перев'язувального матеріалу, інструментарію та предметів господарського призначення для потреб жіночої консультації.

7.8. Правильне збереження та облік отруйних, наркотичних і сильнодіючих лікарських засобів.

7.9. Своєчасний обмін медичною документацією між жіночою консультацією та пологовим будинком (відділенням).

7.10. Складання графіків роботи середнього і молодшого медичного персоналу жіночої консультації.

7.11. Розробку і проведення заходів щодо підвищення кваліфікації середнього, молодшого медичного персоналу та виховання їх у дусі сумлінного ставлення до праці та високої культури обслуговування населення.

8. Старша акушерка жіночої консультації має право:

8.1. Систематично підвищувати свою професійну кваліфікацію.

8.2. Давати вказівки підпорядкованим їй середнім і молодшим медичним працівникам щодо дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку.

8.3. Вносити пропозиції про заохочення цих працівників або накла-

дення на них дисциплінарних стягнень за окремі недоліки в роботі або порушення правил внутрішнього трудового розпорядку.

Положення про акушерку жіночої консультації

1. Посаду акушерки жіночої консультації може обіймати молодший спеціаліст з медичною освітою, який отримав кваліфікацію акушерки.

2. Акушерку приймає на роботу та звільняє керівник лікувально-профілактичного закладу.

3. Акушерка знаходиться в підпорядкуванні лікаря акушера-гінеколога, завідувача жіночої консультації та старшої акушерки.

4. У своїй роботі акушерка керується положенням про жіночу консультацію, чинним законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовою інструкцією.

5. Основним завданням акушерки є проведення лікувально-профілактичної та санітарно-освітньої роботи в галузі акушерства та гінекології під керівництвом лікаря.

6. Відповідно до основних завдань акушерка здійснює:

6.1. Підготовку амбулаторного прийому, який проводить лікар;

6.2. Ознайомлення жінок з правилами внутрішнього розпорядку та режимом роботи жіночої консультації.

6.3. Допомогу лікарю під час проведення діагностичних, лікувальних та оперативних маніпуляцій.

6.4. Проведення разом з лікарем профілактичних гінекологічних оглядів жінок на закріплених дільницях.

6.5. Санітарно-просвітницьку роботу в галузі акушерства та гінекології, у т. ч. випуск санітарних бюлетенів.

6.6. Контроль за роботою молодшого медичного персоналу.

6.8. Контроль за відвідуванням вагітних та хворих, які підлягають диспансерному обліку.

7. Акушерка жіночої консультації зобов'язана:

7.1. Виконувати правила асептики та антисептики, правильно стерилізувати, обробляти та зберігати перев'язувальний матеріал й інструменти медичного призначення.

7.2. Вести медичну облікову документацію.

7.3. Виконувати при необхідності обов'язки операційної сестри.

7.4. Надавати першу медичну допомогу при невідкладних станах з подальшим викликом лікаря.

7.5. Звітувати завідувачу відділення, а в разі його відсутності — черговому лікарю, про всі тяжкі ускладнення або хвороби у вагітних чи гінекологічних хворих.

7.6. Виконувати акушерський патронаж.

7.7. Проводити санітарно-просвітницьку роботу серед вагітних, членів їх сімей про особливості гігієни вагітних, раціональне харчування, необхідність регулярного відвідування лікаря.

7.8. При виявленні відхилень від нормального стану скерувати на прийом до лікаря акушера-гінеколога.

7.9. Результати патронажу акушерка звітує лікарю та записує в патронажний журнал.

8. Акушерка жіночої консультації має право:

8.1. Вносити пропозиції завідувачу відділення щодо раціонального розподілу роботи.

8.2. Систематично підвищувати свою професійну кваліфікацію.

8.2. Давати вказівки підпорядкованим їй молодшим медичним працівникам щодо дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку.

8.3. Вносити пропозиції про заохочення цих працівників або накладення на них дисциплінарних стягнень за окремі недоліки в роботі або порушення правил внутрішнього трудового розпорядку.

ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

У сільській місцевості організація амбулаторної акушерської та перинатальної допомоги має деякі особливості. За організацію цієї допомоги в районі відповідає районний акушер-гінеколог. В організаційних питаннях йому допомагає районна акушерка. У селах вагітних обслуговує акушерка лікарської амбулаторії чи фельдшерсько-акушерського пункту. Особливої відповідальності вимагає робота акушерки на фельдшерсько-акушерському пункті (ФАП), тому що вона виконує багато функцій, які в районних лікарнях і в міських жіночих консультаціях виконує лікар. Основними обов'язками акушерки ФАП є: виявлення і взяття на облік вагітних у ранні терміни, систематичне спостереження за вагітними, патронаж вагітних, породіль та дітей до 1 року.

При першому зверненні у ФАП на вагітну заводять індивідуальну карту вагітної (ф. № 111), куди заносять усі анамнестичні дані, дані акушерського дослідження (як зовнішнього, так і внутрішнього). Після того жінка направляється для лабораторного обстеження в найближчу лабораторію (загальний аналіз сечі, крові, реакція Вассермана, група крові, резус-

належність, дослідження виділень із піхви). Усі вагітні до 12 тижнів повинні буті взяті на облік і оглянуті лікарем акушером-гінекологом. Лікар проводить акушерське дослідження, підтверджує наявність вагітності, визначає її термін, передбачуваний термін пологів, здійснює об'єктивне обстеження органів та систем.

У терміні 17–18 і 23–24 тижні (при необхідності — в інші терміни) проводиться ультразвукове обстеження вагітних жінок для з'ясування стану плода та оцінки перебігу вагітності. При відхиленні від нормального перебігу вагітності, виявленні патологічного розвитку плода вагітна направляється в стаціонар для проведення відповідного лікування або вирішення питання про переривання вагітності. Акушерка проводить з вагітними заняття з психопрофілактичної підготовки до пологів. Вагітних з будь-якими відхиленнями від нормального перебігу вагітності слід одразу ж направляти до лікаря. Необхідно знати, що вагітних з гестозами, вузькими тазами, резус-конфліктом в анамнезі, загрозою переривання вагітності, багатоводдям, тазовим передлежанням, неправильними положеннями, при переношуванні, екстрагенітальній патології треба направити в стаціонар. При появі кров'яних виділень це слід зробити негайно. Питання транспортування роділлі в пологовий будинок вирішується індивідуально: здорову жінку супроводжує акушерка, при необхідності викликається лікар. Якщо пологи відбулися вдома, в жодному разі не слід транспортувати жінку з послідом, що не виділився, а також із загрозою розриву матки, еклампсією. Якщо послід не відділився, акушерка ФАП повинна відділити його і ввести скорочуючі засоби; при загрозі розриву матки надати невідкладну допомогу і терміново викликати лікаря акушера-гінеколога та анестезіолога.

Акушерка повинна чітко вести документацію на вагітну, у 28 тижнів вона видає жінці обмінну карту (так званий «паспорт вагітної»), з якою жінку госпіталізують до пологового будинку. Якщо вагітну необхідно госпіталізувати у більш ранні терміни, їй дають витяг із індивідуальної карти. Після пологів акушерка проводить патронаж породіллі.

Крім обслуговування вагітних і породіль, акушерка ФАП здійснює патронаж дітей до 1 року. В перші місяці життя огляд дітей проводиться кожні 2 тижні, пізніше — 1 раз на місяць. Під час першого патронажу звертають увагу на стан пупкової рани, шкіру дитини, проводять бесіду з матір'ю про правильне вигодовування. Під час наступних відвідувань звертають увагу на фізичний та психічний розвиток дитини, дають матері необхідні поради щодо догляду за дитиною і вигодовування відповідно віку. Про всі виявлені відхилення від нормального розвитку чи захворювання дитини акушерка повідомляє завідуючого ФАП та головного лікаря дільничної лікарні.

Організація стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості

1. Надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги мешканкам сільської місцевості здійснюється у рамках єдиної державної системи, що має забезпечити потреби у такій допомозі всіх жінок, незалежно від місця проживання.

2. Стаціонарна акушерсько-гінекологічна допомога в сільській місцевості надається в центральних районних, районних лікарнях і передбачає чітку взаємодію та наступність з амбулаторною ланкою акушерсько-гінекологічної служби району.

3. Стаціонарна акушерська допомога вагітним I та II груп динамічного спостереження надається у пологових відділеннях районних, центральних районних лікарень, у яких відсутні відділення анестезіології та інтенсивної терапії, але забезпечено цілодобове чергування лікаря-анестезіолога (чергування на дому).

4. Стаціонарна акушерська допомога вагітним з високим ризиком виникнення ускладнень перинатального періоду надається в лікувально-профілактичних закладах II та III рівнів відповідно до визначених показань.

5. Порядок скерування жінок на вищі рівні надання медичної допомоги визначено у наказі МОЗ України від 28.12.2003 р. № 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні». Підставою для такого скерування є також консультативний висновок фахівця/фахівців міських, обласних, республіканських лікувально-профілактичних закладів, ІПАГ АМН України.

6. Питання надання висококваліфікованої і спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги в ургентних ситуаціях мешканкам сільської місцевості вирішується спільно з головним спеціалістом з акушерства органів охорони здоров'я, фахівцями виїзних консультативних бригад екстреної медичної допомоги. Інформація про гінекологічних хворих, вагітних, роділь, породіль, що потребують такої допомоги, має своєчасно надходити до головного спеціаліста з акушерства і гінекології органів охорони здоров'я, який забезпечує належну координацію та організацію роботи бригади.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ АКУШЕРСЬКОГО СТАЦІОНАРУ

Структура акушерського стаціонару:

1. Приймально-пропускний блок.
2. Фізіологічне (перше пологове) відділення.

3. Обсерваційне (друге пологове) відділення.

4. Відділення новонароджених.

5. Відділення патології вагітних.

Якість роботи акушерського стаціонару залежить від рівня організації й злагодженості в роботі всіх його основних ланок: приймально-пропускного блоку, фізіологічного та обсерваційного акушерських відділень, відділення новонароджених, відділення патології вагітних.

Основні показники роботи пологового стаціонару. Для оцінки якості роботи акушерського стаціонару та ефективності надання акушерської допомоги використовують показники, які розраховують на основі звітної документації, а саме:

1. Кількість пологів за рік.

2. Кількість передчасних пологів.

3. Кількість ускладнених пологів.

4. Материнська смертність (включає смертність вагітних, роділь та породіль до 42 дня після пологів).

5. Перинатальна смертність (включає антенатальну — під час вагітності, інтранатальну — під час пологів та ранню неонатальну — протягом перших 168 годин).

6. Кількість мертвонароджених (кількість мертвонароджених на 100 народжених живими та мертвими).

7. Смертність новонароджених (рання неонатальна смертність — протягом перших 168 годин після народження).

8. Частота кесаревих розтинів на 1000 пологів.

9. Кількість недоношених новонароджених (кількість недоношених мертвих та живих на 100 народжених живими і мертвими).

Приймально-пропускний блок

Приймально-пропускний блок складається з фільтра і санітарних пропускників. У фільтрі проводять опитування, загальний огляд вагітної, вимірювання температури тіла, огляд зіва, з'ясовують епідеміологічний анамнез, після чого жінку направляють у санітарний пропускник фізіологічного чи обсерваційного відділення. Санітарні пропускники мають бути влаштовані так, щоб жінку, яка поступає на пологи чи у відділення патології вагітності, можна було б проводити лише в одному напрямку: із фільтра — в оглядову, з оглядової — в туалет, відтак — у душову, а звідти — в передпологову палату.

В оглядовій детальний огляд проводить лікар (загальне і зовнішнє акушерське обстеження, вислуховування серцебиття плода). Після цього проводять обрізання нігтів на руках і ногах, гоління лобка і пахових впадин, обробку

нігтьових валиків 1% спиртовим розчином йоду, очисну клізму. Роділля отримує індивідуальний пакет, куди входять стерильні сорочка, рушник, косинка, підкладна церата на унітаз. Після акту дефекації та душу жінку переводять у передпологову палату. Слід пам'ятати, що туалет і душова повинні мати прозорі двері, які не закриваються зсередини (необхідність спостереження чергового персоналу). В санпропускнику має бути набір медикаментів та інструментів для надання невідкладної допомоги при еклампсії.

У приймально-пропускному блоці заповнюють паспортну частину «Історії пологів».

Фізіологічне (перше пологове) відділення

До складу акушерського фізіологічного відділення входять пологовий блок (1–2 передпологових палати, не менше 2 пологових зал, оглядова кімната — мала операційна, велика операційна, палата для роділь з еклампсією), післяпологові палати.

Кількість ліжок у передпологових палатах має складати 10–12% загальної кількості ліжок. Бажано, щоб було не менше 2-х палат. У палаті має бути наркозний апарат для знеболювання пологів, налагоджена централізована подача кисню до кожного ліжка. Усі передпологові палати мають бути оснащені бактерицидними лампами.

Після поступлення жінки у пологовий блок в оглядовій кімнаті, малій операційній їй проводять вагінальне дослідження і переводять у передпологову палату, де лікар спостерігає за станом роділлі в першому періоді пологів — стежить за характером пологової діяльності, внутрішньоутробним станом плода, просуванням передлеглої частини, відходженням навколоплодових вод, характером виділень, здійснює знеболювання пологів. У випадку нормального перебігу пологів запис в історію пологів проводять кожні 2 години в 1-ому періоді пологів, в кінці 1-го періоду — через кожну годину. За наявності тих чи інших відхилень, а також після відходження вод записи в історію заносять у міру необхідності. Повторне вагінальне дослідження проводять після відходження вод, а потім — лише за наявності показань. При кров'янистих виділеннях вагінальне дослідження необхідно проводити лише в умовах розгорнутої великої операційної.

Пологові зали мають бути просторими, добре освітленими у денний і в нічний час. До складу устаткування пологової зали входять: ліжка Рахманова, пеленальний столик для новонародженого, апарат для наркозу, лампи-рефлектори, централізована подача кисню, електровідсмоктувач, апаратура для штучного дихання новонароджених. Обов'язково необхідно мати набори медикаментів для надання невідкладної допомоги при еклампсії та крово-

течах, а також набір інструментів для термінової лапаротомії. В пологову залу роділлю переводять у другому періоді пологів. Тут приймають пологи, спостерігають за породіллею та за новонародженим 2 години.

У пологових відділеннях районних лікарень, де немає цілодобового чергування лікаря, акушерка приймає лише нормальні пологи, а до роділь із групи високого ризику або за появи будь-якої патології викликають лікаря. Навіть у невеликій районній лікарні необхідно мати 2 пологові зали з тим, щоб одна з них працювала, а друга в цей час перебувала на дезінфекції.

Динаміка пологів ретельно відображається у відповідній медичній документації — заповнюється «Історія пологів», «Історія розвитку новонародженого», «Книга запису пологів», «Операційний журнал», «Книга реєстрації переливання крові».

Післяпологові палати у фізіологічному відділенні складають 50–55% ліжкового фонду акушерського стаціонару. Кількість палат має бути розрахована таким чином, щоб можна було дотримуватись принципу їх циклічного заповнення. Цей принцип передбачає таку послідовність заповнення, за якої можна одночасно виписати породілей з 1–2 палат, звільнити їх для дезінфекції і прийняття наступних породіль.

Обсерваційне (друге пологове) відділення

У кожному акушерському стаціонарі має бути друге (обсерваційне) відділення та відділення (або палати) новонароджених.

У структурі обсерваційного відділення існують ті ж підрозділи, що й у фізіологічному, але ще мають бути передбачені ізолятори, куди госпіталізують вагітних та роділь з туберкульозом, сифілісом, вірусним гепатитом. Госпіталізації в обсерваційне відділення підлягають:

- вагітні та роділлі з підвищенням температури тіла до 37,6°С без клінічних ознак інфекції;
- з безводним проміжком більше, ніж 12 годин;
- з тромбофлебітом будь-якої локалізації в гострому періоді або у фазі загострення;
- із запальними захворюваннями нирок і сечовивідних шляхів (гостра стадія, безсимптомна бактеріурія);
- якщо є прояви інфекції пологових шляхів;
- за наявності клінічного чи лабораторного підтвердження інфекції з високим ризиком інфікування плода;
- за внутрішньоутробної смерті плода;
- з гострими респіраторними захворюваннями;
- з туберкульозом.

В обсерваційне відділення поступають також роділлі зі шкірними захворюваннями неінфекційної етіології, за відсутності документації, з аномаліями розвитку плода, виявленими при вагітності, а також породіллі, у яких пологи відбулися за межами лікувального закладу.

Переведенню в обсерваційне відділення підлягають вагітні, роділлі та породіллі, у яких виявлено:

- підвищення температури тіла в пологах до 38°С і вище (при триразовому вимірюванні щогодини);
- лихоманку невідомого генезу (температура тіла до 37,5°С більше доби);
- післяпологові запальні захворювання;
- IV ступінь чистоти піхви або трихомоніаз.

У відділенні жінок розміщують у палати відповідно до нозологічних форм захворювання.

Відділення новонароджених

Кількість ліжок у відділенні новонароджених має складати 105–107% загальної кількості ліжок у післяпологових палатах. Площа палат має відповідати санітарним нормам — на одне ліжко новонародженого у фізіологічному відділенні має припадати 3,0 м^2, на 1 ліжко недоношеного та новонародженого в обсерваційному відділенні — не менше 4,5 м^2. З пологової зали новонародженого забирає акушерка після повторного огляду неонатологом. Час передачі новонародженого медсестрі, стан його зазначають на першій сторінці історії розвитку новонародженого і завіряють підписом акушерки та медичної сестри відділення новонароджених.

Основні завдання відділення новонароджених (відділення неонатального догляду та лікування новонароджених — ВНДЛН):

- здійснення догляду за здоровими новонародженими, що не перебувають у палатах разом з матерями;
- забезпечення діагностики та лікування хворих, незрілих новонароджених;
- забезпечення інтенсивного догляду недоношеним, хворим новонародженим;
- за відсутності відділення інтенсивної терапії новонароджених — здійснення первинної реанімації новонароджених у пологовій залі, палаті інтенсивної терапії.

У відділенні новонароджених мають бути окремі палати для здорових доношених і недоношених дітей, палати інтенсивної терапії, процедурна, кімната для збирання молока, а також допоміжні приміщення.

Палати відокремлюються одна від одної скляними перегородками, щоб черговій сестрі було зручніше стежити за новонародженими. Один пост

медсестри може обслуговувати не більше 20 новонароджених, а кількість недоношених, яких обслуговує один пост, не повинна перевищувати 8. Палати для недоношених мають бути обладнані кувезами, куди централізовано подають зволожений кисень, підтримують температуру повітря, що відповідає температурі тіла дитини, та вологість до 80%.

У відділенні новонароджених, як і в післяпологовому, дотримуються принципу циклічного заповнення палат. Це дає можливість, окрім поточного вологого прибирання, проводити у звільнених палатах генеральне прибирання (1 раз на 7–10 днів). Усі палати новонароджених оснащують бактерицидними лампами, які включають 5–6 разів на добу (коли новонароджені перебувають біля матері для годування). Температура повітря у відділенні має бути 21–22°С, а у палатах для недоношених — на 2°С вищою.

Спільне перебування матері та новонародженого. За наявності можливостей доцільним є спільне перебування в палаті породіллі та її новонародженої дитини. При цьому знижується можливість інфікування дитини госпітальними штамами мікробів, створюються сприятливі умови для заселення організму новонародженого мікрофлорою матері. За такого режиму є можливість навчити матір навичкам догляду за новонародженими. Крім того, підвищується відповідальність матері за дотримання особистої гігієни і санітарного режиму в палаті.

При спільному перебуванні матері й новонародженого їх розміщують у боксах чи напівбоксах на одне-два ліжка. Кожна палата обладнана медичними вагами, тумбочками чи поличками для зберігання білизни, біксами для стерильного матеріалу, набором медикаментів для догляду за шкірою новонародженого. Бікс зі стерильним матеріалом міняють у міру використання, але не рідше 3 разів на добу. В усіх палатах мають бути дезінфікувальні засоби.

Акушерка навчає матір догляду за новонародженим, роз'яснює, як користуватися стерильним матеріалом і дезінфікувальними засобами. Запаси стерильного матеріалу і медикаментів, а також історія розвитку новонародженого знаходяться у кімнаті для акушерок. Медикаменти зберігають під замком. Щоденно новонародженого оглядає лікар-неонатолог. Якщо стан дитини погіршується, слід негайно вирішувати питання про місце її подальшого перебування.

Відділення патології вагітних

Число ліжок у цьому відділенні має складати 30% загальної кількості ліжок акушерського стаціонару. Сюди госпіталізують вагітних з різноманітними ускладненнями вагітності, екстрагенітальною патологією, а також для комплексної допологової підготовки.

Відділення включає палати для хворих, маніпуляційну, кабінет функціональної діагностики, підсобні приміщення, санвузли.

Особливу увагу персонал відділення патології вагітності повинен приділяти жінкам з передлежанням плаценти, гестозами, наявністю рубців на матці. За появи щонайменших змін у стані таких жінок медсестра повинна негайно викликати лікаря, щоб надати кваліфіковану допомогу. Потрібно вчасно визначити початок пологової діяльності, відходження навколоплодових вод, про що теж повідомити чергового лікаря.

Важливим фактором лікування у відділенні патології вагітності є дієтичне харчування. Тому медсестри повинні стежити за дотриманням вагітними рекомендацій лікарів за наявності тієї чи іншої патології з урахуванням маси тіла, терміну вагітності тощо. Доцільно мати у відділі методичні рекомендації, вказівки, схеми з надання невідкладної допомоги, плани обстеження вагітних з різними захворюваннями.

В акушерських стаціонарах працюють лікарі. акушерки й медсестри. Медсестра може працювати в операційному блоці, сестрою-анестезисткою і у відділенні новонароджених.

Примірне положення про медичну сестру відділення неонатологічного профілю

1. Посаду медичної сестри відділення неонатологічного профілю (відділення неонатального догляду, відділення інтенсивної терапії новонароджених) (далі — медична сестра) може обіймати молодший спеціаліст з медичною освітою, який має кваліфікацію медичної сестри.

2. Медична сестра призначається на посаду та звільняється керівником лікувально-профілактичного закладу.

3. Медична сестра перебуває у безпосередньому підпорядкуванні старшої медичної сестри та завідувача відділення неонатологічного профілю (відділення неонатального догляду та лікування новонароджених, відділення інтенсивної терапії новонароджених).

4. У своїй роботі медична сестра керується положенням про пологовий будинок/відділення, чинним законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього розпорядку, посадовою інструкцією.

5. У безпосередньому підпорядкуванні фахівців перебувають працівники відділення.

6. Основним завданням медичної сестри є проведення лікувально-профілактичної та санітарно-просвітницької роботи з матерями пацієнтів відділення.

7. Відповідно до основних завдань медична сестра здійснює:

7.1. Призначення лікаря педіатра-неонатолога відділення при проведенні інтенсивної терапії та первинної реанімації новонароджених.

7.2. Консультування та надання практичної допомоги матерям з питань підтримки грудного вигодовування та догляду за новонародженими.

7.3. Підготовку новонароджених до огляду їх лікарем педіатром-неонатологом.

7.4. Участь у проведенні оглядів новонароджених, лікувальних та оперативних маніпуляцій.

7.5. Контроль за дотриманням правил внутрішнього розпорядку, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму відділення.

7.6. Проведення санітарно-просвітницької роботи з питань збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я; профілактики ускладнень вагітності та пологів; переваг грудного вигодовування новонароджених, профілактики ЗПСШ, ВІЛ, СНІДу; планування сім'ї; профілактики вроджених вад розвитку, онкозахворювань та інше.

7.7. Контроль за роботою працівників відділення.

7.8. Заходи з питань профілактики соціального сирітства.

8. Медична сестра зобов'язана:

8.1. Дотримуватись правил внутрішнього трудового розпорядку та санітарно-епідеміологічного режиму відділення, асептики та антисептики при виконанні своїх службових обов'язків.

8.2. Вести необхідну медичну документацію.

8.3. Здійснювати контроль за станом новонароджених, своєчасно доповідати лікареві-ординатору, завідувачеві відділення, а за їх відсутності — черговому лікарю про всі ускладнення та захворювання, зміни стану здоров'я пацієнтів, за необхідності негайно викликати лікаря.

8.4. Надавати першу невідкладну допомогу при гострих захворюваннях та нещасних випадках.

8.5. Дотримуватись правил особистого захисту при роботі з кров'ю.

8.6. Систематично підвищувати рівень своєї професійної підготовки.

8.7. Дотримуватись принципів медичної етики та деонтології.

9. Медична сестра має право:

9.1. Застосовувати за призначенням лікаря консервативні методи лікування, здійснювати деякі лікувальні процедури та внутрішньовенні введення медикаментів новонародженим.

9.2. Вводити за призначенням лікаря сильнодіючі лікарські речовини, протишокові засоби.

9.3. Здійснювати переливання крові та її компонентів у присутності та під контролем лікаря.

10. Медична сестра несе відповідальність за належне виконання покладених на неї завдань і функцій та використання наданих прав.

Примірне положення про головну акушерку пологового будинку/старшу акушерку пологового відділення закладу охорони здоров'я

1. Посаду головної акушерки пологового будинку/старшої акушерки пологового відділення лікувально-профілактичного закладу (далі — головна/старша акушерка) може обіймати молодший спеціаліст із медичною освітою, який має кваліфікацію акушерки, досвід практичної та організаційної роботи і стаж роботи за спеціальністю не менше 5 років.

2. Головну/старшу акушерку призначають на посаду та звільняють з посади за наказом головного лікаря.

3. Головна/старша акушерка знаходиться у підпорядкуванні головного лікаря лікувально-профілактичного закладу та його заступника з медичної частини.

4. Головна/старша акушерка у своїй роботі керується цим положенням, положенням про пологовий будинок/відділення, чинним законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього розпорядку, посадовою інструкцією.

5. У безпосередньому підпорядкуванні головної/старшої акушерки перебуває середній і молодший медичний персонал пологового будинку/відділення.

6. Основним завданням головної/старшої акушерки є раціональна організація праці фахівців та працівників пологового будинку/відділення.

7. Відповідно до основних завдань головна/старша акушерка забезпечує:

7.1. Проведення заходів щодо раціональної організації праці фахівців та робітників пологового будинку/відділення.

7.2. Контроль виконання лікарських призначень фахівцями, дотримання правил догляду та обслуговування вагітних, роділь, породіль, новонароджених, гінекологічних хворих.

7.3. Контроль за дотриманням медичним персоналом та пацієнтами санітарно-протиепідемічного режиму та правил внутрішнього розпорядку пологового будинку/відділення.

7.4. Контроль за проведенням стерилізації інструментарію та перев'язувального матеріалу.

7.5. Дотримання правил надходження, обліку та зберігання медикаментів (у тому числі сильнодіючих та наркотичних лікарських засобів), ви-

тратних матеріалів, інструментарію, предметів господарського призначення та інше.

7.6. Виконання інструкцій щодо зберігання, ведення облікової медичної документації (в тому числі бланків особливого обліку), бланків документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.

7.7. Розробку та здійснення заходів щодо підвищення кваліфікації фахівців та працівників (проведення сестринських конференцій, семінарів, тематичних занять, лекцій лікарів та інше), вивчення та обмін досвідом роботи з іншими закладами акушерсько-гінекологічного профілю.

7.8. Контроль за дотриманням фахівцями та працівниками інструкцій щодо правил особистого захисту при роботі з кров'ю.

7.9. Контроль проходження виробничої та переддипломної практики студентами медичних коледжів (училищ).

7.10. Організацію проведення санітарно-просвітницької роботи з питань збереження репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, профілактики ускладнень вагітності та пологів, ЗПСШ, ВІЛ, СНІДу, онкозахворювань, первинної профілактики вроджених вад розвитку тощо.

7.11. Заходи з питань профілактики соціального сирітства.

7.12. Дотримання принципів медичної етики та деонтології.

8. При здійсненні своїх обов'язків головна/старша акушерка має право:

8.1. Давати вказівки підпорядкованим їй фахівцям та працівникам.

8.2. Вносити пропозиції щодо заохочення підлеглих співробітників чи накладання на них дисциплінарних стягнень.

8.3. Регулярно проводити обходи палат, кабінетів, інших приміщень пологового будинку/відділення.

8.4. Проводити інструктаж середнього та молодшого персоналу відділення з питань санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму.

8.5. Систематично проводити роботу з питань дотримання медичним персоналом принципів медичної етики та деонтології, належного виконання своїх обов'язків, дотримання прав пацієнта.

8.6. Систематично підвищувати свій професійний рівень.

9. Головна акушерка несе відповідальність за належне виконання покладених на неї завдань і функцій та використання наданих прав.

Примірне положення про акушерку акушерського стаціонару

1. Посаду акушерки акушерського стаціонару (далі — акушерка) може обіймати молодший спеціаліст із медичною освітою, який має кваліфікацію акушерки.

2. Акушерку призначає на посаду та звільняє керівник лікувально-профілактичного закладу.

3. Акушерка перебуває у безпосередньому підпорядкуванні лікаря-акушера-гінеколога, старшої акушерки та завідуючого відділенням акушерського стаціонару.

4. У своїй роботі акушерка керується цим положенням, положенням про пологовий будинок/акушерське відділення, чинним законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього розпорядку, посадовою інструкцією.

5. У безпосередньому підпорядкуванні акушерки перебувають працівники акушерського відділення.

6. Основним завданням акушерки є проведення лікувально-профілактичної та санітарно-просвітницької роботи з пацієнтами відділення.

7. Відповідно до основних завдань акушерка здійснює:

7.1. Лікувально-діагностичні маніпуляції вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим за призначенням лікаря відділення.

7.2. Підготовку вагітних, роділь, породіль, гінекологічних хворих до медичного огляду.

7.3. Інформує вагітних, роділь, породіль, гінекологічних хворих про правила внутрішнього розпорядку, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму відділення, здійснює контроль за їх дотриманням.

7.4. Допомагає лікарю у проведенні оглядів вагітних, роділь, породіль, гінекологічних хворих, лікувальних та оперативних маніпуляцій.

7.5. Медичну допомогу при пологах, первинну обробку новонароджених.

7.6. Проведення санітарно-просвітницької роботи з питань збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я; профілактики ускладнень вагітності та пологів; переваг грудного вигодовування новонароджених, профілактики ЗПСШ, ВІЛ, СНІДу; планування сім'ї; вроджених вад розвитку, онкозахворювань тощо.

7.7. Контроль за роботою працівників.

7.8. Заходи з питань профілактики соціального сирітства.

8. Акушерка зобов'язана:

8.1. Дотримуватися правил внутрішнього розпорядку та санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму відділення, асептики та антисептики при виконанні своїх службових обов'язків.

8.2. Виконувати прості лабораторні дослідження (аналіз сечі на білок, аналіз крові на гемоглобін, визначення групової належності крові).

8.3. Виконувати за необхідності обов'язки операційної сестри.

8.4. Вести відповідну медичну документацію.

8.5. Здійснювати контроль за станом вагітних, роділь, породіль, гінекологічних хворих, своєчасно доповідати лікарю — акушеру-гінекологу,

завідуючому відділенням, а при їх відсутності — черговому лікарю про всі зміни стану здоров'я пацієнтів, ускладнення та захворювання, у разі необхідності негайно викликати лікаря;

8.6. Надавати першу невідкладну допомогу при гострих захворюваннях та нещасних випадках.

8.7. Систематично підвищувати рівень професійної підготовки.

8.8. Дотримуватись принципів медичної етики та деонтології.

9. Акушерка має право:

9.1. Застосовувати за призначенням лікаря консервативні методи лікування, здійснювати деякі лікувальні процедури та внутрішньовенні ін'єкції.

9.2. Вводити за призначенням лікаря сильнодіючі лікарські речовини, наркотики, протишокові засоби хворим.

9.3. Здійснювати переливання крові у присутності та під контролем лікаря.

9.4. Здійснювати деякі акушерські втручання за життєвими показаннями.

10. Акушерка несе відповідальність за належне виконання покладених на неї завдань і функцій та використання наданих прав.

Обов'язки акушерки процедурного кабінету

1. Виконання маніпуляцій згідно з листком призначень.

2. Взяття крові з вени для дослідження.

3. Визначення групи крові. Акушерка виконує технічну частину роботи і показує результат лікареві, який визначає групу крові.

4. Під контролем лікаря проведення гемотрансфузії.

5. Проведення проб на чутливість до антибіотиків.

6. Допомога лікарю у проведенні тих маніпуляцій, які входять у його компетенцію.

7. Якщо виникають ускладнення під час виконання призначень, медична сестра повинна негайно повідомити про це лікаря.

8. Ведення журналу обліку проведених маніпуляцій.

9. Вчасне інформування про необхідність заміни обладнання, яке стало непридатним для подальшого вжитку.

10. У маніпуляційній постійно має бути список хворих, які перехворіли на вірусний гепатит, медсестра повинна дотримуватись правил профілактики сироваткового гепатиту і запобігати можливості професійного інфікування вірусним гепатитом і СНІДом.

11. Акушерка маніпуляційного кабінету повинна неухильно дотримуватися правил асептики та виконувати вимоги санітарно-гігієнічного режиму.

12. Акушерка несе відповідальність за вчасне і якісне виконання призначень лікаря, санітарний стан кабінету і дотримання техніки безпеки, охорони праці, збереження обладнання кабінету, а також виконання хворими призначеного режиму.

ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

Одним із напрямків соціальної політики держави є забезпечення правових гарантій щодо охорони здоров'я жінки та підвищення її соціального статусу.

Відповідно до «Закону України про шлюб, сім'ю та молодь», держава гарантує певний рівень матеріальної підтримки сім'ям з дітьми. Вагітна жінка має право на допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами: у терміні 30 тижнів вагітності їй надається відпустка, яка оплачується. Підставою для допомоги є виданий у встановленому порядку листок непрацездатності. Період відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами — 70 календарних днів перед пологами та 56 після пологів. У разі ускладнених пологів або народження двох і більше дітей післяпологова відпустка продовжується до 70 календарних днів. Ця допомога надається жінкам у повному обсязі (сумарно), незалежно від того, скільки днів вони використали перед пологами.

Розмір грошової допомоги усім жінкам, що працюють, становить 100 % їхнього заробітку (доходу); безробітним жінкам її виплачують у розмірі мінімальної заробітної платні, студенткам — місячної стипендії.

25 березня 2005 року Верховною Радою України ухвалено «Закон Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2005 рік», де передбачено чимало змін до Закону України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми». Зокрема, з 1 квітня 2005 року забезпечено підвищення розміру допомоги при народженні дитини до 8497,6 грн для осіб, застрахованих у системі загальнообов'язкового соціального страхування, та незастрахованих осіб.

Крім одноразової допомоги при народженні дитини, особа, яка доглядає за дитиною до досягнення нею трирічного віку, одержує також щомісячну допомогу на догляд за дитиною (104 грн — застрахована, 90 грн — незастрахована особа).

Кабінет Міністрів України 13.09.1995 р. затвердив національну програму «Планування сім'ї», у зв'язку з чим наказом МОЗ України за № 180 від 11.06.1997 р. регламентована організація медичних центрів «Планування сім'ї та репродукції людини».

Міністерство охорони здоров'я України в наказі №620 від 29.12.2003 р. встановило загальні принципи організації надання стаціонарної акушерсько-

гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні, які базуються на концепції ВООЗ щодо раціонального ведення пологів (1996), концепції безпечного материнства, а також на державних засадах щодо здійснення активної демографічної політики.

Державні заходи щодо здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, визначені в Указі Президента України від 26.03.2001 р. «Про Національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001–2005», Постанові Кабінету Міністрів України від 09.08.2001 р. №960 «Про затвердження Концепції розвитку охорони здоров'я населення України», розпорядженнях Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 р. №161-р. «Про затвердження Концепції безпечного материнства» та від 01.07.2002р. № 355-р «Про затвердження комплексних заходів щодо заохочування народжуваності на 2002–2007 рр.», передбачають удосконалення організації діяльності акушерсько-гінекологічної служби, в тому числі стаціонарної ланки.

У Наказі №59 від 10.02.2003 р. висвітлено питання про вдосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій у пологових будинках. У Наказі №582 від 15.12.2003 р. затверджено клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги, використання яких дасть змогу стандартизувати та уніфікувати діагностику і лікування, застосовувати методики лікування з доведеною ефективністю, що знижують захворюваність і смертність пацієнтів. З метою вдосконалення медико-генетичної допомоги в Україні видано Наказ МОЗ №641\84 від 31.12.2003 р., який сприятиме поліпшенню допомоги хворим зі спадковою патологією. Для подальшого вдосконалення амбулаторної гінекологічної допомоги населенню видано Наказ №503 МОЗ України від 28.12.2002 р. «Про вдосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Згідно із Законом України «Про охорону праці», забороняється використання праці жінок на важких роботах та роботах із шкідливими умовами праці, а також там, де необхідно піднімати речі, маса яких перевищує граничні норми. Перелік цих робіт регламентують нормативні документи.

Перелік контрольних питань:

- принципи організації акушерської служби в Україні;
- організація роботи жіночої консультації;
- організація акушерської допомоги у сільській місцевості;
- організація роботи акушерського стаціонару;
- патронажне спостереження за вагітними;
- санітарно-освітня робота з вагітними та породіллями;
- основи законодавства України про охорону здоров'я жінки.

САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНИЙ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ РЕЖИМ АКУШЕРСЬКОГО СТАЦІОНАРУ

ПРИНЦИПИ АСЕПТИКИ І АНТИСЕПТИКИ В АКУШЕРСТВІ

Основний закон хірургії вимагає, щоб усе, що контактує з раною, було стерильним, знезараженим, тобто позбавленим мікробів. Оскільки акушерство є однією зі спеціальностей хірургічного профілю, це повною мірою стосується й пологових відділень.

Існує два шляхи інфікування рани (в акушерстві — пологових шляхів, молочних залоз, післяопераційних ран, новонародженого) — ендогенний та екзогенний.

Ендогенна інфекція (внутрішня) потрапляє в рану із джерела інфекції, що міститься в самому організмі хворої. Для запобігання розвитку ендогенного інфікування перед операцією хвору ретельно обстежують, залучаючи до цього фахівців різного профілю, щоб виявити вогнища хронічної інфекції та ліквідувати їх до оперативного втручання.

Екзогенна інфекція потрапляє в організм вагітної, роділлі, породіллі чи новонародженого із зовнішнього середовища. Розрізняють чотири шляхи передачі екзогенної інфекції: контактний, імплантаційний, повітряний і крапельний.

Контактний шлях має найбільше поширення. Цим шляхом до рани потрапляє інфекція із нестерильних інструментів, перев'язувального матеріалу, недостатньо оброблених рук лікаря чи середніх медичних працівників. Профілактика контактної інфекції є основним завданням медичного персоналу, особливо операційних сестер та хірургів.

Імплантаційним шляхом збудник потрапляє в рану під час ін'єкцій при неналежній обробці шкіри у місці введення голки, під час накладання швів на промежину за недостатньої якості підготовки роділлі до пологів. Для запобігання імплантаційному шляху потрапляння інфекції необхідно використовувати для накладання швів лише ретельно простерилізований матеріал, належно обробляти операційне поле перед проведенням черевностінкових операцій, зовнішні статеві органи перед пологами.

Повітряний шлях — зараження рани мікроорганізмами з повітря операційної або маніпуляційної — йому можна запобігти системою очищення повітря, використанням бактерицидних ламп тощо.

Крапельним шляхом інфекція потрапляє в організм хворої або в рану з ротової порожнини персоналу відділення із крапельками слини. Слід пам'ятати, що ротова порожнина завжди населена мікроорганізмами, як сапрофітними, так і патогенними, тому в операційній, процедурному кабінеті, маніпуляційній необхідно носити захисну маску, яка запобігає забрудненню повітря у цих приміщеннях.

Асептика — це комплекс заходів, спрямованих на запобігання потраплянню інфекції в рану.

Антисептика — це комплекс лікувальних заходів при інфекції, що вже розвинулася.

Основними заходами профілактики інфекції в акушерському стаціонарі є:

1. Стерилізація інструментарію, перев'язувального матеріалу, операційної білизни, приладів, що контактують зі статевими органами жінки або операційною раною.

2. Дотримання санітарно-протиепідемічного режиму відділення, й особливо, операційного блоку та відділення новонароджених, здійснення заходів з дезінфекції приміщень відповідно до режиму стерильності.

3. Чітке виконання вимог щодо особистої гігієни персоналу відділень, вчасне проходження медичних оглядів, виявлення вогнищ хронічної інфекції в осіб, що працюють в операційних блоках, та їх лікування.

4. Ретельна обробка операційного поля, рук акушерки та лікарів перед пологами та акушерськими оперативними втручаннями.

ПРОФІЛАКТИКА ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ

Утримання пологового блоку

1. Пологовий блок включає передпологові палати, пологові зали з кімнатами для проведення первинного туалету новонароджених, оглядову, операційну, палату інтенсивної терапії, а також допоміжні приміщення: для обробки та дезінфекції церат і суден, тимчасового зберігання брудної білизни, санітарні вузли.

2. Число передпологових палат і пологових зал має бути подвоєним, що дозволяє дотримуватися принципу циклічності в роботі акушерського

стаціонару. Кожна пологова зала функціонує 1–2 доби, потім там проводять генеральне прибирання.

3. Структура сучасних пологових будинків передбачає індивідуальні пологові палати, які функціонують як передпологова, пологова й мала операційна одночасно, що значно зменшує небезпеку внутрішньолікарняного інфікування.

4. Оглядову кімнату з гінекологічним кріслом використовують для проведення вагінальних досліджень у процесі пологів.

5. Палата інтенсивної терапії оснащена спеціальною апаратурою, інструментами і медикаментами, має функціональні ліжка і засоби для централізованої подачі кисню; вона призначена для вагітних і роділь з найбільш тяжкими формами ускладнень вагітності або екстрагенітальними захворюваннями.

6. Операційний блок включає малу операційну (для всіх акушерських операцій, крім кесаревого розтину), велику операційну з передопераційною (для черевних операцій), приміщення для зберігання крові, пересувної апаратури.

7. У передпологових палатах, оглядовій кімнаті, пологових залах мають бути стаціонарні чи пересувні бактерицидні лампи, якими опромінюють приміщення за відсутності роділь.

8. Передпологові палати не менше 3-х разів на добу провітрюють і прибирають з використанням дезінфектантів.

9. Роділля весь перший період пологів перебуває в передпологовій палаті, де їй виділяють індивідуальне пронумероване судно, що зберігається на підставці, вмонтованій у ліжко, чи лавці, пофарбованій олійною фарбою.

10. Після переведення роділлі в пологову залу підкладні церати і судна миють водою і знезаражують у санітарних кімнатах.

11. Використану постільну білизну збирають у спеціальний металевий посуд, вистелений зсередини ceратовим мішком, і закривають кришкою.

12. Проводять обробку ліжка, протираючи металеві частини, ceратові чохли на матрацах і подушках розчином дезінфікувальних препаратів.

13. Стетоскоп, тазомір, термометри знезаражують 0,5% розчином хлораміну або 3% розчином перекису водню, розведеними в 0,5% розчині мийного засобу.

Підготовка роділлі до пологів та прийом новонароджених

1. Переводячи роділлю в пологову залу їй одягають стерильну сорочку, косинку, бахіли.

2. Приймаючи пологи використовують одноразовий акушерський комплект — стерильні медичні інструменти і перев'язувальний матеріал.

3. Перед прийняттям пологів акушерка миє й обробляє руки, як для хірургічної операції.

4. Новонародженого приймають у лоток, вистелений стерильною пелюшкою, для обробки дитини використовують стерильні індивідуальні комплекти.

5. Для первинної обробки шкіри новонародженого використовують стерильне вазелінове масло або олію у флаконах по 30 мл для одноразового застосування.

6. Після пологів лотки для прийому новонароджених миють гарячим мильним розчином, обробляють одним з дезінфектантів — експозиція 30 хв, споліскують, складають внутрішнім боком докупи і стерилізують.

7. Пеленальний столик і ваги після використання обробляють 1% розчином перекису водню. Перед прийманням новонародженого столик і ваги вкривають стерильними пелюшками.

8. Використану в процесі пологів білизну збирають у металевий посуд. Перев'язувальний матеріал кидають у миску, вистелену стерильною пелюшкою; її замінюють після кожних пологів.

9. Після пологів металеві частини рахманівських ліжок, подушки і матраци, обшиті цератою, протирають дезінфікувальним розчином.

10. Прибирання пологової зали з використанням дезінфікувального розчину проводять тричі на день.

Утримання післяпологових палат у фізіологічному відділенні

1. При заповненні післяпологових палат дотримуються принципу циклічності, що має вагоме значення як для раціонального використання ліжкового фонду, так і для системи протиепідемічних заходів.

2. Для кожної породіллі виділяють індивідуальне пронумероване судно, що зберігається на вмонтованій у ліжко підставці чи пофарбованій олійною фарбою лавці.

3. Сорочку і рушник породіллі міняють щодня, постільну білизну — кожні 3 дні, підкладні пелюшки — 4 рази на добу протягом перших 3-х днів, потім — двічі на добу. Церату на ліжку протирають дезінфікувальним розчином при зміні підкладних пелюшок (одноразові стерильні підкладні).

4. Перед кожним годуванням породілля отримує косинку і пелюшку для підкладання під новонародженого, а також маску в період загострення респіраторних інфекцій.

5. Перед годуванням породілля ретельно миє руки та молочні залози водою з милом і витирає насухо стерильною пелюшкою. Між годуваннями їй проводиться обробка сосків розчином антисептика.

6. Кожна породілля отримує стерильну баночку для зціджування молока (місткість якої 200 мл), прикриту стерильною серветкою.

7. Туалет породіллі в перший день проводиться в палаті, а в наступні дні — в кімнаті особистої гігієни з висхідним (біде) і звичайним душем.

8. Вологе прибирання післяпологових палат, коридорів й усіх допоміжних приміщень проводять тричі на день, з них одне прибирання — із застосуванням дезінфікувального розчину. Перед прибиранням міняють у породіль натільну і постільну білизну.

9. Після вологого прибирання, а також у проміжках часу між годуваннями післяпологові палати опромінюють кварцевими або УФ-лампами. Породіллям проводять кварцування для кращого загоєння ран промежини і профілактики чи лікування тріщин сосків.

10. Після виписування породіль зі стаціонару здійснюють камерну обробку матраців, подушок і ковдр.

11. За появи перших ознак інфекційного захворювання породілі чи новонародженого їх, згідно з інструкцією МОЗ, переводять в обсерваційне відділення або спеціалізований заклад. Проводять знезараження всіх речей, з якими контактувала хвора породілля, і вологе прибирання палати з використанням дезінфікувального розчину. Постільну й натільну білизну хворої породіллі складають у цератовий мішок і відправляють у пральню.

12. За появи в пологовому відділенні гнійно-септичних захворювань серед породіль чи новонароджених припиняється прийом роділь у відділення.

Утримання післяпологових палат в обсерваційному відділенні

1. Щоб запобігти поширенню інфекції в пологових будинках, у великих містах в одному з таких будинків організовують акушерський стаціонар для вагітних, роділь і породіль з гнійно-запальними та інфекційними захворюваннями.

2. Обсерваційне відділення за структурою, обладнанням, забезпеченням не відрізняється від фізіологічного.

3. Циклічність заповнення палат в обсерваційному відділенні додатково передбачає групування в окремих палатах породіль з однаковими нозологічними формами.

4. Під час годування дитини породілля обов'язково використовує маску, яку міняють перед кожним годуванням.

5. Санітарно-гігієнічного режиму дотримуються з тією ж ретельністю, що і в фізіологічному відділенні.

6. На особливому лікувально-охоронному режимі перебувають породіллі, у яких загинув плід чи новонароджений. Їх переводять в окремі палати, в яких породіллі не годують новонароджених.

Утримання відділення для новонароджених

1. Відділення новонароджених включає палати для здорових доношених дітей, для недоношених, для травмованих у пологах дітей, процедурну, молочну кімнати, палати інтенсивної терапії, допоміжні приміщення.

2. Палати для новонароджених заповнюють циклічно, відповідно до палат матерів.

3. При суворому дотриманні принципу циклічності кожна палата для дітей підлягає генеральному прибиранню один раз на 6–10 днів.

4. Щоденне вологе прибирання здійснюють під час кожного годування дітей з використанням дезінфікувальних засобів. Потім палати провітрюють й опромінюють бактерицидними лампами.

5. Дитячі палати повинні розділятися скляними перегородками до стелі, що полегшує черговій сестрі спостереження за дітьми.

6. Пеленання дітей проводять перед кожним годуванням. Медична сестра миє руки з милом, одягає спеціальний халат, цератовий фартух, стерильну маску, обробляє руки антисептиком перед пеленанням кожного новонародженого.

7. Новонароджених підмивають над раковиною проточною водою, висушують стерильною пелюшкою; шкіру обробляють стерильною вазеліновою олією.

8. Перед зважуванням дітей на вагу стелять стерильну пелюшку. Після використання вагу протирають дезінфекційним розчином.

9. Після обробки кожної дитини фартух, у якому працювала медсестра, протирають розчином дезінфектанту, а після туалету всіх дітей фартух миють і замочують у 3% розчині перекису водню з 0,5% розчином мийного засобу або в 1% розчині хлораміну на 30 хв.

10. Пеленальні столи після пеленання всіх дітей обробляють розчином дезінфікувального засобу.

11. Під час перебування дітей у пологовому будинку повинна використовуватися лише стерильна білизна.

12. Брудні пелюшки збирають у бак з педальним пристроєм, вистелений ізсередини ceратовим мішком, який після наповнення передають у пральню. Вся дитяча білизна підлягає стерилізації шляхом автоклавування.

13. Предмети догляду за новонародженими (чайні ложки, піпетки, соски, балончики для клізм) миють проточною водою і кип'ятять 15 хвилин.

14. Після виписування дітей їхню постіль піддають камерній обробці з фіксацією результатів у журналі.

Утримання відділення патології вагітних

1. До структури відділення входять палати, маніпуляційна, оглядова, кабінет функціональної діагностики, приміщення для денного перебування хворих і допоміжні приміщення: кімната особистої гігієни, санітарні вузли тощо.

2. Відділення призначені для допологової госпіталізації вагітних з різними екстрагенітальними захворюваннями й ускладненнями вагітності.

3. Вагітних жінок з гострими респіраторними захворюваннями у дане відділення не госпіталізують.

4. Вологе прибирання палат, коридорів та всіх допоміжних приміщень проводять 2 рази на день із застосуванням дезінфікувальних розчинів, регулярно провітрюють палати.

5. Палати відділення повинні бути невеликі — на 2–4 ліжка.

З метою удосконалення організації медичної допомоги в пологових стаціонарах та підвищення її якості у 1996 році МОЗ України видало наказ № 4 «Про організацію та забезпечення медичної допомоги новонародженим в Україні». Цим наказом регламентовано санітарно-гігієнічний та протиепідемічний режим відділень новонароджених в акушерських стаціонарах. Наказ включає:

- положення про відділення неонатального догляду та лікування новонароджених акушерського стаціонару;
- положення про відділення інтенсивної терапії новонароджених пологового будинку;
- інструкцію про відділення спільного перебування матері й дитини в пологовому будинку;
- інструктивно-методичні рекомендації щодо первинної реанімації новонароджених;
- методичні рекомендації щодо догляду за новонародженими в акушерських стаціонарах;

- методичні рекомендації щодо догляду за новонародженими в обсерваційних післяпологових відділеннях;
- методичні рекомендації щодо санітарно-протиепідемічних заходів у родопомічних закладах.

Питання, що стосуються профілактики гнійно-запальних захворювань у пологових стаціонарах, висвітлені відповідно до рекомендацій даного наказу.

Операційний блок

Операційний блок акушерської клініки складається з таких приміщень: *передопераційної, кімнати для підготовки вагітної до операції, матеріальної кімнати* та *операційної.*

Передопераційна кімната. У цій кімнаті хірург та його помічник миють руки, одягають операційний одяг, фартухи, маски. В операційну хірургічна бригада заходить уже готовою до одягання стерильних халатів та до початку операції.

Кімната для підготовки вагітної до операції. Готувати вагітну до операції найкраще в кімнаті, яка розташована поруч з операційною. Це позбавляє пацієнтку від негативних емоцій, що виникають в обстановці операційної, окрім того, в операційній не порушуються чистота і порядок.

Матеріальна кімната призначена для зберігання операційної білизни, марлі, вати, інструментів. Її необхідно ізолювати від інших приміщень. Матеріали в операційну подають через спеціальне вікно.

Операційна кімната. Операційних у відділенні акушерського стаціонару повинно бути щонайменше дві.

Операційна, передопераційна та матеріальна перебувають у зоні ***стерильного санітарно-гігієнічного режиму.*** Ця зона потребує дотримання особливих вимог щодо прибирання.

Після прибирання операційну знезаражують за допомогою кварцової лампи протягом години.

Дуже важливе достатнє освітлення. Слід зауважити, що черевностінкові операції (операція кесаревого розтину та операції на внутрішніх статевих органах) проводять глибоко у порожнині таза, тому ефективним буде освітлення за допомогою безтіньової лампи. При вагінальних операціях краще користуватись так званими гінекологічними світильниками, що додатково до денного освітлення дозволяє сфокусувати світло у горизонтальному напрямі й добре освітити операційне поле. Температуру в операційній слід підтримувати у межах 20–25°С. Необхідна достатня вентиляція або кондиціонування повітря.

САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНІ ЗАХОДИ У РОДОПОМІЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Проблема боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями (ВЛІ) в Україні за умов імунодепресивного впливу на організм комплексу екологічних факторів довкілля набуває особливо важливого значення, визначаючи значною мірою успіх боротьби з дитячою захворюваністю та смертністю.

Складність розв'язання цієї проблеми зумовлена відсутністю достовірних даних про поширення внутрішньолікарняних інфекцій, мінливістю збудника, труднощами мікробіологічної діагностики та ідентифікації етіологічного фактора. В умовах лікарні формуються госпітальні штами збудників, що стійкі до антибактерійних препаратів і дезінфектантів. Внутрішньолікарняну інфекцію Комітет експертів ВООЗ визначає як захворювання мікробного походження, що виникли внаслідок інфікування при обстеженні, лікуванні або перебуванні в лікарні та розвинулись як у стаціонарі, так і протягом 6 місяців після виписування з лікарняного закладу.

Особливе значення має проблема ВЛІ для родопомічних установ внаслідок перебування в них найбільш вразливого до інфекції контингенту: новонароджених та вагітних жінок.

Серед причин ВЛІ у породілей та новонароджених переважне значення мають: патологічні пологи, гіпоксія, передчасні пологи, інтенсивна терапія з інструментальним втручанням, відсутність материнського молока та догляду, застосування антибіотиків з профілактичною метою, носійство медичним персоналом патогенної та умовно-патогенної мікрофлори, порушення протиепідемічного режиму в акушерських стаціонарах, тривале перебування новонароджених та породілей у родопомічних установах (понад 5 днів).

До основних збудників ВЛІ належать стафілококи, сальмонели, шигели, кишкові палички, клебсієли, ентеробактери, протеї, синьогнійні палички, стрептококи, ентерококи, гриби роду Кандіда, віруси.

Госпітальні штами формуються в стаціонарі протягом багатомісячної послідовної селекції мікроорганізмів, які набувають нових властивостей, що підсилюють їх патогенний потенціал (адгезивність, токсигенність, гемолітична активність). Госпітальні штами набувають високої вірулентності, здатні до виживання та накопичення в розчинах, у вологих субстанціях (ганчірки, пелюшки, щітки), можуть зберігатися в дезінфікувальних розчинах за зниженої концентрації у разі порушення правил приготування та зберігання. Госпітальні штами грампозитивних бактерій набувають стійкості до висушування. Головним резервуаром госпітальних штамів мікроорганізмів є новонароджені діти, матері та медичний персонал.

Механізми поширення інфекції:

1. Контактний (руки медичного персоналу, медична апаратура, предмети догляду за немовлятами).

2. Фекально-оральний (молоко, розчини для пиття, зонди, катетери).

3. Повітряно-крапельний (за наявності збудників інфекції в повітрі пологових зал, операційних).

4. Трансфузійний (переливання інфікованих розчинів).

У розвитку інфекції виділяють такі етапи:

1. *Контамінація* — контакт новонародженого з мікрофлорою під час пологів, первинної обробки, заходів реанімації в пологовій залі тощо. Контамінація характеризується невисоким рівнем висіву бактерій (100–1000 КУО/г), виділенням двох або трьох різних штамів бактерій, вона не спричиняє розвитку інфекції, але може призводити до колонізації.

2. *Колонізація* — процес заселення шкіри, носоглотки, дихальних шляхів, травного каналу бактеріями матері та навколишнього середовища. Колонізація, рівень якої перевищує 10^6 КУО та характеризується переважанням умовно-патогенних бактерій або грибків і дефіцитом біфідобактерій, є патологічною, значно підвищує ризик розвитку інфекційно-запальних захворювань, особливо у новонароджених з перинатальною патологією та недоношених дітей.

3. *Клінічна маніфестація інфекції* — поява ознак захворювання.

Найпоширеніші нозологічні форми ВЛІ:

1. Локальні: омфаліт, кон'юнктивіт, піодермія, абсцес, флегмона, пневмонія, отит, мастит, гострі кишкові інфекції, ендометрит, післяопераційна інфекція.

2. Генералізовані: сепсис (септицемія, септикопіємія).

3. Інші інфекції: краснуха, кір, вірусний гепатит тощо.

Засоби і препарати для забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму акушерського стаціонару

Для дезінфекції предметів догляду за хворими, інструментів, приміщень, обладнання використовують дезінфікувальні засоби, основні з яких наведені в табл. 2.1–2.3 згідно з Наказом №59 від 10.02.2003 МОЗ України «Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках».

Режим профілактичної дезінфекції виробів медичного призначення з метою профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах

(Наказ №59 від 10.02.2003 МОЗ України)

Таблиця 4.1

Назва дезінфекувального засобу	Фірма виробник	Форма випуску	Концентрація, % (за препаратом)	Експозиція хвилини
Дезоформ	«Lysoform Dr.Hans Rosemann GmbH» (ФРН)	Розчин	1,0 5,0	60 10
Деконекс ФФ	«Borer Chemie AG» (Швейцарія)	Розчин	0,5 1,0	60 30
Септодор-форте та Септодор	«Dorvet LTD» (Ізраїль)	Розчин	0,2 0,1	30 15
Клорсепт	«Medentech Ltd» (Ірландія)	Таблетки	0,2	60
Корзолекс базік	«Bode Chemie GmbH» (ФРН)	Розчин	2,0 4,0	60 30
Корзолекс АФ	«Bode Chemie GmbH» (ФРН)	Розчин	1,0 2,0 4,0	60 30 15
Корзолін Д	«Bode Chemie GmbH» (ФРН)	Розчин	4,0 10,0	150 60
Лізоформін 3000	«Lysoform Dr.Hans Rosemann GmbH» (ФРН)	Розчин	1,5 2,0	30 15
Перекис водню	Підприємства Укркоммедбіопрому (Україна)	Розчин	6,0 **	60
Перекис водню у суміші з 0,5% мийного засобу («Прогрес», «Астра», «Лотос»)	Підприємства хімікофармацевтичної промисловості (Україна)	Розчин	6,0**	60
Хлорантоїн	НВО «Фармакос» (Україна)	Порошок, таблетки	0,2	30

Примітки: * — допускається використання інших дезінфекційних засобів, зареєстрованих в Україні, відповідно до режимів, регламентованих Методичними вказівками з використання засобу для дезінфекції виробів медичного призначення, які в установленому порядку затверджені Головним державним санітарним лікарем України;

** — концентрація подана за АДР.

Режими передстерилізаційного чищення виробів медичного призначення ручним методом з метою профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах

(Наказ №59 від 10.02.2003 МОЗ України)

Таблиця 4.2

Етапи передстерилізаційного чищення	Концентрація, % (за препаратом)	Експозиція, хв	Вихідна температура робочого розчину, °С	Устаткування, яке використовують
Замочування в робочому розчині засобу для передстерилізаційного чищення шляхом повного занурення:				Таз, бачок, (спеціальна ванна), шприц
— при використанні Біомою (НВО «ФАРМА-КОС», Україна)	0,5	15,0 ± 1,0	40,0 ± 5,0	
— при використанні Бланізолу (фірма «Lysoform Dr.Hans Rosemann GmbH», ФРН)	1,0	15,0 ± 1,0	40,0 ± 5,0	
— при використанні Бодефену (фірма «Bode Chemie GmbH», ФРН)	1,0	10,0 ± 1,0	40,0 ± 5,0	
Миття кожного виробу в робочому розчині засобу для передстерилізаційного чищення за допомогою йоржа чи ватно-марлевого тампона		0,5 ± 0,1		Таз, бачок, (спеціальна ванна), шприц
Споліскування проточною водою:				Таз, бачок, раковина, шприц
— при використанні Біомою (НВО «ФАРМАКОС», Україна)		3,0 ± 1,0		
— при використанні Бланізолу (фірма «Lysoform Dr. Hans Rosemann GmbH», ФРН)		5,0 ± 1,0		
— при використанні Бодефену (фірма «Bode Chemie CmbH», ФРН)		5,0 ± 1,0		
Споліскування дистильованою водою		1,0 ± 0,5		Таз, бачок (спеціальна ванна)
Сушіння гарячим повітрям		До повного усунення вологи	85 ± 2	Сушильна шафа

Примітка: * — концентрація надана за АДР; ** — температура робочого розчину в процесі чищення не підтримується; *** — бланізол (фірма «Lysoform Dr. Hans Rosemann GmbH», ФРН) не призначений для передстерилізаційного чищення виробів медичного призначення, які виготовлені з гуми або мають гумові прокладки.

Дезінфікування різних об'єктів в акушерських стаціонарах
(Наказ №59 від 10.02.2003 МОЗ України)

Таблиця 4.3

Об'єкт дезінфікування	Дезінфекційний засіб	Режим дезінфікування		Метод дезінфікування
		концентрація, %	експозиція, хв	
1	2	3	4	5
Медичні прилади, апарати, устаткування з лакофарбовим, гальванічним та полімерним покриттям	Септодор-форте Бацилоцид расант Дисмозон Пур Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 0,25 0,5 0,25 0,5 0,2 0,5 4,0	60 60 30 60 15 60 30 60	Двократне протирання розчином з інтервалом 15 хв та наступним терміном витримки відповідно до наведеної експозиції
Предмети догляду за хворими (грілки, підкладні кола тощо)	Лізоформін спеціальний Септодор-форте Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	2,0 0,4 0,2 3,0	60 60 60 60	Занурюють у розчин з наступним промиванням водою
Термометри медичні	Хлорантоїн Перекис водню	0,5 2,0	30 60	Занурюють у розчин з наступним промиванням водою
Фонендоскопи, манжети для вимірювання артеріального тиску, подушка для кисню	Хлорантоїн Перекис водню	0,1 3,0	30 30	Двократне протирання з наступною витримкою відповідно до експозиції
Сітка для флаконів з консервованою кров'ю, замінниками крові та інших градуйованих пляшок	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 3,0		Двократне протирання з інтервалом 15 хв та наступним терміном витримки 60 хв

Продовження таблиці 4.3

1	2	3	4	5
Церата з кушетки для огляду хворого, фартухи з полімерних матеріалів, покриття із церати для меблів, мішки із церати для брудної білизни тощо	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5 % мийного засобу	0,2 3,0	30	Двократне протирання ганчір'ям, змоченим у розчині, за норми витрат 200 $см^3/м^2$ з наступним промиванням водою
Емальовані тази лотки для збирання використаного перев'язувального матеріалу, підкладних церат, тощо	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5 % мийного засобу	0,2 3,0	60 60	Промивають з наступним терміном витримки відповідно до вказаної експозиції
Холодильник (внутрішні поверхні)	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5 % мийного засобу	0,2 3,0	60 60	Двократне протирання з інтервалом 15 хв з наступним терміном витримки відповідно до експозиції та промиванням водою
Посуд столовий (без залишків їжі)	Лізоформін спеціальний Септодор Хлорантоїн Перекис водню з 0,5 % мийного засобу	2,0 0,1 0,1 4,0	60 30 60 50	Звільняють від залишків їжі та занурюють у розчин з наступним промиванням водою за норми витрат 2 л/комплект
Посуд столовий із залишками їжі	Лізоформін спеціальний Септодор Хлорантоїн Перекис водню з 0,5 % мийного засобу	2,0 1,0 0,1 0,2 4,0	120 60 120 90 60	Занурюють у розчин з наступним промиванням водою

Продовження таблиці 4.3

1	2	3	4	5
Посуд з-під виділень (підкладні судна, відра, горшки тощо)	Хлорантоїн Хлорне вапно Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 3,0 1,0 4,0	120 30 60 60	Занурюють у робочий розчин дезінфекційного засобу з наступним промиванням водою
Посуд лабораторний	Хлорантоїн Хлорне вапно Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 3,0 1,0 4,0	120 30 60 60	Кип'ятять у 2,0% розчині соди протягом 15 хв з моменту закипання
Вузли приладів і апаратів із корозійного матеріалу не забруднені кров'ю, що не мають контакту зі слизовими оболонками, рановими поверхнями	Хлорамін Б Хлорамін Б з 0,5% мийного засобу Хлоргексидину глюконат Перекис водню з 0,5% мийного засобу Формалін	1,0 0,75 0,5 3,0 3,0	30 30 30 30 30	Занурюють у робочий розчин дезінфекційного засобу з наступним промиванням водою
Білизна хворого (натільна, постільна)	Лізоформін спеціальний Септодор Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	2,0 0,1 0,2 4,0	120 120 60 60	Занурюють у розчин з наступним пранням (норма витрат 4 л/кг сухої білизни)
Ганчір'я, віхоть для миття посуду та поверхонь	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 4,0	60 60	Кип'ятять у 2,0% розчині соди або у розчині синтетичного мийного засобу протягом 15 хвилин з моменту закипання. Замочують у робочому розчині дезінфекційного засобу з наступним споліскуванням водою

Продовження таблиці 4.3

1	2	3	4	5
Виділення хворого (фекалії, сеча, мокротиння тощо)	Хлорне вапно	Сухий препарат	60	Засипають при нормі витрат 200 г/кг
Приміщення (підлога, стіни, віконні рами, двері тощо), тверді меблі	Мікробак/форте Септодор-форте Бацилоцид расант Дисмозон Пур Лізоформін спеціальний Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	00,5 0,1 0,25 0,5 0,25 0,5 2,0 0,2 4,0	15 60 30 60 15 60 60 60	Зрошують за допомогою гідропульта чи протирають ганчір'ям, змоченим у розчині дезінфекційного засобу (норма витрат 300 $см^3/м^2$)
Гумові килими	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 3,0	60 30	Двократне протирання з інтервалом 15 хв або зрошення з наступним терміном витримки відповідно до експозиції
Санітарно-технічне обладнання	Лізоформін спеціальний Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	2,0 0,2 3,0	120 60 60	Зрошення або двократне протирання розчином з інтервалом 15 хв (норма витрат 500 $см^3/м^2$) з наступним промиванням водою
Збиральний матеріал	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 3,0	60 120	Кип'ятять у 2,0 % розчині соди протягом 15 хв з моменту закипання. Замочують у робочому розчині дезінфекційного засобу (норма витрат 4 $дм^3/м^2$) з наступним промиванням та сушінням

Продовження таблиці 4.3

1	2	3	4	5
Зонд, балон для відсмоктування слизу	Водяна насичена пара під тиском Р+0,05 Мпа за температури 110°С±2°С		20	У паровому стерилізаторі
	Дистильована вода за температури 100°С		30 хв з моменту закипання	Кип'ятіння
	Дистильована вода з 2% натрію двовуглекислого при 100°С		15 хв з моменту закипання	Кип'ятіння
Кисневі маски, ріжок від кисневої подушки	Перекис водню Хлоргексидину глюконат	3,0 0,2	60 60	Двократне протирання з інтервалом 15 хв
Кувез	Перекис водню з 0,5% мийного засобу	3,0	30	За методикою, що викладена в інструкції з експлуатації кувезів
Ножиці для обрізання нігтів, металеві станки для гоління	Хлоргексидину глюконат в 70% етиловому спирті	0,5	15	Занурення з наступним промиванням водою
	Формалін	10,0		
	Дистильована вода за температури 100°С	4,0	30 хв з моменту закипання	Кип'ятіння
	Дистильована вода з 2% натрію двовуглекислого за температури 100°С	60	15 хв з моменту закипання	

Примітка. * — допускається використовувати інші дезінфекційні засоби, зареєстровані в Україні, відповідно до режимів, які регламентовані Методичними вказівками, що у встановленому порядку затверджені Головним державним санітарним лікарем України.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ, СИФІЛІСОМ ТА СНІДОМ

Профілактика професійних заражень медичних працівників полягає в максимальному обмеженні контакту з кров'ю хворих і використанні засобів захисту. Згідно з положеннями ВООЗ про «Загальні заходи запобігання»,

кров та інші біологічні рідини пацієнтів медичних закладів повинні вважатися потенційно інфікованими, незалежно від результатів лабораторних аналізів. У роботі з кров'ю необхідно дотримуватися правил протиепідемічного режиму. Для захисту медпрацівників повинні використовуватись: халат, шапочка, спеціальне змінне взуття, ґумові рукавички, для захисту від можливого потрапляння інфікованого матеріалу на обличчя рекомендується одягати захисні окуляри.

Усі маніпуляції, при яких може статися забруднення рук кров'ю чи сироваткою, слід проводити в гумових рукавичках. Після використання гумові рукавички замочують у посуді з дезінфікувальним розчином, що закривається кришкою. Якщо на шкірі рук медсестри є ушкодження, до роботи з хворими на СНІД її тимчасово не допускають. Незначні дефекти шкіри додатково закривають лейкопластирем. Працюють обов'язково в масці. Заборонене куріння та вживання їжі в приміщеннях, де проводять процедури.

Для будь-якої маніпуляції необхідно використовувати за можливістю одноразовий або ретельно оброблений та простерилізований інструментарій. За жодних умов не можна допускати проведення ін'єкцій кільком пацієнтам одним шприцом при зміні тільки голки. Не можна проводити забір крові з пальця на аналіз однією мікропіпеткою кільком хворим. Не слід допускати промивання мікропіпеток в загальній посудині.

Розбирати, мити, полоскати медичний інструментарій, використані мікропіпетки та лабораторний посуд, що контактував із кров'ю чи сироваткою, необхідно після його попередньої дезінфекції обов'язково в гумових рукавичках. Після будь-якої процедури потрібно ретельно двічі помити руки з милом під проточною водою.

Поверхні лабораторних та інструментальних столів у кінці робочого дня або у разі забруднення їх кров'ю слід обробити 3% розчином хлораміну. Для запобігання інфікуванню медичних працівників під час роботи з ВІЛ-інфікованим матеріалом у лікувально-профілактичних закладах, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, необхідно мати запас антивірусних препаратів для проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції (тимазид, ретровір, криксиван) з розрахунку 30 грамів на одного медичного працівника та аптечку для надання термінової медичної допомоги медпрацівникам і технічному персоналу. До аптечки входять 70% спирт, йод, перев'язувальний матеріал, марганцевокислий калій, хлорамін Б, дистильована вода для його розведення, лейкопластир. До і після роботи з хворими на СНІД або їхньою кров'ю руки можна обробити антисептиком з противірусною дією (стериліум віругард).

Пологи у хворих на сифіліс та СНІД ведуть в обсерваційному відділенні в ізоляторі, після пологів жінку залишають у цій же палаті, де вона перебуває

до виписування. Після виписування хворої проводять генеральне прибирання і заключну дезінфекцію. Про всі випадки ситуацій, за яких можливе інфікування працівників вірусом СНІД, необхідно проінформувати адміністрацію і зробити відповідний запис у журналі аварійних ситуацій. За потерпілими ведуть нагляд протягом одного року. У випадку від'ємних реакцій на СНІД через 6 тижнів, 12 тижнів, 6 місяців та 1 рік після випадку спостереження припиняють. Послідовність дій у таких ситуаціях, юридична відповідальність посадових осіб та питання страхування медичних працівників на випадок зараження регламентовані Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» від 8 березня 1998 р. № 155 та Постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 р. № 1642 «Про затвердження порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків».

Профілактика при пораненнях, контактах з кров'ю, біологічними рідинами та біоматеріалами ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта

Будь-яке ушкодження шкіри, слизових оболонок медперсоналу, забруднення їх біоматеріалом пацієнтів під час надання їм медичної допомоги кваліфікується як можливий контакт з матеріалом, який містить ВІЛ.

Якщо контакт з кров'ю, біологічними рідинами чи біоматеріалами супроводжується порушенням цілісності шкіри (уколом, порізом), то потерпілий повинен:

- зняти рукавички робочою поверхнею усередину;
- витиснути кров з рани;
- ушкоджене місце обробити одним з дезінфектантів (70% розчином етилового спирту, 5% настоянкою йоду при порізах, 3% перекисом водню);
- ретельно вимити руки з милом під проточною водою, а потім протерти їх 70% розчином етилового спирту;
- на рану накласти пластир, одягнути напальчник;
- за потреби продовжувати роботу одягти нові гумові рукавички;
- терміново повідомити керівництво лікувально- профілактичного закладу про аварію для її реєстрації та проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції.

У разі забруднення кров'ю, біологічними рідинами, біоматеріалами без ушкодження шкіри:

- обробити місце забруднення одним з дезінфектантів (70% етиловим спиртом, 3% розчином перекису водню, 3% розчином хлораміну);
- промити водою з милом і вдруге обробити спиртом.

У разі потрапляння крові, біологічних рідин, біоматеріалу на слизові оболонки:

- ротової порожнини — прополоскати 70% розчином етилового спирту;
- порожнини носа — закапати 30% розчином альбуциду;
- очі — промити водою (чистими руками), закапати 30% розчином альбуциду.

Для обробки носа й очей можна використовувати 0,05% розчин перманганату калію.

Для зниження вірогідності професійного зараження ВІЛ-інфекцією:

- при підготовці до проведення маніпуляцій ВІЛ-інфікованому медичний персонал повинен переконатись у цілісності складу аптечки;
- здійснювати маніпуляції в присутності іншого спеціаліста, який може в разі розриву гумової рукавички чи порізу продовжити виконання медичної маніпуляції;
- не терти руками слизові оболонки.

У разі потрапляння крові, біологічних рідин, біоматеріалу на халат, одяг:

- одяг зняти і замочити в одному з дезрозчинів;
- шкіру рук та інших ділянок тіла при їх забрудненні через одяг протерти 70% розчином етилового спирту, а потім промити водою з милом і повторно протерти спиртом;
- забруднене взуття дворазово протерти ганчіркою, змоченою в розчині одного з дезінфекційних засобів.

Перелік контрольних питань:

- принципи асептики та антисептики в акушерстві;
- профілактика гнійно-запальних захворювань в акушерських стаціонарах;
- санітарно-протиепідемічні заходи у родопомічних закладах;
- особливості професійної профілактики інфікування вірусним гепатитом, сифілісом та СНІДом.

Перелік практичних навичок, які повинні засвоїти студенти, вивчаючи дану тему:

- приготування дезінфікувальних розчинів;
- підготовка та стерилізація шприців, інструментів, закладка біксів з перев'язувальним матеріалом та наборами для пологів;
- обробка рук різними методами.

КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Акушерка та фельдшер не можуть ефективно здійснювати свою практичну діяльність без розуміння клінічної анатомії та фізіологічних процесів, які перебігають в організмі жінки у дитячому віці, юності, репродуктивному періоді та менопаузі. Цей розділ розглядає ті аспекти жіночої репродуктивної анатомії та фізіології, які є необхідними для акушерки та фельдшера.

Жіночі статеві органи поділяють на *зовнішні й внутрішні.* Межею між ними є дівоча пліва (hymen).

ЗОВНІШНІ СТАТЕВІ ОРГАНИ

До зовнішніх статевих органів (genitalia externa, vulva) належать: лобковий горб, великі й малі статеві губи, клітор *(рис.5.1).*

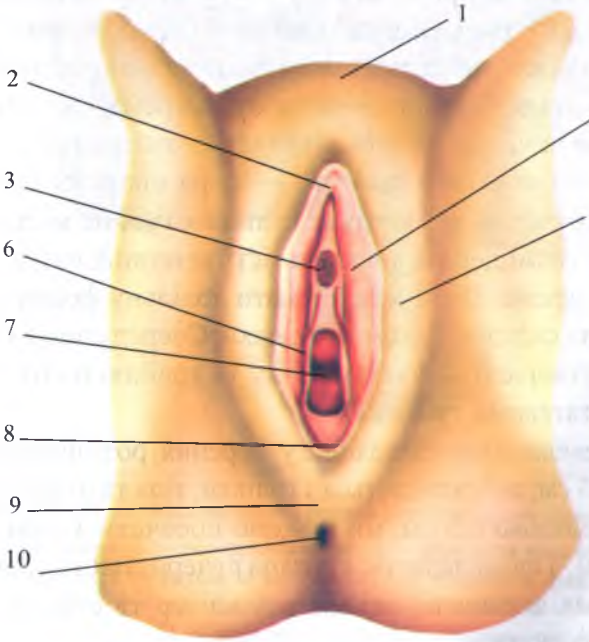


Рис. 5.1. Зовнішні жіночі статеві органи:

1 — лобковий горб;
2 — клітор;
3 — зовнішній отвір сечівника;
4 — мала статева губа;
5 — велика статева губа;
6 — дівоча пліва;
7 — вхід у піхву;
8 — задня спайка;
9 — промежина;
10 — анус

***Лобковий горб** (mons pubis)* — багате на підшкірну жирову клітковину підвищення, що міститься спереду і вище від лобкового зчленування. У жінок волосистість на лобковому горбі обмежена вгорі горизонтальною лінією. Коли дівчинка ще не досягла статевої зрілості, волосся у ділянці лобкового горба немає; під час клімактеричного періоду та менопаузи волосся починає рідшати. Ріст волосся за чоловічим типом, коли волосистість поширена по середній лінії до пупка, вкриває внутрішні поверхні стегон, свідчить про порушення діяльності яєчників та надниркових залоз.

***Великі статеві губи** (labia majora pudendi)* — дві поздовжні складки шкіри, що оточують з боків статеву щілину. Спереду переходять у шкіру лобкового горба, ззаду з'єднуються, утворюючи задню спайку губ (comissura labiorum posterior). Простір між задньою спайкою та анусом називають акушерською промежиною (perineum). Висота її у більшості жінок становить 3–4 см. Якщо висота промежини більша, ніж 4 см, її називають високою, якщо менша, ніж 3 см, — низькою. Промежина часто травмується під час пологів, на місці розриву утворюються рубці, порушується структура тазового дна. У разі повторних травм під час наступних пологів тонус м'язів тазового дна, які є опорним апаратом матки, знижується, тому може настати опущення, а згодом і випадання матки.

У товщі задньої третини великих статевих губ містяться великі присінкові (вестибулярні), або бартолінові, залози (glandulae vestibularis majores). Їх розміри досягають 10–15 мм завдовжки та до 6–8 мм завширшки. Це альвеолярно-трубчасті залози, при статевому збудженні вони виділяють секрет, що зволожує вхід у піхву. Вивідні протоки бартолінових залоз відкриваються у борозенці між малими статевими губами та дівочою плівою. При запальних захворюваннях бартолінових залоз, зокрема при гонореї, навколо зовнішніх отворів вивідних проток з'являється гіперемія.

***Малі статеві губи** (labia minora pudendi)* — пара шкірних складок, розміщених медіально паралельно до великих статевих губ, не містять ніяких волосин, проте у них розміщена велика кількість венозних пазух, сальних залоз та нервових закінчень. Вони можуть мати довільну форму — від незначної до листоподібних складок 2–3 см завдовжки. Спереду вони з'єднуються в ділянці клітора, утворюючи його вуздечку та крайню плоть, ззаду зливаються з великими статевими губами.

***Клітор** (clitoris)* — невелике конусоподібне утворення, розміщене перед сечівником, завдовжки 2–3 см, що складається з голівки, тіла та ніжок. Лише голівку, яка має діаметр близько 0,5 см, ми можемо побачити ззовні, вона покрита плоским епітелієм. Тіло складається із пари печеристих тіл. Завдяки великій кількості нервових закінчень, які містять клітор та статеві губи, вони є органами статевого чуття.

Присінок піхви *(vestibulum vaginae)* обмежений з боків малими статевими губами, спереду — клітором, ззаду — задньою спайкою, зсередини — гіменом. Сюди відкриваються вивідні протоки бартолінових залоз та зовнішній отвір сечівника.

Сечівник *(uretra)* у жінки завдовжки 3–4 см, межує з передньою стінкою піхви, має два сфінктери — зовнішній та внутрішній. Зовнішній отвір його розміщений на 2–3 см позаду клітора.

Дівоча пліва *(hymen)* — це сполучнотканинна перетинка, що закриває вхід у піхву в незайманих дівчат. Отвір дівочої пліви може мати різну форму, іноді таких отворів є два. Якщо гімен не має отвору, це може стати на заваді відтоку менструальної крові та є явищем патологічним. Під час першого статевого акту дівоча пліва розривається, при цьому буває незначна кровотеча. На місці дівочої пліви залишаються *гіменальні сосочки (caruncula hymenalis),* а після перших пологів — *миртоподібні сосочки (caruncula myrtiformis).*

ВНУТРІШНІ СТАТЕВІ ОРГАНИ

До внутрішніх статевих органів належать: піхва, матка, маткові труби та яєчники *(рис.5.2).*

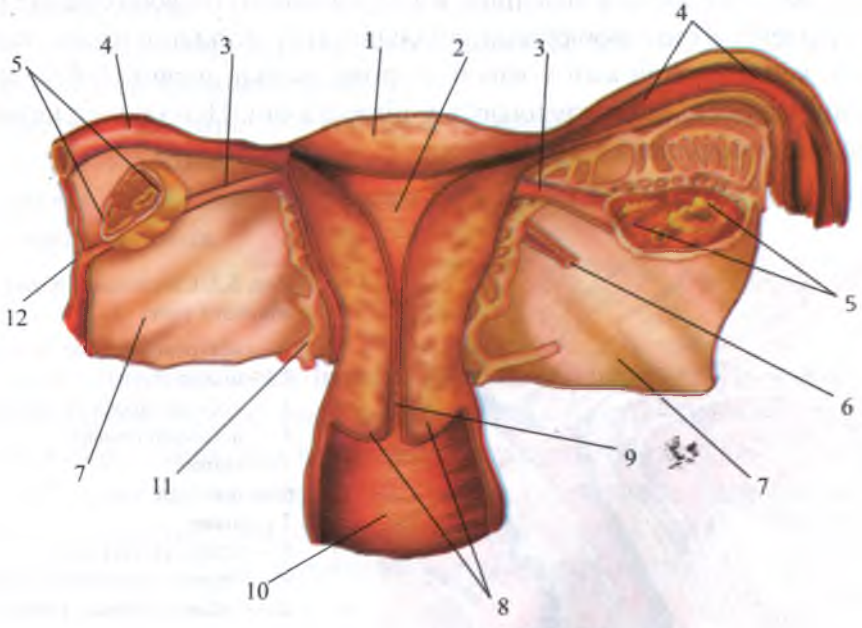


Рис. 5.2. Матка, маткова труба, яєчник і частина піхви (фронтальний зріз, вид ззаду):
1 — дно матки; 2 — порожнина матки; 3 — власна зв'язка яєчника; 4 — маткова труба; 5 — яєчник; 6 — кругла зв'язка матки; 7 — широка зв'язка матки; 8 — шийка матки; 9 — цервікальний канал шийки матки; 10 — стінка піхви; 11 — маткова артерія; 12 — лійково-тазова зв'язка

Піхва

Піхва (vagina, colpos) — трубчастий м'язово-еластичний орган завдовжки 8–10 см, що починається від дівочої пліви і закінчується біля місця прикріплення шийки матки *(рис. 5.3)*. Біля шийки матки піхва утворює заглиблення — склепіння піхви: переднє, заднє й бокові. Заднє склепіння межує з дугласовим простором, пунктувавши його можна отримати вміст черевної порожнини, що має важливе діагностичне значення.

Передня стінка піхви у верхньому відділі межує із сечовим міхуром, у нижньому — з уретрою. Задня стінка піхви прилягає до прямої кишки.

Шари піхви:

- адвентиція;
- м'язовий шар, що складається з внутрішнього циркулярного та зовнішнього поздовжнього;
- слизова оболонка, утворена багатошаровим плоским епітелієм.

Слизова оболонка піхви не містить залоз, вміст піхви утворюється внаслідок пропотівання рідини з лімфатичних та кровоносних судин, а також слизу залоз шийки матки. У здорової жінки в піхві є незначна кількість вмісту білуватого кольору. Цей вміст має кислу реакцію завдяки молочній кислоті, яка утворюється внаслідок життєдіяльності піхвових бацил (паличок Додерлейна), що створюють нормальний мікробіоценоз піхви. Молочна кислота, концентрація якої у вагіні здорової жінки досягає 0,4%, знищує патогенні мікроби, що потрапляють у піхву ззовні. Цей процес називають процесом самоочищення піхви.

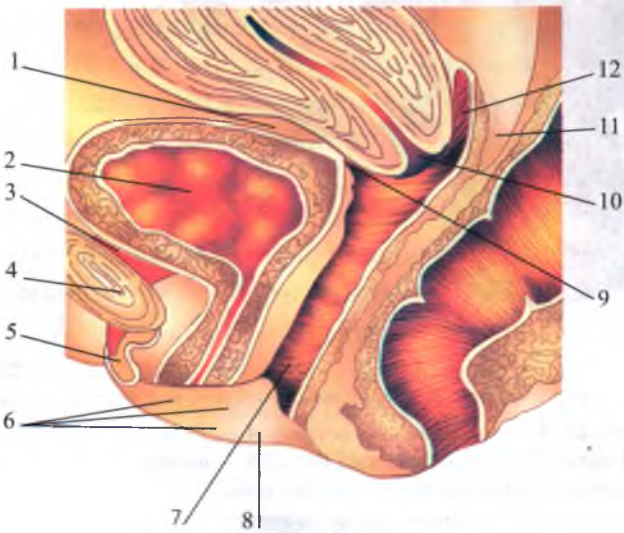


Рис. 5.3. Сагітальний розріз жіночого таза:
1 — міхурово-маткове заглиблення;
2 — міхур;
3 — лобково-міхурова зв'язка;
4 — лобковий симфіз;
5 — клітор;
6 — присінок піхви;
7 — піхва;
8 — великі статеві губи;
9 — переднє склепіння піхви;
10 — зовнішнє вічко шийки матки;
11 — прямокишково-маткове заглиблення (черевна порожнина);
12 — заднє склепіння піхви

Самоочищення піхви можливе лише за умови нормального функціонування яєчників, бо під впливом естрогенних гормонів, що виділяються яєчниками, відбувається дозрівання епітеліальних клітин слизової оболонки й накопичення в них глікогену, яким живляться палички Додерлейна.

Якщо функція яєчників порушується, кількість глікогену зменшується, піхвові бацили виділяють недостатню кількість молочної кислоти й реакція піхви може стати лужною, що сприяє розвиткові патогенних бактерій та грибів. У такому випадку виникає запалення піхви — кольпіт.

Для характеристики стану вагінальної мікрофлори існує поняття чистоти піхвового вмісту. Розрізняють чотири ступені чистоти вагінального вмісту:

I ст. — у вмісті піхви виявляють лише палички Додерлейна та епітеліальні клітини, реакція вмісту кисла;

II ст. — піхвових бацил менше, з'являються поодинокі лейкоцити, реакція кисла;

III ст. — піхвових бацил мало, переважає кокова флора, багато лейкоцитів, реакція слабколужна;

IV ст. — піхвових бацил немає, багато патогенних мікроорганізмів (коки, трихомонади, гриби), реакція лужна.

Функції піхви:

- починаючи з періоду статевого дозрівання, через піхву назовні виводиться менструальна кров;
- участь у здійсненні статевої функції жінки та процесі запліднення;
- під час пологів піхва утворює пологовий канал;
- завдяки самоочищенню перешкоджає проникненню в матку патогенних мікроорганізмів.

Матка

Матка (uterus, s. metra, hystera) — м'язовий порожнистий орган, що за формою нагадує грушу, дещо сплющену у передньо-задньому напрямку. Довжина порожнини невагітної матки становить 7–8 см, з яких у дорослої жінки 2/3 припадає на тіло, а 1/3 на шийку (у дівчаток — навпаки, що має значення для діагностики генітального інфантилізму), маса — 50–100 г, товщина стінок — 1–2 см. Розрізняють ***тіло*** (corpus), ***перешийок*** (isthmus) і ***шийку*** (collum, cervix) матки.

Наймасивнішу частину матки називають ***тілом***. Частину матки над лінією прикріплення маткових труб називають ***дном матки*** (fundus uteri).

Перешийок — частина матки між тілом і шийкою завдовжки близько 1 см *(рис. 5.4)*. Верхньою межею перешийка є *місце цільного прикріплення*

очеревини до матки спереду (це відповідає анатомічному внутрішньому вічку шийки матки), нижньою — *гістологічне вічко шийки матки* (межа переходу слизової матки в слизову цервікального каналу). У процесі пологів перешийок разом із шийкою матки утворює *нижній сегмент* матки, саме у цій ділянці проводиться розріз матки при операції кесаревого розтину, саме тут найчастіше трапляються розриви матки.

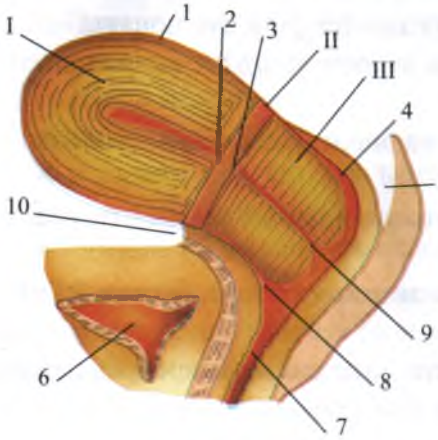


Рис. 5.4. Топографічні співвідношення між маткою, склепінням піхви та очеревиною при нормальному положенні матки (схема).

I — тіло матки; II — перешийок матки;
III — шийка матки;
1 — очеревина;
2 — анатомічне внутрішнє вічко матки;
3 — гістологічне маткове вічко;
4 — заднє склепіння піхви;
5 — прямокишково-маткова заглибина;
6 — сечовий міхур;
7 — піхва;
8 — переднє склепіння піхви;
9 — зовнішнє вічко каналу шийки;
10 — міхурово-матковий простір

Шийка матки має дві частини — *піхвову* та *надпіхвову*. Піхвова частина шийки матки виступає в просвіт піхви і є доступною для огляду вагінальними дзеркалами, вона покрита багатошаровим плоским епітелієм. Надпіхвова частина лежить вище від місця прикріплення до шийки стінок піхви.

Усередині шийки матки проходить *цервікальний канал*, який вистелений циліндричним епітелієм. Він має два вічка: внутрішнє та зовнішнє. *Зовнішнє вічко* у жінок, що не народжували, круглої форми, після пологів зовнішнє вічко набуває форми поперечної щілини. В цервікальному каналі на передній і задній стінці розміщені пальмоподібні складки (plicae palmatae). Ці складки запобігають проникненню в порожнину матки вмісту піхви. Шийка матки у жінок, що не народжували, має конічну форму, у тих, хто народжував, — циліндричну.

Стінка матки складається з трьох шарів: слизової оболонки, м'язової та серозної.

Слизова оболонка матки (endometrium) складається з двох шарів — функціонального, у якому відбуваються циклічні зміни, пов'язані з менструальним циклом, і базального, який прилягає безпосередньо до міометрію. Ендометрій містить залози, що виділяють секрет.

М'язова оболонка (myometrium) складається з трьох пластів м'язів, що ідуть у різних напрямках: зовнішній (поздовжній), середній (циркулярний), внутрішній (поздовжній). У тілі матки переважають циркулярні пучки, а в шийці — поздовжні.

Тіло матки має порожнину (cavum uteri). На поздовжньому розрізі по фронтальній площині порожнина матки має форму трикутника, основою якого є дно матки, а вершиною — внутрішнє вічко. Кутами трикутника є: біля основи — внутрішні отвори маткових труб, біля вершини — внутрішнє вічко матки. Передня та задня стінку матки дотикаються одна до одної, тому порожнина матки є практично вузькою щілиною.

Серозна оболонка (perimetrium) утворюється очеревиною, яка з передньої черевної стінки переходить на сечовий міхур, відтак на матку, утворюючи *міхурово-маткову заглибину* (excavatio vesico-uterina). Переходячи з матки на пряму кишку, очеревина утворює *прямокишково-матковий,* або *дугласів простір* (excavatio recto-uterina). Бокові поверхні матки не покриті очеревиною. Спереду очеревина переходить на матку в ділянці проекції внутрішнього вічка, а ззаду покриває й шийку матки та заднє склепіння піхви.

Матка розміщується в центрі малого таза. Поздовжня вісь матки нахилена допереду (anteversio). Між тілом та шийкою матки існує тупий кут близько 120°, в нормі він відкритий допереду (anteflexio).

Функції матки:

- протягом періоду статевої зрілості матка виконує менструальну функцію;
- упродовж вагітності матка є плодовмістилищем і створює оптимальні умови для розвитку фетоплацентарного комплексу;
- у пологах матка виконує функцію зганяння.

Маткові труби

Маткові труби *(tubae uterinae)* відходять від матки в ділянці її кутів і йдуть у верхніх відділах широкої зв'язки матки до бокових стінок таза. Маткові труби мають довжину 10–12 см.

Виділяють 4 частини труби:

- ***інтерстиціальну*** *(pars interstitialis, pars intramuralis),* що проходить крізь товщу м'яза матки, її діаметр досягає 0,5–1 мм;
- ***перешийкову*** *(pars isthmica)* — одразу після виходу труби з матки;
- ***ампулярну*** *(pars ampullaris)* — найширшу частину, що закінчується лійкою (infundibulum tubae), діаметр труби в цьому відділі — до 5–8 мм. *Лійка* має численні тонкі вирости, які називають ***фімбріями*** *(fimbriae tubae).*

Стінка труби складається з трьох шарів: слизової оболонки, утвореної циліндричним війчастим епітелієм, м'язового шару і серозної оболонки, що являє собою очеревину.

У дитячому віці труби довгі й звивисті. У період статевого дозрівання вони стають дещо коротшими, ширшими та менш звивистими внаслідок посиленого розвитку м'язового шару.

Скорочення маткової труби залежать від фази менструального циклу. Найбільш інтенсивно труба скорочується в період овуляції, що має сприяти прискоренню транспортування сперматозоїдів в ампулярну частину труби. У лютеїнову фазу циклу під впливом прогестерону розпочинається функціонування секреторних клітин слизової, труба заповнюється секретом, її перистальтика сповільнюється. Ці чинники разом з рухами війок миготливого епітелію сприяють просуванню заплідненої яйцеклітини маткової трубою.

Функції маткових труб:

- в ампулярній частині маткової труби відбувається запліднення;
- по маткових трубах запліднена яйцеклітина потрапляє в матку.

Яєчники

Яєчники *(ovaria)* — парні жіночі статеві залози *(рис. 5.5)*. Яєчник є органом подвійної функції: внутрішньої секреції (виробляє естрогенні гормони, прогестерон) та зовнішньої (продукує яйцеклітини).

Розміри яєчників 4×2×1см. Ці залози розміщені на задньому листку широкої зв'язки матки так, що його ворота (hylus ovarii), через які проходять судини й нерви, вкриті широкою зв'язкою, а більша частина поверхні не вкрита очеревиною. Яєчник підтримується в черевній порожнині широкою матковою зв'язкою, власною зв'язкою яєчника та лійково-тазовою зв'язкою.

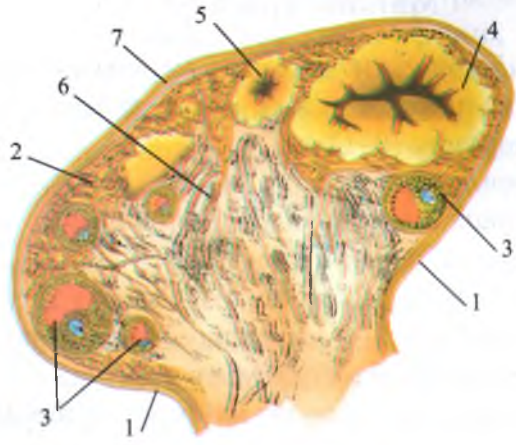


Рис. 5.5. Поперечний зріз яєчника дорослої жінки:
1 — зародковий епітелій;
2 — кірковий шар;
3 — фолікули на різних стадіях розвитку;
4 — жовте тіло;
5 — залишок жовтого тіла (біле тіло);
6 — мозковий шар;
7 — білкова оболонка

Між яєчником та трубою міститься ***над'яєчниковий придаток*** *(epoophoron),* нижче від прикріплення брижі яєчника міститься ***прияєчник*** *(paroophoron).* Ці утворення мають вигляд тонких канальців, вони є рудиментарними утворами, фізіологічного значення не мають, проте з них інколи розвиваються параоваріальні кісти.

Шари яєчника: кірковий шар, в якому власне відбувається розвиток фолікулів та жовтого тіла, і мозковий шар, що складається зі сполучної тканини, у якій містяться судини та нерви. Зовні він вкритий кубічним епітелієм, під яким розміщена білкова оболонка, що складається з колагенових волокон.

Функції яєчника:

- *ендокринна:* виробляє жіночі статеві гормони;
- *генеративна:* в яєчниках відбувається процес дозрівання фолікулів та продукування яйцеклітини;
- упродовж перших місяців гестації в яєчнику функціонує жовте тіло вагітності, що забезпечує нормальний перебіг першого триместру.

Зв'язковий апарат матки та яєчників

Збереження визначених анатомо-топографічних співвідношень у малому тазі забезпечується підвішувальним, фіксувальним та опорним апаратом матки. Завдяки цьому апарату матка рухома, що є однією з умов нормального розвитку вагітності, фізіологічного перебігу пологового акту, функціонування сечового міхура та прямої кишки. Порушення функції зв'язкового апарату є причиною неправильних положень матки, її опущення та випадання.

Підвішувальний апарат утворюють:

- *Широкі зв'язки матки (lig.latum uteri)* — подвійні листки очеревини, що йдуть від ребер матки до бокових стінок таза, де переходять у парієтальну очеревину. У верхніх відділах широких зв'язок проходять маткові труби, до задніх — фіксуються яєчники. Між листками широких зв'язок міститься навколоматкова клітковина, де проходять кровоносні та лімфатичні судини та нерви.
- *Круглі зв'язки матки (lig. teres uteri)* завдовжки 10–15 см, діаметр яких становить 3–5 мм. Ідуть від кутів матки, відходячи наперед і нижче від місця прикріплення маткових труб до внутрішніх отворів пахових каналів, пройшовши їх, розгалужуються в товщі лобкового горба та великих статевих губ. Функція: забезпечують нахил матки допереду (anteflexio).

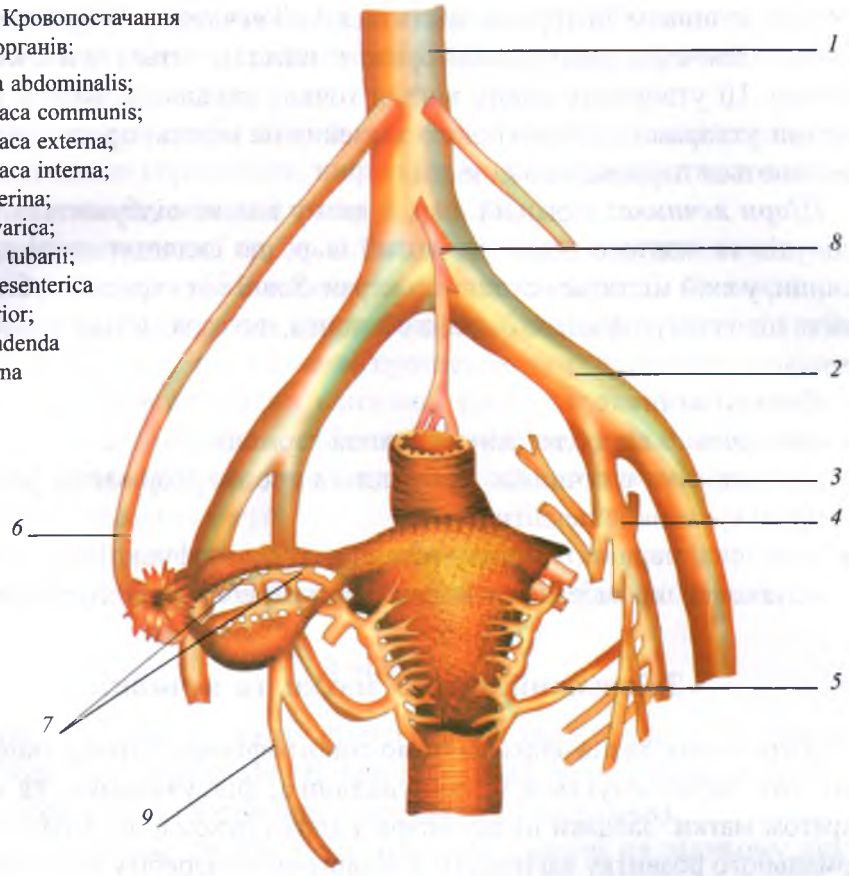


Рис. 5.6. Кровопостачання тазових органів:
1 — aorta abdominalis;
2 — a. iliaca communis;
3 — a. iliaca externa;
4 — a. iliaca interna;
5 — a. uterina;
6 — a. ovarica;
7 — rami tubarii;
8 — a. mesenterica inferior;
9 — a. pudenda interna

- *Власні зв'язки яєчників (lig. ovarii proprium)* ідуть від дна матки, починаючись нижче від місця прикріплення маткових труб, до яєчників. У товщі цих зв'язок проходять яєчникові судини.
- *Підтримувальна зв'язка яєчника,* або *лійково-тазова зв'язка (lig. infundibulo-pelvicum),* — дистальна частина широкої зв'язки матки, що переходить в очеревину бокової стінки таза. Вона утримує ампулярний кінець труби у підвішеному стані, до яєчника по ній підходять судини (*a. et v. ovaricae*).

Фіксувальний та закріплювальний апарат матки утворюють:

- *Основна, або поперечна, зв'язка матки (lig. transversum s. cardinale),* що складається з віялоподібно розміщених сполучнотканинних та гладеньком'язових елементів, які йдуть від нижнього відділу матки на рівні її внутрішнього вічка до стінок таза.
- *Крижово-маткові зв'язки (lig. sacro-uterinum)*, що складаються з гладких м'язових та фіброзних волокон. Вони ідуть від задньої поверхні шийки матки приблизно на рівні внутрішнього вічка, охоплюють з боків

пряму кишку і прикріплюються до передньої поверхні крижів. Функція: утримують шийку матки на місці при фізичному навантаженні та під час пологів.

Опорний (підтримувальний) апарат матки — м'язи тазового дна.

Кровопостачання статевих органів

Кровопостачання зовнішніх статевих органів здійснюється гілками *внутрішньої статевої артерії* (a. pudenda interna) і частково — *стегнової. Внутрішня статева артерія* (a. pudenda interna) — парна судина, що відходить від a. iliaca interna.

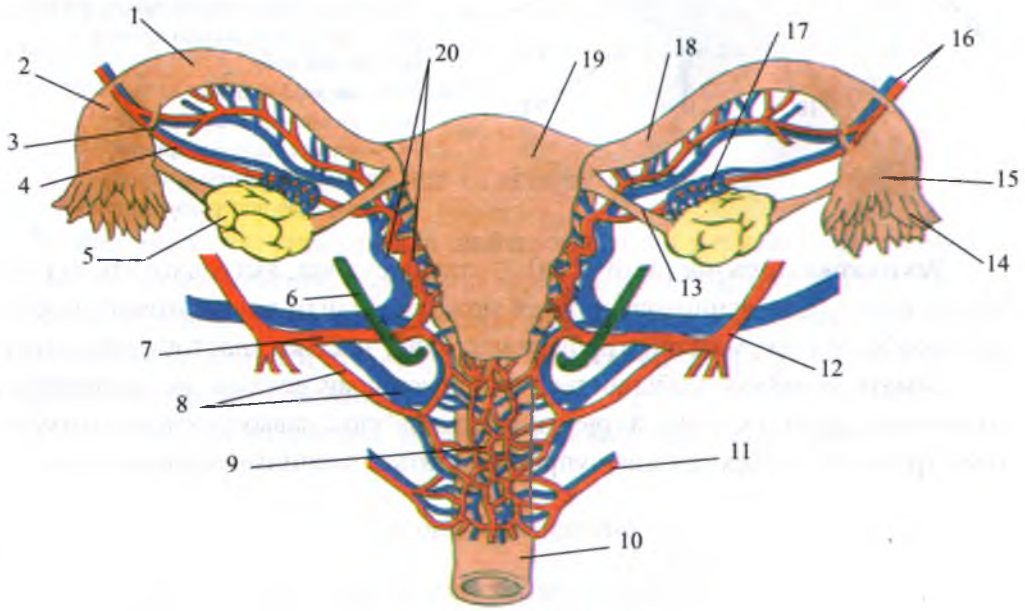


Рис. 5.7. Кровопостачання та венозний відтік матки, піхви та яєчників. Вигляд ззаду:
1 — маткова труба; 2 — ампула; 3 — гілки a. ovarica до маткової труби; 4 — гілки яєчникової артерії; 5 — яєчник; 6 — сечовід; 7 — маткова артерія; 8 — піхвова артерія і вена; 9 — піхвове сплетення; 10 — піхва; 11 — внутрішня пудентальна артерія; 12 — внутрішня клубова артерія; 13 — зв'язка яєчника; 14 — фімбрії; 15 — лійка труби; 16 — яєчникова артерія та вена; 17 — лозоподібне венозне сплетення, 18 — перешийок; 19 — матка; 20 — маткове сплетення і вена.

Кровопостачання внутрішніх статевих органів *(рис. 5.6, 5.7, 5.8). Маткова артерія* відходить від *внутрішньої клубової артерії*, іде по ребру матки, на рівні внутрішнього вічка розгалужується на дві гілки, більша з яких (ramus ascendens a. uterinae) піднімається вгору і живить тіло матки і маткову трубу (ці гілки анастомозують з гілками яєчникової артерії). Менша гілка (ramus descendens a. uterinae) постачає кров'ю шийку матки і верхню третину піхви.

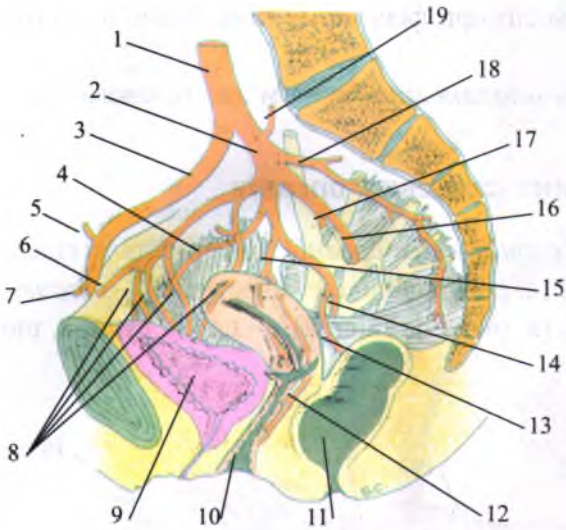


Рис. 5.8. Внутрішня клубова артерія та її гілки:
1 — загальний стовбур клубової артерії;
2 — внутрішня клубова артерія;
3 — зовнішня клубова артерія;
4 — затульна артерія;
5 — обвідна глибока клубова артерія;
6 — серединна пупкова зв'язка (облітерована пупкова артерія);
7 — нижня підчеревна артерія;
8 — верхні сечоміхурові артерії;
9 — сечовий міхур;
10 — піхва;
11 — пряма кишка;
12 — піхвова артерія;
13 — серединна прямокишкова артерія;
14 — внутрішня статева артерія та статевий нерв;
15 — маткова артерія;
16 — нижня сіднична артерія;
17 — верхня сіднична артерія,
18 — бокова крижова артерія;
19 — клубово-поперекова артерія

Яєчникова артерія (a. ovarica) — парна судина, яка відходить від черевної аорти (ліва яєчникова артерія може відходити від ниркової), постачає кров'ю яєчник, маткову трубу та частково, завдяки анастомозам, матку.

Венозний відтік здійснюється однойменними венами, які утворюють сплетення в ділянці клітора, в товщі широких зв'язок, навколо сечового міхура, тому травми статевих органів супроводжуються значними кровотечами.

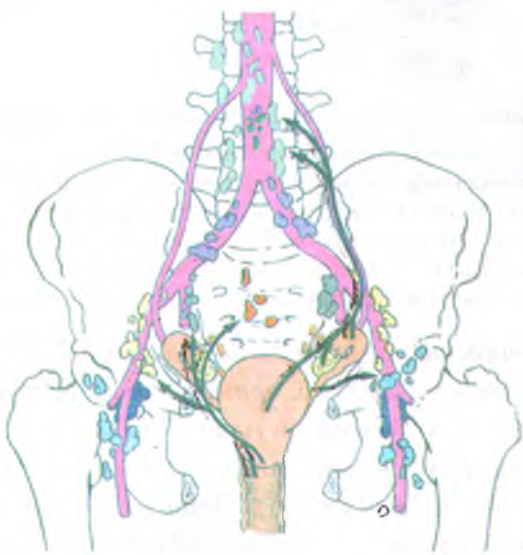


Рис. 5.9. Лімфовідтік від матки та маткових труб:
поперекові;
нижні мезентеріальні;
загальні клубові;
поверхневі пахові лімфовузли;
зовнішні клубові;
внутрішні клубові;
глибокі пахвові;
крижові;
парареклальні

Лімфатична система

Лімфатична система являє собою густу мережу лімфатичних судин та вузлів, розміщених за ходом кровоносних судин *(рис. 5.9)*. Основними колекторами лімфи є:

- від зовнішніх статевих органів — пахові лімфатичні вузли;
- від шийки матки — підчеревні, здухвинні й крижові;
- від тіла матки та труб — верхні й нижні поперекові лімфатичні вузли.

Знання з анатомії лімфатичної системи надзвичайно важливі для діагностики стадії злоякісних процесів жіночих статевих органів. При онкологічних процесах ракові клітини, що відриваються від первинного вогнища росту, передусім потрапляють у лімфатичні вузли малого таза й затримуються ними. При цьому лімфовузли збільшуються в розмірах. Бар'єрна роль лімфовузлів важлива також при запальних захворюваннях органів малого таза та інших патологічних процесах.

Іннервація статевих органів

Іннервація статевих органів здійснюється від нервових сплетень, що локалізуються в черевній порожнині та малому тазі: верхнього та нижнього підчеревного (тазового), матково-піхвового, яєчникового. Тіло матки отримує переважно симпатичну іннервацію, шийка матки та піхва іннервуються парасимпатичними волокнами.

Зовнішні статеві органи іннервує статевий нерв *(n. pudendus)*.

Тазова очеревина

Парієтальна очеревина, що вистеляє внутрішню поверхню черевної стінки, опускаючись у малий таз, переходить на верхівку сечового міхура, далі йде по задній його поверхні. На рівні внутрішнього маткового вічка вона переходить на передню поверхню тіла матки й утворює ***міхурово-маткову заглибину*** *(excavatio vesico-uterina)*. При фізіологічному положенні матки ця заглибина має вигляд щілини, оскільки нахилене допереду тіло матки щільно прилягає до задньої стінки сечового міхура. Дно цієї заглибини утворює ***міхурово-маткова складка*** *(plica vesico-uterina)*. Від міхурово-маткової складки очеревина піднімається вгору, покриває тіло матки, далі опускається в таз, утворюючи позаду матки більш глибоку — ***матково-прямокишкову заглибину*** *(excavatio recto-uterina)*, або дугласів простір.

З боків від матки очеревина утворює подвійну складку, що складається з двох листків, — дуплікатуру. Вона являє собою широку зв'язку матки.

Клітковина малого таза

Позаочеревинний простір таза виповнений клітковиною — тканиною, що оточує органи малого таза. Навколо матки, піхви, сечового міхура та прямої кишки клітковина утворює скупчення, які, залежно від місця розміщення, мають відповідні назви:

- навколоміхурова (паравезикальна);
- навколоматкова (параметральна) розміщується з боків від матки між листками широкої зв'язки;
- навколопіхвова (паравагінальна);
- навколопрямокишкова (параректальна).

Усі ці скупчення, зливаючись, переходять одне в одне.

За своїми функціями тазова клітковина є м'яким еластичним футляром, що забезпечує рухомість закладених у неї органів; у клітковині проходять кровоносні та лімфатичні судини; нижні відділи клітковини, в яких з'являється значна кількість фіброзних волокон, разом з фіксувальним та підтримувальним апаратом беруть участь в утриманні матки та піхви у фізіологічному положенні.

АНАТОМО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОЧОЇ СТАТЕВОЇ СФЕРИ У РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ ЖИТТЯ ЖІНКИ

Кожному віковому періоду в житті жінки притаманні певні фізіологічні особливості. Виділяють пренатальний період, період дитинства, період статевого дозрівання, період статевої зрілості, клімактеричний період, період менопаузи та старечий період.

Пренатальний період починається з моменту запліднення і триває до народження дитини. Стать плода визначається під час запліднення хромосомним набором, який дитина отримує від батьків. Статеві органи починають формуватися в кінці першого місяця ембріогенезу: яєчники — з індиферентної (тобто однакової для обох статей) статевої залози; матка, маткові труби та верхня частина піхви — з мюллерових каналів; нижня частина піхви і зовнішні статеві органи — з клоаки й сечостатевого синуса.

Мюллерові канали — парне ембріональне утворення, закладене з обох боків від хребта ембріона. З кожного з них розвивається половина матки, піхви та по одній матковій трубі. У процесі розвитку мюллерові протоки зближуються і з'єднуються. Спочатку утворюється тільки спільний зовнішній контур органа, а всередині матково-піхвовий канал на всій довжині розділений перетинкою, яка поступово розсмоктується, і на кінець третього місяця

внутрішньоутробного розвитку формується непарний орган. Якщо цей процес порушується, — виникають вади розвитку жіночих статевих органів.

Період дитинства починається з народження дівчинки і триває до 10–11 років. У цьому періоді між жіночим та чоловічим організмом існує лише анатомічна відмінність, функціональної різниці немає. В останні три місяці вагітності під впливом гормонів плаценти матка у плода жіночої статі швидко збільшується. Після народження темп росту матки та піхви у дівчинки значно нижчий, ніж тіла дитини, тому величина матки новонародженої та 10-річної дівчинки відрізняються незначно.

Статевим органам дівчинки притаманні такі особливості:

- тіло матки менше, порівняно з шийкою (співвідношення 1/3 до 2/3) *(рис. 5.10 а);*
- маткові труби довгі та звивисті;
- піхва вузька, розміщена майже вертикально. Епітелій піхви не містить глікогену, реакція піхви слабколужна, тому в дівчаток часто виникають вагініти;
- волосистість на лобку відсутня;
- молочні залози не розвинуті.

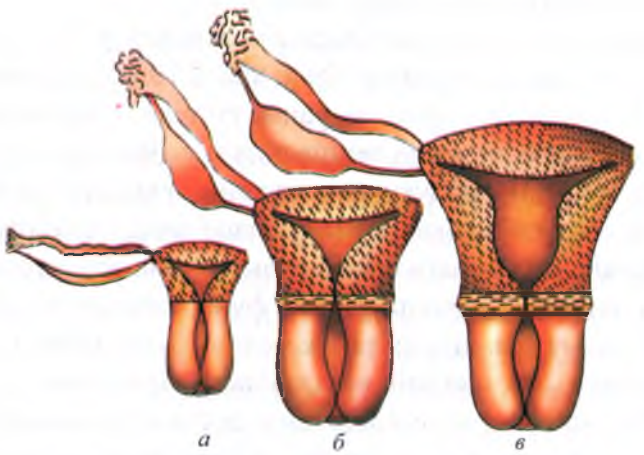


Рис. 5.10. Матка і придатки у різні вікові періоди:
а) — у дитячому віці; б) — у період статевого дозрівання;
в) — у репродуктивному віці

З 10 років починає збільшуватись кількість естрогенів, які виділяють яєчники та надниркові залози дівчинки. Кількість естрогенів стає більшою ніж андрогенів, завдяки чому розпочинається підготовка до періоду статевого дозрівання.

Серед гінекологічних захворювань у дівчаток найчастіше трапляються вульвіти, що виникають при поганому догляді за дитиною, недотриманні правил гігієни.

Період статевого дозрівання *(пубертатний період)* триває з 10–11 до 16 років.У цьому періоді розпочинається секреторна функція яєчників. Кількість статевих гормонів значно збільшується, їх виділення стає циклічним. Ще за 1–2 роки до першої менструації (menarche) в організмі дівчинки відбуваються певні структурні зміни, спрямовані на підготовку до виконання менструальної функції: розвиток ендометрію та поділ його на базальний та функціональний шари; утворюється кут між тілом та шийкою матки, якого не було у попередні роки життя, піхва стає довшою і змінює своє положення з майже вертикального на характерне для зрілої жінки: напрям піхви утворює гострий кут з горизонтальною площиною; у клітинах піхви з'являється глікоген, починається процес самоочищення піхви; маткові труби завдяки розвиткові м'язового шару стають коротшими, товщими, їх просвіт збільшується.

У цьому періоді дівчатка інтенсивно ростуть, переганяючи у рості хлопчиків-ровесників. Будова тіла набуває притаманних жінці рис: починається ріст і розвиток молочних залоз, з'являється волосся на лобку в межах, типових для жінки, збільшуються розміри таза.

Перша менструація (menarche) настає переважно у 12–14 років. Нормальним вважається настання menarche у віці з 10 до 15 років. Початок менструації до 10 років трактують як раннє статеве дозрівання, що може бути наслідком надмірно швидких темпів розвитку, часто на ґрунті патологічних процесів (гормонопродукуючих пухлин яєчників, розладів ендокринної системи, спадкових захворювань). Якщо перша менструація настає у віці понад 16 років, слід думати про сповільнення загального та статевого розвитку. Пізній початок місячних часто є функціональним проявом генітального інфантилізму, причинами також можуть бути хронічні екстрагенітальні захворювання, інтоксикації, незадовільне харчування.

У періоді статевого дозрівання відбувається становлення менструальної функції. Спочатку менструації можуть бути нерегулярними, через 1–2 роки цикл встановлюється, стає стабільним, двофазним. До 18 років, кінця періоду статевого дозрівання, усі органи та системи жіночого організму набувають функціональної зрілості, організм жінки може виконувати функцію дітонародження.

Основні *гінекологічні захворювання* дівчаток у віці статевого дозрівання — це розлади менструального циклу (альгодисменорея, ювенільні кровотечі). З початком менструальної функції маніфестують аномалії розвитку

жіночих статевих органів, не діагностовані при народженні, — зарощення дівочої пліви, наявність рудиментарного рога матки. Частішають запальні захворювання.

Дуже важливо, щоб фельдшер та акушерка, які працюють з підлітками, зокрема у школах, проводили з дівчатками бесіди про особливості періоду статевого дозрівання, про менструацію, її суть і гігієну менструального періоду, наголошуючи при цьому, що початок менструацій свідчить про функціональну зрілість організму, про можливість стати матір'ю, але до повної фізичної та психологічної зрілості організму ще далеко, тому ранній початок статевого життя є дуже шкідливим і може в майбутньому негативно позначитись на їхньому репродуктивному здоров'ї, оскільки рання небажана вагітність, незалежно від того, чим вона закінчується — абортом чи пологами — не дає цілком розквітнути організму, а часто ламає долю юної матері й нищить її майбутнє. Акушерка повинна стати порадником дівчаток-підлітків з питань застосування засобів жіночої гігієни, режиму праці й відпочинку в дні місячних, саме до неї вони звертатимуться за появи проблем з боку статевих органів — патологічних виділень, кровотеч, болю тощо.

Період статевої зрілості (репродуктивний, дітородний) починається з 18 і триває до 45–47 років. Власне репродуктивним періодом, за визначенням ВООЗ, є період від 20 до 40 років, оскільки до 20 років жінка ще недостатньо готова фізично та психологічно до виконання функції народження та виховання дитини, а після 40 виникає високий ризик розвитку вад плода.

Протягом періоду статевої зрілості в жінки стабільний двофазний менструальний цикл, вона виконує статеву та репродуктивну функцію.

Клімактеричний період. Вважається, що цей період починається у 45–47 років та триває 2–3 роки, проте у багатьох жінок менструації є регулярними до 50–60 років і лише потім настають зміни, притаманні клімаксу (лат. *climax — сходи*). Інколи клімакс настає рано, менструації припиняються у 35–40 років. Упродовж клімактеричного періоду відбувається фізіологічне припинення менструальної функції. Зростає кількість ановуляторних циклів.

Фізіологічний клімакс проходить без особливих порушень загального стану жінки. Кількість менструальних виділень зменшується, місячні стають короткими, проміжки між ними збільшуються, інколи періоди нормальних менструацій змінюються періодами аменореї, і врешті-решт менструації припиняються взагалі.

Патологічний клімакс проявляється ациклічними матковими кровотечами й ангіоневрозом. Клімактеричний ангіоневроз дає клінічні прояви у вигляді «припливів» — відчуття жару і припливу крові до судин голови

та верхньої частини тіла, коливань артеріального тиску, пітливості. Жінка відчуває неспокій, страх, пригнічення, погано спить. Ці явища зумовлені різким зниженням в організмі кількості естрогенних гормонів, зміною функції гіпофіза, гіпоталамуса, центральної нервової системи. Припинення менструацій означає припинення репродуктивної функції жінки, але статева функція та статевий потяг зберігаються ще довго.

Обов'язок акушерки — роз'яснювати пацієнткам суть змін, що відбуваються у клімактеричному періоді. Важливо пояснювати значення режиму дня, харчування, занять фізичною культурою. Жінка не повинна акцентувати увагу на своїх негативних відчуттях. Акушерка має підтримувати у жінки віру в те, що ці явища — функціональні зміни, і при виконанні певних рекомендацій лікаря їх можна значно зменшити або повністю усунути.

Гінекологічні захворювання клімактеричного віку — це клімактеричні кровотечі, доброякісні та злоякісні захворювання статевих органів.

Після завершення перехідного періоду настає період повного припинення менструальної функції — менопауза.

Період менопаузи (постклімактеричний період) починається з часу повного припинення менструальної функції і триває до 60–70 років. Зниження вмісту гормонів призводить до змін обміну речовин, що проявляється ожирінням або схудненням, знижується еластичність шкіри, з'являються зморшки, статевий потяг знижується. Зазнають вікової інволюції статеві органи, матка зменшується, проте функція яєчників, хоч і значно знижена, згасає поступово. Жінка вкрай рідко може завагітніти в цей період лише за допомогою репродуктивних технологій.

У менопаузі основними гінекологічними захворюваннями є опущення та випадання матки, старечий кольпіт, що виникає у жінок, які не дотримують правил гігієни, внаслідок припинення процесу самоочищення піхви. Запальні захворювання матки та придатків бувають рідко, натомість значно зростає кількість онкологічних захворювань.

Старечий (сенільний) період починається після 70 років і триває до кінця життя жінки. В організмі жінки відбуваються старечі зміни. Знижується працездатність. Починається атрофія статевих органів: матка і придатки значно зменшуються, піхва звужується, епітелій стає атрофічним, припиняється процес самоочищення піхви, при порушенні правил особистої гігієни розвивається старечий кольпіт. Поява кров'янистих виділень у періоді менопаузи та старечому періоді майже завжди свідчить про розвиток пухлин статевих органів, тому жінка повинна бути госпіталізована та ретельно обстежена.

НОРМАЛЬНИЙ МЕНСТРУАЛЬНИЙ ЦИКЛ

Процес репродукції у людини регулюють складні нейроендокринні механізми, тому нормальне функціонування репродуктивної системи можливе лише за умови інтегрованого контролю нервових та гуморальних сигналів. Одним із проявів складних змін в організмі жінки є менструальний цикл: циклічні зміни в системі гіпоталамус — гіпофіз — яєчники; циклічні зміни в органах-мішенях (матці, маткових трубах, піхві, молочних залозах); циклічні зміни в ендокринній, нервовій та інших системах організму.

Найбільш виражені зміни відбуваються в яєчниках (дозрівання фолікулів, овуляція, розвиток жовтого тіла) та матці (десквамація ендометрія — власне менструація, регенерація і проліферація функціонального шару, секреторні зміни у ньому і знову десквамація). Завдяки цим змінам здійснюється репродуктивна функція жінки: відбувається овуляція, запліднення, імплантація та розвиток зародка в матці. Якщо імплантація не відбувається, вагітність не настає, функціональний шар ендометрія відшаровується, зі статевих шляхів з'являються кров'янисті виділення (менструація). Поява менструальних виділень свідчить про завершення циклічних змін в організмі та відсутність вагітності.

Основною ознакою нормального функціонування репродуктивної системи жінки є ***нормальний менструальний цикл***. Цей біоритм детермінований генетично, у здорової жінки він стабільний протягом генеративного віку за своїми параметрами, а саме:

- тривалість нормального менструального циклу. Цикл відраховують від першого дня попередньої до першого дня наступної менструації. У більшості жінок його тривалість становить 27–29 днів (оптимальна тривалість 28 днів). Межі допустимих відхилень — від 21 до 35 днів;
- менструація (період кров'янистих виділень) триває здебільшого 3–4 дні (від 2-х до 7-ми днів);
- крововтрата допускається від 50 до 150 мл;
- менструації повинні бути регулярними;
- під час менструації жінка не повинна відчувати болю;
- цикл повинен бути двофазним.

Регуляція менструального циклу

Інтегративний контроль репродуктивної функції жінки здійснюється за допомогою комплексу: кора головного мозку — гіпоталамус, що є складною біологічною системою, морфологічним субстратом якої є сітка нервових клітин і волокон, у якій біогенні аміни, стероїди й простагландини здійснюють рецеп-

цію, трансляцію та трансмісію сигналів з навколишнього середовища і власного організму. Ця система має 5 рівнів і діє за принципом зворотного зв'язку, за яким структури більш високого рівня регулюють нижчі *(рис. 5.11)*.

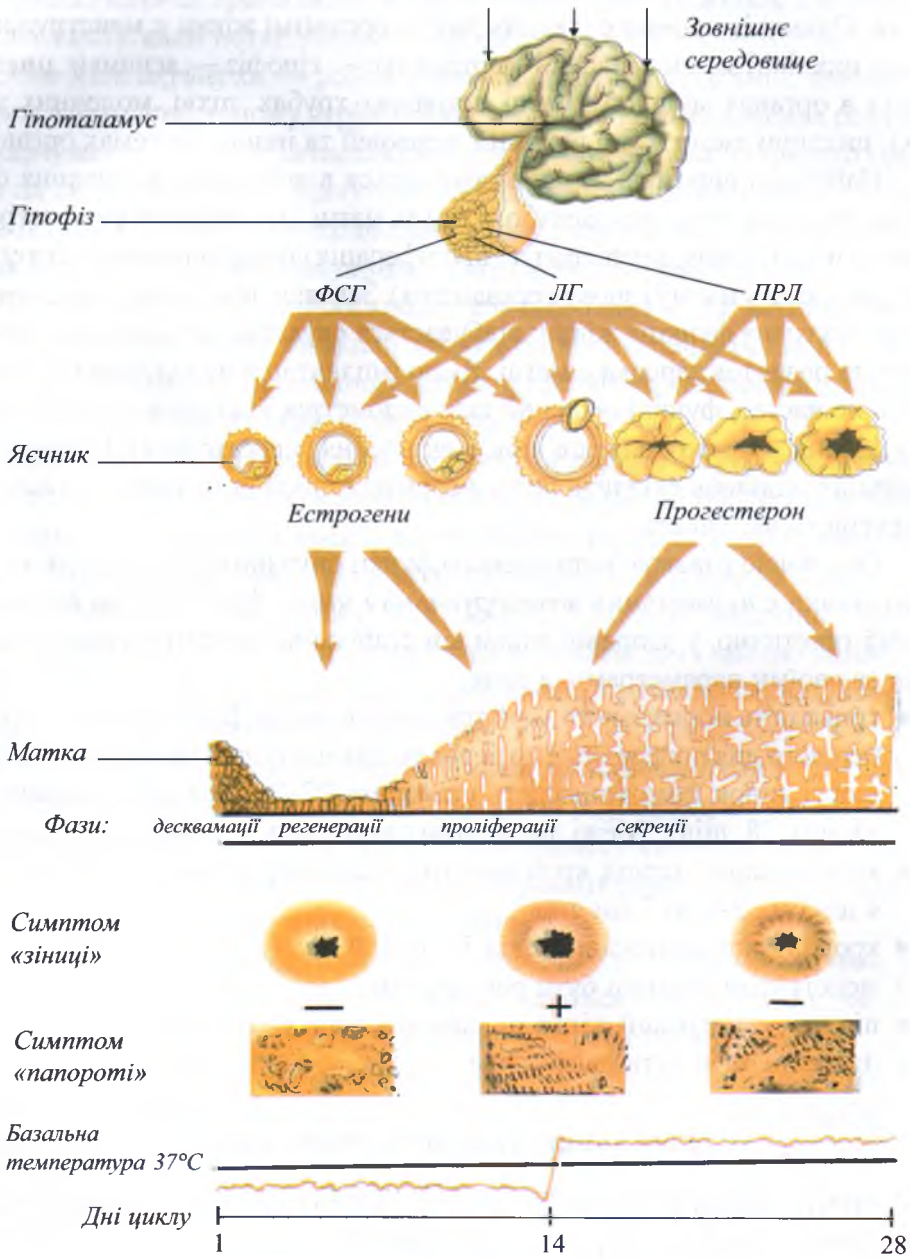


Рис. 5.11. Регуляція менструального циклу та тести функціональної діагностики (схема)

V рівень — *надгіпоталамічні церебральні структури*. У регуляції менструального циклу бере участь кора головного мозку. При стресових ситуаціях, при зміні клімату спостерігаються порушення овуляції та розлади менструального циклу. Причинами цих порушень є зміна синтезу та рецепції нейротрансміттерів у нейронах мозку.

Сприймаючи інформацію із зовнішнього середовища та інтерорецепторів через систему нейротрансміттерів, структури центральної нервової системи надсилають імпульси у нейросекреторні ядра гіпоталамуса.

IV рівень — *гіпофізотропна зона гіпоталамуса*. Ядра гіпоталамуса продукують специфічні нейрогормони, які мають стимулюючий вплив на гіпофіз — ***ліберини*** — та гальмівний — ***статини***. У вентромедіальних, аркуатних та дорсомедіальних ядрах гіпоталамуса синтезуються гіпофізотропні гормони: ***люліберин*** — рилізинг-гормон, що стимулює виділення лютропіну (ЛГ); ***фоліберин*** — рилізинг-гормон, що стимулює виділення передньою часткою гіпофіза фолітропіну (ФСГ). Люліберин виділений і синтезований, виділити і синтезувати фоліберин досі не вдалося. Гонадотропні ліберини позначають ГТ-РГ (гонадотропні рилізинг-гормони), оскільки цей реалізуючий фактор стимулює виділення передньою часткою гіпофіза як лютеїнізуючого, так і фолікулостимулюючого гормонів.

Секреція ГТ-РГ здійснюється гіпоталамусом у пульсуючому режимі (викид відбувається з інтервалом близько години — цирхоральний ритм), що є сумою біологічних ритмів: на індивідуальний базовий ритм накладається 28-денний циркатригантний (місячний) ритм за фазами менструального циклу та добовий (циркадний) ритм.

Сітка нейронів, що секретують ГТ-РГ, є у медіально-базальному та передньому відділі гіпоталамуса. У серединній еміненції мозку із закінчень нейронів виділяються «краплі» цього нейросекрету. Через систему портальних судин він потрапляє у передню частку гіпофіза (трансгіпофізарний шлях). Інший шлях — парагіпофізарний — через вени, що впадають у синуси твердої мозкової оболонки, а звідти — у загальний кровотік.

Окрім ГТ-РГ, виділені також гіпоталамічні гормони, що є пролактиновими рилізинг-факторами та інгібуючі субстанції, основною з яких є дофамін. Пролактин-інгібуючі фактори секретує тубероінфундибулярний відділ гіпоталамуса.

Зворотний зв'язок (вплив на гіпоталамус стероїдних гормонів, зокрема естрадіолу) здійснюється через вертебральні артерії. В аркуатному ядрі є рецептори естрадіолу, і від його рівня у крові залежить частота пульсуючих викидів ГТ-РГ.

III рівень — *передня частка гіпофіза (аденогіпофіз)*. Аденогіпофіз виділяє гонадотропні гормони: фолікулостимулюючий гормон, лютеїнізу-

ючий гормон, пролактин; інші тропні гормони: тиреотропний, соматотропний, адренокортикотропний, ліпотропний.

Фолікулостимулюючий гормон (фолітропін) утворюється базофільними клітинами периферичних ділянок передньої частки гіпофіза, за хімічною будовою — глікопротеїд. Він викликає проліферацію клітин зернистого шару фолікула і секрецію фолікулярної рідини.

Лютеїнізуючий гормон (лютропін) секретують базофіли, розмішені у центральній частині аденогіпофіза. Гормон сприяє овуляції та трансформації фолікула в жовте тіло.

Пролактин за будовою є поліпептидом. Він протилежний за функцією до синергістів фолітропіну і лютропіну: впливає на ріст і розвиток молочних залоз, викликає секрецію молока, має трофічний вплив на органи-мішені.

II рівень репродуктивної системи — *яєчники*. Яєчники є органом-мішенню для гормонів гіпофіза. Основною анатомо-фізіологічною структурою кори яєчника є **фолікули**. У новонародженої дівчинки яєчник містить 1–2 млн статевих клітин — ооцитів. Ооцити оточені шаром клітин зі специфічними функціями — гранульозних клітин. Таку структурну одиницю називають ***примордіальним*** фолікулом. Він оточений базальною мембраною — гемато-фолікулярним бар'єром, який захищає ооцит від неконтрольованих впливів.

Наступна стадія розвитку — перетворення примордіального фолікула у ***первинний***. Гранульозні клітини, активно розмножуючись, продукують мукополісахарид, який утворює навколо ооцита спеціальну блискучу оболонку — виникає другий захисний бар'єр. Одночасно з проліферацією гранульозних клітин текальні клітини строми утворюють два шари — внутрішній (theca interna), що прилягає до базальної мембрани і має гормональну секреторну активність, та зовнішній (theca externa). Первинний фолікул перетворюється в ***антральний*** — порожнинний (між яйценосним горбком та пристінковими гранульозними клітинами утворюється порожнина — антрум). Завершальною стадією розвитку фолікула є ***домінуючий,*** або преовуляторний, фолікул. Антральні фолікули можуть перетворюватись у домінуючі з наступною овуляцією або зазнавати атрезії (дегенерації). З 400 000 фолікулів яєчника дівчинки пубертатного віку теоретично дозріває близько 200, усі інші дегенерують. Упродовж менструального циклу дозріває лише один фолікул.

Яєчниковий цикл

Яєчниковий цикл складається з двох фаз:

I фаза — ***фолікулінова;***

II фаза — ***лютеїнова***.

Протягом першої фази відбувається ріст і розвиток фолікула, його дозрівання *(рис. 5.12)*. Цей процес триває зазвичай 14 діб (при 28-денному циклі). Якщо менструальний цикл у жінки триває 21 день, то 10–11 діб, при 35–денному циклі — 17–18 діб. На початку фази фолікул складається з яйцеклітини, оточеної зернистою та сполучнотканинною оболонкою, його діаметр становить 2–2,5 мм. Яйцеклітина збільшується, на її поверхні утворюється блискуча оболонка (zona pellucida). В ооплазмі активно накопичуються енергетичні матеріали — ліпіди та протеїни. Дозріває яйцеклітина після дворазового поділу: перший поділ веде до утворення полярного тільця, яке викидається з клітини. У результаті другого, редукційного, поділу з клітини викидається половина генетичного матеріалу — хромосом, клітина стає зрілою і придатною до запліднення.

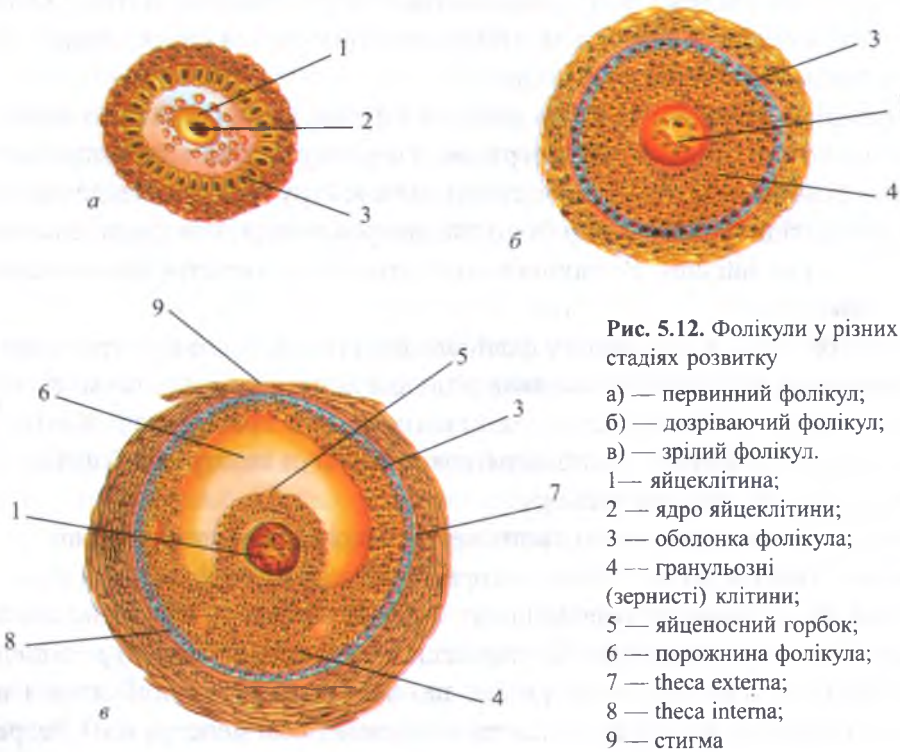


Рис. 5.12. Фолікули у різних стадіях розвитку
а) — первинний фолікул;
б) — дозріваючий фолікул;
в) — зрілий фолікул.
1— яйцеклітина;
2 — ядро яйцеклітини;
3 — оболонка фолікула;
4 — гранульозні (зернисті) клітини;
5 — яйценосний горбок;
6 — порожнина фолікула;
7 — theca externa;
8 — theca interna;
9 — стигма

Фолікулярний епітелій, що оточує яйцеклітину, проліферує, стає багатошаровим, утворює зернисту оболонку фолікула (membrana granulosa folliculi). Спочатку фолікул суцільно заповнений клітинами. Згодом у центрі скупчення клітин утворюються порожнини, заповнені рідиною. Надалі ці порожнини зливаються в одну.

Яйцеклітина, оточена клітинами зернистої оболонки, що утворюють променистий вінець (corona radiata), розміщується на скупченні клітин, розташованих біля стінки фолікула. Це скупчення має назву яйценосного горбка (cumulus oophorus). Фолікулярна рідина містить фолікулярні, або *естрогенні,* гормони.

Діаметр дозрілого фолікула становить 10–12 мм. Його полюс, звернений до поверхні яєчника, випинається, оболонка у цьому місці стоншується, фолікул розривається. Настає завершальний етап фолікулінової фази — ***овуляція.***

Морфологічними ознаками наближення овуляції є стоншення стінки фолікула у місці, де він випинається над поверхнею яєчника. Над цим місцем формується аваскулярна зона і напівпрозора ділянка базальної мембрани між текою та гранульозою, позбавлена клітин, — стигма. Центр стигми витягується у вигляді конуса і розривається. Через утворений отвір виливається фолікулярна рідина, і з нею обережно виноситься яйцеклітина, оточена клітинами променистого вінця.

Овуляцією називають розрив дозрілого фолікула і вихід з його порожнини яйцеклітини. Яйцеклітина потрапляє у черевну порожнину, відтак захоплюється фімбріями ампулярної частини маткової труби. У трубі відбувається процес запліднення. На місці фолікула, що розірвався, утворюється *жовте тіло (*corpus luteum*)*. Розпочинається друга фаза менструального циклу — ***лютеїнова.***

Після овуляції в порожнину фолікула вростають судини, у гранульозних клітинах розпочинається активна рецепція лютеїнізуючого гормону, під впливом якого здійснюється лютеїнізація клітин гранульози. Клітини збільшуються у розмірі, у протоплазмі накопичується ліпотропний фермент, який надає залозі жовтого кольору.

Жовте тіло виділяє гормон прогестерон. Окрім прогестерону, гранульозні клітини продукують інгібін — гормон білкової природи, що гальмує виділення ФСГ. Жовте тіло функціонує 14 днів, з 15-го до 28-го дня циклу у ньому послідовно відбуваються процеси: а) *васкуляризації;* б) *розквіту;* в) *зворотного розвитку* — за умови, що запліднення не відбулось і не настала вагітність (тоді вона називається жовтим тілом менструації). Регрес жовтого тіла триває близько 2-х місяців і закінчується формуванням гіалінового утворення, що називається білим тілом. Якщо вагітність настала, утворюється жовте тіло вагітності, яке функціонує 10–12 тижнів і забезпечує нормальний перебіг перших місяців гестації. Жовте тіло вагітності, на відміну від жовтого тіла менструації, виробляє ще й релаксин — гормон, що здійснює токолітичний вплив на матку.

І рівень — органи-мішені (матка, піхва, молочні залози).

Матковий цикл

Паралельно з яєчниковим циклом відбуваються циклічні зміни в матці. Найбільш виражені вони у функціональному шарі ендометрія, де послідовно проходять фази десквамації, регенерації, проліферації та секреції.

Фаза ***десквамації*** (власне менструація) триває з першого до 2–5-го дня циклу. Відбувається відшарування функціонального шару ендометрія, слизова оболонка разом з умістом маткових залоз і кров'ю виходить назовні.

Функціональний шар ендометрія постачають кров'ю спіральні артерії, що відходять від артеріальних стовбурів базального шару. Під впливом естрогенів у фазі проліферації відбувається ріст і розвиток спіральних артерій, які досягають поверхні ендометрія лише у кінці проліферативної фази. У секреторній фазі відбувається інтенсивний ріст спіральних судин, вони стають більш звивистими і закручуються у вигляді клубків. Капіляри, що містяться у поверхневому шарі ендометрія, у пізній стадії проліферації розширюються і набувають форми синусоїди. Перед початком менструації спіральні артерії функціонального шару скорочуються, що призводить до стазу крові, утворення тромбів, підвищення проникності й ламкості судин. Розвивається некроз тканин з наступним відшаруванням. Повне відшарування — закінчення фази десквамації — відбувається на 3–4-й день менструального циклу.

У яєчнику в цей час завершується зворотний розвиток жовтого тіла, знижується рівень прогестерону, натомість гіпоталамус виділяє фоліберин, гіпофіз — фолітропін — гормон, під впливом якого в яєчнику починає дозрівати новий фолікул.

Фаза ***регенерації*** проходить водночас із десквамацією і завершується до 6–7-го дня циклу. Товщина ендометрія на цей час досягає 2–5 мм.

У яєчнику триває дозрівання фолікула.

Фаза ***проліферації*** триває з 7-го до 14-го дня циклу. Під впливом естрогенних гормонів розпочинається проліферація строми та ріст залоз слизової оболонки, слизова досягає товщини 20 мм, проте залози ще не функціонують. Залози ендометрія мають вигляд прямих або дещо звивистих трубочок. Між клітинами строми розміщена сітка аргірофільних волокон. Наприкінці фази проліферації залози стають звивистими, спіральні артерії досягають поверхні ендометрія.

У яєчнику завершується дозрівання фолікула, вміст естрогенів досягає максимуму до 14-го дня, тобто до закінчення фази проліферації в матці. У гіпофізі припиняється виділення ФСГ, гіпоталамус починає продукувати люліберин, під впливом якого в гіпофізі відбувається виділення лютеотропного гормону, підвищується рівень лютеїнізуючого гормону.

Фаза ***секреції***. Розпочинається синтез секрету маткових залоз — створюються умови для імплантації та розвитку зародка. Фаза триває з 14 до 28-го дня циклу.

Епітелій залоз починає виробляти секрет, що містить глікозаміноглюкозиди, глікопротеїди, глікоген. На 15–18-ту добу з'являються ознаки секреторних перетворень. Залози стають більш звивистими, просвіт розширюється. На 20-21-й день кількість секрету максимальна. У цей час найвища активність протеолітичних і фібринолітичних ферментів. У стадії пізньої секреції (24–27-й день) порушується трофіка ендометрія і починаються дегенеративні зміни у ньому. Руйнуються аргірофільні волокна, з'являється лакунарне розширення капілярів, виникають вогнищеві крововиливи у строму. Ендометрій готовий до розпаду і відшарування.

У яєчнику в цей час розвивається та досягає свого розквіту жовте тіло, виділяється прогестерон, під впливом якого і відбуваються секреторні зміни в ендометрії.

Якщо вагітність не настає, жовте тіло менструації гине, функціональний шар ендометрія зазнає десквамації — розпочинається менструація і новий цикл фізіологічних змін в яєчниках, матці, нейроендокринній системі та в усьому організмі жінки.

Деякі автори, особливо за кордоном, виходячи з того, що менструація є не початком, а кінцевим підсумком циклічних змін у матці, описують 3 фази маткового циклу:

- проліферації (5–14-й дні циклу), у якій виділяють фазу ранньої проліферації (5–7-й дні) і пізньої проліферації;
- секреції — 15–28-й день;
- десквамації — 1–4-й дні циклу.

Шийковий цикл

Шийка матки є важливим біологічним клапаном, що контролює рух біологічних речовин у порожнину матки та з неї. Важливими є функції шийки матки у процесі запліднення. Окрім того, вона оберігає порожнину матки від проникнення інфекційних агентів та служить для виділення менструальної крові та секрету з порожнини матки. Канал шийки матки вистелений циліндричним епітелієм, між його клітинами розміщені секреторні крипти, що продукують цервікальний слиз.

Усі структури шийки матки дуже чутливі до впливу стероїдів. Секреторні клітини слизової оболонки цервікального каналу постійно продукують клейку прозору рідину — цервікальний слиз. Кількість і склад слизу регулюються секрецією яєчникових гормонів і впродовж менструального

циклу щодня змінюються. У періовуляторний період кількість слизу зростає до 600 мг на добу, а у лютеїновій фазі секретується лише 50 мг на добу.

Основний компонент слизу — гідрогель, багатий на гідрокарбонати, складається з глікопротеїнів муцинового типу.

Характеристики цервікального слизу (кількість, вміст води, тягучість) зростають відповідно до підвищення секреції естрогенів на момент овуляції. Ці зміни спрямовані на забезпечення умов для фертилізації.

Слиз рухається від внутрішнього вічка до зовнішнього, до того ж більш сильний потік іде периферією, а не центром цервікального каналу. Такий тип руху слизу забезпечують коливання мікроворсин епітеліальних клітин. Біологічна доцільність такої особливості полягає у видаленні з каналу шийки матки дефектних сперматозоїдів і забезпечення проникнення в порожнину матки лише активних форм, здатних подолати потік цервікального слизу.

Окрім естрогенів, на шийку матки діють також простагландини і релаксин. Саме ці гормони сприяють розкриттю цервікального каналу в преовуляторний період. У міру підвищення концентрації естрогенів цервікальний епітелій секретує велику кількість рідкого, прозорого, тягучого слизу, багатого на муцин, глікопротеїди, солі, кількість клітинних елементів у ньому в цей час мінімальна. Зовнішнє вічко шийки матки розкривається (максимально на час овуляції), мікрофібрили цервікального слизу розміщуються паралельно, створюються мікроканали, що полегшують міграцію сперміїв. У постовуляторному періоді під впливом прогестерону цервікальний канал закривається, кількість слизу зменшується, мікрофібрили розміщуються у вигляді сітки, непроникної для сперматозоїдів.

Вагінальний цикл

Багатошаровий плоский епітелій піхви зазнає протягом менструального циклу, а також протягом вагітності певних змін відповідно до фаз циклу.

У ранню фолікулінову фазу починає розростатися вагінальний епітелій за рахунок базального шару. Ближче до овуляції клітини диференціюються, збільшується кількість шарів епітелію за рахунок проміжних клітин. Епітелій потовщується. У лютеїнову фазу припиняється розростання епітелію і відбувається його десквамація — товщина епітелію зменшується вдвічі. У фазу десквамації маткового циклу відшаровується і поверхневий шар вагінального епітелію.

Клітинний склад вагінального вмісту є біологічним тестом гормонального впливу статевих залоз. Залежно від гормонального стану у вмісті піхви є клітини: поверхневі, проміжні, парабазальні та базальні у різних співвідношеннях. Кількість поверхневих клітин відповідає ступеню естрогенної на-

сиченості організму — що більше поверхневих клітин, то більше естрогенів у крові жінки. Проміжних клітин більше у лютеїнову фазу циклу. Парабазальні та базальні клітини трапляються при гіпофункції яєчників та у менопаузі, у жінок репродуктивного віку за нормальної функції яєчників парабазальні та базальні клітини у мазках знаходять рідко.

Циклічні зміни у маткових трубах

Слизова маткових труб має складчасту будову, складки паралельні, найбільш виражені в ампулярному відділі труби і згладжуються в істмічному. Висота складок і їх напрям підлягають впливу гормонів яєчників. У фолікуліновій фазі менструального циклу складки високі й розміщені паралельно, що полегшує міграцію сперматозоїдів та яйцеклітини, тоді як у лютеїновій фазі складки розгалужуються, рельєф труби стає складним, що створює перешкоди для руху сперматозоїдів. Під впливом естрогенів змінюється напрям коливань війчастого епітелію труби, склад рідини, яка міститься у трубі, скоротлива активність м'язової оболонки труби, що спрямовано на забезпечення оптимальних умов для запліднення.

Цикл молочних залоз

Молочні залози теж зазнають змін упродовж менструального циклу. Під впливом естрогенів у фолікулінову фазу відбувається розвиток системи канальців та розширення частинок залози. У лютеїнову фазу утворюється велика кількість дрібних частинок, оточених сполучною тканиною, що призводить до збільшення об'єму залози та появи суб'єктивного відчуття напруження. Під час менструації частинки залози та канальці зазнають регресивних змін.

БІОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ СТАТЕВИХ ТА ГОНАДОТРОПНИХ ГОРМОНІВ

Естрогенні гормони

Естрогени продукуються клітинами внутрішньої оболонки фолікула, а також незначна кількість — корою надниркових залоз. Основними естрогенними гормонами є *естрадіол, естрон* та *естріол*, найбільш активним з них є естрадіол. Естрогенні гормони циркулюють у крові у вільному та зв'язаному з білком (біологічно неактивна форма) стані. Вихідним матеріалом для усіх стероїдних гормонів є холестерол, що утворюється з ліпопротеїдів. Синтез стероїдів відбувається під впливом ФСГ і ЛГ, а також ферментних систем — ароматаз.

Основна кількість естрогенів міститься у плазмі крові (70%). З крові естрогени надходять у печінку, звідти — у кишечник. У печінці естрогенні гормони інактивуються і виводяться через нирки із сечею.

Органами-мішенями для цієї групи гормонів є матка (ендометрій та міометрій), піхва, молочні залози.

Основні біологічні ефекти естрогенних гормонів:

- у процесі статевого дозрівання викликають ріст та розвиток матки і молочних залоз;
- стимулюють гіпертрофію та гіперплазію міометрія під час вагітності;
- викликають фазу проліферації ендометрія;
- регулюють матково-плацентарний кровообіг, посилюють кровонаповнення матки;
- сприяють дозріванню та диференціації епітеліальних клітин вагінальної слизової;
- сенсибілізують міометрій до скорочувальних препаратів, чим сприяють підвищенню тонусу, збудливості та скоротливості матки;
- викликають посилення перистальтики маткових труб у момент овуляції, що сприяє прискоренню міграції сперматозоонів;
- під впливом естрогенів цервікальний епітелій посилено продукує слиз, слизова пробка стає проникною для сперматозоонів;
- затримують в організмі азот, натрій, рідину, в кістках — кальцій та фосфор;
- знижують кількість холестерину в крові;
- фізіологічна кількість естрогенів стимулює ретикулоендотеліальну систему, посилюючи вироблення антитіл, активність фагоцитів, тим самим підвищуючи стійкість організму до інфекції.

Отож, загалом ефекти естрогенних гормонів спрямовані на те, щоб сприяти зачаттю, вчасному початку та нормальному перебігові пологів. Загальний вплив естрогенів на організм, зокрема на мінеральний обмін, дозволяє пояснити той факт, чому в жінок у менопаузі підвищується ламкість кісток (унаслідок дефіциту естрогенів кістки втрачають кальцій та фосфор), чому в жінок репродуктивного періоду серцево-судинні захворювання, спричинені надміром холестерину, трапляються рідше, ніж у чоловіків, а у менопаузі та старечому періоді ця різниця зникає.

Естрогени діють на організм залежно від дози: малі та середні дози мають стимулювальний вплив на яєчники, вони викликають розвиток яєчника та дозрівання фолікулів; великі дози — гальмують овуляцію; дуже великі — призводять до атрофічних процесів у яєчниках.

Гестагенні гормони

Гестагени (прогестерон, оксипрогестерон, прегненол) секретуються лютеїновими клітинами жовтого тіла, а також лютеїнізуючими клітинами зернистого шару та оболонок фолікулів. Окрім того, синтез гестагенів відбувається у корі надниркових залоз. Основним гестагенним гормоном є ***прогестерон***, який спричиняє ряд важливих ***біологічних ефектів:***

- сприяє виникненню фази секреції в ендометрії та утворенню децидуальної оболонки під час вагітності;
- припиняє проліферацію ендометрія;
- зменшує збудливість та скоротливу активність матки шляхом зниження чутливості міометрія до скорочувальних речовин;
- підтримує тонус істміко-цервікального відділу матки;
- стимулює гіпертрофію м'язових волокон під час вагітності;
- готує молочні залози до секреції молока;
- зменшує продукцію цервікального слизу, робить його непрохідним для сперматозоонів;
- знижує скоротливу активність маткових труб;
- затримує в організмі воду і солі;
- посилює виділення шлункового соку, гальмує виділення жовчі;
- діючи на гіпоталамус, викликає легкий гіпертермічний ефект;
- значні дози прогестерону блокують виділення гіпофізом фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів, тому під час вагітності припиняється дозрівання фолікулів. Ця властивість використана для синтезу контрацептивних препаратів (синтетичні прогестини).

Прогестерон називають іще *гормоном-протектором вагітності*, оскільки його дія на організм жінки спрямована насамперед на забезпечення сприятливих умов для запліднення, імплантації та розвитку плідного яйця.

Андрогени

Утворюються в корі надниркових залоз та у незначній кількості — в яєчниках.

Основні біологічні ефекти:

- стимулюють ріст клітора та великих статевих губ;
- пригнічують утворення молока у матерів-годувальниць;
- значна кількість андрогенів викликає ріст волосся за чоловічим типом, появу «acne vulgaris», посилення статевого потягу;
- посилюють синтез білка, мають анаболічний ефект;
- прискорюють ріст кісток;
- стимулюють кровотворення;

- викликають спазм капілярів міометрія (на цьому базується застосування андрогенів для лікування маткових кровотеч при фіброміомі матки);
- малі дози андрогенів посилюють вплив естрогенних гормонів на матку, великі, навпаки, блокують дію естрогенів.

Гормони гіпофіза

Гормони передньої частки гіпофіза. Передня частка гіпофіза продукує 7 гормонів, з яких 3 є гонадотропними: фолітропін (фолікулостимулюючий гормон (ФСГ)), лютропін (лютеїнізуючий гормон (ЛГ)), пролактин (лактотропний гормон (ПРЛ)).

Фолітропін, лютропін та пролактин називають гонадотропними гормонами, оскільки вони регулюють функцію статевих залоз.

Дія на організм. Органом-мішенню для гонадотропних гормонів є яєчник.

Фолітропін викликає проліферацію клітин зернистого шару та секрецію фолікулярної рідини.

Лютропін викликає овуляцію та перетворення фолікула у жовте тіло.

Обидва ці гормони є синергістами, секретуються впродовж майже усього менструального циклу (у різній кількості) і спільно викликають притаманні їм біологічні ефекти.

Пролактин підтримує функцію жовтого тіла, прискорює ріст та розвиток молочних залоз, після пологів впливає на секрецію молока.

Задня частка гіпофіза не продукує гормонів. Обидва гормони, що у ній депонуються (окситоцин та вазопресин), виробляються супраоптичними та паравентрикулярними ядрами гіпоталамуса, звідки переносяться у гіпофіз і за певних умов виділяються у кров.

Окситоцин викликає скорочення матки, посилює перистальтику кишечника, має стимулюючий вплив на лактацію.

Вазопресин має виражений антидіуретичний ефект, сприяє підвищенню артеріального тиску. Обидва гормони підвищують концентрацію глюкози у крові.

Гіпоталамус

Гіпоталамус являє собою скупчення ядер нервових клітин, що виробляють специфічні ***нейросекрети***, які переносяться у передню частку гіпофіза. Нейрогормони гіпоталамуса, що стимулюють виділення гормонів гіпофіза, називають ***ліберинами***, а ті, що гальмують виділення гормонів, — ***статинами***.

Фоліберин стимулює продукцію фолікулостимулюючого гормону передньої частки гіпофіза, люліберин — продукцію лютеїнізуючого гормо-

ну; пролактоліберин — продукцію пролактину. Відповідні статини зменшують кількість гормонів гіпофіза, регулюючи у такий спосіб менструальний цикл за принципом зворотного зв'язку.

Шишкоподібне тіло

Шишкоподібне тіло (епіфіз) — непарна залоза, розміщена у середньому мозку над мозочком. У клітинах епіфіза утворюється мелатонін, а також серотонін, норадреналін та деякі інші біологічно активні речовини.

Мелатонін обмежує продукцію в гіпофізі фолі- та лютропіну.

Шишкоподібне тіло є органом, що перетворює нервові імпульси, які свідчать про рівень освітленості, у гуморальну відповідь у вигляді продукції біологічно активних речовин, формуючи *біологічні ритми організму* («біологічний годинник»).

Функція епіфіза дуже важлива у виникненні пологової діяльності: пологи розпочинаються переважно вночі, у темну пору доби, коли продукція мелатоніну низька. Цей біологічний феномен пояснюється тим, що знімається гальмівний вплив гормону епіфіза на гіпоталамус, підвищується продукція окситоцину, тому розпочинається пологова діяльність.

Надниркові залози

Гормони надниркових залоз продукуються корою залози (стероїдні гормони: альдостерон, глюкокортикоїди, андрогени, деяка кількість естрогенів) та мозковою частиною (біогенні аміни — адреналін, норадреналін, дофамін).

Глюкокортикоїди (кортизол, кортизон, кортикостерон) підвищують вміст глюкози у крові та глікогену в печінці, створюють катаболічний ефект (гальмують синтез білка у сполучній тканині), підвищують резистентність організму до подразників, мають протизапальну та десенсибілізуючу дію.

Мінералокортикоїди (альдостерон) затримують натрій у крові та стимулюють виведення калію.

Катехоламіни (адреналін та норадреналін) викликають два типи ефектів. **α-*адренергічна дія*** полягає у швидких ефектах — звуженні судин, скороченні матки, розслабленні гладенької мускулатури кишечника та сечового міхура; **β-*адренергічна*** дія забезпечує повільні ефекти: регуляція серцевої діяльності, гальмування перистальтики кишечника та шлунка, розширення судин.

Простагландини

Простагландини є речовинами, близькими за своєю дією до гормонів, але, на відміну від гормонів, вони синтезуються не в ендокринних залозах, а у клітинах різних тканин організму. Простагландини є похідними ненасичених жирних кислот, зокрема, їх попередниками є арахідонова, лінолева та ліноленова кислоти. Залежно від структури розрізняють такі групи простагландинів: A, E, F, D. Попередник простагландинів цих груп утворюється з арахідонової кислоти під впливом фосфоліпази A_2. Простагландини синтезуються у мінімальних кількостях практично в усіх тканинах організму, мають як місцевий, так і системний вплив. Для кожного простагландину є свій орган-мішень. Дія простагландинів поширюється не тільки на клітини, в яких вони виробляються, але й на оточуючі клітини і на клітини, розміщені далеко від місця їх продукції.

Останнім часом значного поширення набули синтетичні аналоги простагландинів, головним чином E та F, котрі у багато разів активніші від природних. Запас простагландинів в організмі відсутній, життєвий цикл їх короткий, вони швидко утворюються і швидко інактивуються, потрапляючи у кров. Естрогени й окситоцин посилюють дію простагландинів, прогестерон та пролактин мають гальмівну дію.

Основні біологічні ефекти простагландинів:

- вплив на скоротливу діяльність матки;
- їх уведення викликає переривання вагітності будь-якого терміну. Під дією простагландинів підвищується тонус верхнього сегмента матки, нижній сегмент залишається неактивним. Релаксація шийки матки, що настає під впливом простагландинів, зумовлена зниженням у ній кількості колагену і дуже важлива для підготовки шийки матки до пологів;
- під впливом простагландинів відбувається просування яйцеклітини маткову трубою;
- важлива роль простагландинів у механізмі менструальної кровотечі. Вони посилюють скорочення матки, сприяють відшаруванню слизової оболонки та вчасному припиненню кровотечі;
- порушення синтезу та інактивації простагландинів є причиною функціональної альгодисменореї, бо призводить до спастичних скорочень міометрія та артеріол, що викликає біль ішемічного характеру;
- простагландини беруть участь у запальних реакціях.

Окрім зазначених ефектів, різні види простагландинів часто мають антагоністичну дію.

Зокрема ***простагландин $ПЕ_2$:***

- знижує системний артеріальний тиск;
- розширює дрібні судини, покращує мікроциркуляцію в мозку, печінці, нирках;
- знижує і приводить до норми підвищену внаслідок патологічного стану агрегацію еритроцитів;
- покращує оксигенацію крові.

Простагландин $ПЕ_{2\alpha}$:

- підвищує артеріальний тиск;
- зменшує кровотік в органах;
- зменшує насичення крові киснем;
- потенціює агреганію тромбоцитів.

Протипоказаннями до застосування простагландинів є бронхіальна астма, глаукома, тиреотоксикоз, виразковий коліт, епілепсія, важка патологія печінки та нирок.

Перелік контрольних питань:

- зовнішні статеві органи;
- внутрішні статеві органи;
- нормальний менструальний цикл;
- біологічні ефекти гонадотропних гормонів;
- анатомо-фізіологічні особливості статевих органів у різні вікові періоди.

ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ

Діагностувати вагітність — означає встановити факт вагітності та її термін. Діагноз вагітності ґрунтується на підставі скарг, анамнезу, об'єктивних даних: загального огляду, спеціального зовнішнього і внутрішнього (бімануального піхвового) акушерських досліджень, лабораторних, біологічних, імунологічних, ультразвукового, фоно- й електрокардіографічного методів обстеження.

ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ РАННІХ ТЕРМІНІВ

У ранні терміни діагноз вагітності встановлюють на основі оцінки комплексу сумнівних та ймовірних ознак.

Сумнівні (гадані) ознаки з'являються у вагітних з огляду на загальні зміни в організмі й проявляються суб'єктивними відчуттями.

До них належать:

- зміни смаку (відраза до певних видів страв — жирних, м'ясних тощо, підвищена схильність до споживання кислої та солоної їжі);
- диспептичні розлади (нудота, частіше зранку, блювання);
- зміни нюху (відраза до запаху парфумів, тютюнового диму тощо);
- емоційна лабільність (зміни настрою, дратівливість, збудження, депресія);
- пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, сосків, навколососкових ділянок.

Такі симптоми бувають не лише у вагітних, але й при іншій патології, тому за ними можна тільки припустити наявність вагітності.

Ймовірні (вірогідні) ознаки — це об'єктивні зміни з боку статевих органів і молочних залоз.

До них належать:

- припинення менструації;
- збільшення молочних залоз і виділення молозива із сосків;
- ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки;

- збільшення матки, розм'якшення в ділянці перешийка, ущільнення матки під впливом механічного подразнення, асиметрія (що зумовлено імплантацією плодового яйця).

Серед додаткових методів діагностики вагітності ранніх термінів розрізняють біологічні, імунологічні, ехографічні та інші.

Суть біологічних та імунологічних методів полягає у визначенні в біологічному матеріалі (плазмі крові та сечі) речовин, специфічних для вагітності, зокрема гормону білкової природи, що синтезується хоріоном — хоріонічного гонадотропіну (ХГ).

Імунологічні методи ґрунтуються на реєстрації імунологічних реакцій in vitro. Основними є тест із затримкою аглютинації, радіоімунний аналіз, ферментозв'язаний імуносорбентний аналіз. У сучасному акушерстві використовують здебільшого готові набори для визначення наявності ХГ в сечі (тест на вагітність).

Ультразвукове дослідження (УЗД). За допомогою сучасної апаратури *(рис. 6.1)* вагітність можна визначити з 5–6-го тижня від 1-го дня останньої менструації, або з 4-го тижня при трансабдомінальній і з 3-го — при трансвагінальній ехоскопії.

Рис. 6.1. Апарат для ультразвукової діагностики з використанням допплерометрії

Діагностична спроможність УЗД в ранні терміни:

- встановлення факту вагітності;
- встановлення її локалізації — маткова, позаматкова;
- визначення гестаційного віку плода;
- реєстрація серцевої діяльності плода — з 4-го тижня;
- визначення рухової активності — з 8-го тижня;
- визначення розмірів, об'ємів плода;
- вагітність, що не розвивається;
- встановлення наявності багатоплідної вагітності;
- встановлення загрози переривання вагітності;
- виявлення міхурового занеска.

ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ ПІЗНІХ ТЕРМІНІВ

У другій половині вагітності з'являються достовірні (несумнівні, певні) ознаки — кожна з них, зокрема, вказує на наявність плода в матці:

- визначення частин плода (голівка, тазовий кінець, дрібні частини) при пальпації живота жінки (прийоми Леопольда);
- відчуття рухів плода самою вагітною та рукою акушера під час пальпації живота (першовагітні відчувають рухи плода на 19–20 тиждень, а повторновагітні — на 17–18 тиждень). За нормального стану плода вагітна зазвичай відчуває більше, ніж 4 рухи за годину;
- вислуховування серцевих тонів плода;
- ультразвукове підтвердження вагітності;
- електро- і фонокардіографія плода;
- рентгенологічне дослідження вагітної (практично не застосовується через шкідливість для плода).

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ

Анамнез

Анамнез (у перекладі з грецької — спогад, нагадування) — сукупність відомостей про виникнення і перебіг захворювання. При обстеженні вагітних детально з'ясовують акушерський анамнез. Отримані дані заносять в індивідуальну карту вагітної і породіллі. Розпитування проводиться за певною схемою:

1. Паспортні дані. Прізвище, ім'я, по батькові, вік, професія, місце роботи, адреса.

2. Причини, що змусили жінку звернутися за медичною допомогою (припинення менструації, кров'янисті виділення, збільшення частоти сечовипускання, набухання молочних залоз, болі в животі чи попереку, набряки та ін.).

3. Сімейний анамнез. Спадковість: психічні захворювання, алкоголізм, наркоманія, вади розвитку та інші захворювання, які можуть успадковуватися або чинити несприятливий вплив на розвиток плода.

4. Перенесені раніше захворювання. Рахіт як причина деформації кісток таза; патологія носоглотки; інфекційні захворювання, які можуть впливати на перебіг вагітності, хвороби печінки, нирок, серця, легень.

5. Менструальна функція:

а) вік менархе (першої менструації);

б) термін встановлення регулярної менструальної функції;

в) тривалість циклу;

г) тривалість кровотечі;

ґ) тип менструації — болючість, циклічність, регулярність;

д) об'єм крововтрати;

е) чи змінився характер менструацій після початку статевого життя, пологів, абортів;

є) дата першого дня останньої менструації;

ж) наявність міжменструальних кровотеч.

6. Секреторна функція:

а) наявність виділень зі статевих шляхів;

б) їх кількість, характер (кров'янисті, гнійні, слизові, водянисті).

7. Статева функція:

а) вік початку статевого життя;

б) який шлюб і його тривалість;

в) здоров'я чоловіка (алкоголізм, туберкульоз, гонорея, сифіліс);

г) застосування контрацептивів, тривалість, ефективність.

8. Дітородна (генеративна, репродуктивна) функція, або ***акушерський анамнез:***

а) кількість вагітностей;

б) результат кожної вагітності: пологи, аборт, позаматкова вагітність, багатоплідна вагітність, мертвонародження, особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду;

в) кількість живих дітей, їх маса при народженні, особливості розвитку.

9. Гінекологічні захворювання, операції на органах таза.

10. Перебіг даної вагітності.

11. Рухи плода:

а) дата перших рухів плода;

б) інтенсивність і частота рухів.

Об'єктивне обстеження

А. Загальне обстеження

1. Огляд:

а) чи відповідає загальний вигляд вагітної її віку;

б) зріст;

в) будова тіла;

г) шкіра (колір, пігментація, висипання, набряки);

ґ) стан підшкірної жирової клітковини;

д) форма живота (овоїдний, відвислий), стан черевного пресу;

е) стан молочних залоз (розвиток, форма сосків — опуклі, плоскі, втягнуті, виділення із сосків, наявність рубців та ін.).

2. Дослідження внутрішніх органів і систем організму:

а) вимірювання зросту, маси, температури тіла;

б) визначення стану серцево-судинної, дихальної, травної, сечовивідної, нервової, ендокринної систем проводиться за допомогою пальпації, аускультації за загальноприйнятими методиками.

Б. Спеціальне акушерське обстеження

Перед дослідженням ретельно миють руки щіткою з милом, обробляють дезінфікувальним розчином, одягають стерильні гумові рукавички. Зовнішні статеві органи жінки обробляють розчином антисептика.

1. Огляд зовнішніх статевих органів. Виявляють характер росту волосся на лобку і великих статевих губах. Звертають увагу на висоту промежини, ділянку анального отвору (набряк вульви, варикозне розширення вен, гострокінцеві кондиломи, геморой). Вказівним і великим пальцями лівої руки розводять великі й малі статеві губи. Оглядають вульву, слизову оболонку входу в піхву, зовнішній отвір сечівника, вивідні протоки бартолінових залоз.

2. Дослідження за допомогою дзеркал. Огляд шийки матки.

Положення пацієнтки: жінка лежить на спині на гінекологічному кріслі, зігнувши ноги в колінних і кульшових суглобах.

Підготовка пацієнтки: спорожнення сечового міхура і прямої кишки, обробка зовнішніх статевих органів дезінфікувальним розчином.

Підготовка рук: руки миють з милом, одягають стерильні гумові рукавички.

Для огляду можна застосовувати ложкоподібні *(рис. 6.2)* і двостулкові дзеркала *(рис. 6.3)*.

Рис. 6.2. Ложкоподібне дзеркало Сімса і підіймач

Рис. 6.3. Двостулкове дзеркало Куско

Техніка проведення дослідження:

1) вказівним і великим пальцем лівої руки розводять великі й малі статеві губи;

2) правою рукою беруть ложкоподібне дзеркало Сімса (заднє дзеркало);

3) повернувши дзеркало косо відносно входу в піхву, вводять його і розміщують на задній стінці піхви;

4) легко натискуючи на промежину відводять задню стінку піхви вниз;

5) паралельно задньому вводять переднє дзеркало (плоский підіймач) і піднімають передню стінку піхви;

6) оглядають шийку матки;

7) спочатку виводять підіймач, потім заднє дзеркало, оглядаючи при цьому стінки піхви.

Двостулкове дзеркало Куско вводять у зімкнутому вигляді, розміщуючи стулки паралельно статевій щілині, повертають його на 90°, стулки розкривають і фіксують за допомогою замка.

Огляд у дзеркалах дає можливість виявити стан стінок піхви та шийки матки. При огляді шийки матки визначають її колір, величину, форму, розміри, патологічні розростання, ерозії, запалення. У жінки, яка не народжувала, зовнішнє вічко каналу шийки матки кругле, а у жінки, що народжувала — має вигляд поперечно розміщеної щілини *(рис. 6.5)*.

Рис. 6.4. Огляд шийки матки за допомогою дзеркала Сімса

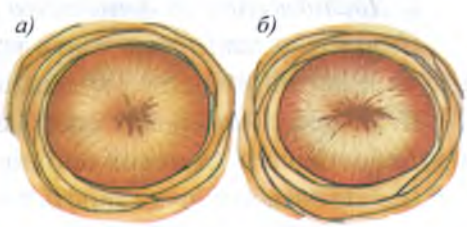


Рис. 6.5. Зовнішній вигляд шийки матки:
а) — жінки, яка не народжувала;
б) — жінки, яка народжувала

Рис. 6.6. Великим і вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи

Рис. 6.7. Дзеркало обернене паралельно до статевої щілини, стулки закриті

Рис. 6.8. Дзеркало Куско із зімкнутими стулками вводять у піхву перпендикулярно до статевої щілини

Рис. 6.9. Дзеркало введене у піхву, стулки відкриті

3. Піхвове дослідження. Вагінальне (одноручне) дослідження *(рис. 6.6–6.9)* проводять зазвичай вагітним у пізні терміни і роділлям під час пологів. Дослідження обов'язково проводять у стерильних рукавичках.

Положення пацієнтки: жінка лежить на спині на гінекологічному кріслі, зігнувши ноги в колінних і кульшових суглобах.

Підготовка пацієнтки: спорожнення сечового міхура і прямої кишки, обробка зовнішніх статевих органів дезінфікувальним розчином.

Підготовка рук: руки миють з милом, одягають стерильні гумові рукавички.

Техніка виконання:

1) великі й малі статеві губи розводять великим і вказівним пальцями лівої руки;

Рис. 6.10. Вказівним і великим пальцями лівої руки розводять статеві губи. Середній палець правої руки введено у піхву

Рис. 6.11. Вказівний і середній пальці правої руки введено у піхву. Ліва рука через передню черевну стінку пальпує матку

2) праву руку складають у вигляді руки акушера: вказівний і середній палець випрямлені, безіменний і мізинець притиснуті до долоні, великий палець відведений догори;

3) вказівний і середній пальці вводять у піхву;

4) введеним у піхву пальцем визначають стан промежини, м'язів тазового дна, піхви (ширину, довжину, особливості стінок, складчастість); глибину, болючість склепінь, форму, консистенцію, довжину шийки матки, наявність рубців і розривів, форму зовнішнього вічка. З'ясовують ступінь біологічної готовності шийки матки (положення та розм'якшення), під час пологів — згладжування, розкриття, оцінюють краї зовнішнього вічка (товсті, тонкі, ригідні, податливі), цілість плодових оболонок, характер передлеглої частини плода, її положення та ступінь просування, обстежують доступну пальпації внутрішню поверхню малого таза, мис (promontorium), вимірюють діагональну кон'югату.

4. Бімануальне (дворучне) дослідження *(рис. 6.10–6.12)*. Виконується двома руками: пальці правої руки введені у піхву, лівою рукою проводиться пальпація через передню черевну стінку.

Техніка проведення дослідження:

1) пальці, введені у піхву, розміщують у передньому склепінні;

2) пальцями лівої руки обережно натискають на передню черевну стінку, назустріч пальцям правої руки;

3) зближуючи пальці обох рук знаходять тіло матки, визначають його положення, форму, величину, консистенцію;

4) переміщуючи обидві руки від кутів матки до бокових стінок таза пальпують маткові труби, яєчники.

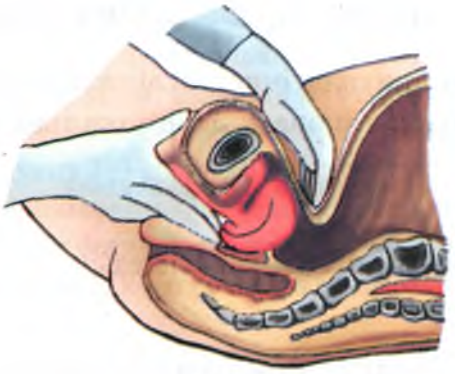


Рис. 6.12. Бімануальне вагінально-черевностінкове дослідження

Ознаки ранніх термінів вагітності, що визначаються при бімануальному дослідженні:

1. *Ознака Горвіца-Гегара (рис. 6.13 а)*: розм'якшення перешийка матки, що дає змогу при дворучному дослідженні зблизити кінчики пальців.

2. *Ознака Снєгірьова*: легка мінливість консистенції матки: під час дворучного дослідження матка внаслідок механічного подразнення скорочується і стає щільнішою, після припинення подразнення знову розм'якшується.

3. *Ознака Піскачека (рис. 6.13 б)*: у ранні терміни вагітності нерідко визначається асиметрія матки, в одному з її рогів (місце імплантації плодового яйця) з'являється куполоподібне випинання.

4. *Ознака Губарєва*: легке зміщення шийки матки, що зумовлене розм'якшенням її перешийка.

5. *Ознака Гентера*: значна антефлексія матки внаслідок розм'якшення її перешийка, а також утворення гребенеподібного виступу на передній поверхні матки по середній лінії.

При розпізнаванні вагітності не слід задовольнятися одним із зазначених симптомів, потрібно враховувати їх сукупність і дані анамнезу.

Рис. 6.13. Ознаки вагітності:
а)— ознака Горвіца-Гегара;
б) — ознака Піскачека

ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ

Взяття мазків на онкоцитологічне дослідження, визначення ступеня чистоти піхви, гонорею, «гормональне дзеркало»

Для взяття будь-якого мазка *необхідне обладнання*:

- піхвові дзеркала;
- ложечка Фолькмана чи гінекологічний шпатель;
- пінцет;
- предметне скельце;
- ватна кулька;
- розчин антисептика;
- бланк направлення в лабораторію.

Підготовка вагітної:

- покласти хвору на гінекологічне крісло;
- провести туалет зовнішніх статевих органів;
- ввести гінекологічне дзеркало в піхву, вивести шийку матки в дзеркалах.

Техніка взяття мазка на онкоцитологічне дослідження:

1. Ватною кулькою, затиснутою у пінцеті, зняти залишки слизу з шийки матки.

2. Ложечкою Фолькмана або гінекологічним шпателем зробити зскрібок епітелію з цервікального каналу. Для отримання якісного мазка краще користуватися спеціальною одноразовою щіточкою («браш-мазок»). Щіточку вводять в цервікальний канал і обертають на 360°.

3. Нанести на предметне скельце, «прокотивши» щіточку по склу.

4. Іншим кінцем інструмента (при використанні ложечки Фолькмана) або спеціальної форми шпателем взяти мазок з місця максимальних патологічних змін на шийці матки, якщо патологічних змін візуально немає, мазок беруть з передньо-бокової поверхні шийки матки.

5. Нанести на окреме предметне скельце або окремим штрихом на те саме, що й із цервікального каналу.

6. Вийняти дзеркало.

7. Написати направлення в лабораторію.

Техніка взяття мазка на визначення ступеня чистоти піхви:

1. Гінекологічним пінцетом, шпателем, жолобоподібним зондом чи ложечкою Фолькмана взяти частину виділень із заднього склепіння піхви і штрихоподібними рухами нанести на предметне скельце.

2. Вийняти дзеркало із піхви.

3. Написати направлення в лабораторію.

Мазок на визначення наявності гонореї. Матеріал для дослідження беруть аналогічно із цервікального каналу, з уретри, з прямої кишки, заднього склепіння піхви, наносять на скельце у вигляді окремих штрихів.

Мазок на визначення «гормонального дзеркала». Перед взяттям мазка жінці рекомендують 2–3 дні утримуватися від статевого життя, не проводити вагінальних спринцювань. Матеріал беруть легким дотиком інструменту з верхньої третини бокових склепінь. Отриманий вміст наносять штрихом на предметне скельце. У направленні вказують вік жінки, термін вагітності.

МЕТОДИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Властивості слизу шийки матки. Під час менструального циклу завдяки дії естрогенів і прогестерону властивості шийкового слизу змінюються. Найбільша його кількість секретується під час овуляції, найменша — перед менструацією.

1. Симптом «натягу слизу». Якщо браншами пінцета дістати слиз із цервікального каналу, то при обережному їх розведенні із слизу утвориться нитка, довжина якої залежатиме від в'язкості слизу. Максимальна довжина нитки буде в період овуляції, коли в'язкість слизу найбільша.

2. Симптом «зіниці». Під час фолікулінової фази менструального циклу під вливом естрогенних гормонів підвищується секреція цервікального слизу, шийка матки трохи відкривається. Діаметр зовнішнього вічка цервікального каналу в період овуляції максимальний. Крапля слизу, що виступає із зовнішнього вічка, при спрямуванні на неї променя світла здається темною і нагадує зіницю. Позитивний симптом «зіниці» свідчить про високу насиченість організму естрогенами.

3. Симптом «папороті» *(рис. 6.14)*. Шийковий слиз при висушуванні на повітрі має здатність кристалізуватися. Інтенсивність кристалізації залежить від фази менструального циклу, тобто від кількості естрогенних гормонів. Крапля слизу, нанесена на предметне скельце, після висушування мікроскопічно має характерну картину, яка нагадує листок папороті.

Дослідження базальної температури.

Цитологічне дослідження піхвових мазків. У багатошаровому плоскому незроговілому епітелії піхви розрізняють базальний, парабазальний, проміжний і поверхневий шари *(рис. 6.15)*. Піхвовий епітелій зазнає ритмічних змін протягом менструального циклу, що характеризується різним ступенем проліферації слизової оболонки. Залежно від естрогенної насиченості організму від стінки піхви у різному співвідношенні відділяються три типи клітин: поверхневі, проміжні, парабазальні. Саме на визначенні

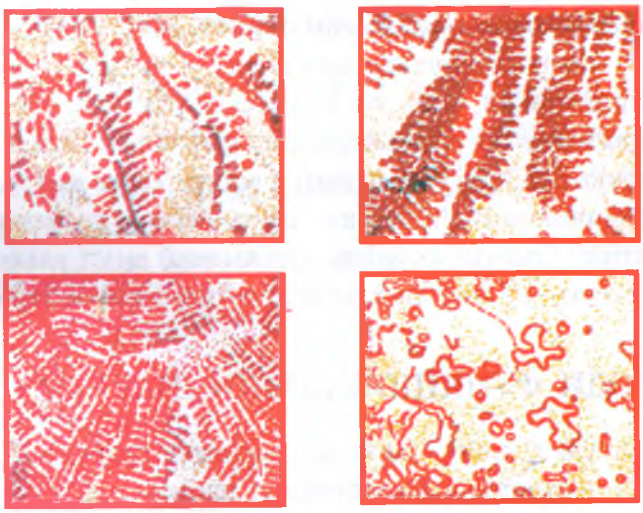


Рис. 6.14. Симптом «папороті»

кількісного складу та морфологічних особливостей клітин ґрунтується метод гормональної кольпоцитодіагностики. Варто пам'ятати таку особливість впливу гормонів на вагінальний епітелій: під впливом прогестерону відбувається дозрівання проміжних клітин, під впливом естрогенів утворюється велика кількість поверхневих клітин.

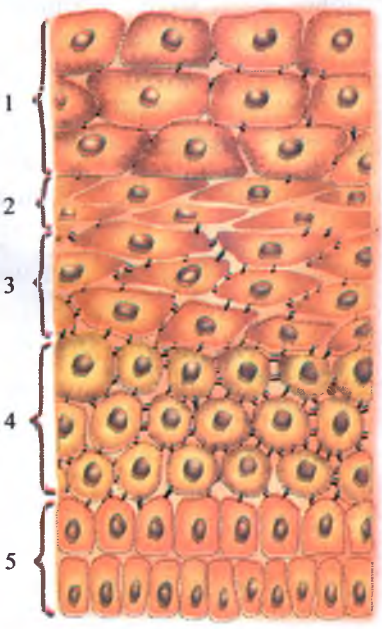


Рис. 6.15. Шари вагінального епітелію:
1 — поверхневий; 2 — інтраепітеліальний;
3 — проміжний; 4 — парабазальний;
5 — базальний

Визначають такі показники:

- *індекс дозрівання* — співвідношення поверхневих, проміжних і парабазальних клітин, виражене у відсотках. Чим більше у мазку проміжних клітин, тим вища прогестеронова насиченість організму — 0/80/20, чим більше поверхневих клітин — тим вища естрогенна стимуляція — 0/26/74. Поява у мазку парабазальних чи базальних клітин свідчить про значну гормональну недостатність. Для пізніх термінів вагітності характерний мазок приблизно такого типу: 0/95/5;
- *каріопікнотичний індекс* (КІ або КПІ) — співвідношення поверхневих клітин з пікнотичними ядрами до загальної кількості клітин у мазку, виражене у відсот-

ках. Величина КІ прямо пропорційна ступеневі естрогенної насиченості організму. В ранні терміни вагітності КІ не повинен перевищувати 10–12%, в пізні — 2–5%, перед пологами зростає естрогенна насиченість організму, відповідно зростає і КІ;

- *еозинофільний індекс* — співвідношення поверхневих клітин з еозинофільно забарвленою цитоплазмою до клітин з базофільною цитоплазмою, виражене у відсотках.

ГОРМОНАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначення альфа-фетопротеїну (АФП) — надзвичайно важливий тест для діагностики стану плода та аномалій його розвитку. АФП утворюється в жовтковому мішку, печінці та шлунково-кишковому тракті плода, звідки потрапляє у кров матері. Рівень АФП в різні терміни вагітності зазнає значних змін, та його відхилення від середніх значень для певного терміну має велике прогностичне значення для діагностики вад розвитку плода, особливо його нервової системи. Вагітним групи ризику (у віці понад 35 років, з обтяженим акушерським анамнезом — народженням дітей з природженою патологією, аномаліями розвитку) рекомендують обстеження на АФП в динаміці кілька разів упродовж вагітності.

РОЗМІЩЕННЯ ПЛОДА В ПОРОЖНИНІ МАТКИ. АКУШЕРСЬКА ТЕРМІНОЛОГІЯ

У першому, другому, на початку третього триместрів вагітності, коли навколоплодових вод відносно багато, а розміри плода порівняно невеликі, його розміщення в порожнині матки доволі варіабельне. В останні 2–3 місяці вагітності положення плода стає більш стійким і зберігається до його народження. Для характеристики розміщення плода у матці користуються спеціальними термінами.

Членорозміщення — це співвідношення окремих частин плода (голови, кінцівок, тулуба). Фізіологічним вважається згинальне членорозміщення плода, коли тулуб зігнутий, голівка нахилена до грудної клітки, верхні кінцівки схрещені на грудях, ніжки зігнуті в колінних і кульшових суглобах і притиснуті до живота.

Положення плода — це відношення осі плода до вертикальної осі матки. ***Вісь плода*** — це умовна лінія, що проходить від потилиці до куприка. Розрізняють поздовжнє, косе і поперечне положення.

Поздовжнє положення — вісь плода збігається з вертикальною віссю матки.

Поперечне положення — вісь плода і вісь матки перетинаються під прямим кутом *(рис. 6.16)*.

Косе положення — вісь плода і вісь матки перетинаються під гострим кутом.

Рис. 6.16. Поперечне положення плода:
а) — перша позиція, передній вид;
б) — друга позиція, задній вид

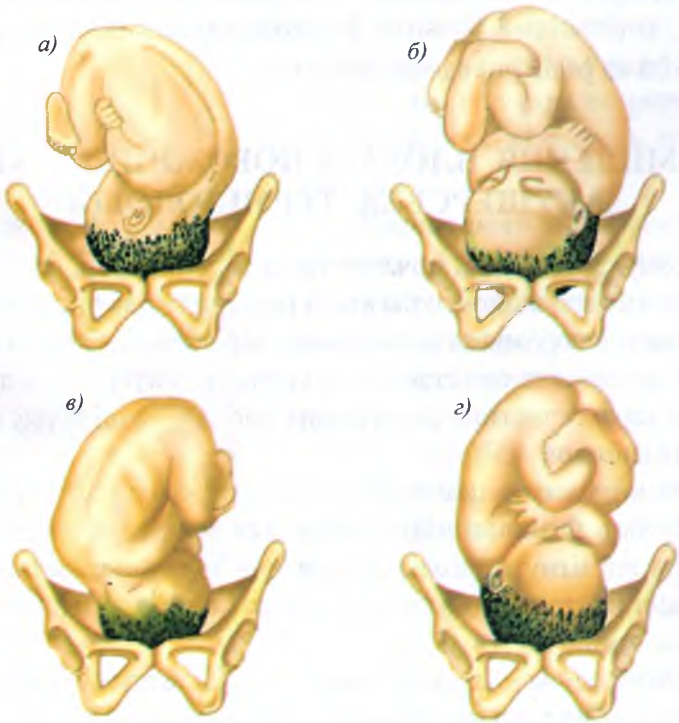


Рис. 6.17. Варіанти позиції і виду при потиличному передлежанні плода:
а) — перша позиція, передній вид; б) — перша позиція, задній вид;
в) — друга позиція, передній вид; г) — друга позиція, задній вид

Позиція плода — розташування спинки плода щодо правого або лівого боків матки. Розрізняють першу та другу позиції *(рис. 6.16)*.

Перша позиція — спинка плода обернена до лівого боку матки.

Друга позиція — спинка плода обернена до правого боку матки.

При поперечних і косих положеннях плода позицію визначають за голівкою *(рис. 6.16)*.

Вид позиції — відношення спинки плода до передньої чи задньої стінки матки. Розрізняють передній та задній вид. При передньому виді спинка плода обернена до передньої стінки матки, при задньому — до задньої *(рис. 6.17)*.

Передлежання плода — розташування крупної частини плода (голівки чи таза) щодо площини входу в таз. Відповідно розрізняють головне і тазове передлежання.

Передлегла частина — це частина плода, що розміщена ближче до входу в малий таз і першою проходить через пологові шляхи. Якщо при головному передлежанні найнижче розміщується потилиця, то таке передлежання називається потиличним.

Вставлення голівки — розміщення сагітального шва відносно симфізу і крижового мису (промонторію).

Зовнішнє акушерське дослідження за допомогою прийомів Леопольда — Левицького

При зовнішньому обстеженні вагітних і породіль для визначення розташування плода в матці застосовують пальпацію, яку проводять послідовно, використовуючи 4 прийоми, запропоновані Леопольдом і Левицьким *(рис. 6.18)*.

Вагітна лежить на твердій кушетці на спині. Той, хто досліджує, стає (або сідає) праворуч від вагітної обличчям до її обличчя.

Перший прийом. Долоні обох рук кладуть горизонтально в ділянці дна матки, щільно охоплюючи її (пальці при цьому зближені). Обережно натискують на дно. Визначають при цьому рівень стояння дна матки і частину плода, розташовану в дні.

Другий прийом. Обидві руки розміщують на бокових поверхнях матки на рівні пупка. Почергово правою і лівою рукою проводять пальпацію частин плода. Обережно натискуючи долонями і пальцями рук на бічні поверхні матки визначають з одного боку щільну, гладеньку, широку частину — спинку плода, з протилежного — дрібні частини (ручки, ніжки). Цим прийомом визначають положення, позицію, вид і рухи плода, а також тонус матки, кількість вод.

Третій прийом. Правою рукою охоплюють передлеглу частину плода (великий палець з одного боку і чотири — з протилежного боку нижнього

I прийом; II прийом;

III прийом; IV прийом;

Рис. 6.18. Зовнішнє акушерське дослідження прийомами Леопольда — Левицького

сегмента матки. Визначають характер передлеглої частини і її положення відносно до входу в малий таз. Голівка при цьому пальпується у вигляді щільного кулеподібного утвору з чіткими контурами. Намагаються змістити голівку праворуч і ліворуч. Якщо голівка ще не вставилася в малий таз, вона легко переміщується, «балотує». При тазовому передлежанні визначається об'ємна частина м'якуватої консистенції, не здатна до балотування. При поперечному і косому положеннях плода передлегла частина не пальпується.

Четвертий прийом. Застосовується для визначення відношення передлеглої частини до площин малого таза. Для проведення четвертого прийому за Леопольдом — Левицьким стають праворуч від вагітної обличчям до її ніг. Долоні обох рук кладуть на бокові поверхні нижнього сегмента матки і обережно кінчиками пальців намагаються проникнути між передлеглою частиною і боковими відділами входу в малий таз. Якщо при цьому пальці рук підводяться під голівку, то вона розміщена над входом у малий таз. Якщо це не вдається, — голівка фіксована у вході в малий таз малим або великим сегментом.

Вислуховування серцебиття плода (аускультація)

Визначення серцевих тонів за допомогою ультразвукового апарата стає можливим після 8 тижня вагітності. Акушерським стетоскопом серцева діяльність плода визначається з початком другої половини вагітності.

Вагітна займає положення лежачи на кушетці на спині з витягнутими ногами та оголеним животом. Стетоскоп ставлять у місце найбільш чіткого вислуховування серцебиття плода перпендикулярно до передньої черевної стінки. Один кінець лійки стетоскопа щільно притиснутий до живота вагітної, до другого кінця стетоскопа прикладають вушну раковину (в момент вислуховування стетоскоп руками не тримати) *(рис. 6.19).*

Серцебиття найвиразніше прослуховується з боку спинки плода, а при лицевому передлежанні — з боку грудної клітки (ліворуч — при першій позиції, праворуч — при другій позиції, при головному передлежанні — нижче пупка, при тазовому — вище пупка). Частота серцевих скорочень плода — 120–140 уд/хв. Тони серця подвійні, ритмічні, не збігаються з пульсом вагітної.

Рис. 6.19. Вислуховування серцебиття плода (друга позиція, передній вид)

Рис. 6.20. Вимірювання висоти стояння дна матки сантиметровою стрічкою

Вимірювання висоти стояння дна матки та обводу живота вагітної

Для дослідження застосовують сантиметрову стрічку. Вагітна займає положення лежачи на спині, з оголеним животом, випрямленими і зведеними разом ногами. Сечовий міхур і пряма кишка повинні бути спорожнені.

Щоб визначити висоту стояння дна матки, правою рукою фіксують початок сантиметрової стрічки до середини верхнього краю лобкового зчленування. Стрічку розміщують по середній лінії живота. Лівою рукою визначають висоту стояння дна матки і зазначають шукану величину *(рис. 6.20)*.

Для вимірювання обводу живота початок сантиметрової стрічки беруть у ліву руку, протягують стрічку під спиною вагітної на рівні задньо-верхніх остей клубових кісток, перехоплюють її правою рукою і вимірюють обвід живота вагітної на рівні пупка *(рис.6.21)*.

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНУ ВАГІТНОСТІ І ДАТИ ПОЛОГІВ

При встановленні терміну вагітності слід враховувати такі показники:

1. Величина матки. До 12 тижнів розміри її визначаються шляхом бімануального дослідження, починаючи з 16–18 тижнів висоту дна матки над симфізом вимірюють сантиметровою стрічкою. Висота дна матки над лобком при одноплідній вагітності орієнтовно складає:

- у 12 тижнів вагітності — на рівні симфізу;
- у 16 тижнів вагітності — на 6–7 см вище від симфізу (між симфізом і пупком);
- у 20 тижнів вагітності — на 12–13 см вище від симфізу (на 1,5–2 поперечних пальці нижче від пупка);
- у 24 тижні вагітності — на 20–24 см над симфізом (на рівні пупка);
- у 28 тижнів вагітності — на 25–28 см вище від симфізу (на 2–3 пальці вище пупка);

Рис. 6.21. Вимірювання обводу живота

- у 32 тижні вагітності — на 28–30 см вище від симфізу, посередині між пупком і мечоподібним відростком; обвід живота при цьому 80–85 см; пупок вагітної згладжений, прямий розмір голівки плода — 9–10 см; довжина — 40 см;
- у 36 тижнів вагітності — дно матки на 32–34 см вище від симфізу, на 2 см нижче від мечоподібного відростка;
- у 40 тижнів вагітності — дно матки опускається і розміщується на 28–32 см вище від симфізу. Обвід живота — 95–98 см, пупок вагітної випнутий. Прямий розмір голівки плода — 12 см, довжина — 50 см.

2. Дата 1-го дня останньої менструації:

а) за даними ВООЗ, датою пологів вважається дата, яку отримуємо, відрахувавши 3 календарних місяці назад від 1-го дня останньої менструації;

б) *за способом Негеле:* від 1-го дня останньої менструації відрахувати 3 календарних місяці назад і додати 7 днів.

3. Дата одноразового статевого акту. Якщо до числа, коли відбувся статевий акт, додати 273 дні, то отримане число вважатиметься датою очікуваних пологів.

4. Дата овуляції. Для визначення терміну пологів потрібно від першого дня очікуваної менструації, яка не настала, відняти 14 днів і до отриманого числа додати 273 дні.

5. Дата першого відчуття рухів плода. Щоб отримати дату пологів у першовагітних, до дня першого відчуття рухів плода додати 20 тижнів, а у повторновагітних — 22 тижні.

6. Дані ультразвукового дослідження.

ВИЗНАЧЕННЯ ДОВЖИНИ ТА МАСИ ПЛОДА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Для визначення довжини плода користуються формулою Гаазе. За цією формулою довжина плода у перші п'ять місяців вагітності дорівнює кількості місяців, піднесеній до квадрату, а з шостого місяця — кількості місяців, помноженій на п'ять.

Довжина і маса плода в різні терміни вагітності

Термін вагітності у тижнях	Довжина плода у сантиметрах	Маса плода у грамах
4	1	—
8	4	—
12	9	20
16	16	120
20	25	300
24	30	700
28	35	1000
32	40	1600
36	45	2500
40	50	300–3500

Для того, щоб визначити відповідність розмірів плода гестаційному вікові, користуються методом, запропонованим В.В.Сутугіним: вимірюють тазоміром величину овоїда плода у матці і множать на 2. При правильному членорозміщенні плода довжина овоїда становить половину його загальної довжини.

За довжиною плода можна визначити термін вагітності (формула Скульського):

$$X = \frac{(L \times 2) - 5 \text{ см}}{5},$$

де X — термін вагітності, L — довжина плода в см, 5 см — корекція на товщину м'яких тканин.

Для прогнозування пологів надзвичайно важливо знати масу плода, оскільки це допомагає визначити співвідношення між розмірами таза і розмірами плода. Існує декілька способів:

а) формула Лєбєдєва: М = ОЖ×ВДМ;

б) формула Якубової: $М = \frac{ОЖ \times ВДМ}{4}$,

де **М** — маса плода, **ОЖ** — обвід живота вагітної, виміряний сантиметровою стрічкою, **ВДМ** — висота стояння дна матки, виміряна сантиметровою стрічкою.

В сучасному акушерстві широко використовують акушерські календарі, за якими легко визначити за датою останньої менструації всі необхідні показники — термін вагітності на момент огляду, термін пологів, біометричні параметри плода, а також оцінити, чи відповідають цим узагальненим показникам дані конкретної вагітної.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ПЛОДА

1. Неінвазивні методи

Ультразвукове дослідження (УЗД). Ультразвуком називаються пружні коливання і хвилі з частотою вище 20 кГц. Основною складовою частиною ультразвукового апарата є генератор електричних коливань. Перетворення таких коливань в ультразвукові відбувається завдяки зворотньому п'єзоелектричному ефекту. Ультразвукові хвилі мають здатність відбиватися від межі середовищ з різними акустичними властивостями. Ультразвукові датчики не тільки перетворюють електромагнітну енергію в коливання пружного середовища, але й приймають відбиті від поверхні органа ехосигнали, які потім відображаються на екрані пристрою, пропорційно відстані від датчика до відповідної структури, від якої цей сигнал відбився.

Вважається, що ультразвукове дослідження під час вагітності не має негативного впливу на плід. При неускладненому перебігу вагітності УЗД проводиться два рази: на 16–18-му тижні і 26-му тижні.

Ультразвукове обстеження дає можливість пренатально діагностувати вади розвитку плода, патологію з боку центральної нервової системи (гідроцефалія, мікроцефалія, аненцефалія, енцефалоцеле, spina bifida), серцево-легеневої системи (вроджені вади серця, кісти грудної клітки, плевральний випіт), шлунково-кишкового тракту (асцит, діафрагмальна грижа, атрезія дванадцятипалої кишки і ін.), нирок (полікістоз, гідронефроз-гідроуретер, агенезія нирок), провести фетометрію, реєструвати частоту серцевих скорочень та дихальних рухів, діагностувати багатоплідця, патологічний розвиток вагітності, визначити товщину, локалізацію, ступінь зрілості плаценти, встановити її передлежання або відшарування; кількість навколоплодових

вод. Під контролем ультразвуку проводять такі інвазивні маніпуляції, як амніоцентез, біопсія ворсин хоріона, кордоцентез, внутрішньоутробна трансфузія, дренування кістозних утворів.

УЗД є високочутливим методом дослідження, вже з 3-го тижня вагітності в порожнині матки можна побачити плодове яйце діаметром 5–6 мм. Плід починає візуалізуватися з 4–5 тижня, голівка плода — з 8–9 тижня. В ранні терміни вагітності для оцінки величини плода використовують КТР — куприково-тім'яний розмір. Серцебиття плода і рухи можна визначити з 7–8 тижнів.

В подальшому розвитку плода, у II і III триместрах вагітності для оцінки фетометричних параметрів визначають БПР — біпарієтальний розмір, середній діаметр грудної клітки і живота, а також довжину стегнової кістки. З 18–20 тижнів можна визначити стать плода. Достовірність визначення чоловічої статі — 100%, жіночої — 95–96%.

Дуже важливим є визначення кількості та ехографічних характеристик навколоплодових вод, що допомагає в діагностиці багатоводдя і маловоддя, а ці стани, в свою чергу, асоціюються з патологією плода — внутрішньоутробним інфікуванням, аномаліями та затримкою розвитку. Ультразвукова плацентографія — єдиний доступний спосіб визначення локалізації, товщини, щільності, величини плаценти. Зазвичай плацента локалізується в дні матки, та може розміщуватися і в нижньому сегменті або перекривати повністю чи частково внутрішнє вічко матки. Таке розміщення може зберігатися до пологів, та існує механізм фізіологічної міграції плаценти — вона може підійматися по стінці матки вгору.

Товщина плаценти, визначена у міліметрах, у другій половині вагітності відповідає терміну вагітності у тижнях. Плацента досягає максимальної товщини до 32–36-го тижня і далі не потовщується. Товщина понад 40 мм свідчить про патологію — ізоімунну несумісність матері і плода, інфекційні захворювання матері, діабет, фетоплацентарну недостатність.

Функції акушерки:

1. Якщо дослідження проводять при наповненому сечовому міхурі (в ранніх термінах вагітності), слід про це проінформувати жінку заздалегідь. В ургентних випадках сечовий міхур наповнюють через катетер розчином фурациліну.

2. Під час проведення дослідження акушерка фіксує в журналі дані, продиктовані лікарем, заповнює бланк з результатами дослідження і підклеює його в історію хвороби стаціонарної хворої або видає на руки амбулаторно направленій пацієнтці.

3. Після дослідження акушерка готує паперову серветку або рушник, щоб хвора могла витерти зі шкіри живота залишки гелю, що використовувався.

Фельдшер, акушерка повинні пам'ятати, що у вагітних в пізніх термінах під час тривалого перебування в горизонтальному положенні можуть з'явитися ознаки «синдрому нижньої порожнистої вени». У випадку їх появи слід запропонувати жінці повернутися на бік і продовжувати дослідження в такому положенні хворої.

Біофізичний профіль плода — це комплексна оцінка стану плода за п'ятьма змінними величинами: кількістю навколоплодових вод, руховою активністю плода, дихальними рухами, м'язовим тонусом, що визначається УЗД та нестресовим тестом.

Реєстрація біопотенціалів серця — *електрокардіограма* (ЕКГ) — дає можливість оцінити стан серцевої діяльності, що є одним з найважливіших показників життєдіяльності плода. Реєстрацію звукових феноменів, що виникають у процесі серцевої діяльності — *фонокардіографію* (ФКГ) — проводять при накладанні мікрофона в точку найкращого прослуховування серцебиття плода. *Кардіотокографія* — це синхронний запис серцебиття плода і скорочень матки. Проводять за допомогою приладу кардіотокографа. Цей метод дає можливість оцінити характер серцевої діяльності плода, його рухову активність та скоротливу здатність матки. Запис КТГ проводять 40–60 хв, що дає можливість уникнути помилок під час аналізу кардіотокограми.

2. Інвазивні методи

Кордоцентез — це пункція судин пуповини плода *(рис. 6.22)*. Аналіз крові, отриманої у такий спосіб, дає можливість виявити спадкову патологію, обмінні порушення, хвороби крові, інфікування, гіпоксію, гемолітичну хворобу плода.

Фетоскопія — це метод прямої візуалізації плода і внутрішньоматкового середовища. Проводять у 15–18 тижнів вагітності під контролем УЗД. Ендоскоп, введений в амніотичну порожнину (через передню черевну стінку або заднє склепіння), дає можливість оглянути частини плода, провести забір крові, біопсію шкіри для аналізу.

Амніоскопія — інструментальний метод дослідження нижнього полюса плодового яйця за допомогою амніоскопа *(рис. 6.23)*. Умовою для проведення амніоскопії є прохідність каналу шийки матки для тубуса мінімального діаметра. Це обстеження допомагає встановити стан плодового міхура (цілий чи відсутній); кількість навколоплодових вод, їх забарвлення; ступінь відшарування оболонок нижнього полюса плодового міхура; передлеглу частину плода (голівка, сідниці); петлі пуповини і м'які частини плода. Найбільше діагностичне значення має забарвлення навколоплодових вод: при переношеній вагітності — зелене, при резус-конфлікті — жовте,

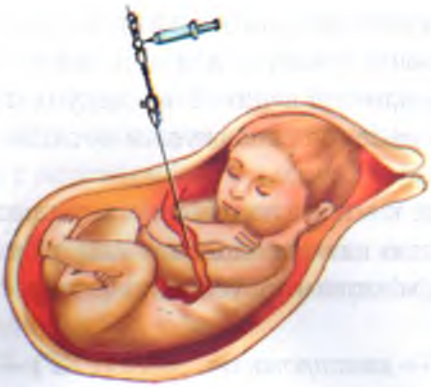


Рис. 6.22. Кордоцентез

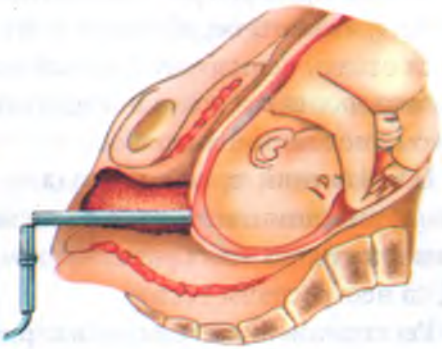


Рис. 6.23. Амніоскопія

при внутрішньоутробній гіпоксії плода — води меконіальні, при антенатальній загибелі плода — темно-коричневі.

Амніоцентез — це аспірація навколоплодових вод за допомогою тонкої голки *(рис.6.24)*. Залежно від місця пункції, розрізняють трансабдомінальний і транспіхвовий амніоцентез. Проводять під контролем УЗД у 12–18 тижнів вагітності. Завдяки цитологічному, біохімічному, ендокринологічному, генетичному та імунологічному дослідженням амніотичної рідини можна виявити хромосомні аномалії і вади розвитку, порушення метаболізму — обміну амінокислот, ліпідів, вуглеводів і мукополісахаридів; резус-ізоімунізацію, визначити ступінь зрілості легенів плода.

Рис. 6.24. Амніоцентез

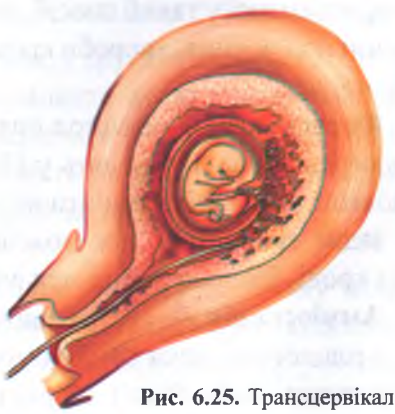


Рис. 6.25. Трансцервікальна біопсія ворсин хоріона

Трансцервікальна біопсія ворсин хоріона *(рис. 6.25)* — проводять для діагностики генетичної патології в I триместрі вагітності під контролем УЗД. Завдяки методу можна виявити гемоглобінопатії, при діагностиці порушень обміну — провести біохімічне дослідження.

Підготовка вагітних до проведення інвазивних трансвагінальних методів дослідження (амніоскопія, амніоцентез, трансцервікальна біопсія ворсин хоріона):

- попередня санація вагіни хлоргексидином або введення свічок бетадину упродовж 2–3 днів (якщо дослідження проводять планово);
- зголювання волосся на зовнішніх статевих органах;
- спорожнення прямої кишки або очисна клізма;
- спорожнення сечового міхура.

Функції акушерки:

- підготовка вагітної;
- підготовка інструментів;
- перевірка справності освітлювальної системи амніоскопа;
- під час проведення маніпуляції — фіксація вагінальних дзеркал, виконання розпоряджень лікаря по ходу операції, спостереження за станом хворої;
- після маніпуляції — заповнення направлень у лабораторію та відправка на дослідження отриманого матеріалу;
- догляд за хворою.

Догляд за вагітною:

- транспортування хворої в палату;
- спостереження за її станом до повного виходу з наркозу;
- вислуховування серцебиття плода через кожні 10–15 хв протягом перших 2 год після амніоскопії та амніоцентезу;
- введення медикаментозних препаратів згідно з призначеннями лікаря.

Підготовка вагітних до проведення інвазивних трансабдомінальних методів дослідження (фетоскопії, кордоцентезу):

- зголювання волосся на зовнішніх статевих органах та за необхідності на передній черевній стінці;
- спорожнення прямої кишки або очисна клізма;
- спорожнення сечового міхура.

Функції акушерки:

- підготовка вагітної;
- підготовка та стерилізація інструментів;
- перевірка справності освітлювальної системи приладів;
- під час проведення маніпуляції — виконання розпоряджень лікаря по ходу операції, спостереження за станом хворої;
- догляд за хворою після операції.

Догляд за вагітною:

- транспортування хворої в палату;

- спостереження за її станом до повного виходу з наркозу;
- вислуховування серцебиття плода через кожні 10–15 хв протягом перших 2 год після операції або проведення моніторного спостереження за станом плода;
- введення медикаментозних препаратів згідно з призначеннями лікаря.

Перелік контрольних питань:

- діагностика вагітності;
- методика обстеження вагітних;
- визначення терміну вагітності і дати пологів;
- сучасні методи діагностики стану плода;
- підготовка вагітних до проведення діагностичних маніпуляцій.

Перелік практичних навичок, які повинні засвоїти студенти, вивчаючи дану тему:

- заповнення паспортної частини індивідуальної карти спостереження та обмінної карти вагітної, історії пологів;
- оформлення направлень для лабораторного обстеження;
- збирання анамнезу;
- вимірювання зросту, визначення маси тіла вагітної;
- вимірювання зовнішніх розмірів таза;
- вимірювання висоти стояння дна матки та обводу живота.

БУДОВА І РОЗМІРИ ЖІНОЧОГО ТАЗА

БУДОВА І РОЗМІРИ ЖІНОЧОГО ТАЗА

Значення будови та розмірів таза жінки для нормального перебігу пологового акту надзвичайно велике. Малий таз утворює суцільне кісткове кільце, і саме його розміри часто визначають можливість чи неможливість пологів природними пологовими шляхами.

Першим анатомію таза описав у 1543 році Андрій Везалій, голландський акушер Девентер у 1701 році вказав на значення будови таза для прогнозу пологів, у 1751 році англійський акушер Смеллі детально описав будову таза і правильно виміряв його розміри, висвітливши їх значення в акушерстві.

Таз новонародженої дівчинки, порівняно з тазом дорослої жінки, має суттєві відмінності. У новонародженої тазова кістка складається з трьох кісток — клубової, лобкової та сідничної, з'єднаних хрящовою тканиною. Передня поверхня крижів плоска, мис не виражений. Клубові кістки розміщуються майже вертикально, крила їх вузькі. Таз має лійкоподібну форму, звужується донизу.

Упродовж перших років життя на форму таза впливає ріст організму, а також вплив ваги тулуба при вертикальному навантаженні і протидія з боку нижніх кінцівок. Під вагою тулуба мис подається донизу і допереду, виступаючи в порожнину таза. Верхівка крижів, яка утримується сильними зв'язками, не може зміщуватися дозаду, тому утворюється увігнутість крижової кістки. Крила клубових кісток стають ширшими, збільшується вхід у малий таз.

При недостатньому харчуванні на першому році життя, зокрема нестачі вітаміну D, кальцію, фосфору та інших мікроелементів, кістки таза дівчинки залишаються надто м'якими і формується таз неправильної форми (плоскорахітичний, простий плоский тощо).

Скостеніння тазової кістки завершується до періоду статевого дозрівання. Остаточне зростання крижових хребців відбувається до 17–25 років.

Відмінність жіночого таза від чоловічого починає проявлятись у період статевого дозрівання і стає виразною у зрілому віці *(рис. 7.1)*. Кістки жіночого таза тонші, гладенькі, не такі масивні, як у чоловіків, жіночий таз нижчий, ширший, більший за об'ємом. Крижі ширші, мис виступає вперед менше, лобковий симфіз коротший і ширший, форма входу у малий таз поперечно-овальна і площина входу в малий таз більша, ніж у чоловіків. Лобковий кут — 90–100°, у чоловіків — 70–75°. Загалом форма жіночого таза ближча до циліндричної, чоловічого — лійкоподібна.

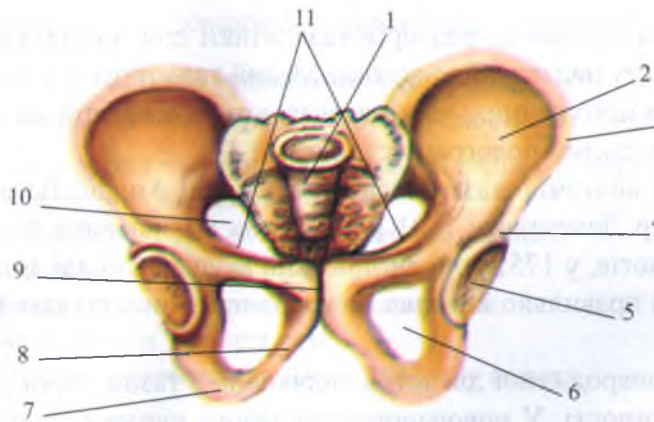


Рис. 7.1. Жіночий таз:
1 — крижі; 2 — крило клубової кістки; 3 — передньоверхня ость; 4 — передньонижня ость; 5 — вертлюжна западина; 6 — затульний отвір; 7 — сідничний горб; 8 — лобкова дуга; 9 — лобковий симфіз; 10 — вхід у малий таз; 11 — безіменна лінія

Кістки таза

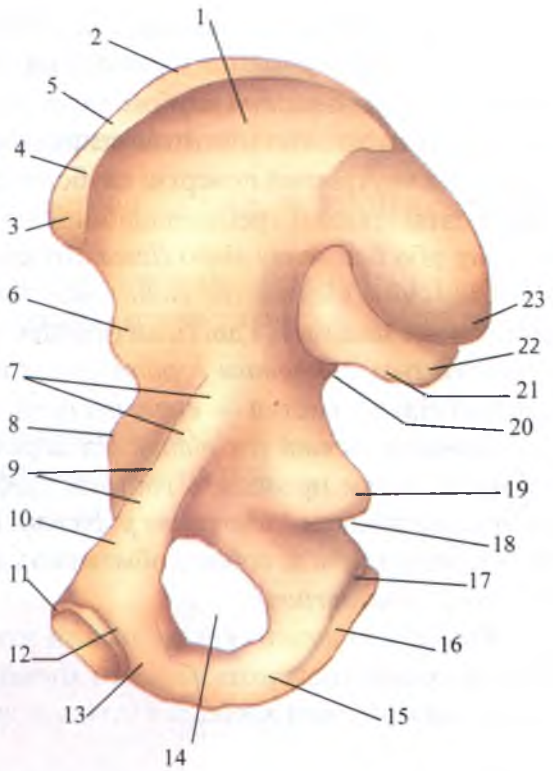
Таз дорослої жінки складається з чотирьох кісток: двох тазових, або безіменних, крижів і куприка *(рис. 7.2, 7.3)*.

Тазова (безіменна) кістка *(os coxae, os innominatum)* до 16–18 років складається з трьох кісток, з'єднаних хрящами — це клубова, лобкова і сіднична кістки. Після скостеніння хрящів кістки зростаються між собою і утворюють тазову кістку.

Клубова кістка *(os ilium)* складається з тіла і крила. Найтовщий вільний верхній край крила утворює *гребінь клубової кістки (crista iliaca)*. Спереду

Рис. 7.2. Кістковий таз. Медіальний вигляд правої тазової кістки:

1 — ямка клубової кістки;
2 — клубова кістка;
3 — передньо-верхня ость клубової кістки;
4 — гребінець клубової кістки;
5 — крило клубової кістки;
6 — передньо-нижня ость клубової кістки;
7 — лінія дугоподібна;
8 — клубово-лобковий горбик;
9 — гребінь лобкової кістки;
10 — верхня гілка лобкової кістки;
11 — гребінець лобкової кістки;
12 — тіло лобкової кістки;
13 — нижня гілка лобкової кістки;
14 — затульний отвір;
15 — сідничка гілка;
16 — горбистість сідничної гілки;
17 — серпоподібний гребінець;
18 — мала сіднична вирізка;
19 — сіднична ость;
20 — велика сіднична вирізка;
21 — передвушна борозна;
22 — задньо-нижня клубова ость;
23 — задньо-верхня клубова ость



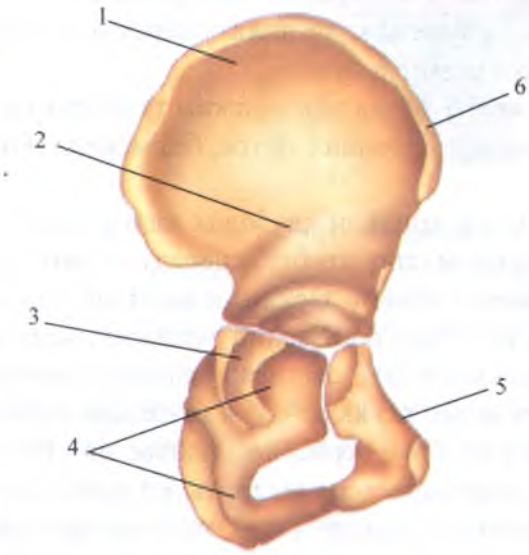


Рис. 7.3. Кістковий таз. Латеральний вигляд дитячої тазової кістки:

1 — крило клубової кістки;
2 — тіло клубової кістки;
3 — вертлюжна впадина;
4 — сіднича кістка;
5 — гребінь лобкової кістки;
6 — передньо-верхня клубова ость

гребінь починається виступом *(spina iliaca anterior superior)*, нижче розташований іще один виступ — *передньо-нижня ость* (spina iliaca anterior inferior). Нижче передньо-нижньої ості, у місці зрощення клубової кістки з лобковою, є незначне підвищення — клубово-лобковий горбик.

Гребінь клубової кістки ззаду закінчується задньо-верхньою клубовою остю *(spina iliaca posterior superior),* нижче від якої розташований другий виступ — *задньо-нижня клубова ость (spina iliaca posterior inferior).* Під задньо-нижньою остю міститься велика сіднична вирізка *(incisura ischiadica major).* На внутрішній поверхні клубової кістки, в ділянці переходу крила в тіло, розташований гребенеподібний виступ, який утворює *дугоподібну межову,* або *безіменну лінію (linea arcuata s. innominata).*

Сіднична кістка *(os ischii)* має тіло, яке бере участь в утворенні вертлюжної западини, і дві гілки (верхню та нижню). Верхня гілка йде вниз і закінчується *сідничним горбом (tuber ischiadicum).* На задній поверхні нижньої гілки є виступ — *сіднична ость* (spina ischiadica).

Лобкова кістка *(os pubis).* На верхньому краї горизонтальної гілки лобкової кістки проходить гострий гребінь, який спереду закінчується лобковим горбиком *(tuberculum pubicum).* Гілки лобкової і сідничної кісток, що з'єднуються між собою, обмежують досить великий замкнутий отвір *(foramen obturatorium).*

Крижі *(os sacrum)* складаються з п'яти хребців, що зрослися між собою. Основа крижів (поверхня першого крижового хребця) зчленовується з останнім поперековим хребцем і утворює виступ — *крижовий мис (promontorium).*

Куприк *(os coccigeus)* складається з 4–5 хребців, що зрослися.

Описані вище анатомічні утвори дуже важливі для акушерства, оскільки є точками відліку для вимірювання розмірів таза.

Таз поділяється на *великий* і *малий.* Межа між великим та малим тазом проходить по верхньому краю симфізу та лонних кісток, безіменних лініях та через крижовий мис.

Великий таз обмежений з боків крилами клубових кісток, ззаду — передньою поверхнею поперекового відділу хребта, спереду — внутрішньою поверхнею передньої черевної стінки. Оскільки великий таз має кісткові межі лише з трьох боків, а спереду обмежений рухомою і податливою черевною стінкою, його об'єм може змінюватися і великого значення для акушерства не має. Натомість малий таз являє собою суцільне кісткове кільце, його розміри є сталими і це дуже серйозно впливає на прогноз пологів. Пологи через природні пологові шляхи залежать від правильного співвідношення розмірів таза і розмірів голівки плода, тому вимірювання розмірів малого таза є надзвичайно важливим для акушерської практики.

Пряме визначення розмірів ***малого таза*** на живій жінці неможливе, оскільки його анатомічні орієнтири — внутрішній край лона, мис — недоступні для безпосереднього вимірювання. Проте існує залежність між розмірами великого таза і малого, і багаторічний досвід акушерів виявив

закономірності, які дозволяють оцінити розміри малого таза за розмірами великого, які можна відносно легко виміряти.

Малий таз. Площини і розміри малого таза

Малий таз поділяють на три частини — вхід, порожнину і вихід *(рис. 7.4)*.

Оскільки кісткова основа таза надає порожнині неправильної форми, прийнято виділяти чотири уявні площини, кожна з який має власну конфігурацію і розміри:

- площина входу в малий таз;
- площина широкої частини порожнини малого таза;
- площина вузької частини порожнини малого таза;
- площина виходу з таза.

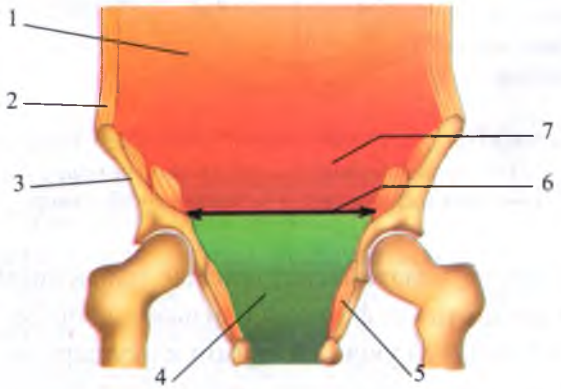


Рис. 7.4. Черевна порожнина та порожнина таза:
1 — черевна порожнина; 2 — м'язи черевної порожнини;
3 — крило клубової кістки; 4 — порожнина малого таза;
5 — затульна мембрана; 6 — межа малого таза; 7 — великий таз

Площина входу в малий таз має такі межі:

- спереду — верхній край лобкового симфізу і верхньо-внутрішній край лобкових кісток;
- з боків — безіменні лінії;
- ззаду — крижовий мис.

У площині входу в малий таз *(рис. 7.5)* розрізняють прямий, поперечний та два косі розміри. Прямий розмір — відстань від крижового мису до середини верхнього краю лобкового симфізу, це так звана *анатомічна кон'югата.* Проте внутрішня поверхня симфізу дещо вигнута, опукла, тому

значення анатомічної кон'югати в акушерстві невелике. Для прогнозу пологів важлива *справжня* або *акушерська кон'югата (conjugata vera s. obstetrica)* — віддаль від крижового мису до точки, що найбільш виступає на внутрішній поверхні верхнього краю лобкового симфізу. В нормі вона становить 11 см. Анатомічна кон'югата на 0,3–0,5 см більша від акушерської. *Акушерська кон'югата — найважливіший розмір таза, саме за нею визначають ступінь його звуження, якщо будова таза неправильна.*

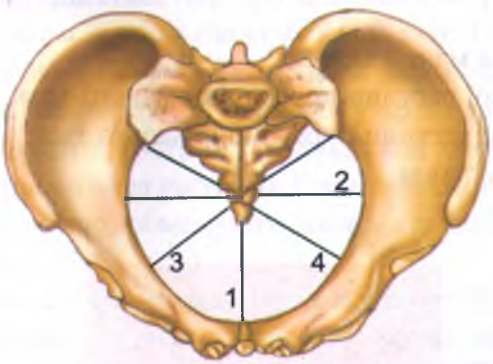


Рис. 7.5. Розміри площини входу в таз:
1 — прямий розмір; 2 — поперечний розмір;
3 — лівий косий розмір; 4 — правий косий розмір

Термін «кон'югата» в математиці означає найменший розмір еліпса. Площина входу в малий таз за формою близька до еліпса, тому німецький акушер Редерер (1740–1798) увів цей термін в акушерство.

Поперечний розмір — відстань між найвіддаленішими точками безіменних ліній становить 13–13,5 см.

Косих розмірів є два: правий і лівий, які становлять по 12–12,5 см. Правий косий розмір вимірюють від правого клубово-крижового зчленування до лівого клубово-лобкового горбка. Лівий косий розмір — від лівого клубово-крижового зчленування до правого клубово-лобкового горбка. Якщо в акушера під час огляду вагітної виникають труднощі із визначенням правого і лівого косих розмірів, він може використати прийом Малиновського. Для цього слід скласти долоні рук під прямим кутом і піднести до виходу з таза пацієнтки. При цьому площина, проведена через долоню правої руки відповідатиме правому косому розміру, а лівої — лівому косому.

Площина широкої частини порожнини таза *(рис. 7.6)* має майже правильну круглу форму і такі межі:

- спереду — середина внутрішньої поверхні лобкового симфізу;

- з боків — середина вертлюжних впадин;
- ззаду — місце з'єднання II і III крижових хребців.

Прямий і поперечний розміри цієї площини однакові, вони становлять по 12,5 см.

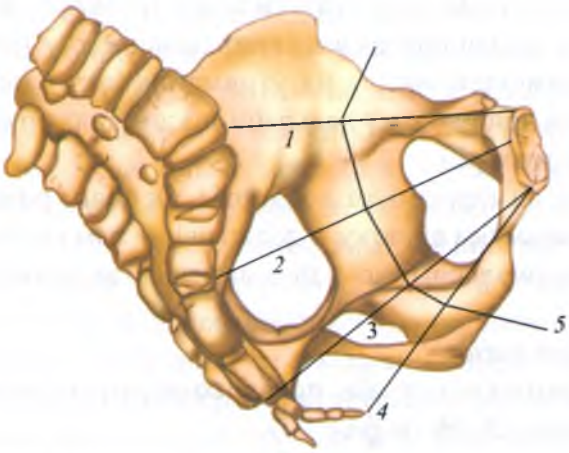


Рис. 7.6. Площини малого таза і провідна вісь таза:
1 — входу; 2 — широкої частини малого таза; 3 — вузької частини малого таза; 4 — виходу; 5 — провідна вісь таза

Площина вузької частини порожнини таза обмежена:

- спереду — нижнім краєм лобкового симфізу;
- з боків — остями сідничних кісток;
- ззаду — крижово-куприковим зчленуванням.

Прямий розмір дорівнює 11–11,5 см, поперечний — 10,5 см.

Площина виходу з таза має такі межі:

- спереду — нижній край лобкового симфізу;
- з боків — сідничні горби;
- ззаду — верхівка куприка.

Прямий розмір — 9,5 см, поперечний — 11 см. Проте під час пологів завдяки тиску передлеглої частини верхівка куприка відхиляється дозаду, прямий розмір виходу з таза збільшується на 2 см і становить 11,5 см.

Лінію, яка з'єднує центри всіх прямих розмірів таза, називають ***провідною віссю таза***. Ця лінія вигнута паралельно до вигину крижової кістки і має форму риболовного гачка. Уздовж цієї уявної лінії відбувається рух плода по родовому каналу.

Якщо уявно продовжити площину входу в малий таз у жінки, що стоїть, до перетину з горизонтальною площиною, отримаємо кут, який називається *кутом нахилення таза.* В нормі він становить 50–60°. Кут нахилення таза впливає на вставлення голівки у вхід в малий таз — чим менший кут, тим кращі умови для вставлення голівки.

Вимірювання розмірів таза

Вимірювання таза має велике значення для прогнозу пологів.

Таз вимірюють тазоміром. Тазомір нагадує циркуль з гудзиками на кінцях гілок і з поділками на шкалі. Ціна поділки — 0,5 см. Для вимірювання таза слід узяти тазомір таким чином, щоб гудзики лікар тримав великим і вказівним пальцями, а гілки лягали поверх вказівних пальців — у такому положенні витрачається найменше зусиль на утримання інструмента, а решта пальців вільні і можуть допомагати у пальпації анатомічних орієнтирів, між якими вимірюються розміри.

Розміри таза поділяють на основні та додаткові. Основні розміри вимірюють усім вагітним жінкам без винятку, а додаткові — тим вагітним, у яких є якісь відхилення від нормальної будови таза, визначені за основними параметрами.

Основні зовнішні розміри таза:

- Distantia spinarum — вимірюється між передньо-верхніми остями клубових кісток, становить 25–26 см *(рис.7.7)*.
- Distantia cristarum — вимірюється між найвіддаленішими точками гребенів клубових кісток, становить 28–29 см *(рис.7.7)*.
- Distantia trochanterica — вимірюється між найвіддаленішими точками великих вертлюгів стегнових кісток, становить 30–31 см *(рис.7.7)*.
- Прямий розмір таза — conjugata externa – вимірюється від середини зовнішньо-верхнього краю лобкового зчленування до надкрижової ямки, дорівнює 20–21 см *(рис.7.8)*.

Виміряти справжню (акушерську) кон'югату на живій жінці неможливо, її можна тільки обчислити. Для визначення величини справжньої кон'югати

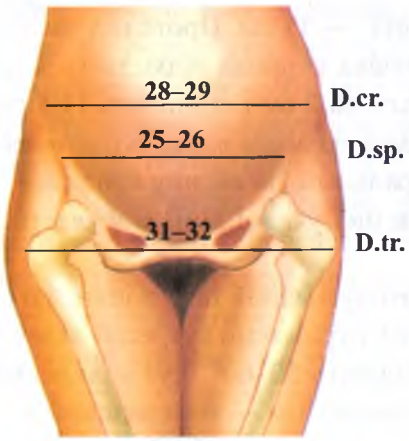


Рис. 7.7. Поперечні розміри великого таза

Рис. 7.8. Прямі розміри великого таза. Вимірювання зовнішньої кон'югати

від зовнішньої слід відняти 9 см — це емпірично визначена товщина кісток і м'яких тканин жінки, що має середньостатистичну статуру. Для оцінки товщини кісток у конкретної жінки існує простий спосіб, який полягає у вимірюванні обводу її зап'ястя, так званий ***індекс Соловйова.*** Середня величина обводу променевозап'ястного суглоба становить 14–16 см. Якщо індекс Соловйова пацієнтки знаходиться у цих межах, для визначення справжньої кон'югати від величини зовнішньої слід відняти 9 см. Якщо індекс більший за 16 см, це означає, що кістки жінки товщі за середню величину, тому від виміряної у пацієнтки величини зовнішньої кон'югати слід відняти 10 см. Якщо індекс менший за 14 см — кістки у жінки тонкі, тому для отримання внутрішньої кон'югати слід відняти від зовнішньої 8 см.

Для безпосереднього вимірювання величини, близької до справжньої кон'югати, існує допоміжний розмір таза — ***діагональна кон'югата*** *(рис. 7.9).* Вона вимірюється при вагінальному дослідженні від нижнього краю симфізу до миса (якщо мис взагалі можна досягнути, оскільки при нормальних розмірах таза акушер зазвичай не може пропальпувати мис, це можливо лише при звуженні таза). В нормі діагональна кон'югата становить 12,5–13 см. Для визначення величини справжньої кон'югати від діагональної слід відняти 1,5–2 см.

Для оцінки форми таза та його пропорційності слід оглянути ***ромб Міхаеліса.*** Верхній кут його міститься в заглибині під остистим відростком V поперекового хребця *(рис. 7.10).* Бічні кути відповідають задньо-верхнім остям клубових кісток, нижній — верхівці крижів. У жінок з нормальним тазом ромб має правильну форму, наближається до квадрата, його розміри 10–11 см, вертикальний розмір приблизно дорівнює справжній кон'югаті

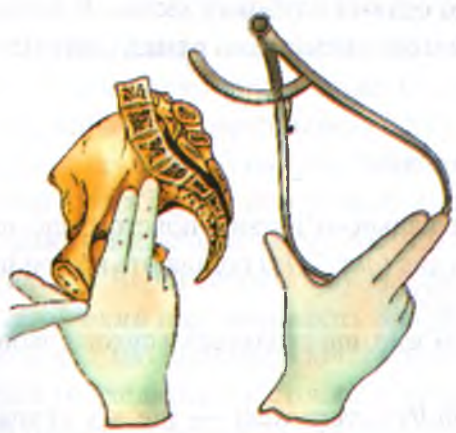


Рис. 7.9. Вимірювання діагональної кон'югати

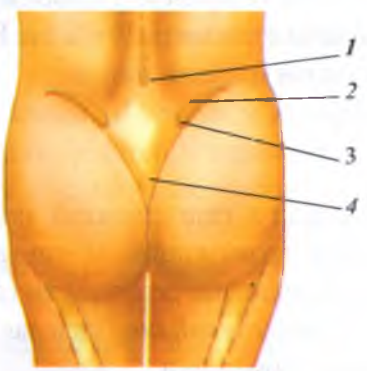


Рис. 7.10. Ромб Міхаеліса:
1 — остистий відросток V поперекового хребця; 2 — клубовий гребінь; 3 — задня верхня ость; 4 — верхівка крижової кістки

(кон'югата Трідондані), висота верхнього трикутника — 3–3,5 см. Зміна форми ромба — витягнутість по вертикалі, вкорочення висоти верхнього трикутника — може свідчити про неправильну форму таза.

Додаткові розміри таза

Розміри виходу з таза. Прямий розмір вимірюють тазоміром від нижнього краю середини симфізу до верхівки крижів, ця віддаль становить 11 см, вона на 1,5–2 см більша за справжню величину через товщину м'яких тканин. Поперечний розмір виходу з таза вимірюють між внутрішніми поверхнями сідничних горбів. Вимірювання проводять сантиметровою стрічкою чи спеціальним тазоміром, що має гілки, які перехрещуються. Отримані дані — в середньому 9–9,5 см — насправді на 1–1,5 см менші за справжню віддаль між кістками через товщину м'яких тканин. До отриманої при вимірюванні величини слід додати 1–1,5 см.

Визначення величини і форми лобкового кута. При нормальних розмірах таза величина лобкового кута становить 90–100°. Якщо таз вузький, величина цього кута зменшується. В такому разі порушується біомеханізм пологів і значно погіршується їх прогноз.

Бокові кон'югати. Вимірюються між передньо-верхньою і задньо-верхньою остями кожної із клубових кісток. В нормі ця величина становить 15 см. Важлива не стільки абсолютна величина, скільки рівність показників з одного та іншого боку. Якщо показники відрізняються більше, як на 1 см, це свідчить про асиметрію таза.

Косі кон'югати. Вимірюються між правою передньо-верхньою і лівою задньо-верхньою остями клубових кісток, а також між лівою передньо-верхньою та правою задньо-верхньою остями клубових кісток. В нормі ця величина становить 20–21 см. Різниця між показниками понад 1 см свідчить про асиметричний таз.

Тазове дно

Вихід з таза закритий знизу фасціально-м'язовим пластом, що називається тазовим дном. М'язи тазового дна *(рис. 7.11)* поділяють на три шари — поверхневий, середній та глибокий.

Поверхневий шар складається із м'язів, що сходяться у сухожилковому центрі промежини:

1. *Цибулиногубчастий м'яз (m.bulbocavernosus)* — іде від сухожилкового центру до клітора, охоплює вхід до піхви і при скороченні звужує вхід до піхви.

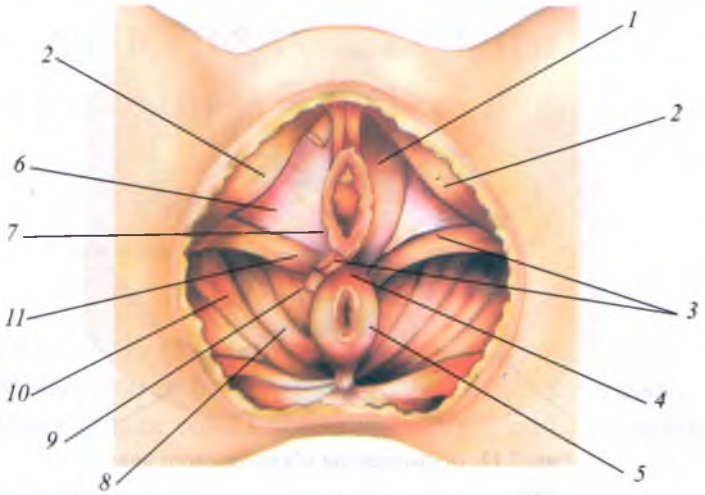


Рис. 7.11. М'язи тазового дна:

1 — цибулиногубчастий м'яз; 2 — сіднично-печеристий м'яз; 3 — поверхневий поперечний м'яз промежини; 4 — сухожилковий центр промежини; 5 — зовнішній сфінктер заднього проходу; 6 — фасція сечостатевої діафрагми; 7 — велика залоза присінка (бартолінова залоза); 8–10 — діафрагма таза; 11 — глибокий поперечний м'яз промежини

2. *Сіднично-печеристий м'яз (m.ischiocavernosus)* — іде від нижньої гілки сідничної кістки і прикріплюється до клітора.

3. *Поверхневий поперечний м'яз промежини (m.transversus perinei superficialis)* — іде від сухожилкового центру вправо і вліво і прикріплюється до внутрішньої поверхні сідничних горбів.

4. *Зовнішній сфінктер заднього проходу (m.sphincter ani externus).* Пучки цього м'яза починаються від куприка і, охоплюючи задньопрохідний отвір, закінчуються в сухожилковому центрі промежини.

Середній шар *— сечостатева діафрагма (diaphragma urogenitale).* Це трикутна м'язово-фасціальна пластинка, розташована під симфізом, у лобковій дузі. У передньому відділі сечостатевої діафрагми м'язові пучки оточують сечівник і утворюють його зовнішній сфінктер, у задньому відділі м'язові пучки ідуть у поперечному напрямку до сідничних горбів. Ці пучки називаються *глибоким поперечним м'язом промежини (m.transversus perinei profundus).* Через сечостатеву діафрагму проходять сечівник та піхва.

Глибокий шар називають *діафрагмою таза.* Вона складається із *парного м'яза,* що піднімає *задній прохід — m.levator ani.* Обидва м'язи віялоподібно відходять від кісток таза, утворюють купол, верхівка якого обернена вниз і прикріплюється до нижнього відділу прямої кишки. Усі м'язи тазового дна покриті фасціями.

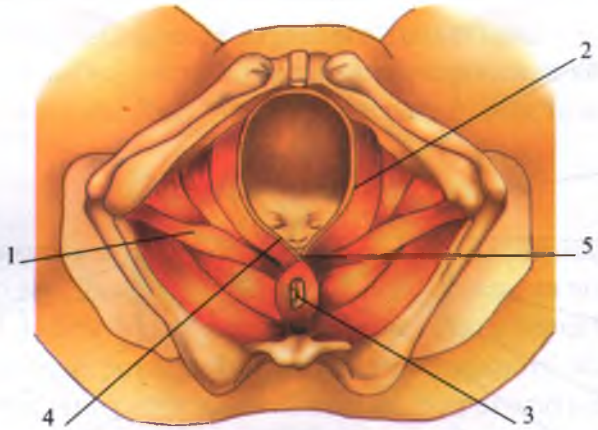


Рис. 7.12. Пошкодження м'язів тазового дна:
1 — поверхневий поперечний м'яз промежини; 2 — лобково-куприковий м'яз (частина м'яза, що піднімає задній прохід); 3 — анальний отвір; 4 — розрив промежини; 5 — сухожилковий центр промежини.

Тазове дно виконує надзвичайно важливі функції:

1. Є опорою для внутрішніх статевих органів, сприяє збереженню нормального їх положення, а також є опорою і для інших внутрішніх органів.

2. М'язи тазового дна беруть участь у регуляції внутрішньочеревного тиску.

3. Під час пологів всі шари м'язів тазового дна розтягуються *(рис. 7.12)* і утворюють широку трубку, яка є продовженням кісткового пологового каналу.

Перелік контрольних питань:

- кістки таза;
- малий таз, площини і розміри малого таза;
- вимірювання розмірів таза;
- додаткові розміри таза;
- тазове дно.

Перелік практичних навичок, які повинні засвоїти студенти, вивчаючи дану тему:

- вимірювання розмірів таза;
- вимірювання індексу Соловйова;
- вимірювання ромба Міхаеліса.

ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ВАГІТНИМИ

Запліднення — це складний комплекс біологічних процесів, що забезпечують процес злиття зрілих чоловічої та жіночої статевих клітин, внаслідок чого утворюється одна клітина (зигота), з якої розвивається новий організм.

Після статевого акту в піхву потрапляє 3–5 мл сперми. Кожен мілілітр містить 70–100 млн сперматозоонів, загалом 200–500 млн.

Процес запліднення відбувається в ампулярній частині маткової труби. У момент овуляції виникає тимчасовий контакт труби і яєчника. Яйцеклітина захоплюється фімбріями ампулярної частини і просувається завдяки рухам війок циліального епітелію, фімбрій і дистального відділу труби. Під впливом ферментів, які виділяє епітелій, починається процес звільнення яйцеклітини від променистого вінця. Цей процес завершується під дією гіалуронідази та муцинази, які виділяють сперматозоони. Для повного розчинення оболонки необхідно близько 100 млн сперміїв, проте лише кілька з них проникає всередину яйцеклітини, і лише один з'єднує своє ядро з ядром материнської гамети, несучи генетичний код батька.

Утворюється нова клітина — *зигота*.

У момент запліднення визначається стать майбутньої дитини. Кожен ооцит має 22 аутосоми й одну статеву Х-хромосому (22+Х). Кожен сперматоцит несе 22 аутосоми й одну Х (22+Х) або Y (22+Y) хромосому. Якщо ооцит запліднюється сперматоцитом, який містить Х-хромосому (22+Х), народжується дівчинка (44+ХХ), якщо спермій несе генетичний код Y (22+Y), народжується хлопчик (44+XY).

РОЗВИТОК ПЛОДОВОГО ЯЙЦЯ

Через добу після запліднення зигота починає ділитись, просуваючись при цьому по матковій трубі *(рис. 8.1)*. Цей процес триває 3 доби. В порожнину матки зародок потрапляє на стадії морули і складається з двох видів клітин — одні з них, більші й темніші, скупчуються в центрі клітини, утворюючи ембріобласт (з якого надалі розвивається плід), інші — менші і світліші — утворюють

зовнішній шар — трофобласт, який забезпечує імплантацію і живлення зародка *(рис. 8.2)*.

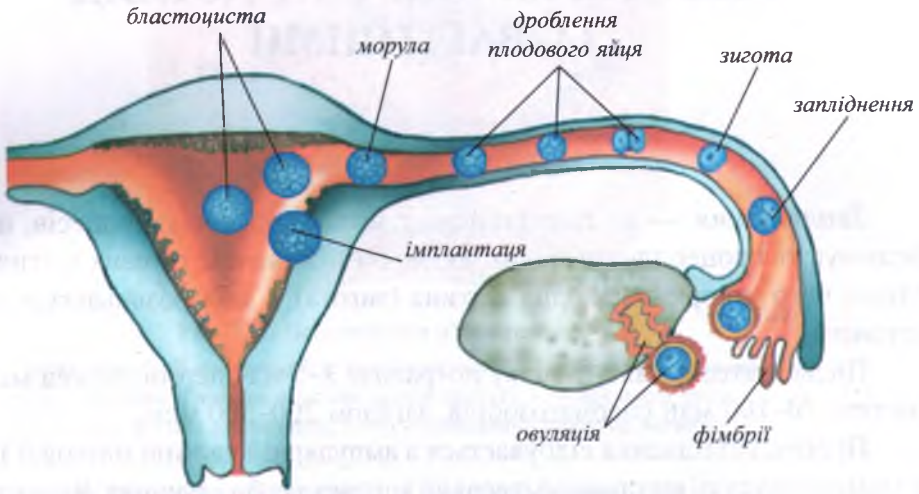


Рис. 8.1. Міграція плодового яйця

У порожнині матки морула перебуває до імплантації ще 3 доби, перетворюючись за цей час на *бластоцисту*. На 7 добу завдяки гістолітичним ферментам, які починає виділяти трофобласт, бластоциста розчиняє тканини слизової оболонки матки. Плодове яйце занурюється у функціональний шар ендометрія. Цей процес називається *імплантацією*. Розпочинається якісно новий стан організму жінки — *вагітність*. На кінець 8-ї доби імплантація (нідація) завершується, отвір над зародком заростає. Живлення бластоцисти в цей час здійснюється завдяки секрету залоз ендометрія.

Після імплантації трофобласт починає секретувати хоріонічний гонадотропін, з появою навіть мінімальних кількостей якого в організмі жінки починаються зміни: припиняється менструальний цикл, жовте тіло менструації перетворюється на жовте тіло вагітності, ендометрій трансформується в децидуальну оболонку.

Після повної імплантації на поверхні трофобласта утворюються вирости — ворсини, з яких надалі розвивається *ворсинчаста оболонка* (chorion). У цей час ворсинки вкривають всю поверхню хоріона. Згодом плодове яйце, збільшуючись, виступає в порожнину матки, ця поверхня втрачає контакт зі слизовою оболонкою, а, отже, і трофічну функцію, тому ворсинки тут, ставши недоцільними, зникають, хоріон стає гладеньким. На тій частині хоріона, що прилягає до матки, ворсинки розростаються, розгалужуються, — тут починається формування плаценти.

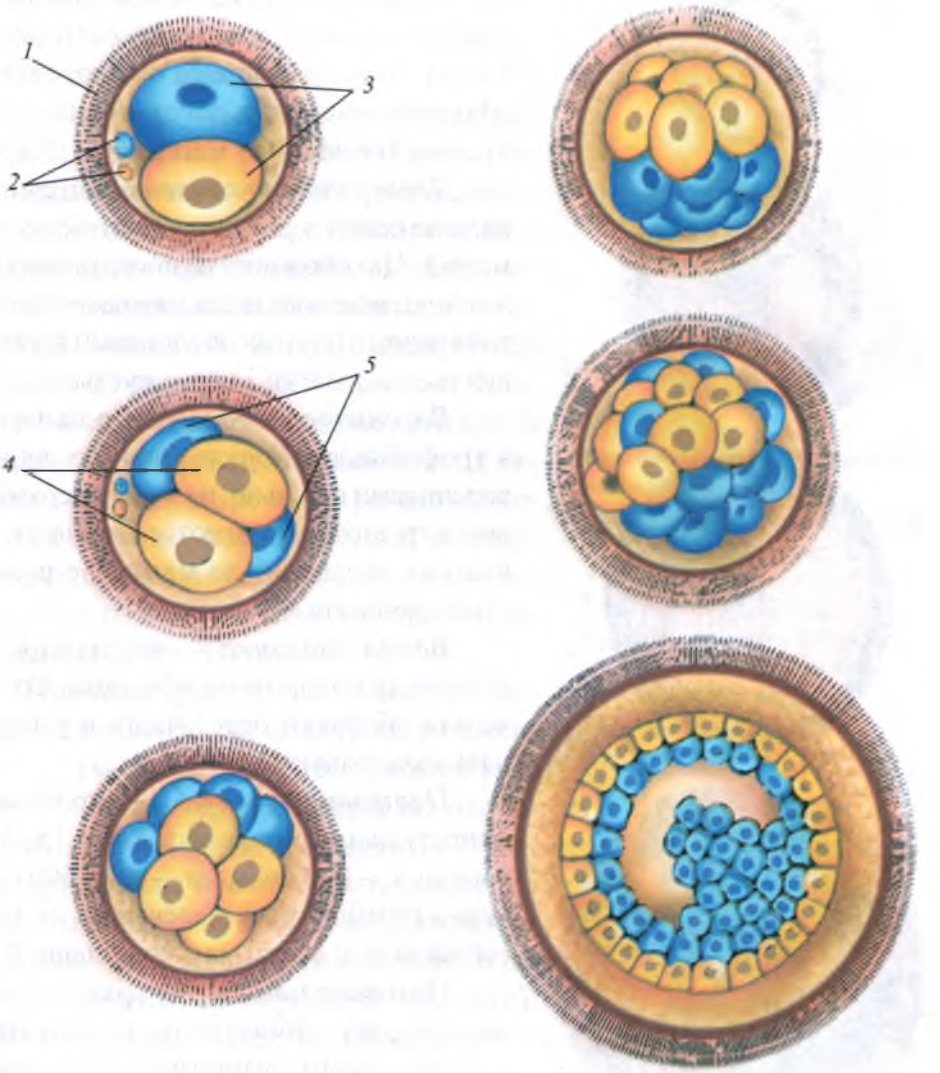


Рис. 8.2. Схема дроблення яйцеклітини з утворенням морули:
1 — блискуча оболонка; 2 — полярні тільця; 3 — шари дроблення;
4 — світлі клітини, які утворюють зовнішній зародковий листок;
5 — темні клітини, які утворюють внутрішній зародковий листок

Отже, після запліднення, впродовж перших двох тижнів, запліднену яйцеклітину ми називаємо *плодовим яйцем.* З третього тижня настає ембріональний період. Проходить диференціювання оболонок, ріст *ембріона (рис. 8.3).* З 10-го тижня після останньої менструації, або через 8 тижнів після запліднення ембріональний період закінчується. З цього моменту зародок називається *плодом.*

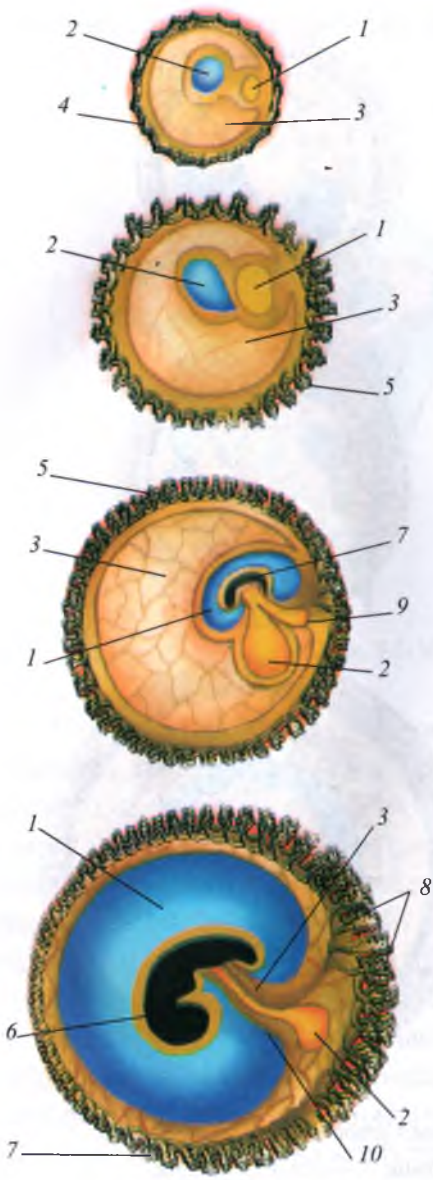


Рис. 8.3. Схема розвитку плодового яйця:
1 — порожнина амніона;
2 — жовтковий мішок;
3 — мезенхіма;
4 — трофобласт;
5 — первинний хоріон;
6 — зачаток ембріона;
7 — справжній хоріон;
8 — ворсини справжнього хоріона (майбутній гіллястий хоріон);
9 — алантоїс і його судини;
10 — зачаток пуповини

У цей час плід оточений навколоплодовими водами і трьома оболонками, дві з яких — водна (amnion) та ворсинчаста (chorion) — належать плоду, а одна — децидуальна (decidua) — матері *(рис. 8.4.)*.

Децидуальною оболонкою називають видозмінений у зв'язку з вагітністю ендометрій. Цю оболонку називають ще відпадаючою, оскільки після народження плода вона разом з іншими оболонками відокремлюється від матки і народжується.

Ворсинчаста оболонка розвивається з трофобласта. Хоріон спочатку вкритий ворсинками суцільно, на всій поверхні, згодом ворсинки залишаються лише на його частині, зверненій до матки, де розвивається плацента.

Водна оболонка — внутрішня, найближча до плода тонка оболонка. Епітелій водної оболонки бере участь в утворенні навколоплодових вод.

Плацента *(рис. 8.5)*. Наприкінці вагітності діаметр плаценти сягає 15–20 см, товщина — 2–3 см, маса — 500–600 г. Плацента розміщується переважно на передній чи задній стінці матки в ділянці її тіла.

Плацента має дві поверхні — *материнську*, що прилягає до стінки матки, і *плодову*, вкриту амніотичною оболонкою, під якою від периферії плаценти до місця прикріплення пуповини йдуть судини. Материнська поверхня плаценти має сіруватий-червоний колір. Вона поділена на частинки (котиледони).

Функції плаценти:

- *трофічна та газообміну* — з крові матері плід отримує кисень і необхідні поживні речовини;
- *видільна* — у кров матері виводяться продукти обміну та вуглекислота;

- *ендокринна* — плацента є тимчасовою залозою внутрішньої секреції. В ній утворюються гормони;
- *бар'єрна* — плацента гальмує перехід до плода деяких речовин та мікроорганізмів. На жаль, ця функція обмежена: алкоголь, нікотин, наркотичні речовини проходять через плаценту і можуть чинити шкідливий вплив на плід.

Упродовж вагітності мати, плацента і плід є єдиною функціональною системою. Плацента і плід утворюють фетоплацентарний комплекс. Деякі функції плацента і плід виконують спільно, зокрема, естрогени синтезуються не лише плацентою, а й надниркovими залозами плода, тому зниження екскреції цих гормонів із сечею свідчить про порушення стану плода.

Пуповина *(рис. 8.5)* — канатик завдовжки близько 50 см, діаметр якого дорівнює 1–2 см, що з'єднує тіло плода і плаценту. У ній проходять 2 артерії, що несуть венозну кров від плода до плаценти, і вена, якою артеріальна кров іде від плаценти до плода. Прикріплення пуповини до плаценти може бути центральним (посередині плаценти), боковим (по периферії плаценти), крайовим (по краю плаценти) і дуже рідко — оболонковим.

Послід є сукупністю плаценти, пуповини, оболонок (амніотичної, ворсинчастої, децидуальної).

Навколоплодові води містяться в порожнині амніона. Продукція вод починається з дванадцятого дня гестації. В терміні вагітності 36–38 тижнів їх кількість досягає максимуму — 1–1,5 л, після 38 тижня води починають всмоктуватися, об'єм амніотичної порожнини зменшується.

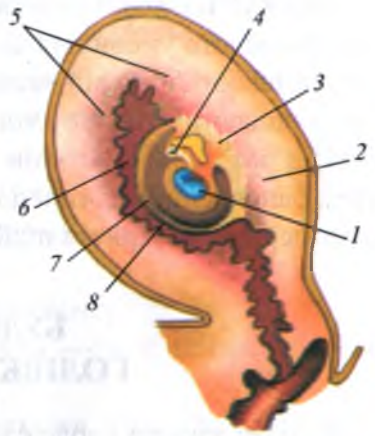


Рис. 8.4. Матка з плодовим яйцем на 8-му тижні вагітності:
1 — плід в амніотичній оболонці;
2 — базальна оболонка;
3 — гіллястий хоріон (майбутня плацента);
4 — залишок жовткового мішка;
5 — парієтальна оболонка;
6 — порожнина матки;
7 — гладенький хоріон;
8 — капсулярна оболонка

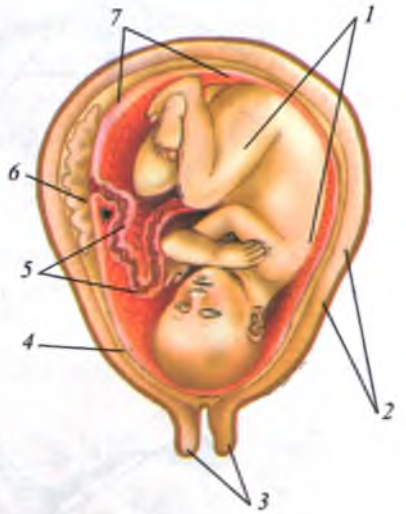


Рис. 8.5. Плодове яйце в матці на кінець вагітності:
1 — плід; 2 — хоріон; 3 — шийка матки; 4 — амніон; 5 — пуповина; 6 — плацента; 7 — стінка матки

Функції навколоплодових вод:

- створюють умови для вільного росту і розвитку плода та його рухів;
- захищають плід від несприятливих впливів;
- захищають пуповину від стиснення між тілом плода та стінкою матки.

Під час пологів нижній полюс амніотичної оболонки (плодового міхура), заповнений навколоплодовими водами, сприяє нормальному перебігові періоду розкриття шийки матки.

БУДОВА ТА РОЗМІРИ ГОЛІВКИ І ТУЛУБА ПЛОДА

Голівка зрілого плода є найоб'ємнішою його частиною.

Череп новонародженого складається з двох частин: *лицевої* та *мозкової*. Кістки лицевої частини міцно з'єднані між собою. Кістки мозкової частини сполучені фіброзними перетинками — швами. В ділянці з'єднання швів

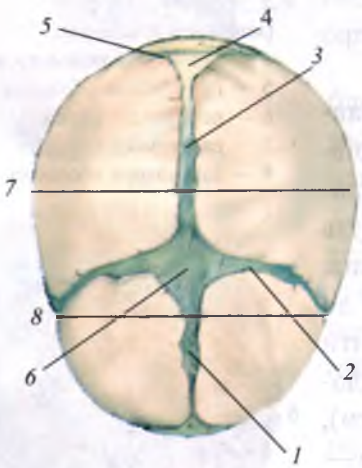
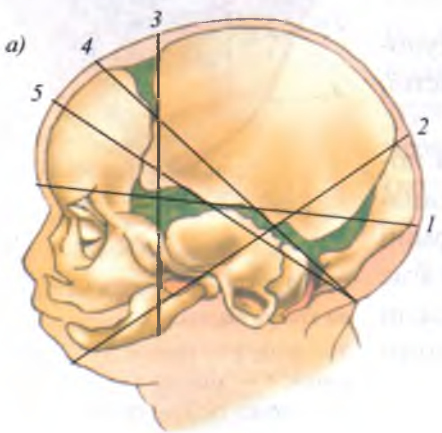


Рис. 8.6. Шви і тім'ячка голівки:
1 — лобний шов; 2 — вінцевий шов;
3 — сагітальний (стрілоподібний шов);
4 — мале тім'ячко;
5 — ламбдоподібний шов;
6 — велике тім'ячко;
7 — великий поперечний розмір;
8 — малий поперечний розмір



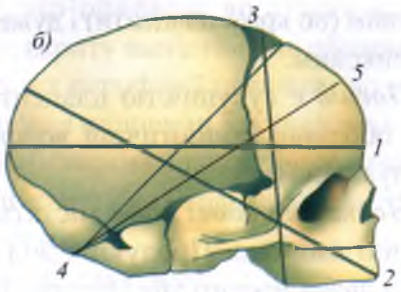


Рис. 8.7 а, б. Розміри голівки плода:
1 — прямий розмір;
2 — великий косий розмір;
3 — вертикальний розмір;
4 — малий косий розмір;
5 — середній косий розмір

утворюються тім'ячка — широкі ділянки сполучної тканини. Завдяки такій будові голівка плода в процесі пологів може змінювати свою форму, оскільки шви та тім'ячка дозволяють кісткам черепа заходити одна за одну і в такий спосіб пристосовуватись до пологових шляхів матері.

Мозкова частина черепа складається із семи кісток: *двох тім'яних, двох лобних, двох скроневих* та *однієї потиличної.* Вони з'єднані:

- стрілоподібним швом — між двома тім'яними кістками;
- лобним — між двома лобними кістками;
- вінцевим — між лобними та тім'яними кістками;
- потиличним, або ламбдоподібним, швом — між потиличною та тім'яними кістками *(рис. 8.6).*

Місця перетину швів називають ***тім'ячками.*** Практичне значення мають велике та мале тім'ячка. Велике тім'ячко має форму ромба, розміщене у місці перетину вінцевого, лобного та стрілоподібного швів. Його розміри 2×1,5 см. Мале тім'ячко міститься у ділянці перетину потиличного та стрілоподібного швів. Воно трикутної форми і має розміри 0,5×0,5 см.

Стрілоподібний шов, мале та велике тім'ячка є основними розпізнавальними пунктами на голівці, які дозволяють при вагінальному дослідженні під час пологів діагностувати вид передлежання.

Голівка доношеного плода має такі розміри *(рис. 8.7):*

- *малий косий* — відстань від переднього кута великого тім'ячка до підпотиличної ямки (становить 9,5 см, обвід голівки по ній — 32 см);
- *середній косий* — відстань від межі волосистої частини лоба до підпотиличної ямки (становить 10 см, обвід голівки по ній — 33 см);
- *великий косий* — відстань від підборіддя до потиличного горба (вона становить 13–13,5 см, обвід голівки по ній — 38–42 см);
- *прямий* — відстань від надпереніссяя до потиличного горба (становить 12 см, обвід голівки — 34 см);
- *вертикальний,* або *прямовисний* — відстань від під'язикової кістки до середини великого тім'ячка (становить 9,5–10 см, обвід голівки по ній — 32 см);
- *малий поперечний* — відстань між найвіддаленішими точками вінцевого шва (становить 8 см);
- *великий поперечний* — відстань між найвіддаленішими точками тім'яних горбів (становить 9–9,5 см).

На тулубі плода розрізняють також розміри плічок — *поперечник плечового пояса* — 12 см (обвід по ньому становить 34–35 см) та *розмір тазової частини* — 9–9,5 см (обвід 27–28 см).

РОЗВИТОК ПЛОДА. ОЗНАКИ ЗРІЛОСТІ ПЛОДА

За 280 діб (10 акушерських місяців) із заплідненої яйцеклітини розвивається зрілий плід.

У 22 тижні вагітності (зі 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) плід має довжину 25 см, масу 500 г. Він вважається недоношеним, але життєздатним. У такого плода ще недостатньо розвинена підшкірно-жирова клітковина, шкіра зморшкувата, покрита «сироподібною» змазкою (речовиною) і пушковими волосинками по всьому тілі. Хрящі носа і вух м'які, нігті не доходять до кінців пальців. У хлопчиків яєчка ще не опустились у мошонку, а у дівчаток великі статеві губи не прикривають малих. Плід, що народжується у цьому терміні, дихає.

На кінець десятого місяця дитина доношена, зріла. Маса дитини досягає понад 2500 г, довжина — понад 47 см.

У першій половині вагітності довжина плода відповідає кількості місяців, піднесеній до квадрату, з 6 місяця — кількості місяців, помноженій на 5 (формула Гаазе).

Стосовно маси тіла плода, то на 6 і 7 місяці вона подвоюється, порівняно з попереднім місяцем. На 9 і 10 місяцях маса тіла зростає в середньому на 800 г.

У пізні терміни для визначення маси внутрішньоутробного плода використовують ультразвукову фетометрію, а також користуються різноманітними формулами (календар Гулюка, формула Вольського, формула Якубової тощо).

Про зрілість новонародженого судять за сукупністю ознак. Довжина доношеного новонародженого в середньому становить 50–52 см (48 см і більше), маса тіла — 3200–3500 г (2500 г і вище). Довжина плода є більш сталою величиною, тому вона чіткіше відображає ступінь зрілості. Новонароджені, що мають зріст від 45 до 47 см (включно), оцінюються щодо зрілості неонатологами й акушерами разом на основі старанного аналізу усіх ознак.

У зрілого плода опукла грудна клітка, пупкове кільце посередині між верхнім краєм лобкового симфізу і мечоподібним відростком. Шкіра зрілого новонародженого блідо-рожева, підшкірна жирова клітковина добре розвинена, на шкірі — лише залишки «сироподібної» змазки; пушок залишається тільки на плечах і верхній частині спини, волосся на голові досягає 2 см; нігті виходять за кінчики пальців. Хрящі носа та вух пружні. У хлопчиків яєчка опущені в мошонку, у дівчаток малі статеві губи прикривають великі. Рухи зрілого плода активні, крик гучний. Малюк голосно кричить, добре смокче.

АДАПТАЦІЯ ОРГАНІЗМУ МАТЕРІ ДО ВАГІТНОСТІ

З моменту запліднення організм матері, плацента і плід починають функціонувати як єдиний комплекс. З прогресуванням вагітності більшість органів та систем зазнають певних фізіологічних змін, спрямованих на створення оптимальних умов для розвитку ембріона.

Нервова система. Формується домінанта вагітності. Гальмівні процеси переважають, збудливість ЦНС знижується. У вагітних з'являється сонливість, емоційна неврівноваженість. Зміни у вегетативній нервовій системі спричиняють нудоту, блювання, зміну смакових та нюхових відчуттів.

Серцево-судинна система. Збільшується об'єм циркулюючої крові (ОЦК) на 30–50%, до того ж відбувається цей процес більше за рахунок зростання об'єму циркулюючої плазми. Кількість еритроцитів зростає незначно, тому у вагітних на ґрунті фізіологічної гіперволемії (гемодилюції — розведення крові) виникає фізіологічна анемія, яка часто переходить у патологічну. Частота серцевих скорочень може незначно збільшуватись. Артеріальний тиск у перші місяці вагітності має тенденцію до зниження на 5–15 мм рт. ст. за рахунок зниження периферичного опору судин. Максимальне зниження спостерігається у термін вагітності 24–28 тижнів, до пологів АТ повертається до вихідного рівня (за умови нормального перебігу вагітності). У положенні вагітної на спині нижня порожниста вена стискається вагітною маткою, виникає брадикардія, зниження АТ (синдром нижньої порожнистої вени), жінка скаржиться на запаморочення, тому тривалого перебування вагітних у такому положенні (при УЗД, КТГ-дослідженні) слід уникати, а за появи симптомів — покласти жінку на бік.

Склад крові. Знижується гематокритне число до 0,33–0,35 за рахунок гемодилюції. Кількість еритроцитів відносно знижується, гемоглобін досягає рівня 110–120 г/л. Число лейкоцитів може коливатися від 5×10^9 до 12×10^9/л. Лейкоцитоз може спостерігатися у перші 3 доби після пологів, надалі кількість лейкоцитів нормалізується. ШОЕ у вагітних зростає, досягаючи 40–50 мм/год.

Перед пологами підвищуються коагуляційні властивості крові, що має адаптаційно-пристосувальний характер для зменшення крововтрати в післядовому та ранньому післяпологовому періоді.

Дихальна система. При прогресуванні вагітності плоду потрібна щоразу більша кількість кисню, тому легені вагітної працюють у режимі гіпервентиляції. Виникає збільшення дихального об'єму та частоти дихальних рухів.

Травна система. На початку вагітності можуть виникати нудота, зміни смаку та пов'язане з цим зниження апетиту. Збільшується навантаження на

печінку, активізується її антитоксична дія, адже необхідно знешкоджувати метаболіти обміну не лише матері, а й плода. У вагітних може виникати печія, що пов'язано зі зниженням тонусу кардіального відділу шлунка. Часто вагітні скаржаться на сповільнення евакуації вмісту товстої кишки. Це наслідок блокуючої дії прогестерону на тонус кишечника.

Сечовидільна система. Нирки працюють з великим навантаженням. Розширюються і подовжуються сечоводи і мисочки нирок, виникає везикоуретральний рефлюкс. Це сприяє застою та інфікуванню сечі, розвитку гестаційного пієлонефриту. У перші місяці вагітності жінки часто скаржаться на часте сечовипускання, бо матка, збільшуючись, тисне на сечовий міхур.

Кровопостачання нирок посилюється. Фільтрація на початку вагітності зростає, наприкінці дещо зменшується, що може спричинити затримку рідини в організмі вагітної й появу набряків.

Опорно-руховий апарат. Унаслідок збільшення вагітної матки для утримання рівноваги виникає компенсаторний поперековий лордоз. Розм'якшуються та стають гідрофільними зв'язки таза та лобковий симфіз, що полегшує просування плода пологовими шляхами.

Шкіра. Вже на початку вагітності на шкірі з'являється пігментація, особливо часто на обличчі, по білій лінії живота, в ділянці ареол. На шкірі молочних залоз, живота, стегон виникають рожеві або червоні смуги — *striae gravidarum,* після пологів вони набувають білуватого або сріблястого кольору, проте не зникають.

Молочні залози протягом вагітності збільшуються. Трубчасті частинки перетворюються в альвеолярні. Починається продукція молозива. Після пологів ініціюється секреція молока.

Ендокринна система. У перші тижні гестації в передній частці гіпофіза збільшується кількість клітин, що продукують пролактин, — так званих клітин вагітності. Пролактин стимулює функцію жовтого тіла, припиняє фолікулогенез, готує молочні залози до лактації.

Статева система. З початком гестаційного процесу циклічні зміни в яєчниках і матці припиняються. Жовте тіло вагітності продукує прогестерон та естрогенні гормони, які створюють умови для нормального розвитку ембріона. Надалі ці функції перебирає плацента. Виникає гіпертрофія та гіперплазія м'язових волокон, що забезпечує збільшення матки. Маса матки з 50–100 г зростає на кінець вагітності до 1000–1500 г, потовщується її стінка. З 24–25 тижня збільшення матки відбувається не завдяки гіпертрофії волокон, як у перші місяці, а внаслідок розтягнення її стінок плодом та водами. Прогестерон знижує збудливість матки (прогестероновий блок) та забезпечує її «м'язовий спокій». Піхва та шийка матки завдяки гідрофільності тканин, притаманній вагітним, розм'якшуються, зростає кількість

еластичних волокон, унаслідок розширення мережі вен і застою крові в них шийка матки та піхва набувають синюшного відтінку.

Обмін речовин. В організмі вагітної активізується обмін вуглеводів, жирів, води та електролітів, дещо менших змін зазнає білковий обмін.

Вуглеводний обмін. Глюкоза є основним субстратом для забезпечення енергетичних потреб плода, а також для створення енергетичних резервів у тканинах материнського організму у вигляді глікогену.

Естрогени, гіпофізарний лактоген є гіперглікемічними гормонами, тобто забезпечують високий рівень глюкози в крові матері, а оскільки глюкоза переноситься через плаценту шляхом полегшеної дифузії, то і в організмі плода. Для відновлення динамічної рівноваги збільшується продукція гіпоглікемічного гормону — інсуліну — у матері, а з 10–11 тижнів гестації і в плода. Тому рівень глюкози в крові вагітної залишається в межах норми, а плід отримує достатнє живлення. Вплив інсуліну у більшості вагітних стимулює апетит і споживання їжі, а його анаболічний ефект сприяє відкладанню запасів глікогену та жирів, тому часто маса тіла жінки за термін вагітності збільшується на 8–12 кг.

Жировий обмін. Посилюється синтез жирних кислот з глюкози, що супроводжується відкладанням ліпідів у жировій тканині материнського організму у перші 30 тижнів, в останні 10 тижнів вагітності жирові відкладення утворюються у тканинах плода.

Білковий обмін. Вміст білків у сироватці крові вагітної дещо знижується за рахунок альбумінів. Відбувається накопичення азоту в організмі матері й плода.

Водно-електролітний обмін. Загальна кількість води в організмі вагітної сягає 7 л, з них 2 л припадає на позаклітинну рідину. Зростає об'єм циркулюючої плазми.

Відбувається нагромадження неорганічних речовин, що витрачаються на формування скелета та тканин плода:

- фосфору — для формування нервової системи та кісток плода;
- кальцію — для побудови скелета плода та забезпечення лактації у матері;
- заліза — для синтезу фетального гемоглобіну.

Достатня кількість мінералів (калію, натрію, магнію, хлору, кобальту, міді та ін. мікроелементів) має значення не лише для плода, а й для матері, зокрема для підготовки до пологів і лактації.

Імунна система. Плід для матері є антигенно стороннім тілом. Під час вагітності відбувається деяке пригнічення клітинного імунітету, що трактують як фізіологічну гестаційну імуносупресію. Розвиток децидуальної тканини зменшує ступінь імунологічної несумісності матері й плода. Пла-

цента та плодові оболонки разом з децидуальною тканиною забезпечують захист плода від прямого імунного контакту з матір'ю і розвиток вагітності аж до закінчення гестаційного періоду, коли плід досягає імунологічної зрілості та інформує про це організм матері — тоді настають пологи.

Отже, фізіологічної перебудови під час вагітності зазнають практично всі органи та системи жінки, більшість яких працює з великим навантаженням. У здорової жінки нормальний перебіг вагітності сприяє розквіту сили та здоров'я. Проте у жінок з хронічними недугами вагітність може поглибити ці патологічні процеси, тому сприятливий перебіг гестаційного процесу, а також народження здорової дитини можливі лише за умови вчасної діагностики вагітності, ретельного обстеження та ефективного лікування майбутньої матері.

ГІГІЄНА ВАГІТНИХ

Фізіологічні зміни, що відбуваються в організмі вагітної жінки, спрямовані на створення сприятливих умов для розвитку плода, нормального розродження і грудного вигодовування немовляти. Усі системи й органи жінки при цьому функціонують нормально, проте з підвищеним навантаженням. У цих умовах порушення правил гігієни, неправильне харчування, надмірні фізичні та психоемоційні навантаження можуть спричинити різноманітні порушення перебігу вагітності. У жінок з екстрагенітальними захворюваннями, ознаками затримки розвитку статевої системи навіть незначні порушення правил гігієни і загального режиму можуть призвести до розладів фізіологічних процесів, характерних для вагітності.

Загальний режим за правильного способу життя не потребує особливих змін. Здорові вагітні можуть виконувати звичну фізичну та розумову роботу. Робота, особливо пов'язана з руховою активністю, сприяє правильній функції всіх систем та органів, обміну речовин. Зниження рухової активності вагітних призводить до ожиріння, виникнення запорів, а в пологах — до слабкості пологової діяльності. Тому вагітним, особливо тим, у кого робота пов'язана з малою руховою активністю, слід рекомендувати комплекс вправ, що позитивно впливають на перебіг вагітності та пологів. Проте навантажень, що призводять до фізичної та розумової перевтоми, слід уникати. Вагітних звільняють від роботи в нічний час, понаднормових робіт, а також від робіт, пов'язаних із впливом шкідливих чинників — вібрації, високих температур, радіації, цілої низки хімічних факторів. Не рекомендуються заняття спортом: біг, стрибки, спортивна ходьба, гімнастика та інші види, де є різкі рухи і фізичне перевантаження.

Бажано, щоб вагітна якомога більше перебувала на свіжому повітрі — це корисно як для самої жінки, так і для її майбутнього малюка. Позитивний вплив має повноцінний, тривалий сон — не менше 8 годин на добу. Слід рекомендувати перед сном здійснювати невеликі прогулянки, а також ретельно провітрювати приміщення. Це дасть можливість запобігти порушенням сну.

Вагітні повинні уникати контактів з інфекційними хворими, всі вогнища інфекції, які є в організмі (каріозні зуби, хронічний тонзиліт тощо), слід усунути. Особливо ретельним має бути догляд за порожниною рота: необхідно двічі на день чистити зуби, особливо перед сном.

Велике значення для здоров'я вагітної жінки має догляд за шкірою. Вона виконує надзвичайно багато функцій: захисну, дихальну, видільну, терморегуляційну. Чистота шкіри сприяє нормальному здійсненню цих функцій, особливо видільної, чим полегшується робота нирок, які при вагітності працюють з великим навантаженням. Крім того, чистота шкіри є профілактикою ряду інфекційних захворювань. Вагітна повинна регулярно митися, краще приймати душ. Ванни менш бажані, особливо в останні місяці вагітності. В будь-якому разі слід уникати перегрівання тіла, вода має бути теплою, а не гарячою. Якщо побутові умови не дозволяють приймати душ, слід регулярно проводити вологі обтирання.

Зовнішні статеві органи необхідно обмивати теплою водою з милом двічі на день. Рухи при цьому слід робити від лобка до промежини, а не навпаки. Це дасть можливість запобігти занесенню мікроорганізмів у статеві органи з ділянки анального отвору. Спринцювання під час вагітності не рекомендуються.

Особливу увагу потрібно приділити ***догляду за молочними залозами.*** Він полягає у щоденному обмиванні молочних залоз водою кімнатної температури з милом і витиранні шорстким рушником. Якщо шкіра суха, то можна дозволити змащувати її (включаючи ареолу) нейтральними кремами: «Дитячий», «Рум'янковий». Якщо соски плоскі чи втягнуті, слід проводити масаж, легенько відтягуючи їх. Декілька разів на день потрібно проводити 10–15-хвилинні повітряні ванни. Жінка має носити зручні бюстгалтери, які не стискають грудну клітку, а лише підтримують молочні залози, що дає можливість запобігти застійним явищам у них.

Особливого значення у вагітних набувають питання статевої гігієни. Необхідно утримуватись від статевих стосунків у перші 2–3 місяці, тому що зміни кровонаповнення судин у статевих органах, які відбуваються при статевому акті, можуть призвести до переривання вагітності, особливо у жінок з ознаками інфантилізму, обтяженим акушерським анамнезом. В останні місяці вагітності статеві зносини слід припинити, тому що підсилюється небезпека інфікування пологових шляхів.

Одяг вагітної має бути зручним, не стискати грудну клітку і живіт. Слід надавати перевагу бавовняній білизні, яку можна часто міняти і прати (краще з виварюванням). Не можна носити круглі гумові підв'язки, а також трико з тугими гумками. Бажано користуватися бандажем, особливо тим жінкам, які народжували кілька разів, з розходженням прямих м'язів живота. Одягати його потрібно лежачи, він має лише підтримувати, а не стискати живіт. Не менш зручним має бути і взуття вагітної: просторим, на низькому підборі.

Категорично забороняється куріння, а також вживання алкоголю, оскільки це негативно впливає не лише на організм вагітної, а й на розвиток плода.

Усі жінки під час вагітності повинні займатися гігієнічною гімнастикою. Комплекс фізичних вправ передбачає зміцнення м'язів усього тулуба, особливо передньої черевної стінки та м'язів тазового дна, збільшення рухомості суглобів таза і хребта, покращання зовнішнього дихання. Виконання фізичних вправ сприяє тому, що пологи перебігають швидше і легше, рідше спостерігаються аномалії пологових сил, травми пологових шляхів, кровотечі в ранньому післяпологовому періоді. Фізичні вправи призначає лікар жіночої консультації після ретельного обстеження вагітної, а заняття проводить медсестра, яка пройшла відповідну підготовку. Вагітна спочатку відвідує групові заняття, а згодом вона може виконувати вправи самостійно. Для кожного терміну вагітності існує певний комплекс вправ. Після 35–36 тижнів до нього включають прийоми знеболювання пологів. Наприкінці вагітності жінку ознайомлюють з комплексом вправ, які рекомендується виконувати в післяпологовому періоді. Крім фізичних вправ, у жіночій консультації потрібно проводити ультрафіолетове опромінювання.

ХАРЧУВАННЯ ВАГІТНОЇ

Харчування вагітної має бути раціональним: повноцінним і різноманітним за набором харчових продуктів, що забезпечують потреби вагітної та плода, а також правильно розподіленим протягом дня. Правильне харчування є важливим фактором у запобіганні анемії, гестозам, гіпотрофії плода, аномаліям пологових сил.

Харчовий раціон вагітних має включати білки, жири, вуглеводи, вітаміни, мікроелементи, воду. Складаючи раціон харчування вагітної, слід враховувати характер її трудової діяльності, зріст, масу тіла, термін вагітності. Протягом першої половини вагітності енергетична цінність раціону для жінки із середньою масою тіла (близько 60 кг) має складати 2400–2700 ккал й містити 110 г білків, 75 г жирів і 350 г вуглеводів. У другій половині вагітності калорійність має зростати до 2800–3000 ккал, кількість білків — до 120 г, жирів — до 85 г і вуглеводів — до 400 г.

Білки вагітна може одержувати, вживаючи м'ясо, рибу, молоко і молочнокислі продукти, хліб, крупи. Важливо, щоб 50% білків були рослинного походження. Потреба в жирах має задовольнятися за рахунок як тваринних, так і рослинних жирів (не меше 50%). Із тваринних жирів перевагу слід надавати вершковому маслу. Вуглеводи надходять в організм із продуктами, що мають багато клітковини (хліб, овочі, фрукти, ягоди). Кількість рідини має складати 1–1,2 л (включаючи супи, молоко, чай, компоти).

Джерелом вітамінів є бобові, ягоди, фрукти, картопля, хліб грубого помолу, м'ясо, сир, молоко, вершкове масло. Взимку й навесні слід призначати вітамінні препарати. Важливе значення має забезпечення організму вагітної мінеральними речовинами, особливо кальцієм, фосфором, калієм, натрієм. Ці елементи беруть участь у формуванні скелета плода, а також у підготовці до пологів. Вони містяться в усіх продуктах рослинного і тваринного походження. Джерелом кальцію є сир і молоко. На солі калію багаті яблука, сливи, курага, абрикоси, картопля, вівсяна крупа. Вагітна повинна отримувати достатню кількість заліза, яке є в яблуках, м'ясі, печінці. Їжу слід приймати 3–4 рази на день, у другій половині вагітності — 5–6 разів. У цей час слід обмежувати кількість солі до 6–8 г на добу. Раціонально також обмежити вживання кондитерських виробів, варення, тому що вони сприяють збільшенню маси плода.

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ У ЖІНОЧІЙ КОНСУЛЬТАЦІЇ

Вагітна жінка має бути взята на облік у жіночій консультації до 12 тижнів вагітності. До цього терміну вагітності повинні бути проведені всі необхідні обстеження, які дадуть можливість виявити ускладнення вагітності та діагностувати екстрагенітальні захворювання, при яких вагітність доношувати недоцільно або ризиковано. Питання про переривання вагітності, за медичними показаннями слід вирішити до 12 тижнів вагітності. Якщо жінка бажає доношувати вагітність за наявності ускладнень або супутніх захворювань, то раннє виявлення захворювання дасть можливість своєчасно призначити адекватне лікування. ***Об'єм необхідних обстежень:***

1. Загальний аналіз крові (при взятті на облік, у 2–3 триместрах, при виявленні відхилень — після лікування).

2. Загальний аналіз сечі (при взятті на облік, при кожному відвідуванні лікаря жіночої консультації).

3. Група крові, резус-фактор крові (при взятті на облік). При резус-негативній крові — визначення титру антитіл у першій половині вагітності щомісячно, у другій половині — двічі на місяць.

4. Аналіз крові на RW (при взятті на облік, в 1 і 2 триместрах).

5. Аналіз крові на ВІЛ-інфікування (при взятті на облік, в 2–3 триместрах).

6. Біохімічний аналіз крові (при взятті на облік).

7. Бактеріоскопічне дослідження вагінального вмісту (ступінь чистоти).

8. Бактеріологічне дослідження мазка з носа, піхви на наявність патогенної флори.

9. Флюорографічне обстеження всіх дорослих членів сім'ї вагітної.

10. УЗД-обстеження в 16–18 тижнів, в 25–26 тижнів.

11. Огляд терапевта, стоматолога, ЛОР-фахівця, окуліста (при взятті на облік, у 3 триместрі).

12. Кардіотахографія у 30, 36, 40 тижнів вагітності.

При взятті вагітної жінки на облік необхідно виміряти зовнішні розміри таза. Слід визначити висоту стояння дна матки, якщо термін вагітності більший, ніж 16–18 тижнів.

Артеріальний тиск у вагітних вимірюють обов'язково на обох руках при кожному відвідуванні. Слід перевірити наявність набряків на нижніх кінцівках, провести зважування вагітної при взятті на облік та при кожному відвідуванні лікаря жіночої консультації.

Вагітна жінка при фізіологічному перебігу вагітності повинна відвідувати жіночу консультацію щомісяця в першій половині вагітності, двічі на місяць — до кінця другого триместру, 4 рази на місяць у третьому триместрі.

ВПЛИВ ШКІДЛИВИХ ФАКТОРІВ НА ПЛІД

Шкідливі фактори зовнішнього середовища можуть негативно відображатись на розвитку плодового яйця. Їх пошкоджувальний вплив проявляється по-різному, залежно від термінів вагітності, при яких вони діють.

Періоди, коли плодове яйце найчутливіше до шкідливих факторів, називаються ***критичними***. Найвища чутливість до шкідливих факторів виявляється під час імплантації (7–8 день ембріогенезу) та в період плацентації (із 3 до 8 тижня), що збігається з етапом органогенезу. Одні й ті ж пошкоджувальні чинники в різні періоди можуть призвести до різних наслідків і навпаки, різні фактори, діючи в один і той же період, можуть дати однакові пошкодження.

У період ембріогенезу дія шкідливих факторів найчастіше проявляється тим, що зародок або гине, або відбувається викидень. Якщо ж шкідливі чинники діють під час органогенезу — це призводить до порушення диференціювання того чи іншого органа (залежно від того, у якому терміні вагіт-

ності жінка зазнає впливу цих факторів). Якщо дія шкідливих чинників тривала, можуть спостерігатись множинні вади розвитку плода. Ці пошкодження називають ембріопатіями. Якщо шкідливі фактори діють пізніше, коли органи вже сформовані й відбувається дозрівання функціональних систем плода, виникають фетопатії.

Так, при діабеті виникає діабетична фетопатія, що проявляється макросомією (великою масою плода), кардіоміопатією, порушенням процесів обміну. При вживанні алкоголю — алкогольна фетопатія, що має характерну симптоматику — мала маса тіла, мікроцефалія, підвищена судомна готовність, затримка психомоторного розвитку. Інколи вади несумісні з життям і плід гине внутрішньоутробно, в деяких випадках спостерігаються вади лише окремих органів, діти народжуються живими і можуть жити довго.

ПРОФІЛАКТИКА ВАД РОЗВИТКУ

Усі вагітні жінки, що працюють в умовах, де є дія шкідливих факторів, одразу ж після встановлення факту наявності вагітності повинні бути переведені на іншу роботу, не пов'язану із шкідливими чинниками. Важливими є профілактика й лікування наркоманії та алкоголізму. Слід дуже ретельно зважувати необхідність і можливість вживання вагітними жінками медикаментів.

З метою своєчасного виявлення вад розвитку вагітним проводять ультразвукове дослідження плода. Крім того, всі вагітні жінки, в анамнезі яких були викидні, народження дітей з аномаліями розвитку, а також у віці після 35 років повинні пройти генетичне обстеження в ранні терміни вагітності.

Одним з методів запобігання вродженим вадам розвитку плода є метод преконцепції, що включає в себе сукупність методів обстеження та профілактичних заходів до настання вагітності — медико-генетичне консультування, визначення оптимального часу запліднення, раціональне харчування, відмову від вживання алкоголю та куріння, санацію хронічних вогнищ інфекції, виключення дії негативних виробничих та побутових факторів.

ПРИНЦИПИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У РАННІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ

У ранні терміни вагітності плід надзвичайно чутливий до дії шкідливих факторів, зокрема медикаментозних препаратів.

Деякі препарати здатні викликати хромосомні аберації та мутації генів ще на стадії формування чоловічих та жіночих статевих клітин. Це стосується цитостатиків, антибіотиків, які гальмують синтез білків (левоміцетин,

тетрацикліни, макроліди, аміноглікозиди), мутагенну дію мають фенобарбітал, тіопроперазин, дифенін, гексамідин та інші. Тому майбутні батьки, плануючи народження дитини, повинні враховувати стан свого здоров'я і під час лікування цими препаратами та протягом 6–12 місяців після їх відміни користуватися протизаплідними засобами.

Якщо вагітна жінка вживає лікарські засоби, вони можуть чинити на плід, залежно від терміну вагітності, такі основні види шкідливого впливу:

- *ембріотоксичний* — виникає у перші два тижні ембріогенезу, на стадії бластогенезу та імплантації. У цей період найбільшу небезпеку становлять гормони (естрогени, прогестини, кортикостероїди), антиметаболіти (меркаптопурин, фторурацил), саліцилати, барбітурати, сульфаніламіди;
- тератогенний ефект мають препарати, які вживає вагітна з 15 до 75-го дня внутрішньоутробного розвитку (до формування плаценти). Це період активного органогенезу. Наслідками є вади розвитку окремих органів та систем у плода. Іноді вони призводять до його внутрішньоутробної загибелі.

За ступенем небезпеки препарати, які вживає вагітна в цей період, можна поділити таким чином: абсолютно протипоказані під час вагітності, до яких належать антифолієві засоби (метотрексат, триметоприм та ін.), андрогени, діетилстильбестрол, комбіновані естрогенгестагенні препарати; протипухлинні засоби (сарколізин), пероральні антиглікемічні препарати, етиловий спирт; саліцилати, левоміцетин, тетрациклін, протитуберкульозні засоби, препарати для наркозу, нейролептики, глюкокортикоїди, кофеїн у великих дозах. Фетотоксичний ефект розвивається з 76 дня гестації до народження дитини. Дія окремих препаратів у цей період призводить до порушення функціонального дозрівання систем плода.

Потенційний фетотоксичний ефект мають: наркотичні анальгетики, високі дози саліцилатів, барбітурати, місцеві анестетики, аміназин, транквілізатори, антикоагулянти, антибіотики (тетрацикліни, аміноглікозиди), препарати йоду, фурадонін, трихопол, теуфілін, тіоурацил.

Про особливості дії цих речовин фельдшер, акушерка повинні знати і в жодному разі не вводити їх вагітній жінці без спеціальної вказівки лікаря.

Перелік контрольних питань:

- розвиток плодового яйця;
- зміни в організмі жінки під час вагітності;
- спостереження та догляд за здоровими вагітними;
- вплив шкідливих факторів на плід.

ФІЗІОЛОГІЯ ПОЛОГІВ

***Пологи** (partus)* — це фізіологічний процес зганяння з порожнини матки плода і посліду природними пологовими шляхами.

Пологи настають після закінчення фізіологічного терміну вагітності — 10 акушерських місяців (280 днів, або 40 тижнів).

Нормальні пологи — це пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у вагітної групи низького ризику в терміні вагітності 37–42 тижні, з потиличним передлежанням плода, із задовільним станом матері та новонародженого після пологів.

Термін настання пологів пов'язаний з циклом розвитку плода і значною мірою визначається зрілістю фетоплацентарного комплексу, станом нейрогуморальної системи вагітної, повноцінністю регуляторних механізмів ланцюга *«підкіркові структури — гіпоталамус — гіпофіз — яєчники — матка»* і можливістю реалізації цих механізмів на рівні міометрія.

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення нормальних пологів в умовах акушерського стаціонару із забезпеченням права роділлі на залучення близьких до присутності на пологах.

ІНІЦІАЦІЯ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Упродовж вагітності діяльність всіх органів та систем матері підпорядкована виконанню функції виношування плода і створення найкращих умов для його розвитку. У вагітної формується домінанта вагітності. Наприкінці вагітності в корі головного мозку переважають процеси гальмування, натомість глибокі структури мозку — гіпоталамус та лімбічна система — перебувають у стані підвищеної збудливості, що веде до формування пологової домінанти. Ці зміни забезпечують переорієнтацію на переважне сприймання інтероцептивної інформації — аферентної імпульсації від плода і матки — і гальмування екстероцептивних збудників. Пологи розпочинаються переважно вночі, що зумовлено біоритмами фізіологічних процесів у людському організмі.

Велике значення для вчасного початку пологів мають наявність *живого плода* і *стан фетоплацентарного комплексу.* Після досягнення плодом соматичної зрілості материнський організм отримує інформацію про закінчення циклу його внутрішньоутробного розвитку і готовність до позаутробного життя. Одним з таких сигналів є досягнення зрілості шишкоподібного тіла плода, яке починає секрецію мелатоніну. Проникаючи у кров матері, надмір цього гормону за принципом негативного зворотного зв'язку гальмує синтез мелатоніну, що, в свою чергу, приводить до зниження продукції гіпофізом материнського організму пролактину, а фетоплацентарним комплексом — хоріогонадотропіну, хоріомаммотропіну. Зниження кількості пролактину викликає викид лю- і фолітропіну гіпофізом, збільшення продукції естрогенів і зняття *«прогестеронового блоку»* матки.

Нейрогуморальна система жінки *протягом вагітності* зорієнтована на забезпечення «м'язового спокою» матки, що обумовлено підвищенням рівня в крові гормону-«протектора вагітності» — *прогестерону.* Власне, під час вагітності зростає продукція і естрогенних гормонів, і прогестерону, проте превалює прогестероновий фон. Слід зауважити, що блокуюча дія прогестерону на міометрій стає ефективною лише при певних рівнях синтезу естрогенів спочатку яєчниками, а потім фетоплацентарним комплексом. Якщо рівень естрогенів падає нижче оптимальних показників, прогестерон втрачає здатність знижувати скоротливу функцію матки. Тому у жінок з естрогенною недостатністю часто виникає загроза переривання вагітності в ранніх термінах.

Механізм гальмівної дії прогестерону грунтується на підвищенні синтезу аденозинмонофосфату (АМФ), який зв'язує іонізований Ca^{2+} і блокує скорочення актиноміозинового комплексу. Окрім того, *прогестерон підвищує мембранний потенціал міоцита, посилює активний транспорт іонів та гальмує передачу збудження від одного міоцита до іншого.* За таких умов клітини міометрія стають малочутливими до механічних подразнень з боку плода, гормональних та фармакологічних впливів. *З моменту утворення плаценти прогестерон продукується і фетоплацентарним комплексом,* причому міометрій в ділянці плацентарного майданчика блокований більшою мірою, ніж поза ним. Дія прогестеронового блоку зберігається навіть у випадку ретенції частки плаценти після пологів у матці і може спричинити субінволюцію матки у післяпологовому періоді і кровотечу.

Ближче до кінця вагітності рівень прогестерону в крові знижується, натомість підвищується кількість естрогенів. Естрогени конкурентно знімають «прогестероновий блок» матки і відновлюють здатність міометрія до активного скорочення. Це відбувається шляхом фіксації активних фракцій естрогенів рецепторними білками матки. Змінюється проникність мембрани

клітин для іонів, в результаті чого збільшується концентрація іонів калію всередині клітин і підвищується чутливість мембран до подразників. Мембрани міоцитів стають більш чутливими до дії окситоцину, простагландинів, катехоламінів, серотоніну.

МЕХАНІЗМ СКОРОЧЕННЯ МІОМЕТРІЯ

Для повноцінної реалізації скоротливої функції матки велике значення мають морфологічні та біофізичні особливості міометрія як кінцевої ефферентної ланки функціональної системи, що забезпечує процес ініціації та регуляції пологової діяльності.

Здатність до генерування потенціалів дії мають певні групи клітин, розміщені в ендометрії, які є *водіями ритму міогенної природи,* — ***пейсмекерні клітини,*** збудження від яких передається міжклітинними шляхами на всю матку.

Прийнято вважати, що пейсмекерна зона знаходиться у правому розі матки, проте групи клітин зі спонтанною генерацією потенціалів знаходять і в інших частинах міометрія.

Активація скорочень міометрія — процес, що складається з таких ланок: *деполяризація мембрани → звільнення чи надходження ззовні хімічного активатора* Ca^{2+} *→ взаємодія* Ca^{2+} *зі скоротливими білками.* Для ефективного скорочення міоцита необхідне накопичення достатньої кількості скоротливого білка — актоміозину, відповідної концентрації енергетичних речовин — глікогену, АТФ, фосфокреатину, ферментів пентозофосфатного циклу, вітамінів групи В та аскорбінової кислоти, мікроелементів, серотоніну, катехоламінів.

Клітини гладкої мускулатури містять особливі білкові комплекси — *α-* і *β-адренорецептори.* Вони відрізняються за впливом на них катехоламінів: стимуляція α-рецепторів викликає скорочення м'язів, стимуляція β-рецепторів — пригнічує. Залежно від збудження або гальмування адренергічних реакцій виділяють α- і β-міметики та α- і β-блокатори — симпатоміметичні та симпатолітичні речовини. Міоцити містять і α-, і β-рецептори, тому ефект катехоламінів залежить від ступеня активації ними того чи іншого рецептора.

У тілі матки переважають α-і β-адренорецептори, в нижньому сегменті — М-холіно- і D-серотонінорецептори, в шийці матки — хеморецептори (сприймають подразнення хімічними речовинами), барорецептори (сприймають зміну внутрішньоматкового тиску) і механорецептори (реагують на механічні подразнення, що йдуть від плодових оболонок, плода, подразнення шийки матки під час огляду).

Катехоламіни підвищують скоротливу здатність матки, впливаючи на *α-адренорецептори* (збуджуючи їх) і на *β-рецептори* (гальмуючи їх). Характер реакції на катехоламіни залежить також від дози.

Реакція α- і β-рецепторів гормонозалежна. Естрогени сенсибілізують α-рецептори до дії катехоламінів, окситоцину та простагландинів. Прогестерон у великих концентраціях сенсибілізує β-рецептори і знижує скоротливу активність матки.

Речовини, що стимулюють скорочення матки, називаються *тономоторними* або *утеротонічними*. Засоби для пригнічення цих скорочень — *токолітичними*.

До тономоторних належать *окситоцин, простагландини, серотонін, кініни, катехоламіни*. Одним із засобів, що стимулюють скоротливу діяльність матки, є *окситоцин* — гормон, який синтезується у гіпоталамусі супраоптичним та паравентрикулярним ядрами, потім транспортується до задньої частки гіпофіза і накопичується в ній. Окситоцин діє на міоцити на рівні клітинної мембрани. Попередній вплив естрогенів сенсибілізує мембрану відносно окситоцину і підвищує рівень мембранного потенціалу. Естрогени збільшують також сорбційну ємність мембрани до іонів Ca^{2+}. Після формування певного рівня чутливості до окситоцину скоротлива реакція міоцита настає дуже швидко, амплітуда скорочень стає значно вищою, ніж у відповідь на інші подразники.

Велике значення в процесі підготовки матки до пологів та індукції пологового акту мають *простагландини*. Простагландини є речовинами, близькими за своєю дією до гормонів, але, на відміну від гормонів, вони синтезуються не в ендокринних залозах, а у клітинах різних тканин організму. Простагландини є похідними ненасичених жирних кислот, зокрема їх попередниками є *арахідонова, лінолева* та *ліноленова кислоти*. Залежно від структури розрізняють такі групи простагландинів — A, E, F, D. Попередник простагландинів цих груп утворюється з арахідонової кислоти під впливом фосфоліпази A_2. Простагландини синтезуються у мінімальних кількостях практично у всіх тканинах організму, мають як місцевий, так і системний вплив. Для кожного простагландину є свій орган-мішень. Дія простагландинів розповсюджується не тільки на клітини, в яких вони виробляються, але й на оточуючі клітини і на клітини, розміщені далеко від місця їх продукції. Наприкінці вагітності простаглагдини також активно продукуються фетоплацентарним комплексом, зокрема водною оболонкою.

Останнім часом значного поширення набули синтетичні аналоги простагландинів, головним чином E та F, котрі у багато разів активніші від природних. Запас простагландинів в організмі відсутній, життєвий цикл їх короткий. Вони швидко утворюються і швидко інактивуються, потрапляючи

у кров. *Естрогени і окситоцин посилюють дію простагландинів, прогестерон та пролактин гальмують їх дію.*

Значне підвищення рівня простагландинів у кінці вагітності пов'язують з виходом великої кількості катехоламінів плода в кров матері після дозрівання його адренергічних систем. Внаслідок ліполітичної дії катехоламінів звільняється арахідонова кислота —попередник простагландинів. Певне значення має також старіння структурних елементів плаценти.

Простагландини активно впливають на скоротливу діяльність матки. Їх введення викликає переривання вагітності будь-якого терміну. Вплив простагландинів на скорочення матки реалізується шляхом сповільнення процесу затримки іонів Са в клітині, внаслідок чого відбувається скорочення міоцита. Під дією простагландинів підвищується тонус верхнього сегмента матки, нижній сегмент залишається неактивним. Релаксація шийки матки, що настає під впливом простагландинів, зумовлена зниженням у ній кількості колагену і дуже важлива для підготовки шийки матки до пологів.

Отож, підсумовуючи наведену інформацію, ***причини настання пологів*** можна згрупувати таким чином:

1. Формування пологової домінанти. Зниження збудливості кори головного мозку та одночасне підвищення активності підкіркових структур та спинного мозку.

2. Від фетоплацентарного комплексу надходить інформація про соматичну та імунологічну зрілість плода: підвищується продукція естріолу, плацентарного лактогену; знижується синтез імуносупресорів — хоріонічного гонадотропіну, пролактину, тому усувається гестаційна імуносупресія, відбувається «відторгнення» плода як алотрансплантата.

3. Підвищується продукція окситоцину, простагландинів та інших утеротонічних речовин; плацента припиняє вироблення окситоцинази (ферменту, що руйнує окситоцин).

4. У міометрії накопичуються енергетичні речовини (глікоген, АТФ), електроліти (кальцій), мікроелементи (кобальт, цинк, залізо) та скоротливі білки (актоміозин), необхідні для скорочення матки.

5. Знімається прогестеронове блокування м'язово-нервового апарату матки.

6. Посилена продукція естрогенів сприяє підвищенню чутливості волокон міометрія до утеротонічних речовин (окситоцину, простагландинів).

7. Кількість навколоплодових вод зменшується, посилюється рухова активність плода, його передлегла частина опускається, що приводить до механічного подразнення нижнього сегмента матки.

Коли інтенсивність механічних та хімічних подразників з одного боку та збудливість матки з іншого боку досягають певної межі, ініціюється пологова діяльність, розпочинається пологовий акт.

ГОТОВНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ДО ПОЛОГІВ

Останні два тижні вагітності є важливим етапом гестаційного процесу — закінчується підготовка організму до пологів.

Протягом вагітності шийка матки здійснює важливу для перебігу гестації і виношування плода функцію — замикальну. Високий рівень прогестерону забезпечує достатній тонус м'язів шийки та перешийка, тому до останнього місяця вагітності, незалежно від зростання об'єму матки, внутрішнє і зовнішнє вічка матки залишаються закритими. Важливою ланкою в передпологовій перебудові діяльності міометрія є втрата замикальної функції шийки матки. Релаксація м'язових структур починається за 1–2 тижні до пологів. Акушери називають цей процес «дозріванням» шийки матки.

Існують певні клінічні методи обстеження та нескладні тести, до яких вдаються, щоб оцінити стан готовності організму вагітної до пологового акту.

Оцінка зрілості шийки матки. У процесі «дозрівання» шийка матки, спочатку відхилена до крижів, поступово розміщується по провідній осі таза, розм'якшується, вкорочується, починає розкриватися цервікальний канал. Відбувається розщеплення та деполімеризація колагенових волокон. Ці зміни відбуваються «ззовні досередини», тобто від зовнішнього вічка до внутрішнього. Прискорення дозрівання шийки матки відбувається під впливом простагландинів та естрогенних гормонів. Оцінюють зрілість шийки матки за шкалою Бішопа (*табл. 9.1*).

Шкала ступенів зрілості шийки матки
(за Є. Х. Бішопом)

Таблиця 9.1

Ознака	Бали		
	0	1	2
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена по периферії, в ділянці внутрішнього вічка щільна	М'яка
Довжина шийки матки	Більша, ніж 2 см	1–2 см	Менша, ніж 1 см
Прохідність шийкового каналу	Зовнішнє вічко закрите або пропускає кінчик пальця	Канал прохідний до внутрішнього вічка	Канал прохідний для одного й більше пальців за внутрішнє вічко
Положення шийки матки щодо провідної осі таза	Дозаду	Дозаду або допереду	По провідній осі таза

Оцінка готовності шийки матки до пологів за шкалою Бішопа:

- I ступінь — шийка незріла — 0–2 бали;
- II ступінь — шийка недостатньо зріла — 3–4 бали;
- III ступінь — шийка зріла — 5–8 балів.

Окситоциновий тест. Готують розчин з таким розрахунком, щоб 1 мл містив 0,01 ОД окситоцину. Для цього 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють в 500 мл 5% глюкози або фізіологічного розчину (можна 0,2 мл окситоцину розчинити в 100 мл глюкози).

У шприц набирають 5 мл виготовленого таким чином розчину і вводять поштовхами по 1 мл з інтервалами в 1 хв. Тест вважається позитивним, якщо скорочення матки виникає протягом перших 3-х хв. При позитивному окситоциновому тесті пологи можуть настати у наступні 1–2 доби.

Маммарний тест ґрунтується на рефлекторній появі скорочень матки у відповідь на подразнення сосків. Якщо скорочення матки настали впродовж перших трьох хвилин від початку подразнення, тест оцінюється позитивно.

ПРОВІСНИКИ ПОЛОГІВ

За 2–3 тижні до пологів з'являються ознаки, що свідчать про їх наближення:

- опускається передлегла частина плода, у вагітних вперше вона фіксується у вході в малий таз. Разом з тим опускається і дно матки;
- зменшується кількість навколоплодових вод. Маса тіла вагітної теж відповідно зменшується;
- з'являються ниючі, тягнучі болі внизу живота, у ділянці крижів. Ці болі нерегулярні, не призводять до структурних змін у шийці матки;
- перед пологами з шийки матки відходить густий тягучий слиз, нерідко з домішками крові *(слизова пробка Кристеллера).*

Напередодні пологів виникають досить відчутні за інтенсивністю больових відчуттів, але нерегулярні, так звані підготовчі або прелімінарні перейми. Шийка матки в цей час вже зріла, окситоциновий тест позитивний. ***Прелімінарний період у нормі триває не довше 6 годин.***

Початком пологів слід вважати появу регулярних скорочень матки *(тривалістю 15–20 с через 10 хв, до того ж тривалість їх постійно наростає, а паузи скорочуються), що призводять до виникнення структурних змін (згладжування та розкриття шийки матки), відходження слизової пробки з цервікального каналу та формування плодового міхура.* Відбувається поступове опускання голівки плода в малий таз відносно площини

його входу (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно lin.interspinalis (при внутрішньому акушерському дослідженні).

З появою перших регулярних перейм (наявність однієї перейми на 10 хв, яка продовжується 15–20 с) і до закінчення пологів жінку називають ***роділлею***.

ПОЛОГОВІ СИЛИ

Існує два види пологових сил, завдяки яким відбуваються процеси розкриття шийки матки, зганяння плода з порожнини матки та відшарування і народження посліду — *перейми* та *потуги.*

Перейми — регулярні скорочення м'яза матки.

На початку першого періоду пологів перейми тривають 10–15 с, у середині — 50–60 с, у кінці — 60–80 с. Проміжки між переймами називаються паузами. Тривалість пауз від 10–15 хв на початку до 2–3 хв у кінці першого періоду пологів.

Перейма починається з дна матки, потім скорочення поширюється на всю матку, поступово посилюється (stadium incrementi), досягає максимальної інтенсивності (stadium acme), згодом розслаблюється (stadium decrementi). У першому періоді перейми називаються *розкривальними* (за назвою періоду), у другому — *зганяльними,* у третьому — *послідовими.*

Перейми виникають поза волею жінки, вона не може послабити чи посилити їх інтенсивність чи змінити частоту.

Потуги — періодичні скорочення м'язів черевного преса та діафрагми, що приєднуються до перейм у другому періоді пологів.

Під час потуг скорочуються поперечносмугасті м'язи діафрагми, черевного преса, тазового дна, що призводить до *підвищення внутрішньочеревного тиску* і у поєднанні з переймами сприяє зганянню плода з порожнини матки. Потуги виникають *рефлекторно*, але роділля може їх регулювати залежно від потреби.

ПЕРІОДИ ПОЛОГІВ

У пологовому акті виділяють три періоди:

- перший — ***період розкриття*** (з початку перших регулярних перейм до повного відкриття шийки матки, 10–12 см);
- другий — ***період зганяння*** (від повного розкриття шийки матки до народження плода);
- третій — ***послідовий період*** (від народження плода до народження посліду).

Діагностика періодів і фаз пологів

Таблиця 9.2

Симптоми й ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи (відсутність пологової діяльності)	
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см	Перший	Латентна
Шийка розкрита на 3–9 см Швидкість розкриття шийки матки не менша (або більша) —1 см/год. Початок опускання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см). Голівка плода у порожнині таза Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см) Передлегла частина плода досягає дна таза. Роділля починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)

ПЕРЕБІГ ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ

Перший період починається з моменту настання регулярної пологової діяльності і закінчується повним розкриттям шийки матки.

У прелімінарному періоді формується зона спонтанного збудження в дні матки (частіше в ділянці правого кута) — водій ритму або пейсмекер. Під час перейми хвиля скорочення поширюється згори вниз на тіло та нижній сегмент матки. Максимальною є сила скорочення міометрія в ділянці дна матки, розповсюджуючись донизу вона стає менш тривалою та інтенсивною. Це явище отримало назву *потрійного низхідного градієнта* і полягає у наступному:

- розповсюдження хвилі скорочень від тіла матки до її шийки;
- зменшення тривалості скорочення від нижнього сегмента до шийки;
- зниження інтенсивності скорочення від верхнього сегмента матки до нижнього.

Для нормального перебігу пологового акту дуже важлива послідовність скорочень та їх *координація.* Порушення координації скорочень матки за вертикаллю *(потрійний низхідний градієнт)* чи за горизонталлю (між правою та лівою половинами матки) призводить до припинення розкриття матки, погіршення чи зупинки просування плода пологовими шляхами (дискоординована пологова діяльність).

Однією зі складових потрійного градієнта є так звана *домінанта дна,* яка проявляється у тому, що дно матки першим починає скорочуватися, перебуває у стані скорочення довше, скорочується більш інтенсивно, ніж розміщені нижче сегменти.

В пологах формується два сегменти матки — *верхній* та *нижній.* Верхній — *активний сегмент* — включає дно та тіло матки, він під час перейм скорочується, нижній — *пасивний* — складається з перешийка та шийки матки, які зазнають головним чином розтягнення і у меншій мірі скорочуються. Це зумовлено особливостями розташування м'язових пучків матки — у тілі переважають поздовжні, у перешийку та шийці матки — косі та циркулярні.

В міометрії протягом перейми відбуваються процеси ***контракції*** (скорочення м'язових волокон), ***ретракції*** (зміщення м'язових волокон одне відносно одного) та ***дистракції*** (розтягнення циркулярних волокон шийки матки). Контракція та ретракція переважають у тілі матки, дистракція — у нижньому сегменті. Зміщуючись один відносно одного, м'язові пучки після закінчення перейми вже не повертаються на своє місце, тому з прогресуванням першого періоду пологів верхній сегмент поступово потовщується, а нижній — стоншується.

Під час перейми підвищення внутрішньоматкового тиску передається плоду та навколоплодовим водам. При цьому води переміщуються вниз до шийки матки, нижня частина плодових оболонок вклинюється у цервікальний канал. Ця частина оболонок *(плодовий міхур)* розширює шийку матки зсередини. Передлегла частина (голівка) щільно охоплюється нижнім сегментом, формується *внутрішня смуга стикання,* завдяки цьому води поділяються на *передні* та *задні (рис. 9.1).* 100–200 мл вод, що містяться нижче цієї смуги, називаються ***передніми.*** За умов нормального перебігу пологів вони відходять у кінці першого періоду. Вище смуги стикання знаходяться ***задні*** води, що виливаються після народження дитини. *Зовнішню смугу стикання* утворюють нижній сегмент матки та кісткове кільце таза, якщо голівка фіксована у вході в малий таз. При тазовому передлежанні щільного охоплення нижнім сегментом тазового кінця плода не відбувається, тому води не розмежовані.

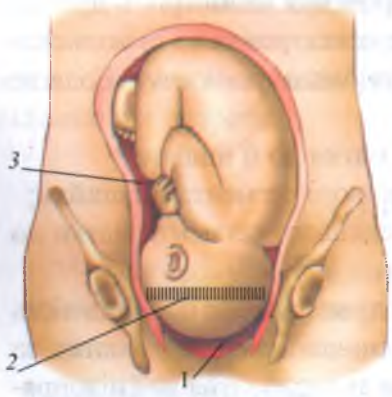


Рис. 9.1. Поділ вод на передні і задні:
1 — передні води; 2 — смуга стикання; 3 — задні води

Пояс стикання щільно охоплює голівку плода, тому венозний та лімфовідтік від тка-

нин, розміщених нижче, погіршується — виникає набряк тканин у ділянці провідної точки — ***пологова пухлина.*** Величина її залежить від тривалості безводного періоду — чим довший безводний період, тим більша пухлина. Пологова пухлина зникає без лікування через кілька днів після пологів.

У жінок, що народжують уперше (primapara), спочатку відкривається внутрішнє вічко, шийка матки вкорочується, а потім згладжується. Лише після згладжування шийки матки починається відкриття зовнішнього вічка. У тих, що народжують повторно (multipara), механізм відкриття цервікального каналу інший: розкриття зовнішнього та внутрішнього вічка відбувається одночасно та паралельно із вкороченням шийки матки *(рис. 9.2, 9.3).*

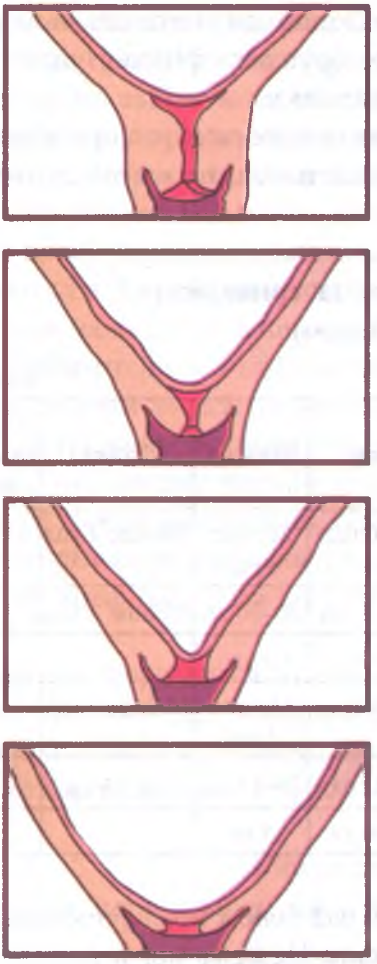


Рис. 9.2. Згладжування і розкриття шийки матки у жінки, яка народжує вперше

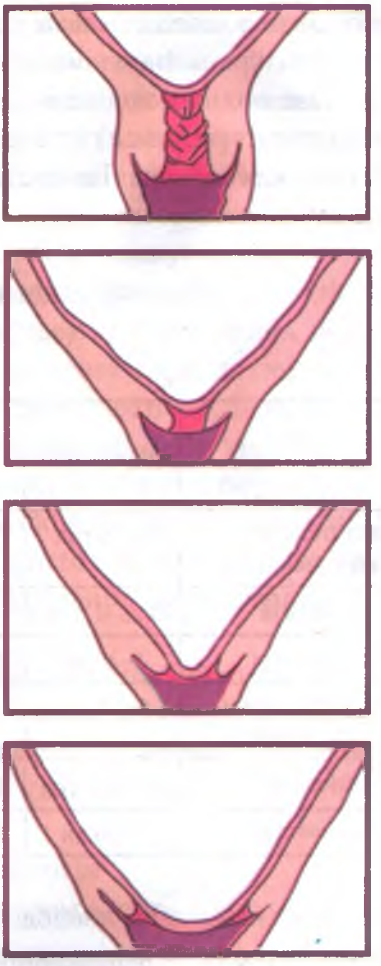


Рис. 9.3. Згладжування і розкриття шийки матки у жінки, яка народжує повторно

Впродовж першого періоду пологова діяльність посилюється: зростає тривалість та інтенсивність перейм, паузи між ними вкорочуються. Зростає внутрішньоматковий тиск, шийка матки дедалі більше розкривається, нижній полюс плодового міхура втрачає опору, його оболонки перерозтягуються, на висоті однієї із перейм відбувається *розрив плодового міхура.* Відходять передні навколоплодові води. *Якщо плодовий міхур розривається при повному (на 10 см) або майже повному (не менше 6–7 см) розкритті шийки матки, йдеться про* ***вчасне вилиття навколоплодових вод.*** Вилиття вод до повного розкриття (4–5 см) називається ***раннім,*** до початку пологової діяльності — ***передчасним.*** У випадку надмірної щільності плодових оболонок води не відходять навіть при повному розкритті шийки матки, плодовий міхур, виконавши свою функцію гідравлічного клина, стає перешкодою для народження плода, тому необхідно здійснити штучний розрив плодового міхура *(амніотомію),* щоб не порушився фізіологічний перебіг пологів. Таке вилиття вод називають ***запізнілим.***

Іноді спостерігається підтікання навколоплодових вод при збереженні цілості плодового міхура. Такий стан називають *високим надривом плодового міхура.*

Класифікація пологів за тривалістю
(за С. В. Хмілем)

Таблиця 9.3

	Нормальні	**Затяжні**	**Швидкі**	**Стрімкі**	**Середня тривалість пологів**
1. Перші пологи: загальна тривалість	6–16 год	Понад 16 год	Менше 6 год	Менше 4 год	11–12 год
II період пологів	30 хв–1,5 год	Понад 1,5 год	20–30 хв	Менше 20 хв	
III період пологів	5–30 хв	Понад 30 хв	5 хв		
2. Повторні пологи: загальна тривалість	5–14 год	Понад 14 год	Менше 4 год	Менше 2 год	7–8 год
II період пологів	20 хв–1 год	Понад 1 год	20–15 хв	До 15 хв	
III період пологів	5–30 хв	Понад 30 хв	5 хв		

Після вилиття навколоплодових вод над лоном можна пропальпувати поперечну борозну — ***контракційне кільце.*** Це межа між верхнім сегментом (тілом матки), який під час перейм скорочується, і нижнім сегментом (перешийком та шийкою матки), який розтягується. За висотою розміщення

контракційного кільця можна приблизно оцінити ступінь розкриття шийки матки (ознака Шатца-Унтерберга), при розкритті на 1 поперечний палець воно піднімається над лоном на 2 см, на 2 поперечних пальці — на 4 см і так далі, проте навіть при повному розкритті воно не повинно підійматися вище як на 8–10 см. *Більш високе стояння контракційного кільця над симфізом свідчить про перерозтягнення нижнього сегмента матки і є явищем патологічним.*

ПЕРЕБІГ ДРУГОГО ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ

З моменту повного розкриття шийки матки розпочинається другий період пологів.

Після вилиття навколоплодових вод перейми на кілька хвилин припиняються, матка пристосовується до зменшеного об'єму. Нижній сегмент, повністю розкрита шийка матки та піхва утворюють пологовий канал. Перейми відновлюються з наростаючою силою, тривалість їх збільшується до 50–60 с, паузи зменшуються до 1–2 хв. У другому періоді пологів перейми називаються зганяльними. Під дією підвищеного внутрішньоматкового тиску плід починає просуватись пологовими шляхами. Голівка опускається у порожнину малого таза. Коли великий сегмент голівки знаходиться у вузькій частині порожнини малого таза, а нижній її полюс досягає тазового дна, подразнюючи барорецептори, які там знаходяться, до перейм приєднуються потуги.

Коли голівка досягає тазового дна, потуги стають особливо сильними. Промежина починає випинатись, задньопрохідний отвір зяє. При подальшому русі передлеглої частини статева щілина відкривається, і голівка під час потуги з'являється назовні. Поза потугою вона знову ховається. Це називається ***врізуванням голівки*** *(рис. 9.4)*. Коли голівка просувається настільки, що не ховається поза потугою, говорять про ***прорізування голівки*** *(рис. 9.5)*.

Першою прорізується потилиця плода, потім тім'яні горби, відтак лоб і обличчя *(рис. 9.6)*. Далі народжується тулуб плода *(рис. 9.7–9.9)*.

Період зганяння у жінок, що народжують вперше, триває 1–2 год, у тих, що народжують повторно, — від 15 хв до 1 год.

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання

Наприкінці вагітності плід знаходиться переважно у поздовжньому положенні та головному передлежанні (95% усіх пологів). Типовим є *згинальний тип членорозміщення,* при якому голівка та кінцівки плода зігнуті та

Рис. 9.4. Врізування голівки плода

Рис. 9.5. Прорізування голівки плода

Рис. 9.6. Народження голівки плода

Рис. 9.7. Зовнішній поворот голівки плода

Рис. 9.8. Фіксація переднього плечика під лоном

Рис. 9.9. Народження заднього плечика плода

притиснуті до тулуба, що дає йому змогу займати найменший об'єм у порожнині матки. Якщо голівка знаходиться у стані згинання, потилиця опускається і розміщується над входом в таз. Таке передлежання називається потиличним.

У переважній більшості випадків пологів у потиличному передлежанні плід вставляється у вхід в малий таз таким чином, що стрілоподібний шов знаходиться на однаковій відстані від лона і від мису. Таке вставлення називається ***синклітичним*** *(рис. 9.10)* або ***осьовим.***

Відхилення від осьового вставлення називають ***асинклітизмом.*** Асинклітизм буває передній і задній.

Передній асинклітизм *(рис. 9.11, а),* описаний Негеле, полягає у тому, що стрілоподібний шов розміщується ближче до мису і в малий таз вставляється передня тім'яна кістка. У випадку подальшого фізіологічного перебігу пологів при хорошій пологовій діяльності і нормальній будові таза стрілоподібний шов повертається у центральне положення і асинклітизм зникає.

Якщо стрілоподібний шов розміщується ближче до лона, у малий таз першою вставляється *задня тім'яна кістка* (асинклітизм Літцмана), виникає ***задній асинклітизм*** *(рис. 9.11, б).* За умови хорошої пологової діяльності він також може змінюватися на осьове вставлення.

Рис. 9.10. Синклітичне вставлення голівки

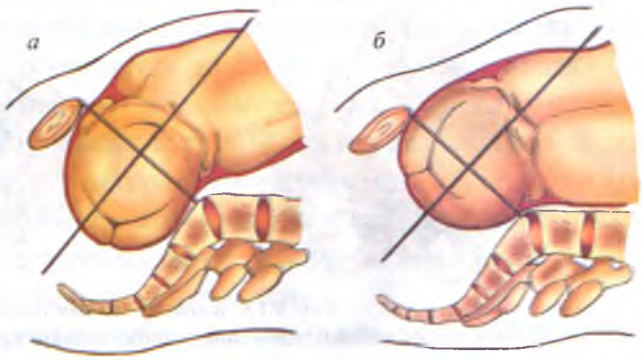


Рис. 9.11. Асинклітичне вставлення голівки:
а) — передній асинклітизм; б) — задній асинклітизм

Природні рухи плода здійснюються завжди строго за напрямом провідної осі таза. ***Провідна вісь таза*** — це лінія, яка з'єднує середини всіх прямих розмірів таза. Під час просування плода пологовим каналом голівка зазнає тривалого стиснення, завдяки чому, пристосовуючись до форми пологових шляхів, змінює свою форму — конфігурує. Конфігурація відбувається внаслідок особливостей будови голівки плода — м'яких кісток, широких швів та тім'ячок. Кісточки голівки доношеного плода мають здатність заходити одна за одну, таким чином голівка зменшується у розмірах і менше стискається пологовими шляхами. Коли пологи відбуваються у передньому виді потиличного передлежання, голівка набуває доліхоцефалічної конфігурації — витягується у напрямі малого косого розміру.

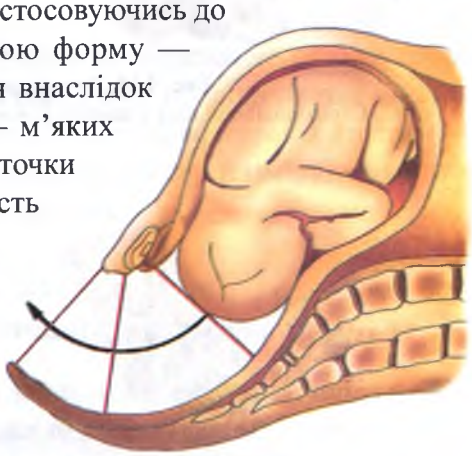


Рис. 9.12. Форма пологового каналу. Стрілкою позначено провідну вісь таза

Проходячи пологовими шляхами, *плід здійснює певні згинальні, розгинальні, поступальні та обертальні рухи, сукупність яких називається* ***біомеханізмом пологів.***

Найчастіше плід народжується у передньому виді потиличного передлежання.

Моменти біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання:

1. ***Згинання голівки*** (flexio capitis). Голівка плода фіксується у вході в малий таз, її стрілоподібний шов знаходиться у поперечному або в одному

Рис. 9.13. Згинання голівки плода.
Стрілоподібний шов у поперечному розмірі входу в малий таз

Рис. 9.14. Внутрішній поворот голівки плода.
Стрілоподібний шов у косому розмірі площини вузької частини малого таза

Рис. 9.15. Завершення внутрішнього повороту голівки плода.
Стрілоподібний шов у прямому розмірі виходу з малого таза

з косих розмірів таза. Внаслідок дії пологових сил голівка згинається. Підборіддя наближається до грудної клітки, потилиця опускається, мале тімячко розміщується нижче великого. У результаті згинання голівка проходить через малий таз своїм *малим косим розміром* (9,5 см, обвід — 32 см), провідною точкою є *ділянка малого тім'ячка.* ***Провідною точкою*** називається найнижче розміщена ділянка передлеглої частини, яка першою проходить пологовими шляхами і першою народжується *(рис.9.13).*

2. ***Внутрішній поворот голівки*** (rotatio capitis interna) *починається при переході голівки з широкої частини порожнини малого таза у вузьку.* Голівка здійснює поступальний і обертальний рух, в результаті якого стрілоподібний шов з поперечного або косого стає у прямий розмір виходу з таза. Мале тім'ячко при цьому обертається до симфізу, а обличчя плода — до крижів. *Поворот завершується на тазовому дні (рис.9.14, 9.15).*

3. ***Розгинання голівки*** (deflexio capitis). Коли голівка наближається до виходу з таза, вона натрапляє на опір м'язів тазового дна. Під нижній край симфізу підходить *підпотилична ямка* — точка фіксації. Навколо цієї точки під дією двох сил — сили скорочень матки та опору м'язів тазового дна — відбувається розгинання голівки та її народження.

4. ***Внутрішній поворот тулуба, зовнішній поворот голівки*** (rotatio trunci interna et rotatio capitis externa). Здійснюючи поступальний та, водночас, обертальний рух по пологовому каналу, плечики плода переходять з косого розміру таза у прямий, при цьому голівка обертається обличчям до правого (при першій позиції) або лівого (при другій) стегна матері. Переднє плечико підходить під симфіз і фіксується своєю верхньою третиною. Утворюється точка фіксації, навколо якої відбувається бокове згинання тулуба плода, і народжується заднє плечико, після чого без утруднень народжується тулуб плода.

Отже, при передньому виді потиличного передлежання голівка прорізується своїм *малим косим розміром* (обвід 32 см); провідна точка — *мале тім'ячко;* точка фіксації — *підпотилична ямка;* конфігурація голівки — доліхоцефалічна (голівка витягнута у напрямі косого розміру); пологова пухлина утворюється в ділянці малого тім'ячка.

Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання

Близько 1% пологів проходять при задньому виді потиличного передлежання. Переважно це трапляється, коли під час вагітності спинка плода обернена до задньої стінки матки. Частіше навіть при такому розміщенні плода під час вагітності, під час пологів плід під дією пологових сил повер-

тається в передній вид, мале тім'ячко при цьому здійснює поворот на 135°. Проте в деяких випадках мале тім'ячко повертається на 45°, і плід народжується у задньому виді.

Моменти біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання:

1. ***Згинання голівки.*** Перший момент біомеханізму пологів відбувається так само, як при передньому виді. Голівка згинається дещо менше і проходить через малий таз *своїм середнім косим розміром* (10 см, обвід — 33 см), *провідною точкою* є середина стрілоподібного шва.

2. ***Внутрішній поворот голівки.*** Починається при переході голівки із широкої частини порожнини малого таза у вузьку. Внаслідок обертання голівки потилиця плода обертається до крижів, а обличчя — до симфіза. Завершується поворот голівки на тазовому дні, голівка встановлюється стрілоподібним швом у прямому розмірі виходу з таза.

3. ***Додаткове згинання голівки.*** Утворюється перша точка фіксації: голівка плода фіксується межею волосистої частини лоба до нижнього краю лонної дуги. Навколо цієї точки відбувається додаткове згинання голівки. Народжуються лоб, тім'яні горби.

4. ***Розгинання голівки*** відбувається навколо *другої точки фіксації,* яку утворюють *підпотилична ямка* та *крижово-куприкове зчленування.* Під час розгинання навколо цієї точки голівка плода народжується.

5. ***Внутрішній поворот тулуба, зовнішній поворот голівки.*** Народження плечового пояса та тулуба плода не відрізняється від такого при передньому виді потиличного передлежання.

Отож, при задньому виді потиличного передлежання голівка прорізується своїм *середнім косим розміром* (обвід 33 см); провідна точка — *середина стрілоподібного шва;* точки фіксації: перша — *межа волосистої частини лоба,* друга — *підпотилична ямка.*

ТЕОРІЇ МЕХАНІЗМУ ПОЛОГІВ

У здійсненні тих чи інших рухів плода при проходженні ним пологового каналу відіграють роль як фізичні (форма та розміри голівки) та просторові (співвідношення між розмірами голівки й таза), так і біологічні (внутрішньочеревний та внутрішньоматковий тиск, скорочення окремих груп м'язів плода та м'язів тазового дна) фактори. В кожному з моментів переважає вплив того чи іншого фактора.

Згинання голівки пояснюють таким чином. Під час перейми внутрішньоматковий тиск передається на тазовий кінець плода, звідти на хребет, який з'єднаний з голівкою ексцентрично — ближче до потилиці. Тиск за правилом

нерівномірного двоплечевого важеля передається головним чином на потилицю, яка опускається, підборіддя піднімається, наближаючись до грудей, — відбувається згинання голівки. Наближенню підборіддя до грудей сприяє і опір з боку безіменної лінії таза. Таким чином, діють дві протилежно спрямовані сили — одна діє вздовж хребта на потилицю, сприяючи просуванню голівки, друга — затримує просування лицевої частини, сприяючи згинанню голівки.

Внутрішній поворот голівки відбувається як пристосування голівки до форми і розмірів таза. Стінки порожнини малого таза слід розглядати як систему похилих площин. Сприяє повороту будова пристінкових м'язів таза. Просуваючись під дією пологових сил, голівка розміщується стрілоподібним швом (при потиличному передлежанні) відповідно до найбільших розмірів таза — у площині входу це поперечний, у широкій частині — поперечний чи косий (голівка займає той же розмір, що й у вході) у вузькій — косий, у вході — прямий.

Є теорія, яка пояснює поворот голівки тим, що для її просування по пологовому каналу необхідне співпадання головної кривизни з тазовою. ***Головна кривизна*** — це уявна дугоподібна лінія, що йде від підборіддя до потилиці. У процесі пристосування головної кривизни до тазової відбувається внутрішній поворот. Повороту голівки потилицею наперед сприяє форма таза, а саме те, що передня його спинка коротша від задньої, вона чинить менший опір об'ємній потиличній частині.

Розгинання голівки відбувається в результаті взаємодії двох протилежно направлених сил дій: на хребет плода діє черевний та внутрішньоматковий тиск, що передається на потилицю і сприяє просуванню плода. На лицеву частину плода діє сила скорочень м'язів тазового дна. Потилична ділянка на цей час фіксована під нижнім краєм симфізу і в результаті взаємоперпендикулярного напрямку дії цих сил змушена повертатись навколо горизонтальної осі — відбувається розгинання голівки.

Внутрішній поворот тулуба зумовлений пристосуванням плечок до найбільших розмірів таза.

ПЕРЕБІГ ТРЕТЬОГО ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ

Після народження плода розпочинається третій період пологів — ***післядовий.***

Протягом цього періоду відбуваються два процеси:

- *відділення* (відшарування) плаценти від стінки матки;
- *виділення* (зганяння) посліду з порожнини матки.

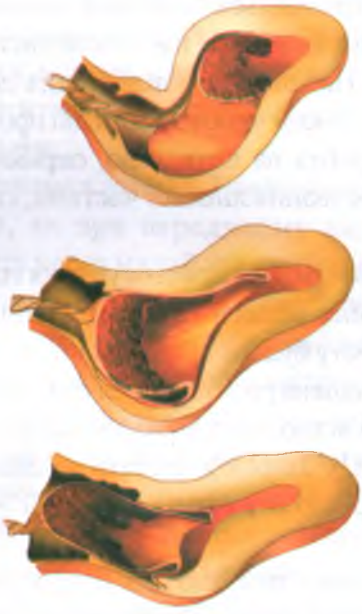


Рис. 9.16. Центральний тип відділення плаценти

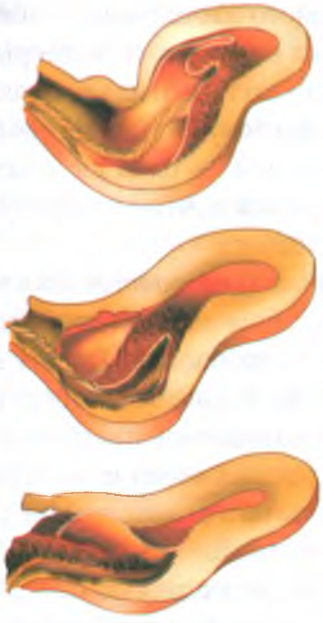


Рис. 9.17. Тип відділення плаценти з периферії

Після народження плода матка значно зменшується у розмірах, набуває кулястої форми, дно її розміщується на рівні пупка. Кілька хвилин матка перебуває у стані тонічного скорочення, далі розпочинаються *послідові перейми.* Внаслідок скорочень матки відбувається відділення плаценти від її стінки. Матка, зокрема плацентарний майданчик, скорочується, плацента здатності до скорочення не має. Порушення контакту між плацентою та стінкою матки з огляду на властивий людині гемохоріальний тип плаценти, призводить до утворення крововиливу між материнською поверхнею плаценти і маткою — ***ретроплацентарної гематоми.***

Існує два типи відокремлення плаценти: з центру та із периферії. *Центральний* (за Шульце) полягає в тому, що плацента відокремлюється спочатку у центральній частині. Утворюється ретроплацентарна гематома, яка сприяє повному відокремленню плаценти. Послід народжується плодовою оболонкою назовні *(рис. 9.16).*

Другий тип (за Дунканом) полягає у відділенні плаценти *з периферії.* Ретроплацентарна гематома не утворюється, послід народжується нижнім краєм уперед, материнською поверхнею назовні *(рис. 9.17).*

Послідовий період триває у середньому від 10–15 до 30 хвилин.

Крововтрата у третьому періоді пологів становить 200–250 мл. Фізіологічною вважають крововтрату, що не перевищує 0,5% маси тіла роділлі.

ПРИЙМАННЯ ТА САНОБРОБКА РОДІЛЛІ

Санітарно-пропускний блок пологового будинку розпочинає кімната-фільтр.

Обов'язки акушерки приймального відділення:

- уважне вивчення індивідуальної (або обмінної) карти вагітної, результатів її обстеження у жіночій консультації;
- заповнення історії пологів (паспортна частина і перша сторінка);
- зважування роділлі, вимірювання зросту;
- вимірювання артеріального тиску на обох руках, визначення частоти пульсу;
- вимірювання температури тіла;
- огляд шкіри і слизових з метою виявлення гноячкових захворювань шкіри, висипань.

Основним завданням акушерки, яка працює у приймальному відділенні пологового стаціонару, є виявлення у роділь, що поступають, захворювань інфекційного генезу та ізоляція їх від здорових жінок. Наявність у роділлі інфікування чи навіть підозри на інфекцію є підставою для госпіталізації її в обсерваційне акушерське відділення.

Показання для госпіталізації роділлі в обсерваційне відділення:

- грип, ангіна, інші респіраторні захворювання;
- пієлонефрит;
- кольпіт;
- підвищення температури тіла незалежно від причин;
- наявність гноячкових та грибкових захворювань, носійство патогенного стафілокока;
- внутрішньоутробна загибель плода;
- пологи, що відбулися поза стаціонаром;
- жінки, що не перебували на обліку в жіночій консультації і не пройшли відповідного обстеження.

Здорові роділлі та вагітні з кімнати-фільтра направляються в оглядову фізіологічного відділення, вагітні та роділлі, у яких виявлені показання для госпіталізації в обсерваційне відділення — у відповідну оглядову кімнату. В оглядовій роділлю вкладають на кушетку, вкриту продезінфікованою цератою та чистим простирадлом, проводять такі дослідження:

- вимірювання розмірів таза;
- визначення висоти стояння дна матки над симфізом, обводу живота;
- користуючись прийомами Леопольда-Левицького визначають положення, позицію, вид та передлежання плода, відношення передлеглої частини до входу в таз;

- вислуховують серцебиття плода;
- проводять тест якісного визначення наявності білка в сечі шляхом кип'ятіння або пробу із сульфосаліциловою кислотою (до 2–3 мл сечі додають 5–6 краплин сульфосаліцилової кислоти, якщо випадає осад, це свідчить про те, що в сечі роділлі є білок і необхідно провести аналіз сечі з кількісним його визначенням).

Санітарна обробка роділлі:

- зголюють волосяний покрив зі статевих органів роділлі, користуючись при цьому одноразовим стерильним лезом, особливу увагу звертають на ділянку промежини. Іншим лезом зголюють волосся під пахвами;
- зовнішні статеві органи обмивають теплим дезінфікувальним розчином і висушують стерильною пелюшкою чи рушником;
- ставлять очисну клізму;
- спорожнивши кишечник, пацієнтка приймає душ;
- коротко обтинають нігті на руках і ногах, нігтьові ложа обробляють 5% розчином йоду;
- роділля одягає чисту сорочку, халат і в супроводі акушерки приймального відділення іде у пологове відділення. При вираженій пологовій діяльності роділлю транспортують у відділення на каталці.

Якщо в процесі приймання та санобробки роділлі виникли ускладнення (розпочалися потуги, виникла кровотеча, відійшли навколоплодові води), необхідно викликати чергового лікаря.

ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ. ДОГЛЯД ЗА РОДІЛЛЕЮ

Основні принципи ведення нормальних пологів:

- оцінка ступеня прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології з метою визначення рівня надання стаціонарної допомоги;
- визначення плану ведення пологів та поінформоване узгодження його з жінкою;
- контроль за станом матері та плода в пологах з веденням партограми;
- знеболювання пологів за показаннями;
- оцінка стану дитини при народженні, проведення первинного туалету новонародженого та раннє прикладання до грудей матері.

Підтримуючий догляд під час пологів і розродження

1. Персональна психологічна підтримка вагітної чоловіком, найближчими родичами чи обраним нею тренером під час пологів та розродження;

2. Забезпечення розуміння та психологічної підтримки роділлі медичним персоналом: пояснюється необхідність проведення процедур і маніпуляцій, одержується дозвіл на їх проведення; підтримується підбадьорлива атмосфера при розродженні, уважне ставлення до бажань жінки; забезпечення конфіденційності стосунків.

3. Підтримування чистоти роділлі та її оточення:

- заохочування до самостійного прийняття ванни чи душу жінкою на початку пологів;
- перед кожним піхвовим дослідженням обмивання зовнішніх статевих органів і промежини роділлі; лікар ретельно миє руки й одягає стерильні гумові одноразові рукавички.

4. Забезпечення рухливості роділлі:

- жінку заохочують до активної поведінки та вільного ходіння під час пологів;
- допомагають жінці вибрати положення для пологів.

5. Підтримування прийому жінкою їжі й рідини за її бажанням. Прийом незначної кількості поживної рідини відновлює фізичні сили роділлі.

ВЕДЕННЯ ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ

Перший період пологів роділля проводить у передпологовій кімнаті. *Медичний персонал повинен постійно спостерігати за роділлею, не залишаючи її саму ні на хвилину.* Дуже важливо дотримуватись правил деонтології: чуйно, уважно ставитись до жінки, розмовляти з нею, переконуючи у швидкому та сприятливому закінченні пологів.

Годувати роділлю під час пологів не рекомендується, оскільки часом створюються акушерські ситуації, коли постає необхідність застосування оперативних втручань, а наявність у шлунку вмісту може призвести до ускладнень під час наркозу. Можна вживати невеликими порціями соки, молоко.

Жінці потрібно нагадати, як виконувати прийоми психопрофілактики для зменшення больових відчуттів. Якщо роділля неспокійна, скаржиться на сильний біль, то лікар-акушер та анестезіолог повинні вжити заходів до медикаментозного знеболювання пологів.

Для динамічного і наочного спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода, а також з метою своєчасної профілактики можливих ускладнень у пологах використовується запис партограми.

Спостереження за станом роділлі у I періоді пологів включає рутинні процедури, які заносяться акушером-гінекологом до партограми:

Оцінюють стан плода:

- підраховують серцеві скорочення плода за 1 хвилину кожних 15 хвилин протягом активної фази і кожні 5 хвилин протягом другого періоду пологів, ці показники заносять до партограми. Для своєчасної діагностики гіпоксії плода використовують дворазову аускультацію (до і після перейм або потуг);
- якщо частота серцевих скорочень плода менше 120 чи більше 160 ударів за хвилину, це розцінюють як початок розвитку дистресу плода.

Оцінюють загальний стан матері:

- вимірюють температуру тіла кожні 4 години; визначають параметри пульсу — кожні 2 години; артеріального тиску — кожні 2 години; визначають кількість сечі — кожні 4 години;
- визначають рівень білка і ацетону за показаннями;
- періодично визначають характер дихання.

Ефективність пологової діяльності визначають:

- за частотою, тривалістю та інтенсивністю перейм — щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі;
- за даними внутрішнього акушерського дослідження — кожні 4 години;
- за рівнем опускання голівки плода — при проведенні кожного зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження.

Якщо відбувся розрив плодового міхура, звертають увагу на колір навколоплодових вод:

- наявність густого меконію свідчить про необхідність ретельного спостереження і можливого втручання для надання допомоги у випадку дистресу плода;
- відсутність витікання рідини після розриву плодового міхура вказує на зменшення обсягу амніотичної рідини, що може бути зв'язане з дистресом плода.

Немає доказів ефективності проведення ранньої амніотомії у разі нормальних пологів.

У першому періоді пологів важливо стежити за загальним станом роділлі — кольором шкірних покривів, диханням. Температуру вимірюють двічі на добу, при певних показаннях (передчасне вилиття навколоплодових вод, наявність інфекційних захворювань у роділлі) — через 2–3 год. Пульс та артеріальний тиск вимірюють через кожні дві години та записують в історію пологів.

Зовнішнє акушерське дослідження проводять протягом першого періоду пологів багаторазово, звертаючи особливу увагу на використання *четвертого прийому Леопольда-Левицького*, яким визначають відношення голівки до площин малого таза.

Коли голівка знаходиться у вузькій частині порожнини малого таза, її можна досягти *прийомом Піскачека:* зовнішні статеві органи покривають стерильною серветкою, вказівний та середній палець правої руки розміщують біля основи правої статевої губи і натискають через м'які тканини, спрямовуючи пальці назустріч голівці.

Піхвове дослідження роділлі проводять під час пологів щонайменше двічі: вперше при поступленні роділлі в акушерський стаціонар для з'ясування акушерської ситуації, вдруге — після відходження навколоплодових вод для діагностики стану розкриття шийки матки на цей момент та можливого випадання пуповини та дрібних частин плода. Додатково проводять вагінальне дослідження за строгими показаннями для уточнення стану розкриття шийки матки при слабкості пологової діяльності, просування голівки тощо.

Проведення вагінального дослідження потребує суворого дотримання правил асептики та антисептики: зовнішні статеві органи роділлі обмивають розчином фурациліну або перманганату калію та обробляють розчином йодонату, під сідниці жінки підкладають стерильну підкладну пелюшку. Перед дослідженням лікар миє руки, як перед операцією, одягає стерильні рукавички.

При *вагінальному (внутрішньому акушерському) дослідженні* звертають увагу на наявність рубців на промежині після попередніх пологів, варикозного розширення вен, визначають стан піхви — вузька, широка, наявність аномалій розвитку. При пальпації шийки матки встановлюють ступінь її зрілості — сформована, вкорочена, згладжена, товщину та здатність країв до розтягнення, ступінь розкриття маткового вічка, цілість плодового міхура, його напруження під час та між переймами. Визначають передлеглу частину, її положення відносно площин таза, розміщення стрілоподібного шва та тім'ячок. Досліджують особливості будови кісткового таза роділлі, наявність кісткових виступів — екзостозів, визначають величину діагональної кон'югати, якщо вдається досягти крижового мису. Усі отримані дані записують в історію пологів. Оцінюють характер пологової діяльності.

Методи реєстрації скорочень матки

1. ***Пальпаторний контроль.*** Рукою, розміщеною в ділянці дна матки, оцінюють тривалість, силу перейм та проміжки між ними. Слід пам'ятати, що скорочення матки виникає раніше, ніж відчувається пальпаторно, тому справжня тривалість перейм насправді більша, ніж визначена цим методом.

2. ***Зовнішня гістерографія*** (токографія) проводиться із застосуванням датчиків реєстрації скорочень матки через передню черевну стінку. Метод неінвазивний, проте на точність показників впливає товщина підшкірної жирової клітковини, скорочення м'язів черевного преса. Багатоканальна гістерографія дає інформацію про скоротливу діяльність матки в різних відділах.

3. ***Внутрішня гістерографія*** проводиться трансцервікально і трансабдомінально. За рахунок визначення внутрішньоматкового тиску метод дає точні показники базального тонусу матки, інтенсивності перейм та ступеня розслаблення матки в паузах. Інтенсивність перейм в I періоді коливається від 30 до 50 мм рт. ст. Недоліками є небезпека інфікування, розриву плодового міхура, а також те, що при зовнішній і внутрішній гістерографії роділля знаходиться у вимушеному положенні.

4. ***Тонусометрія.***

5. ***Реографія*** — метод реєстрації скорочень міометрія, що ґрунтується на зміні електричного опору між електродами, накладеними на стінки матки.

6. ***Метод телерадіометрії*** дозволяє дистанційно оцінити стан скорочень матки, не обмежуючи рухів роділлі. Датчик, що являє собою мініатюрну радіостанцію у вигляді капсули, вводиться у шийку матки при цілих водах чи в порожнину матки, якщо води відійшли.

Скоротлива діяльність матки оцінюється в ОМ (одиниці Монтевідео), які визначаються шляхом множення сили скорочень (в мм рт. ст.) на кількість перейм за 10 хв. Тривалість перейми при апаратному вимірюванні в першому періоді пологів складає на початку 60–90 с, в кінці — 100–120 с, у другому періоді — 90 с. При пальпаторному визначенні перейми майже удвічі коротші, що пояснюється меншою чутливістю методу.

Велику увагу приділяють контролю за станом плода. Серцебиття плода вислуховують акушерським стетоскопом при цілих навколоплодових водах через 20–30 хвилин, після їх вилиття — через кожні 10–15 хвилин. Широкого застосування набув метод моніторного спостереження за станом плода при веденні пологів у жінок з високим ризиком. Записують кардіотахограму плода та токограму (реєстрацію скорочень матки). Оцінка кардіотокограми в пологах має деякі відмінності, порівняно з антенатальною КТГ. Зовнішній датчик фіксують на передній черевній стінці в місці найбільш чіткого прослуховування серцебиття плода, тензометричний датчик в ділянці дна матки. Базальний ритм при головному передлежанні коливається в межах 120–160 на хвилину. У разі нормального перебігу пологів амплітуда осциляцій частоти серцевих скорочень складає 6-10 на хвилину, а частота до 6 на 1 хв. У відповідь на перейми в нормі реєструються акцелерації, амплітуда яких складає 15–25 за хвилину. Наявність на КТГ акцелерацій є позитивною прогностичною ознакою, що свідчить про нормальний стан плода.

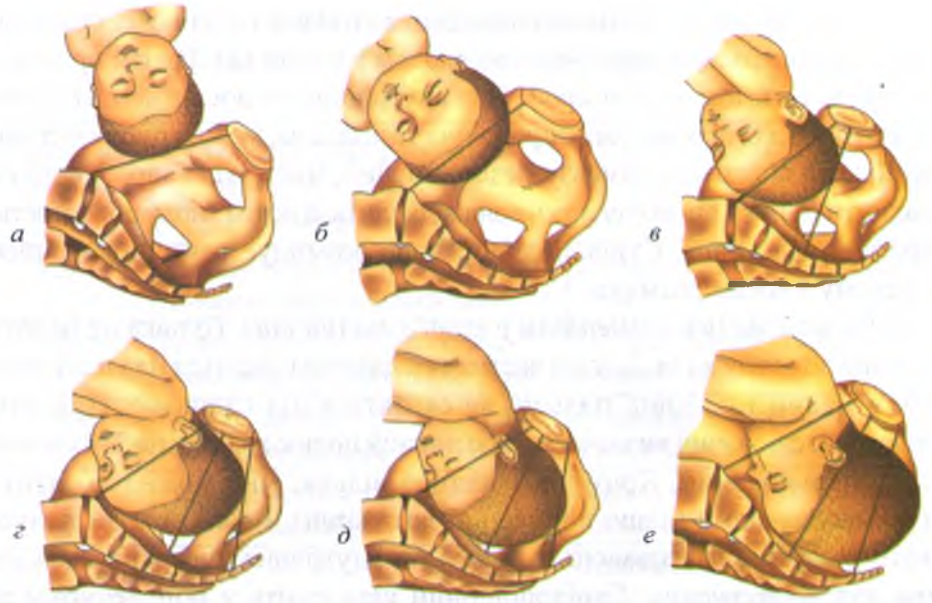


Рис. 9.18. Відношення голівки до площин таза:

а — голівка над входом у малий таз; б —голівка малим сегментом у вході в малий таз; в — голівка великим сегментом у вході в малий таз; г — голівка в широкій частині порожнини малого таза; д — голівка у вузькій частині порожнини малого таза; д — голівка у виході з таза

Положення голівки щодо площин таза. Розрізняють такі положення голівки відносно площин малого таза *(рис. 9.18)*:

- голівка над входом у малий таз;
- голівка малим сегментом у вході в малий таз;
- голівка великим сегментом у вході в малий таз;
- голівка в широкій частині порожнини малого таза;
- голівка у вузькій частині порожнини малого таза;
- голівка у виході з таза.

Для визначення положень голівки важливе поняття великого сегмента.

Великим сегментом *називається той найбільший обвід голівки, яким вона проходить через малий таз при даному передлежанні.* Будь-яка менша частина голівки являє собою малий сегмент.

Великий сегмент для кожного передлежання свій. Зокрема, при *передньому виді потиличного передлежання* великий сегмент відповідає обводу, який проходить через *малий косий розмір* голівки плода.

Положення голівки відносно площин малого таза.

1. ***Голівка над входом у малий таз.*** Використовуючи четвертий прийом зовнішнього акушерського дослідження, поза переймою, долонями, притиснутими до голівки плода, пробуємо проникнути між голівкою і лоном в

глибину таза. Якщо пальці можна підвести під голівку і кінчики їх сходяться, це свідчить, що голівка перебуває над входом у малий таз. Третім прийомом визначаємо симптом *балотування*. При внутрішньому дослідженні визначаємо, що голівка стоїть високо, порожнина таза вільна, можна пропальпувати верхній край лобкового симфізу, безіменні лінії, мис. Якщо спробувати відштовхнути голівку від входу в таз, вона відходить, а потім знову повертається у вихідне положення. Стрілоподібний шов розміщується у поперечному або одному з косих розмірів.

2. ***Голівка малим сегментом у вході в малий таз.*** Голівка не балотує, фіксована до входу в таз. Більша частина голівки знаходиться над площиною входу в малий таз. Кінці пальців не сходяться під голівкою. При внутрішньому дослідженні визначаємо, що нижній полюс голівки на 3–4 см вище інтерспінальної лінії. Крижова западина вільна, мис можна досягнути зігнутими пальцями (якщо він взагалі досяжний). Верхній край лонного симфізу закритий фіксованою голівкою, та внутрішня поверхня лона доступна для дослідження. Стрілоподібний шов стоїть у поперечному або одному з косих розмірів.

3. ***Голівка великим сегментом у вході в малий таз.*** Зовнішніми прийомами змістити голівку неможливо. Над входом у таз пальпується лише незначна її частина. При внутрішньому дослідженні визначаємо, що верхня третина крижової западини та верхня третина симфізу зайнята голівкою. Мису досягти не можна. Розкриття шийки матки повне. Нижній полюс голівки — провідна точка — досягає інтерспінальної лінії. Сідничні ості легко пальпуються. Стрілоподібний шов знаходиться у косому розмірі, мале тім'ячко лежить нижче від великого.

4. ***Голівка в широкій частині порожнини малого таза.*** Над входом в таз визначається тільки незначна частина голівки — підборіддя плода. За допомогою піхвового дослідження визначаємо, що голівка плода займає половину крижової западини і дві третини симфізу. Стрілоподібний шов стоїть в одному з косих розмірів. У цій площині починається внутрішній поворот голівки плода. Сідничні ості ще можна пропальпувати. Можна досягти голівки прийомом Піскачека.

5. ***Голівка у вузькій частині порожнини малого таза.*** Зовнішніми прийомами голівка не визначається. Вся крижова западина і внутрішня поверхня симфізу заповнена голівкою, пальпуються тільки нижній край лона, сідничні горби й куприк. У цій площині продовжується внутрішній поворот голівки, її стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів (правому чи лівому) ближче до прямого. Голівку можна легко досягнути прийомом Піскачека.

Визначення положень голівки щодо площин таза за міжнародною та вітчизняною класифікаціями

Таблиця 9.4

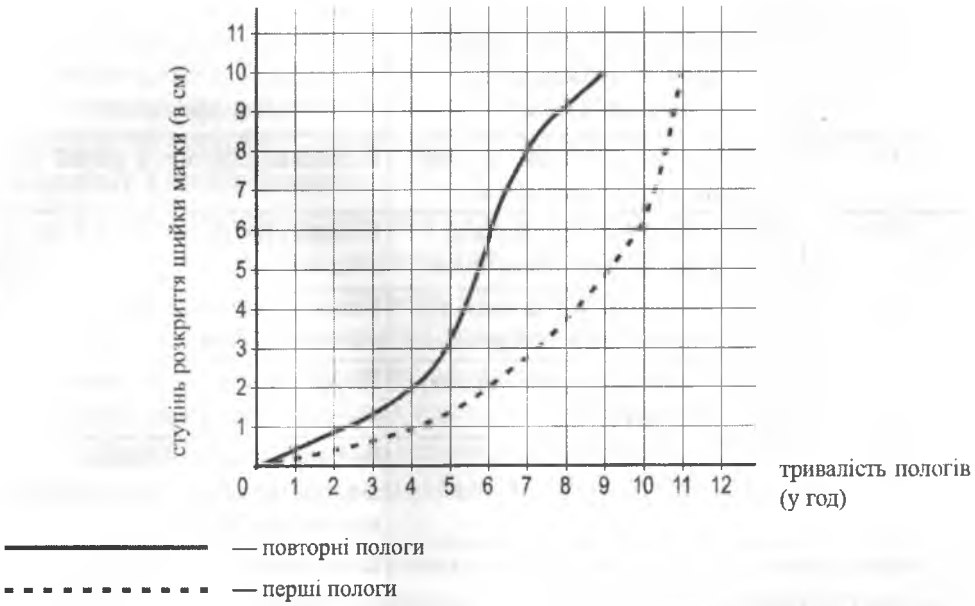
Положення голівки	Характеристика розміщення голівки за міжнародною класифікацією	Характеристика розміщення голівки за вітчизняною класифікацією
«-3»	Нижній полюс голівки на рівні площини входу в малий таз	Голівка над входом в малий таз
«-2»	Голівка минула 1/3 шляху від входу в таз до linea interspinalis	Голівка притиснута до входу в малий таз
«-1»	Голівка минула 2/3 шляху від входу в таз до linea interspinalis	Голівка малим сегментом у вході в малий таз
«0»	Нижній полюс голівки досяг linea interspinalis	Голівка великим сегментом у вході в малий таз
«+1»		Великий сегмент голівки знаходиться в широкій частині порожнини малого таза
«+2»		Великий сегмент голівки знаходиться у вузькій частині порожнини малого таза
«+3»	Голівка врізується	Голівка на тазовому дні
«+4»	Голівка прорізується	Голівка прорізується

6. ***Голівка у виході з таза*** (на тазовому дні). Зовнішніми прийомами голівка не пальпується. При піхвовому дослідженні вся крижова западина зайнята голівкою плода, сідничні ості та горби не пальпуються. Зовнішній поворот плода закінчився, стрілоподібний шов стоїть у прямому розмірі виходу з таза.

Закордонні автори визначають положення голівки плода відносно рівня *інтерспінальної лінії* (лінії, що сполучає ості сідничних кісток). Це положення позначається як «0». Відносно цього положення визначають рівні, розміщені вище — «–3», «–2», «–1» і нижче — «+1», «+2», «+3», «+4». Рівень визначають за нижнім полюсом голівки. Наприклад, положення «0» визначають у тому випадку, коли нижній полюс голівки досяг рівня інтерспінальної лінії, в той час великий сегмент голівки знаходиться на рівні площини входу у малий таз. Віддаль від входу в малий таз (положення «–3») до інтерспінальної лінії (положення «0») ділять на три частини. Положення «–2» визначають, коли нижній полюс голівки пройде 1/3 частину шляху до лінії між остями сідничних кісток, «–1» — 2/3 цієї віддалі. Від linea interspinalis до виходу з таза пологовий канал також ділять на три частини — (положення «+1», «+2», «+3») Положення «+4» означає, що голівка врізується та прорізується.

Партограма при нормальних пологах

Партографію запропонував E. Fridman у 1955 році.



Порядок запису партограми

Для оцінки перебігу пологового акту доцільно вести ***партограму*** — графічне зображення ступеня розкриття шийки матки за певний відрізок часу. Ведення партограми дає можливість визначити ефективність перейм. Чим крутіший підйом кривої, тим більш ефективна пологова діяльність. Аналізуючи партограму необхідно враховувати перші це пологи чи повторні.

Партограма (графічний запис перебігу пологів, стану роділлі та плода) призначена для занесення інформації про результати спостереження під час пологів за станом матері, плода, процесами розкриття шийки матки та просування голівки плода. Партограма дозволяє чітко розрізняти нормальний перебіг пологів від патологічного та визначати період ускладнення пологів, що потребує втручання.

Партограма складається з трьох основних компонентів:

І — стан плода — частота серцевих скорочень, стан плодового міхура та навколоплодових вод, конфігурація голівки..

ІІ — перебіг пологів — темп розкриття шийки матки, опускання голівки плода, скорочення матки, режим введення окситоцину.

ІІІ — стан жінки — пульс, артеріальний тиск, температура, сеча (об'єм, білок, ацетон), ліки, що вводяться під час пологів.

Заповнення партограми починається за умови упевненості у відсутності ускладнень вагітності, які вимагали б термінових дій.

Паспортна частина містить інформацію про прізвище, ім'я, по батькові роділлі, кількість вагітностей, пологів, назву лікарні, дату та час госпіталізації, час розриву навколоплодових оболонок, № історії пологів.

І — Стан плода. ***Частоту серцевих скорочень*** плода, які у І періоді пологів підраховують і заносять до партограми кожні 15 хвилин, а у ІІ періоді вислуховують кожні 5 хвилин після потуги і заносять до партограми кожні 15 хвилин. Кожен квадрат у таблиці являє собою проміжок часу в 15 хв. Частоту серцевих скорочень плода потрібно реєструвати впродовж 1 хв. (до і після перейм або потуг), жінка при цьому лежить на боці.

Навколоплодові води та конфігурація голівки плода. При кожному внутрішньому акушерському дослідженні визначають цілісність плодового міхура (Ц — цілий плодовий міхур) і стан навколоплодових вод при розриві плодових оболонок (П — навколоплодові води прозорі, М — меконіальне забарвлення вод; К — води, забарвлені кров'ю). При цьому також визначають ступінь конфігурації голівки плода (І ст. — кістки черепа роз'єднані сполучною тканиною, шви легко промацуються, ІІ ст. — кістки стикаються одна з одною, шви не визначаються, ІІІ ст. — кістки находять одна на другу, не розділяються, виражена конфігурація голівки). На партограмі І ст. конфігурації позначається позначкою (–), ІІ ст. — (+), ІІІ ст. — (++).

ІІ — Перебіг пологів. Під час кожного внутрішнього акушерського дослідження, що здійснюється при поступленні у пологове відділення, після вилиття навколоплодових вод або кожні 4 години протягом пологів визначають динаміку розкриття шийки матки і просування голівки плода. Результати відмічають на партограмі позначкою (Х) у клітині відповідно ступеня розкриття і часу обстеження. З лівого боку графіка біля квадратів проставлені числа від 0 до 10: кожен квадрат представляє 1 см розкриття. Знизу графіка кожен квадрат — 1 год.

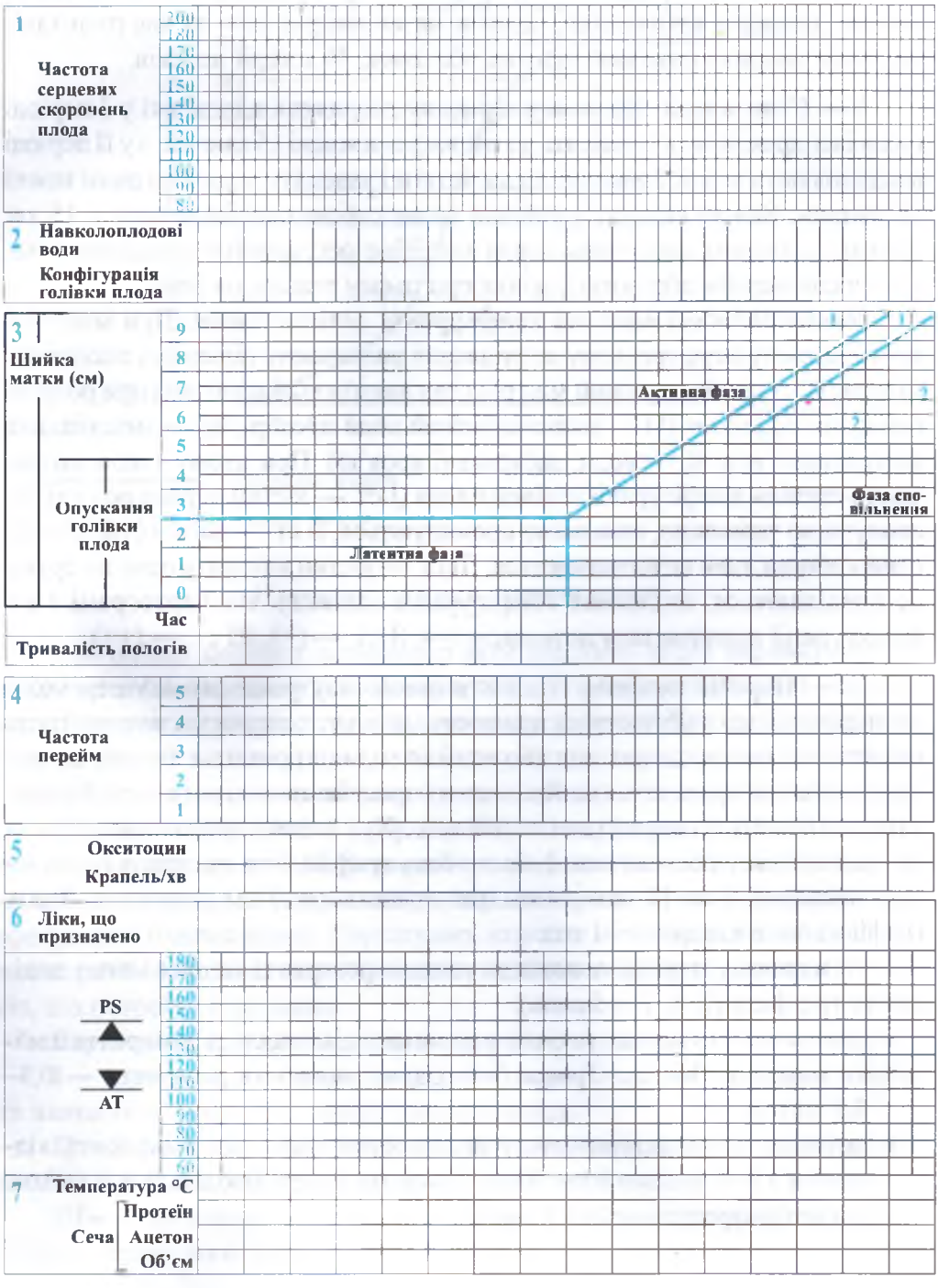
У першому періоді пологів за темпом розкриття шийки матки виділяють три фази (E.A. Friedmann):

- *латентна* — з моменту початку пологової діяльності до розкриття шийки матки до 3–4 см. Триває 5–6 годин, швидкість розкриття — 0,3–0,5 см/год.
- *активна* — характеризується посиленням пологової діяльності, відкриття з 3–4 досягає 8 см. Темп розкриття у першороділь 1,5–2 см/год, у повторнороділь — 2–2,5 см/год.

Партограма (вкладиш до історії пологів № ...)

ПІБ _____ Вагітність _____ К-сть пологів в анамнезі ___

Дата і час госпіталізації _____ Початок пологів _____ Розрив н/плод. оболонок ___



- *фаза сповільнення* — відбувається деяке сповільнення пологової діяльності, фаза триває 1–2 год, закінчується повним розкриттям шийки матки. Швидкість розкриття — 1–1,5 см/год.

Швидкість розкриття шийки матки в пологах можна зобразити графічно. у вигляді партограми. На осі абсцис відображають ступінь розкриття шийки матки, а на осі ординат — фактичний час. Ведення партограми відображають у вигляді таблиці. Ця графіка дає можливість визначити, чи правильний перебіг пологів: чим крутіший підйом кривої, тим ефективніші пологи.

Тривалість першого періоду у primapara 10–16 год, у multipara — 8–10 годин.

У І-му періоді пологів виділяють латентну, активну фази та фазу затримки. Тривалість латентної фази не повинна перевищувати 8 годин. За цей час відбувається згладжування шийки матки та її розкриття до 3 см. Темп розкриття шийки матки в активній фазі першого періоду пологів становить не менше 1,0 см/год. Фаза затримки характеризується ослабленням пологової діяльності протягом 1–1,5 години наприкінці І періоду.

Лінія тривоги (1) — починається у тій точці, що відповідає розкриттю 3 см і продовжується до позначки повного розкриття шийки матки з темпом розкриття 1 см/год.

Лінія дії (2) — проходить паралельно лінії 1, відступивши на 4 години вправо від лінії тривоги.

За умови нормального перебігу пологів графічне зображення розкриття шийки матки не заходить вправо за лінію тривоги. Якщо це відбувається, то проводиться критична оцінка причини затримки розкриття шийки матки та приймається рішення щодо відповідного лікування такого стану.

Коли жінка поступає в активній фазі І періоду пологів, ступінь розкриття шийки матки наноситься на лінію тривоги. За умови задовільного перебігу пологів відображення процесу розкриття буде на лінії тривоги або зліва від неї.

У випадках, коли тривалість пологів у латентну фазу менше 8 годин, відображення процесу пологів одразу переноситься пунктирною лінією з ділянки латентної фази в ділянку активної фази на лінію тривоги.

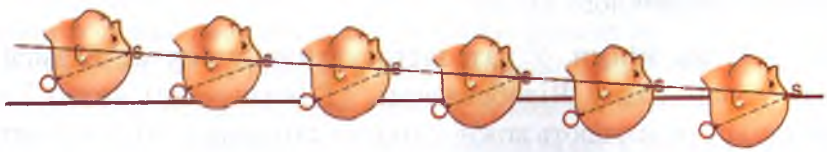


Рис. 9.19. Відношення голівки плода до площини входу у малий таз

Опускання голівки плода може не спостерігатись, поки шийка матки не розкриється приблизно на 7 см. Для визначення відношення голівки плода до площини входу у малий таз зовнішнім акушерським дослідженням *(рис. 9.16)* використовують метод пальпації голівки плода над симфізом і ширина пальців акушера, кількість яких відповідає ступеню вставлення голівки плода до малого таза (позначається знаком — 0). Наприклад, 5/5 — ширина 5 пальців акушера визначає голівку плода над симфізом — голівка плода знаходиться над входом до малого таза, 4/5— ширина 4 пальців акушера, голівка притиснута до входу у малий таз, 3/5 — ширина 3 пальців акушера, голівка малим сегментом у вході до малого таза, 2/5 — ширина 2 пальців акушера, голівка великим сегментом у вході до малого таза, 1/5 — ширина 1 пальця, голівка знаходиться у порожнині таза, 0/5 — на тазовому дні. Цей метод є надійнішим за внутрішнє дослідження у разі формування великого набряку передлеглої частини голівки плода. Відношення нижнього полюсу голівки плода до lin. Interspinalis визначається у разі проведення внутрішнього акушерського дослідження.

Таблиця 4. Кожен квадрат відповідає 1 переймі. Спостереження за переймами проводять щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі. Частоту перейм підраховують за 10 хвилин спостереження у секундах. Тривалість перейм визначають від моменту, коли перейма відчувається у черевній порожнині, до моменту, коли вона проходить, вимірюють в секундах; відповідно до цього заштриховують необхідну кількість квадратів.

— менше 20 секунд

— між 20 і 40 секундами

— більше 40 секунд

Для того, щоб почати заповнення партограми, пересвідчуються, що у жінки спостерігається достатня кількість перейм. В латентній фазі — 1 чи більше перейм протягом 10 хв, кожна з яких триває 20 с або довше. В активній фазі — 2 чи більше — за 10 хв тривалістю 20 с або довше.

У разі стимуляції пологової діяльності кожні 30 хвилин записують кількість крапель окситоцину за хвилину. Записують також дозу та спосіб введення утеротонічного засобу.

III — Стан жінки. У разі застосування інших медикаментів дані заносять у партограму. Відображають АТ (визначають кожні 2 години), частоту пульсу (відмічають кожні 2 години позначкою •), температуру тіла (відмічають кожні 4 години), об'єм виділеної сечі (кожні 4 години), білок, ацетон сечі (за показаннями).

ВЕДЕННЯ ДРУГОГО ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ

У II періоді пологів забезпечується право жінки вибрати положення, яке є зручним, як для неї, так і для медичного персоналу. Медичний персонал приймає пологи у чистих халатах, масках, окулярах та стерильних рукавичках.

З розвитком пологової діяльності перейми стають більш активними, вони подовжуються, паузи між ними коротшають. У кінці першого періоду пологів на висоті однієї із перейм відходять навколоплодові води. Це відбувається при повному або майже повному відкритті вічка. *Після виливання навколоплодових вод проводиться друге планове піхвове дослідження,* якщо виявлене повне розкриття — починається другий період пологів. До перейм приєднуються потуги. Роділлю переводять у пологову залу.

При переведенні у пологову залу роділлі одягають стерильні сорочку та косинку, вкладають на ліжко Рахманова, одягають бахіли, проводять обробку зовнішніх статевих органів йодонатом. Головний кінець ліжка Рахманова повинен бути піднятий, ноги роділлі впираються у підставки, руками вона береться за вертикальні держаки по краях ліжка — «віжки». Акушерка вчить жінку правильно тужитися: під час потуг роділля повинна глибоко вдихнути, набрати повні груди повітря і тужитись з максимальною силою, впираючись ногами в підставки і тягнучи на себе «віжки».

Фізіологічні пологи зазвичай приймає акушерка. У випадку ускладнених пологів — при тазовому передлежанні, розгинальних передлежаннях — пологи приймає лікар, акушерка йому асистує. Акушерка готує руки для прийому пологів як до хірургічної операції, одягає стерильний халат.

У другому періоді пологів жінка виконує важку фізичну роботу, її серцево-судинна та дихальна системи працюють у режимі великого навантаження, тому спостереження за роділлею повинно бути посилене. Вимірюють АТ, пульс, стежать за характером пологової діяльності. Четвертим прийомом Леопольда-Левицького визначають положення голівки щодо площин таза. У першому та другому періодах пологів дуже важливо контролювати просування плода пологовим каналом. Для цього користуються третім та четвертим прийомами зовнішнього акушерського дослідження та внутрішнім акушерським дослідженням. При патологічному перебігові пологів, коли просування плода сповільнюється, слід звернути на це особливу увагу. *Дуже важливо, щоб голівка не стояла в одній площині довше двох годин.*

Серцебиття плода вислуховують після кожної потуги.

Стежать за станом виділень із пологових шляхів: кров'янисті виділення можуть свідчити про розрив шийки матки або тріщини пологових шляхів, початок передчасного відшарування плаценти.

З моменту *врізування голівки* акушерка *повинна бути готова* приймати пологи. З моменту *прорізування голівки* акушерка *приступає* до надання акушерської допомоги при головних передлежаннях — захисту промежини *(рис. 9.20)*.

Мета захисту промежини:

- запобігти розриву промежини;
- обережно вивести плід з пологових шляхів, не травмувавши його.

Умови: голівка повинна просуватись повільно, поступово, найменшим своїм для даного передлежання обводом.

Захист промежини складається з ряду маніпуляцій, які проводять в певній послідовності:

1. ***Попередження передчасного розгинання та швидкого просування голівки.*** Чим більш зігнута голівка плода, тим меншим обводом вона прорізується, тим менше розтягує промежину і тим менше сама стискається пологовим каналом. Акушерка розміщує ліву руку на лобку роділлі і долонною поверхнею пальців лівої руки під час потуги обережно притримує голівку плода, згинаючи її в бік промежини та не даючи їй швидко просуватись.

2. ***Виведення голівки зі статевої щілини поза потугою.*** В паузах між потугами акушерка розтягує вульварне кільце над голівкою. В момент початку нової потуги розтягування вульварного кільця припиняють і знову затримують швидке просування голівки та згинають її у бік промежини. Ці два моменти акушерської допомоги чергують до появи тім'яних горбів у виході з таза.

3. ***Зменшення напруження промежини*** (запозичення тканин). Мета — зменшити силу тиску циркулярних м'язів та м'яких тканин пологового

Рис. 9.20. Захист промежини:
а) — запобігання передчасному розгинанню та швидкому просуванню голівки;
б) — зменшення напруження промежини;
в) — звільнення плечового пояса

каналу на голівку та покращити умови кровопостачання промежини, таким чином збільшивши її опірність до розриву. Під час розгинання голівки акушерка через стерильну пелюшку захоплює правою рукою тканини промежини так, щоб чотири пальці правої руки знаходились в ділянці лівої статевої губи, а великий палець — у ділянці правої, і намагається утворити складку на промежині, стягуючи м'які тканини з верхніх відділів статевих губ, де вони розтягуються менше, в бік промежини, де розтягнення максимальне, і зменшуючи тим самим напруження тканин в ділянці промежини.

4. ***Регулювання потуг.*** У момент розгинання голівки роділля не повинна тужитися, для цього акушерка просить її глибоко дихати відкритим ротом. Виключивши або значно послабивши потугу, акушерка лівою рукою захоплює голівку за тім'яні горби, піднімає її вгору, одночасно розгинаючи, а правою знімає м'які тканини з личка плода. Якщо при цьому необхідна потуга, роділлі пропонують потужитися з силою, що необхідна для обережного виведення голівки.

Одразу після виведення голівки перевіряють, чи не обвилася пуповина навколо шийки плода. У випадку обвиття петлю пуповини послаблюють і обережно знімають з шиї через голівку.

Після народження голівки проводять *відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів.* Цей момент найкращий для проведення відсмоктування, оскільки грудна клітка плода ще перебуває у пологових шляхах матері і стискується ними, отже й слиз виходить у верхні дихальні шляхи. Щойно плід народиться, грудна клітка розправиться і слиз опиниться у трахеї і бронхах, звідки відсмоктати його важче.

5. ***Звільнення плечового пояса та народження тулуба плода.*** Після народження голівки роділлі пропонують потужитися. При цьому відбувається останній момент біомеханізму пологів — внутрішній поворот плечиків та зовнішній поворот голівки. Голівка обертається обличчям до правого (при першій позиції) або до лівого (при другій позиції) стегна матері. Акушерка захоплює голівку плода за скронево-щічні ділянки долонями обох рук і відтягує голівку донизу, поки під симфіз не підійде переднє плечико. Щойно фіксація переднього плечика відбудеться, лівою рукою захоплюють голівку у такий спосіб, аби її долоня знаходилася на нижній (задній) щоці плода. Піднімаючи цією рукою голівку угору, правою знімають тканини промежини з заднього плечика плода, намагаючись не пошкодити його ключиці та не завдати травми тканинам пологового каналу. Після звільнення плечового пояса вказівні пальці обох рук вводять з боку спинки під пахви плода і спрямовують його тулуб догори, що сприяє швидкому народженню.

Після народження тулуба плода другий період пологів можна вважати закінченим.

ВЕДЕННЯ ТРЕТЬОГО ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ

У третьому періоді пологів з метою профілактики кровотечі протягом першої хвилини після народження плода внутрішньом'язово вводять 10 ОД окситоцину. Цей період пологів до появи позитивних ознак відділення плаценти ведуть вичікувально. Проте «вичікувально» не означає «пасивно». Роділля потребує ретельного спостереження з боку медичного персоналу, їй випускають сечу катетером, стежать за її загальним станом, пульсом, артеріальним тиском, диханням, кольором слизових оболонок і шкірних покривів, ознаками, що свідчать про відокремлення плаценти від стінки матки.

Ознака Шредера — зміна форми та висоти стояння дна матки. Одразу після народження дитини матка має округлу форму, дно її розміщується на рівні пупка. Після відокремлення плаценти матка сплощується, витягується, дно її відхиляється у бік правого підребер'я *(рис. 9.21)*.

Ознака Альфельда — подовження зовнішнього відрізка пуповини. Після відділення від стінки матки плацента опускається в нижній сегмент матки або у піхву. Тому затискач або лігатура, накладені на пуповину на рівні статевої щілини, опускаються на 10–12 см. Ознаки Шредера та Альфельда діагностуються при візуальному контролі за роділлею і не потребують натискування на матку чи інших маніпуляцій, котрі можуть порушити фізіологічний перебіг послідового періоду, тому є особливо цінними.

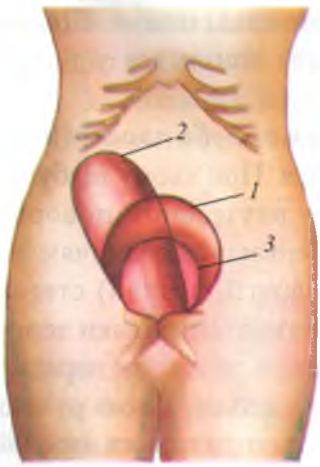


Рис. 9.21. Ознака відділення плаценти Шредера:
1 — матка до відділення плаценти;
2 — матка після відділення плаценти;
3 — матка після народження посліду

Ознака Кюстнера-Чукалова. При натискуванні ребром долоні над симфізом за умови відділення плаценти від матки пуповина не втягується у статеву щілину *(рис. 9.22)*.

Ознака Довженка. Якщо плацента не відділилася від стінки матки, при глибокому вдиху та видиху пуповина відповідно втягується та опускається, після відділення плаценти довжина зовнішнього відрізка пуповини при глибокому диханні роділлі не змінюється.

Ознака Клейна. При потузі пуповина опускається. Якщо після припинення потуги вона втягується у піхву, плацента не відділилася від стінки матки, якщо не втягується — відділення відбулося.

Рис. 9.22. Ознака відділення плаценти Кюстнера-Чукалова:
а) — плацента не відділилася; б) — плацента відділилася

Ознака Штрасмана. Захоплюють правою рукою пуповину вище лігатури, а лівою постукують по дну матки. Якщо плацента ще з'єднана з маткою, правою рукою відчувається поштовх крові у пуповині, якщо матково-плацентарний кровообіг припинився, поштовхів не буде.

Ознака Гогенбіхлера. Якщо плацента не відділилась, пуповина, що звисає із статевої щілини, під час скорочення матки може обертатися навколо своєї осі внаслідок переповнення пуповинних судин кров'ю.

Якщо за сукупністю ознак діагностовано, що плацента відділилася, вживають заходів щодо виділення посліду:

- проводять катетеризацію сечового міхура;
- пропонують роділлі потужитися.

У більшості випадків цього буває достатньо для народження посліду. Іноді після народження плаценти оболонки затримуються у порожнині матки. У таких випадках плаценту, що народилася, беруть у руки та обертають в одному напрямку, поступово скручуючи, що запобігає їх обриву, забезпечує відшарування від стінок матки та виведення назовні.

Після народження посліду необхідно ретельно його оглянути *(рис. 9.23)*. Для цього плаценту кладуть материнською поверхнею догори, протирають від крові та оглядають плацентарну тканину. Переконавшись у наявності всіх частинок плаценти, оглядають плодову її поверхню та оболонки, звертаючи особливу увагу на судини, оскільки наявність обірваної судини в оболонках може свідчити про додаткову частинку плаценти, що залишилась у матці. Після огляду плаценту вимірюють і зважують. Дані заносять в історію пологів.

Рис. 9.23. Огляд плаценти після пологів

Якщо зовнішніми методами виділити відділену плаценту не вдається, доцільно вдатися до ***ручного виділення посліду.*** У випадках, коли впродовж 30 хв ознаки відокремлення плаценти не з'являються (за умови відсутності кровотечі), йдеться про операцію ручного відділення та виділення посліду, оскільки плаценту необхідно насамперед відділити від стінки матки, а відтак виділити, тобто вивести назовні з порожнини матки. Якщо у третьому періоді пологів починається кровотеча, крововтрата досягла 250–300 мл і кровотеча триває, тоді негайно проводять операцію відділення та виділення плаценти.

Ранній післяпологовий період передбачає: огляд пологових шляхів у дзеркалах, відновлення цілісності промежини у разі проведеної епізіотомії або перінеотомії безперервним або окремими швами полігліколевою ниткою, спостереження за загальним станом матері, скорочувальною функцією матки та кількістю кров'яних виділень кожні 15 хвилин протягом 2-х годин після пологів у пологовій залі й у наступні 2 години у післяпологовій палаті.

Функції акушерки під час третього періоду пологів:

- спостереження за загальним станом роділлі;
- спостереження за виділеннями зі статевих шляхів та вимірювання кількості втраченої крові, оцінка крововтрати;
- спостереження за ознаками відокремлення плаценти;
- проведення катетеризації сечового міхура;
- участь в огляді материнської поверхні плаценти та оболонок посліду;
- асистування під час накладання швів при розривах пологових шляхів.

Зовнішні прийоми виділення відділеної плаценти

Прийом Абуладзе. Після катетеризації сечового міхура матку легко масують та приводять у серединне положення. Передню черевну стінку роділлі обома руками захоплюють у поздовжню складку та пропонують жінці потужитися. Цей прийом зменшує об'єм черевної порожнини та призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску *(рис. 9.24).*

Рис 9.24. Виділення відшарованого посліду способом Абуладзе

Спосіб Гентера. Двома кулаками натискують на матку в ділянці її кутів у напрямку донизу і досередини. Підвищують тонус матки та внутрішньоматковий тиск, що сприяє народженню плаценти *(рис. 9.25)*.

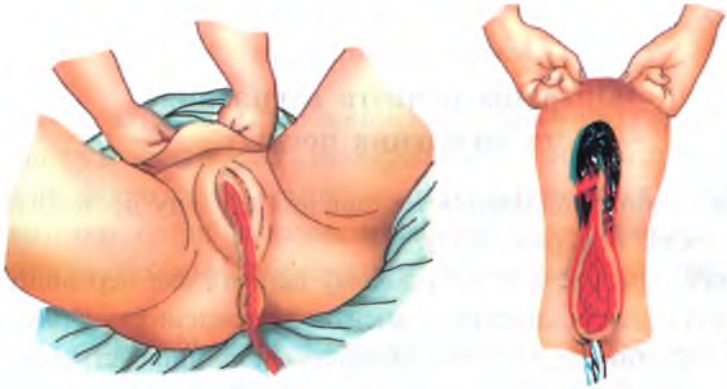


Рис 9.25. Виділення відшарованого посліду способом Гентера

Спосіб Креде-Лазаревича. Після підготовки роділлі (катетеризація сечового міхура та проведення зовнішнього масажу матки для підвищення її тонусу) матку захоплюють правою рукою так, щоб великий палець знаходився на передній поверхні матки, чотири інших — на задній і стискують матку у передньо-задньому розмірі, витискаючи з неї плаценту *(рис. 9.26)*.

Слід враховувати, що спосіб Абуладзе є найбільш фізіологічним, тому бажано починати прийоми виділення відділеної плаценти саме з нього. Прийоми Гентера та Креде-Лазаревича досить травматичні, і до них вдаються лише при неефективності застосування прийому Абуладзе.

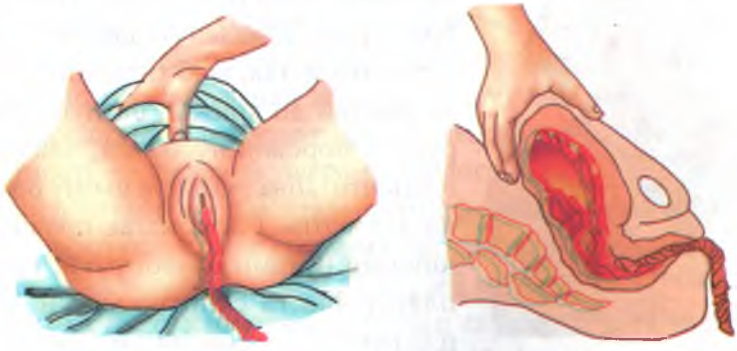


Рис 9.26. Виділення відшарованого посліду способом Креде–Лазаревича

Спроби прискорити процес народження посліду шляхом потягування за пуповину, масажу матки ***недопустимі,*** *оскільки порушують нормальний ритм скорочень матки, фізіологічне відшарування плаценти від стінок, можуть викликати защемлення вже відділеного посліду в матці і спровокувати кровотечу.*

Операція ручного відділення та виділення посліду

Операція ручного відділення і виділення посліду проводиться приблизно в 1% усіх пологів *(рис. 9.27).*

Показання: кровотеча в послідовому періоді, яка перевищує 300 мл при відсутності ознак відділення плаценти; защемлення посліду, що відділився; після оперативних втручань (акушерські щипці, екстракція плода за тазовий кінець, внутрішній акушерський поворот, плодоруйнівні операції); затримка посліду в порожнині матки більше 30 хв навіть за відсутності кровотечі.

Знеболювання: інгаляційний або внутрішньовенний наркоз. У разі відсутності цілодобової анестезіологічної служби можна провести знеболювання введенням 1 мл 1% розчину промедолу, 2 мл 50% розчину анальгіну та 1 мл 1% розчину димедролу.

Підготовка роділлі: катетеризація сечового міхура; обробка зовнішніх статевих органів йодонатом; живіт роділлі накриваємо стерильною пелюшкою.

Рис 9.27. Ручне відділення та видалення посліду

Підготовка акушера: повторна обробка рук дезінфікуючим розчином, зміна стерильних рукавичок.

Техніка операції: вказівним та великим пальцями лівої руки розводять вхід в піхву; праву руку, складену у вигляді конуса, вводять у піхву так, щоб тильний бік долоні був звернений до крижів; по пуповині вводять руку в порожнину матки, знаходять край плаценти. Ліва рука при цьому розміщується на дні матки і допомагає правій. Пилоподібними рухами правої руки, введеної між плацентою та стінкою матки, відділяють плаценту від стінки матки. Потягуючи лівою рукою за пуповину, витягають послід, права рука при цьому залишається в матці. Правою

рукою ще раз обстежують порожнину матки, щоб переконатися у відсутності залишків плаценти. Якщо матка добре скоротилась, руку виводять з її порожнини.

Операція ручного обстеження порожнини матки

Показання: затримка в порожнині матки часточок плаценти чи 2/3 оболонок; сумнів у цілості посліду, що народився; сумнів у цілості стінок матки; гіпо- та атонічні кровотечі. Техніка операції відрізняється тим, що плаценти у матці вже немає, потрібно провести ревізію її порожнини, видалити залишки плаценти та оболонок, обстежити стінки матки, щоб переконатися у їх цілості.

Ведення післяопераційного періоду: вводять скорочувальні засоби, на низ живота — міхур з льодом, призначають протизапальну терапію, щоб запобігти розвитку ускладнень інфекційного генезу.

ПЕРВИННИЙ ТУАЛЕТ НОВОНАРОДЖЕНОГО

Безпосередньо після народження за наявності чистих навколоплодових вод дитину слід покласти горизонтально, нижче від рівня плаценти, на зігрітий лоток, покритий стерильною пелюшкою. Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше ніж за 1 хв після народження дитини акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину шляхом накладання на пуповину двох затискачів і розсічення її стерильними ножицями, за умови задовільного стану дитини (за результатами первинної оцінки стану новонародженого) перекладає дитину на груди матері. Після першого вдиху дитину ретельно обсушують, промокаючи вологою пелюшкою. Відділеного від матері новонародженого загортають у суху стерильну теплу пелюшку. Акушерка здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини у пологовій залі. При порушенні стану новонародженого інформує про це лікаря-педіатра-неонатолога, а за його відсутності — лікаря-акушера-гінеколога.

За появи пошукового і смоктального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері) акушерка допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.

Через 30 хв після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює її температуру тіла в аксилярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого (Ф097/о).

Після проведення контакту матері й дитини «очі в очі» (але не пізніше першої години життя дитини) акушерка, після обробки рук, проводить новонародженому профілактику офтальмії із застосуванням 0,5% еритроміцинової або 1% тетрациклінової мазі. Повіки не протирають. Дівчаткам тими ж мазями обробляють зовнішні статеві органи. Повторна профілактика проводиться через дві години після першої.

Контакт «шкіра-до-шкіри» проводиться не менше 2 годин у пологовій залі, за умови задовільного стану матері та дитини. Після завершення контакту «шкіра-до-шкіри» акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клемування пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітки, зважування. Стерильну одноразову клему накладають на 0,3–0,5 см від пупкового кільця.

Акушерка одягає дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг. Дитину разом з матір'ю накривають ковдрою і переводять у палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

Тепловий ланцюжок

Найважливішою умовою дотримання теплового ланцюжка є забезпечення температури у пологовій залі (операційній) не нижче 25°С. Ці заходи впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла в усіх новонароджених. Невиконання хоча б одного із цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5°С–37,5°С при вимірюванні в аксилярній ділянці.

Усі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички щодо принципів дотримання теплового ланцюжка.

Медичні працівники інформують членів сім'ї щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Десять кроків теплового ланцюжка

1) Тепла пологова кімната (операційна). Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25°С–28°С. Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2) Негайне обсушування дитини. Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

3) Контакт «шкіра-до-шкіри». Контакт «шкіра-до-шкіри» запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше 2 годин. З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксилярній ділянці електронним термометром.

4) Грудне вигодовування. Грудне вигодовування треба починати якомога раніше, протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакті «шкіра-до-шкіри». Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

5) Відкласти зважування та купання. Купання та зважування новонародженого відразу після народження приводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти.

Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки пологової змазки у дитини не видаляють.

Перше купання доцільно здійснювати вдома. Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту «шкіра-до-шкіри» перед переведенням в палату спільного перебування.

6) Правильно одягнути та загорнути дитину. Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи. Тому дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

7) Цілодобове спільне перебування матері та дитини. За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньолікарняної інфекції.

8) Транспортування в теплих умовах. Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення (палату), медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю.

При народженні дитини шляхом кесаревого розтину, новонароджений транспортується в кувезі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9) Реанімація в теплих умовах. Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатню кількість тепла, в зв'язку з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів у теплих умовах.

10) Підвищення рівня підготовки та знань. Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка.

Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Зважування новонародженого

Перше зважування новонародженого здійснюють у пологовій залі після проведення контакту «шкіра-до-шкіри» та прикладання дитини до грудей, перед переведенням дитини в палату спільного перебування матері та дитини. При зважуванні дитини дотримуються принципів забезпечення теплового ланцюжка з метою запобігання переохолодженню дитини. Здоровий новонароджений не потребує щоденного зважування. Щоденне зважування новонародженої дитини проводять за медичними показаннями. Перед виписуванням з пологового стаціонару зважування дитини є обов'язковим.

На першій хвилині та в кінці п'ятої хвилини стан немовляти оцінюють за шкалою, запропонованою у 1953 році Вірджинією Апгар *(табл. 9.5)*.

Здоровий новонароджений наприкінці першої хвилини після народження отримує за шкалою Апгар 8–10 балів. Більшість немовлят одразу після народження мають синюшне забарвлення кінцівок (акроціаноз) — наслідок перехідного кровообігу, проте через 5 хв шкіра стає рожевою, оцінка за шкалою Апгар стає вищою. Оцінка на першій хвилині 4–6 балів свідчить про помірно виражену асфіксію, 0–3 бали — про важку.

Оцінка стану новонародженого за шкалою Апґар

Таблиця 9.5

Ознака	Бали		
	0	1	2
Частота серцебиття	Серцебиття відсутнє	Менше 100	Більше 100
Дихання	Відсутнє	Нерегулярне	Нормальне, гучний крик
Забарвлення шкіри	Генералізована синюшність або блідість	Рожеве забарвлення тулуба та синюшне забарвлення кінцівок (акроціаноз)	Рожеве
М'язовий тонус	Відсутній	Знижений	Активні рухи
Рефлекси	Відсутні	Знижені	Активна відповідь на подразнення

Догляд за пуповинним залишком

Перед проведенням другого етапу обробки пуповини акушерка обов'язково ретельно миє руки. Пуповинний залишок не слід накривати пов'язками або підгузниками. Немає необхідності обробляти пуповинний залишок антисептиками та антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері й дитини «шкіра-до-шкіри» з подальшим спільним перебуванням.

За умови відсутності раннього контакту «шкіра-до-шкіри» матері й дитини та подальшого відокремлення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендують обробку пуповинного залишка та пуповинної ранки розчином діамантового зеленого.

Одяг дитини повинен бути чистим. При забрудненні пуповинного залишка (залишки сечі, випорожнень тощо) необхідно відразу промити його теплою кип'яченою водою з милом та ретельно просушити чистою пелюшкою або серветкою. Необхідно підтримувати пуповинний залишок завжди сухим та чистим, стежити за імовірними ознаками інфекції.

Догляд за пуповинним залишком (пупковою ранкою) після виписування з пологового стаціонару. Дитину можна виписувати додому з пуповинним залишком, який не має ознак інфікування, за умови проведення медичним персоналом пологового стаціонару навчання та освоєння матір'ю навичок догляду за пуповинним залишком. До загоєння пупкової ранки

купати дитину потрібно у кип'яченій воді. Слід ретельно стежити за ймовірними ознаками інфекції.

Догляд за шкірою дитини в періоді новонародженості потребує особливої уваги. Оскільки шкіра є захисним органом, то кожне порушення її цілості може створювати можливості проникнення інфекції. Дитина вкрита vernix caseosae — комбінацією секрету сальних залоз та продуктів розпаду епідермісу, що вважається захистом шкіри новонародженого.

Умови здійснення догляду за шкірою:

- підмивання дитини здійснюють під теплою проточною водою так, щоб тіло не торкалось до раковини, дівчаток — спереду в напрямку до сідниць;
- огляд шкіри щоденно здійснює лікар педіатр-неонатолог;
- недоцільно без медичних показань використовувати для догляду за шкірою присипки, мазі тощо;
- одяг новонародженого повинен бути чистим і сухим;
- перше купання новонародженого слід здійснювати в домашніх умовах.

Медсестринський догляд за новонародженим:

- проведення первинного туалету новонародженого;
- оцінка новонародженого за шкалою Апгар;
- за необхідності (народження дитини в асфіксії) — проведення реанімаційних заходів самостійно чи у складі реанімаційної бригади.

ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ

Переважна більшість пологів супроводжується вираженими у тій чи іншій мірі больовими відчуттями.

Напередодні пологів відбувається часткова фізіологічна денервація матки — руйнується частина нервових волокон, що проводять больові імпульси. Це можна трактувати як захисну реакцію організму для зменшення синдрому болю в пологах.

Анатомо-фізіологічним субстратом пологового болю є подразнення інтерорецепторів шийки матки, нижнього сегмента, очеревини, що вкриває тіло матки, м'язів тазового дна, піхви та промежини. Еферентні імпульси досягають гіпоталамуса та кори головного мозку, сприймаються нервовою системою і перетворюються на больові відчуття. Їх сила залежить від порогу больової чутливості пацієнтки, який, у свою чергу, формується під впливом емоційного та умовнорефлекторного чинників.

У жінок із спокійним, врівноваженим характером, що мають сильний тип нервової системи, не бояться пологів, виконують вимоги медперсоналу, пологи проходять зазвичай із незначними больовими відчуттями. Це ж сто-

сується жінок, у яких сформована позитивна домінанта пологів — переважають емоції радісного очікування дитини. У них поріг больової чутливості високий, і більша частина подразників залишається допороговою.

У неврівноважених жінок із збудливою центральною нервовою системою під впливом розповідей подруг або описаних у художній літературі пологів, змальованих як суцільне страхіття болю, формується негативна пологова домінанта, і задовго до пологів вагітну опановує страх майбутніх мук. Кожне незначне больове відчуття, кожна медична маніпуляція у жінки з низьким порогом больової чутливості реалізується ЦНС у сильний біль. Роділля погано володіє собою, заважає медперсоналу вести пологи, виснажується фізично через неспокійну поведінку, створює напружену обстановку у пологовій залі — усе це вкрай несприятливо позначається на стані матері і дитини.

Отже, усунення болю в пологах є надзвичайно важливим не лише з етичних, а й з акушерських міркувань.

З метою знеболювання застосовують *медикаментозні* і *немедикаментозні* методи, до яких належать психопрофілактична підготовка, аутогенне тренування, голкорефлексотерапія та гіпнотерапія.

Немедикаментозні методи

Метод психотерапевтичної підготовки вагітних до пологів був розроблений в Україні К.І.Платоновим та І.З.Вельвовським і широко впроваджений О.Ю.Лур'є.

Основна мета методу — зняти емоційний та умовнорефлекторний компоненти пологового болю, усунути почуття страху, позбавити жінку хибного уявлення про пологи як про неминучий больовий процес, сформувати у ЦНС позитивну домінанту пологів, пов'язану із майбутнім материнством.

Суть методу полягає у тому, що шляхом вербального впливу приводять у стан рівноваги процеси збудження і гальмування у ЦНС.

У цьому напрямі акушерка працює із жінкою з першого відвідування нею жіночої консультації, проте цілеспрямовано психопрофілактична підготовка розпочинається у 35–36 тижнів вагітності. Курс підготовки складається із 4–6 занять, які проводить акушерка із спеціальною підготовкою. Здорові вагітні займаються у групах по 8–10 осіб. Вагітні з екстрагенітальною патологією, обтяженим акушерським анамнезом потребують індивідуальних занять.

Зміст занять

І заняття. Особливості анатомії та фізіології жіночих статевих органів. Зміни у статевих органах під час вагітності. Періоди пологів. Процеси, що відбуваються під час кожного періоду.

ІІ заняття. Роділлю навчають правильно поводитися у І періоді пологів, виконувати вказівки медичного персоналу, використовувати методи знеболювання перейм (режим дихання, погладжування живота, притискання передньоверхніх остей клубових кісток та бокових кутів ромба Міхаеліса, підрахунок перейм, відпочинок між ними).

ІІІ заняття присвячене перебігові ІІ і ІІІ періодів пологів. Вагітну вчать правильно тужитися, затримувати дихання під час потуги, відпочивати в паузі між ними.

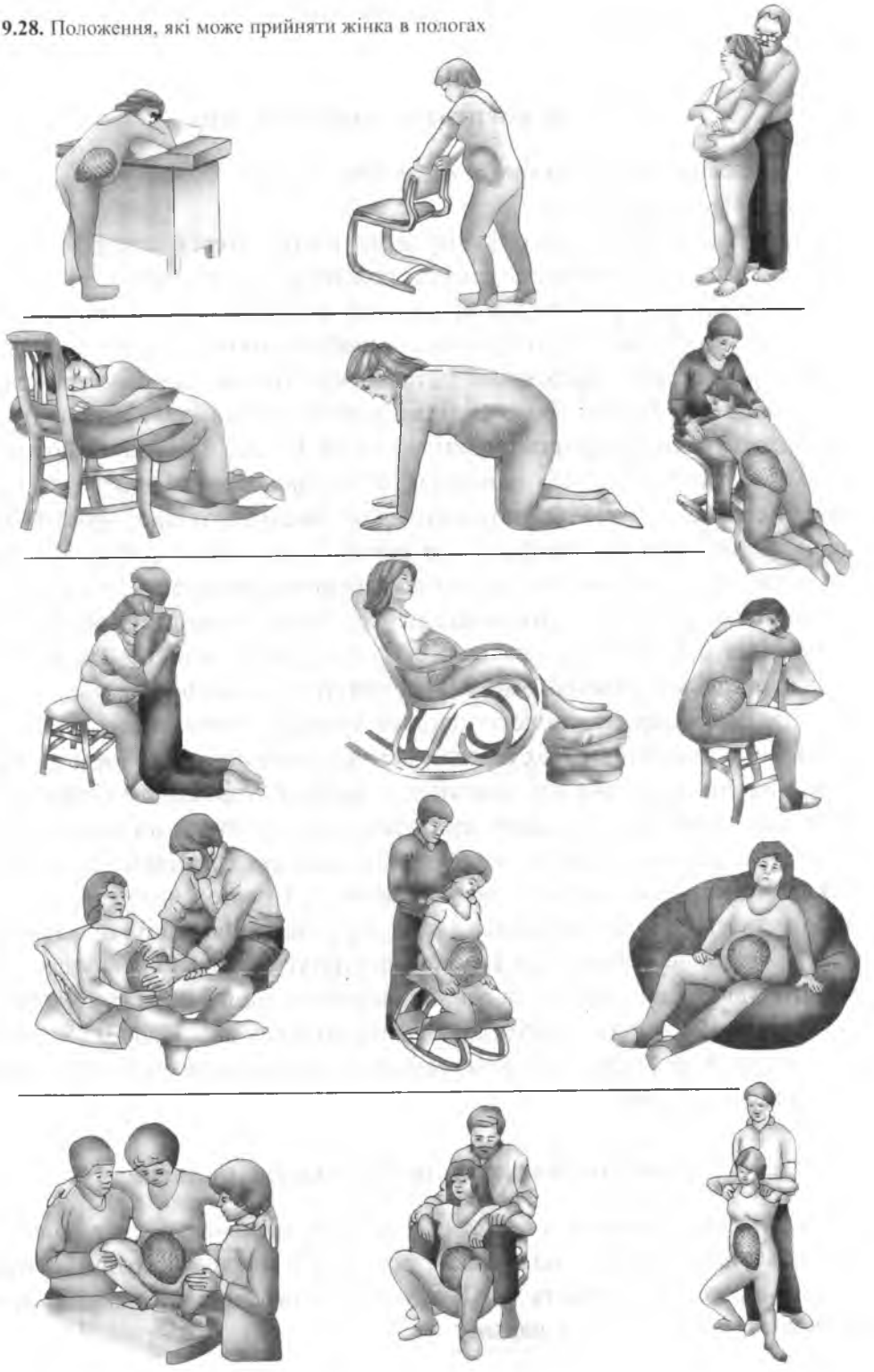
IV заняття. Вагітній розповідають про режим післяпологового відділення, підготовку молочних залоз до лактації, вчать доглядати за новонародженим, формують у свідомості жінки уявлення про пологи як фізіологічний процес, що закінчується найрадіснішою у житті жінки подією — народженням здорового малюка.

Слід заохочувати участь батька дитини у проведенні занять. Всі дихальні вправи чоловік і дружина повинні виконувати разом, прийоми знеболювання є значно ефективнішими, якщо їх допомагає виконувати майбутній батько. Варто подбати про психологічний комфорт майбутньої матері і її поки що ненародженої дитини: радити їй слухати спокійну музику, читати художню літературу, спілкуватися з природою, уникати різких і неприємних звуків, агресивної музики, сцен насильства та жахів у фільмах, бо подібні видовища чинять несприятливий вплив на нервову систему матері і внутрішньоутробний плід.

Різновидом психопрофілактичної підготовки є курс аутотренінгу, що складається з 9–10 занять по 30 хв. Таке тренування значно знижує рівень больових відчуттів завдяки підвищенню порогу больової чутливості.

Якщо під час пологів роділля страждає від болю, потрібно психологічно підтримати її та заспокоїти; запропонувати змінити положення тіла, заохотити до активних рухів. Можна запропонувати партнерові масажувати їй спину, тримати її руку і протирати обличчя губкою між переймами. Слід запропонувати жінці дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих) — у більшості випадків це зменшує відчуття болю. Доцільно застосовувати для знеболювання пологів музику та ароматерапію ефірними оліями, а також використовувати інші неінвазивні, нефармакологічні методи зняття болю (душ, ванна, масаж). Також можна використовувати метод гіпносугестивної терапії, який забезпечує м'язову релакса-

Рис 9.28. Положення, які може прийняти жінка в пологах



цію та заспокоєння роділлі. Голкорефлексотерапія дає стійкий і тривалий знеболювальний ефект.

Медикаментозне знеболювання

Вимоги до медикаментозного знеболювання:

- знеболювальний ефект;
- відсутність негативного впливу на організм матері й плода;
- простота та доступність для усіх родопомічних закладів.

Обов'язковою умовою для проведення знеболювання є наявність регулярної пологової діяльності й розкриття шийки матки на 3–4 см. У роділлей із проявами страху, хвилювання застосовують транквілізатори: тріоксазин, мепробамат по 300 мг. Якщо роділля дуже збуджена, дозу препарату подвоюють. У разі розкриття шийки матки на 3–4 см й активної пологової діяльності вводять 1 мл 1% промедолу і 50 мг піпольфену. Одночасно можна ввести спазмолітики — но-шпу, ганглерон. Якщо необхідно, через 3–4 год цей комплекс можна повторити, але введення промедолу допустиме лише за умови, що до народження дитини залишилося не менше 2-х годин, оскільки промедол пригнічує дихальний центр плода. Можна використовувати платифілін 0,2% по 1 мл, галідор 2,5% по 2–4 мл, но-шпу 2% по 2 мл, баралгін по 5 мл, анальгін 50% по 4 мл внутрішньом'язово.

Для знеболювання пологів широко використовують неінгаляційні та інгаляційні анестетики. До сучасних методів знеболювання належить перидуральна анестезія, яка дає можливість тривалої, керованої та ефективної аналгезії. Проводять пункцію перидурального простору на рівні I–II або III–IV поперекових хребців, через катетер вводять тримекаїн чи лідокаїн. Таким чином забезпечують знеболювання у I періоді пологів, блокаду рефлексів з м'язів тазового дна та помірну релаксацію м'язів промежини.

Якщо не передбачається виключення потуг (накладання акушерських щипців), введення анестетика слід припинити в кінці I періоду пологів.

У II періоді пологів застосовують пудентальну анестезію 0,25% новокаїном при передчасних пологах, тазових передлежаннях, за необхідності проводять епізіотомію.

Роль акушерки у знеболюванні пологів

Вибір знеболювання в пологах є функцією лікаря-акушера та анестезіолога. Акушерка працює під керівництвом лікаря, виконує його призначення, вводить препарати, стежить за АТ, пульсом та іншими показниками життєдіяльності роділлі під час наркозу.

Етапи сестринського процесу під час пологів

Табл. 9.6

	Етапи сестринського процесу				
Періоди пологів	**Перший етап** Оцінка потреб пацієнтки і необхідних для сестринського догляду ресурсів	**Другий етап** Медсестринська діагностика	**Третій етап** Планування роботи щодо задоволення потреб роділлі	**Четвертий етап** Реалізація запланованого сестринського догляду	**П'ятий етап** Оцінка результатів і зворотний зв'язок
1	2	3	4	5	6
Перший період пологів	1. Спостереження за станом пологової діяльності	1. а) опитування роділлі; б) пальпаторне визначення тривалості перейм і пауз між ними	1. Варіант 1 (В-1) — пологова діяльність задовільна; В-2 — пологова діяльність слабка чи надмірна — слід інформувати лікаря	1. В-1 — продовжувати спостереження; В-2 — виконати призначення лікаря — підключити систему з утеротонічною сумішшю	1. В-1 — продовжувати спостереження; В-2 — під час проведення стимуляції пологів контролювати частоту і силу перейм
	2. Контроль серцебиття	2. Вислуховування серцебиття стетоскопом, моніторне спостереження	2. В-1 — серцебиття нормальне; В-2 — серцебиття порушене — слід дати кисень та інформувати лікаря	2. В-1 — продовжувати спостереження; В-2 — виконати призначення лікаря — дати кисень, підключити систему з антигіпоксичною сумішшю	2. Продовжувати контроль серцебиття шляхом вислуховування або моніторного спостереження
	3. Знеболювання пологів	3. а) опитування роділлі; б) спостереження за поведінкою роділлі	3. В-1 — скарги роділлі на незначні болі; В-2 скарги роділлі на сильні болі, неспокійна поведінка	3. В-1 — застосувати прийоми психопрофілактики; В-2 — повідомити лікаря, ввести знеболювальні засоби згідно з призначенням	3. Продовжувати спостереження
	4. Вилиття вод	4. а) опитування роділлі; б) контроль підкладної пелюшки	4. В-1 — води цілі; В-2 — води відійшли	4. В-1 — продовжувати спостереження; В-2 — повідомити лікаря, підготувати роділлю до вагін. дослідження	4. Не дозволяти роділлі вставати, регулярно змінювати стерильні підкладні пелюшки

Продовження табл. 9.6

1	2	3	4	5	6
Другий період пологів	1. Спостереження за загальним станом роділлі	1. а) зовнішній огляд; б) вимірювання АТ, визначення частоти пульсу	1. Поява синюшності обличчя, різке підвищення АТ	1. Дати кисень, повідомити лікаря, виконувати його розпорядження	1. Продовжувати спостереження
	2. Керування потугами	2. Контроль за просуванням голівки	2. В-1 — сила потуг задовільна; В-2 — сила потуг недостатня	2. В-1 — продовжувати спостереження; В-2 — відповідно до розпоряджень лікаря підключити систему з утеротонічною сумішшю чи підготувати роділлю до операції накладання акушерських щипців	2. Продовжувати ведення другого періоду пологів. Стежити за темпом уведення суміші. Допомагати лікареві під час проведення операції
	3. Контроль серцебиття плода	3. Вислуховування серцебиття після кожної потуги	3. В-1 — серцебиття нормальне; В-2 — серцебиття порушене — слід дати кисень та інформувати лікаря	3. В-1 — продовжувати спостереження; В-2 — продовжувати інгаляцію кисню, виконувати призначення лікаря	3. Продовжувати спостереження
Третій період пологів	1. Спостереження за ознаками відшарування плаценти	1. Візуальний контроль — ознаки Альфельда, Шредера, натискування ребром долоні над лоном	1. В-1 — ознаки відокремлення плаценти позитивні; В-2 — ознаки негативні	1. В-1 — запропонувати роділлі потужитися; В-2 — продовжувати вичікувальне ведення до 30 хв	1. Після народження плаценти провести огляд її материнської поверхні
	2. Вимірювання кількості втраченої крові	2. Підставити під таз роділлі стерильний лоток, зібрати просочений кров'ю матеріал	2. Спостерігати за кількістю кров'янистих виділень до народження посліду	2. Перелити кров з лотка у градуйований посуд, зважити просочені кров'ю пелюшки, відняти масу сухих, додати показники	2. Порівняти кількість втраченої крові з фізіологічною для даної жінки крововтратою

Продовження табл. 9.6

1	2	3	4	5	6
	3. Катетеризація сечового міхура	3. Катетеризацію провести після народження дитини	3. Підготувати стерильний жіночий катетер	3. Здійснити катетеризацію, вивести сечу	3. Оцінити кількість сечі, наявність домішок
Ранній післяпологовий період	1. Вимірювання кількості втраченої крові	1. Підставити під таз породіллі стерильний лоток	1. Спостерігати за кількістю кров'янистих виділень	1. Перелити кров з лотка у градуйований посуд	1. Порівняти кількість втраченої крові з фізіологічною для даної жінки
	2. Контроль стану матки	2. Періодично проводити пальпацію	2. Оцінити стан матки, за появи гіпотонусу повідомити лікаря	2. Періодично повторювати пальпаторний контроль	2. Оцінити стан матки через 2 години після пологів
	3. Застосування міхура з льодом	Контроль стану придатності міхура з льодом	3. Підготувати міхур з льодом, пелюшку	3. Покласти міхур з льодом на передню черевну стінку породіллі на 30 хв	3. Оцінити стан матки після застосування холоду
	4. Зігрівання породіллі	4. Скарги породіллі на холод, при пальпації — холодні кінцівки	4. Підготувати все необхідне	4. Вкрити жінку ковдрою, до ніг прикласти грілки	4. Періодично контролювати ефективність
	5. Спостереження за загальним станом породіллі	5. а) зовнішній огляд; б) вимірювання АТ, визначення частоти пульсу	5. Підготувати все необхідне	5. У процесі спостереження оцінювати колір шкіри, АТ, пульс	5. При появі ціанозу, зниженні АТ перевірити кількість втраченої крові в лотку, оцінити величину крововтрати

Окрім того, акушерка повинна досконало володіти методикою реанімації новонародженого, що народився в асфіксії, надавати йому допомогу при наркозній депресії, уміти провести туалет дихальних шляхів та медикаментозну стимуляцію дихального центру.

Перелік контрольних питань:

- пологи, періоди пологів;
- психопрофілактична підготовка до пологів;
- діагностика пологів. Періоди пологів;
- ведення першого та другого періодів пологів. Спостереження за роділлею;
- ведення третього періоду пологів. Поняття «фізіологічної крововтрати»;
- перший туалет новонародженого. Принципи обробки пуповинного залишка.

Перелік практичних навичок, які повинні засвоїти студенти, вивчаючи дану тему:

- спостереження за розвитком пологової діяльності;
- проведення підготовки роділлі до внутрішнього акушерського обстеження та прийому пологів;
- підготовка стерильного столика для прийому пологів;
- проведення катетеризації сечового міхура;
- визначення крововтрати в пологах.

ФІЗІОЛОГІЯ І ПАТОЛОГІЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ

З моменту народження плід називається новонародженим. Перші тижні життя малюка, впродовж яких відбувається адаптація його організму до умов зовнішнього середовища, називають періодом новонародженості, або неонатальним періодом.

Відповідно до Наказів МОЗ України, новонароджених за термінами гестації поділяють на:

- народжених у строк після 37 і до 42 тижня вагітності *(доношені);*
- народжених після 42 тижня вагітності *(переношені);*
- народжених від 22 до 37 тижнів *(недоношені).*

Згідно з Наказом МОЗ України №179 від 29.03.06 на всій території України встановлено єдиний порядок визначення станів живонародженості, мертвонародженості та понять щодо перинатального періоду.

Перинатальний період, живонародження та мертвонародження

Перинатальний період — це період, який починається з 22-го повного тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу — термін гестації, якому в нормі відповідає маса плода 500 г) і закінчується після 7 повних діб життя новонародженого (168 годин після народження).

Живонародження — вигнання або вилучення з організму матері плода, який після вигнання / вилучення (незалежно від тривалості вагітності, від того чи перерізана пуповина і чи відшарувалась плацента) дихає або має будь-які інші ознаки життя, такі як серцебиття, пульсація пуповини, певні рухи скелетних м'язів.

Мертвонародження — вигнання або вилучення з організму матері плода з 22-го повного тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) або масою 500 г та більше, який не

дихає та не виявляє будь-яких інших ознак життя, таких як серцебиття, пульсація пуповини або певні рухи скелетних м'язів.

Плід — внутрішньоутробний продукт зачаття, починаючи з повного 12-го тижня вагітності (з 84 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) до вигнання/вилучення з організму матері.

Викидень (аборт) — народження плода до повного 22-го тижня вагітності зростом менше 25 см та масою менше 500 г незалежно від наявності ознак життя.

Антенатальна смерть — загибель плода, що настала у період з 22-го повного тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) до початку пологів.

Інтранатальна смерть — загибель плода, що настала у першому або другому періоді пологів.

Термін вагітності та пологів, новонароджений

Термін вагітності визначається від першого дня останнього нормального менструального циклу. Термін вагітності визначається у повних днях чи повних тижнях (наприклад, період між 280-ю і 286-ю добою від першого дня останнього нормального менструального циклу, відповідає 40 тижням вагітності).

Перший день останнього нормального менструального циклу необхідно оцінювати як день 0, а не день 1-й. Дні 0–6 відповідно складають «повний нульовий місячний тиждень», дні 7–13 — «повний перший тиждень», і відповідно 40-й тиждень вагітності є синонімом поняття «повні 39 тижнів». Якщо дата останньої нормальної менструації невідома, термін вагітності необхідно визначати на основі найбільш надійних клінічних ознак.

Передчасні пологи — пологи, що відбулись у період з 22-го повного тижня до закінчення 37-го тижня вагітності (154–259 діб).

Пологи в строк (термінові) — пологи, що відбулися у період з 37 повного тижня до закінчення 42-го тижня вагітності (260–293 доби).

Запізнілі пологи — пологи, що відбулися після 42-го повного тижня вагітності (на 294 добу або пізніше).

Новонароджений — живонароджена дитина, яка народилася або вилучена з організму матері після повного 22-го тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу).

Недоношений новонароджений — живонароджена дитина, що народилася у терміні вагітності з 22-го повного до 37 повного тижня вагітності (154–258 діб).

Доношений новонароджений — живонароджена дитина, що народилася у терміні вагітності від 37 повних тижнів до закінчення 42-го тижня вагітності (259–293 доби).

Переношений новонароджений — живонароджена дитина, що народилася після 42 повних тижнів вагітності (294 доби, або пізніше)

Неонатальний період

Неонатальний період — період, що починається з моменту народження дитини до закінчення 28 повних діб після народження.

Ранній неонатальний період — період від моменту народження дитини до закінчення 7 діб життя (168 годин).

Пізній неонатальний період — період після 7 повних діб життя (з 169-ї години) до закінчення 28 діб життя.

Неонатальна смерть — смерть народженої живою дитини упродовж перших 28 повних діб життя.

Рання неонатальна смерть (постнатальна) — смерть народженої живою дитини упродовж перших 7 діб життя.

Пізня неонатальна смерть — смерть народженої живою дитини, яка настала у період після 7 повних діб життя (з 169-ї години) до закінчення 28 діб життя.

У записі про час смерті дитини, що настала упродовж нульової доби життя, тривалість життя вказується у повних хвилинах чи годинах. У випадку смерті дитини в наступні 27 діб життя вік дитини вказується в добах.

Маса і зріст при народженні

Маса тіла при народженні — маса тіла новонародженого при першому зважуванні.

Мала маса тіла при народженні — маса тіла новонародженого менше 2500 г (до і включаючи 2499 г).

Дуже мала маса тіла при народженні — маса тіла новонародженого менше 1500 г (до і включаючи 1499 г).

Надзвичайно мала маса тіла при народженні — маса тіла новонародженого менше 1000 г (500 –999 г).

Зріст новонародженого — довжина тіла новонародженого в сантиметрах від маківки до п'ят, яка визначається при витягнутому його положенні упродовж перших двох годин життя.

Критерії перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості

Критерії перинатального періоду:

- початок — повні 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу;
- кінець — 168 годин життя.

Таким, що народився живим, є новонароджений, у якого наявна хоча б одна з таких ознак:

- дихання;
- серцебиття;
- пульсація судин пуповини;
- рухи скелетних м'язів.

Таким, що народився мертвим, є новонароджений, у якого немає жодної з ознак життя, а саме:

- дихання;
- серцебиття;
- пульсації судин пуповини;
- рухів скелетних м'язів.

Зрілість новонародженого

Зрілий новонароджений — новонароджений, який має зріст 47 см і більше та / або масу 2500 г і більше.

Додаткові ознаки зрілості новонародженого: розвинений підшкірний жировий шар; рожево-білий колір шкіри; пушок збережений лише на плечовому поясі, верхніх відділах спини та плечах; складки займають усю підошву, досягають п'яти; яєчка розташовані нижче лінії зрощення; мошонка повністю вкрита складками; великі статеві губи прикривають клітор і малі статеві губи; вушні раковини розправлені і мають гострі краї; тканина молочної залози 5 мм і більше; нігті ледь виступають на кінчиках пальців; очі відкриті; місце відходження пуповини розташоване посередині між лоном та мечоподібним відростком або дещо нижче; фізіологічні рефлекси; розвинені рефлекси смоктання та ковтання; наявна реакція на світло; активні рухи кінцівок; гучний крик.

Незрілий новонароджений — новонароджений, який має зріст менше 47 см та /або масу менше 2500 г. У незрілої дитини шкіра тонка, крізь неї просвічують вени, пушкове волосся вкриває більші ділянки тіла. У таких немовлят часто виникають розлади адаптації до позаутробного середовища: синдром дихальних розладів, пов'язаний з незрілістю сурфактантної системи, внутрішньочерепні крововиливи, набряковий синдром.

Додаткові ознаки незрілості новонародженого: морфофункціональна невідповідність органів і систем встановленому гестаційному віку.

Стан зрілості чи незрілості новонародженого визначають у кожному випадку спільно лікар педіатр-неонатолог та акушер-гінеколог пологового будинку (відділення), який приймав пологи і документують в карті розвитку новонародженого (ф.№097/о) та в історії пологів (ф.№096/о).

Основні критерії зрілості відносяться лише до новонароджених від одноплідних пологів. Зріст і маса зрілих новонароджених від багатоплідних пологів можуть бути менше 47 см і 2500 г відповідно. Зрілість однояйцевих новонароджених визначається за ознаками більш розвиненої дитини. Зрілість різнояйцевих новонароджених, враховуючи можливість різних термінів запліднення, визначається за масою, довжиною і додатковими ознаками кожної дитини окремо.

Переношений новонароджений — живонароджена дитина, що народилася після 42-х повних тижнів вагітності. У таких дітей після народження виявляють підвищену щільність кісток черепа, шви та тім'ячка вузькі, сироподібне мастило відсутнє або кількість його незначна, шкіра мацерована, так звані «банні» ручки та стопи, забарвлення шкіри, пуповини та оболонок може бути зеленкуватим, в плаценті виявляють петрифікати, інфаркти, розміри плаценти великі, але товщина менша, пуповина тонка, позбавлена вартонових драглів, тому судини її можуть легко перетискатися, що за умов зменшення кількості навколоплодових вод може спричинити гіпоксію плода. Переношені немовлята схильні до значних втрат маси тіла в перші дні після народження, у них часто виникають розлади терморегуляції.

Для періоду новонародженості характерна нестійкість регуляції функцій внутрішніх органів, тому гомеостаз немовлят часто порушується.

Шкіра новонароджених вкрита сироподібним мастилом, яке є продуктом добре розвинутих сальних залоз, і захищає шкіру плода від мацерації та травмування. Шкіра щойно народженої дитини дуже ніжна, підшкірно-жировий шар розвинутий слабко, у недоношених він відсутній, тому епідерміс у немовлят легко травмується, а запальні процеси розвиваються за лічені години й поширюються одразу на всі шари. Ось чому при догляді за новонародженими чільне місце належить суворому дотриманню правил асептики та антисептики. Дуже важливе вчасне виявлення піодермії та негайна ізоляція хворих дітей. У перші дні після народження шкіра в немовлят гіперемійована, надалі вона блідне, набуває рожевого кольору, поверхневі її шари злущуються.

М'язова та кісткова система. М'язи новонароджених розвинуті слабко. Характерний гіпертонус м'язів, тому кінцівки дитини зігнуті. Кістки новонароджених м'які, за своєю будовою ближчі до хрящів, тому травми

кісток — переломи, якщо вони трапляються під час пологів, підокістні, без зміщення і швидко загоюються.

Органи дихання. Носові ходи та верхні дихальні шляхи у немовлят вузькі. Анатомо-гістологічна будова їх недосконала. Дихальна екскурсія легень обмежена, легенева вентиляція недостатня, тому створюються умови для застою та ателектазу легень. У міру дозрівання легені продукують поверхнево-активну речовину — сурфактант. Сурфактантна система забезпечує стабільність альвеол під час дихання. Відсутність або недостатня кількість сурфактанту спричиняє ателектаз легень у недоношених дітей, вторинну асфіксію та синдром дихальних розладів.

Унаслідок вказаних вище особливостей дихальних шляхів навіть незначне запалення слизової оболонки носа порушує у немовлят акт смоктання, а швидке поширення процесу може призвести до розвитку пневмонії.

Серцево-судинна система. М'язова система серця та судин новонародженого розвинуті недостатньо. Частота серцевих скорочень 120–150 уд/хв. Пульс лабільний, при збудженні, плачі дитини він стає частішим (до 160–180 уд/хв). Поява брадикардії — завжди ознака патологічного процесу: крововиливу в мозок, серцевої вади тощо. Максимальний артеріальний тиск — 80–70 мм рт. ст., мінімальний — 30–40 мм рт. ст. Через 10 днів тиск зростає відповідно до 100 і 50 мм рт. ст.

Травна система. Ротова порожнина малюка добре пристосована до акту смоктання: її об'єм невеликий, язик майже повністю її заповнює. Слини у перші місяці життя виробляється мало, вона бідна на ферменти і не бере участі в обробці їжі. Місткість шлунка новонародженого 7–10 $см^3$, на десяту добу вона сягає 90 $см^3$. М'язи кардіальної частини шлунка розвинуті слабко, тому після годування можливе повернення частини молока в ротову порожнину — зригування. Ферментна система шлунка пристосована до перетравлення єдиного продукту — молока. Низька активність ферментів за найменших порушень вигодовування призводить до диспепсій.

У перші дні після народження у дитини виділяється меконій — уміст кишечника плода, що складається з виділень епітелію тонкої та товстої кишок, навколоплодових вод, проковтнутих плодом. Надалі кишечник заселяється бактеріями, до 5–7 доби випорожнення стають характерними для немовляти, що перебуває на грудному вигодовуванні.

Склад крові новонародженого. Кровотворення плода і новонародженого здійснюється в кістковому мозку. Рівень гемоглобіну у новонародженого 180–220 г/л, 4/5 з них складає фетальний гемоглобін, що має більшу спорідненість до кисню. Кількість еритроцитів — $4–5\times10^{12}$/л, кольоровий показник більший, ніж 1. Кількість лейкоцитів одразу після пологів $6–10\times10^{9}$/л, у наступні дні лейкоцитоз знижується.

Нервова система. Головний мозок новонародженого ще недостатньо розвинений, проте уже в перші дні у немовляти можна спостерігати рефлекси, притаманні періоду новонародженості: смоктальний, хоботковий — витягування губ у трубочку при подразненні куточка рота; хапальний (Робінзона), Моро, опори, автоматичної ходи — при дотику до внутрішньої поверхні долоні немовля захоплює і міцно стискає долонькою предмет; підошовний (Бабінського) — згинання пальців стоп при подразненні підошви.

Обмін речовин. Процеси асиміляції переважають, тому відбувається відкладання жирів та вуглеводів у тканинах та органах. Новонароджений має велику потребу у воді. Характерна фізіологічна полакіурія — сечовипускання 15–25 разів на добу.

ПАРАФІЗІОЛОГІЧНІ СТАНИ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Для періоду новонародженості характерні певні особливі стани, що виникають унаслідок адаптації немовлят до умов позаутробного життя. Вони виникають не в усіх дітей, тривають недовго, минають без лікування — отже, межують з фізіологічними.

Втрата маси обумовлена втратою вологи через шкіру та легені, виділенням меконію та сечі, а також значними енергетичними витратами на підтримання температурного режиму. Відновлення маси відбувається до 7–8 доби при ранньому прикладанні до грудей і достатній лактації у матері.

Фізіологічна жовтяниця виникає у 60–70% новонароджених на 2–3 добу життя і минає до 7–10 доби. У немовлят набувають жовтяничного забарвлення шкіра та склери. Це зумовлено посиленим розпадом гемоглобіну і функціональною незрілістю печінки.

Статевий криз новонароджених — це наслідок дії значної кількості естрогенних гормонів, що надійшли в організм плода внутрішньоутробно, і різкого їх зниження після народження. У 1–2% дівчаток можуть виникати незначні кров'янисті виділення з піхви, що тривають 1–2 доби. У немовлят обох статей можливе набухання молочних залоз у відповідь на надходження з молоком матері лактотропних гормонів.

Еритема новонароджених. На 4–5 добу після народження у дитини може з'явитися висип у вигляді дрібнопапульозних елементів. Немовля потребує ретельного догляду і дотримання правил асептики та антисептики, оскільки везикульозні елементи легко інфікуються.

Пологова пухлина — набряк тканин у ділянці провідної точки на передлеглій частині плода внаслідок ускладнення венозного відтоку від частини голівки, що лежить нижче від смуги стикання. Минає без лікування

протягом 2–3 діб. Слід диференціювати з *кефалогематомою* — крововиливом під окістя однієї або обох тім'яних кісток. На відміну від пологової пухлини, що не має чітких контурів, кефалогематома контурована швами тім'яної кістки і не виходить за її межі. Незначна кефалогематома, як і пологова пухлина, не потребує лікування. За великих розмірів пологової пухлини рекомендують холод (міхур з льодом розміщують на віддалі 20 см від голівки) у перші години після народження. Кефалогематома розсмоктується упродовж кількох тижнів, в окремих випадках необхідна пункція.

ДОГЛЯД ЗА НОВОНАРОДЖЕНИМ

Звіряють медичну документацію з браслетами на ручці та ніжці дитини. Проводять обробку шкіри, особливо складок, знімають надмірну кількість сироподібного мастила, змащують шкіру стерильною вазеліновою олією. Звертають увагу на стан пупкової ранки. Оглядають дитину з метою виявлення вад розвитку: сечовипускання, відходження меконію, дихання, ковтання.

Щоденний туалет новонароджених проводять перед ранковим годуванням або перед лікарським оглядом. Дитині вимірюють температуру в пахвовій ямці, зважують. Дані заносять до історії розвитку новонародженого.

Сповивають немовлят перед кожним годуванням, окрім того, у міру забруднення пелюшок, оскільки шкіра новонародженого дуже ніжна і її можливість протистояти інфекції обмежена. Навіть нетривале перебування у вологих пелюшках може призвести до розвитку попрілості, що є ознакою поганого догляду за дитиною.

Якщо немовля забруднило пелюшки, слід його негайно підмити під струменем теплої проточної води у напрямі спереду назад — від статевих органів до ануса, обсушити пелюшкою та змастити шкіру сідниць та пахові складки соняшниковою чи вазеліновою олією. При виникненні попрілості ці ділянки обмивають рожевим розчином марганцевокислого калію, висушують, проводять короткочасне опромінення ультрафіолетовими променями (експозиція 1 хв, віддаль — 90 см). Таких немовлят потрібно частіше переповивати або застосовувати відкрите сповивання.

Якщо на шкірі новонародженого з'являються гноячки, таких дітей негайно ізолюють. Гноячок знімають ватним тампоном, вмоченим у камфорний спирт, і припікають 5% розчином марганцевокислого калію.

Догляд за обличчям новонародженого проводять щоранку: обмивають теплою кип'яченою водою. Очі обробляють окремими для кожного ока стерильними ватними кульками, змоченими розчином фурациліну.

Догляд за вушками немовляти проводять дуже обережно: зовнішній слуховий прохід очищують за необхідності м'яким ватним джгутиком, беручи для кожного вушка окремий.

Носик дитини протирають ватним джгутиком, просоченим стерильною олією. Подразнення носових ходів рефлекторно викликає чхання, при цьому виділяються кірочки.

Ротик дитини щоденно оглядають для вчасного виявлення афт, ерозій, молочниці. Без необхідності слизову оболонку рота протирати не потрібно.

ПАТОЛОГІЯ РОЗВИТКУ ПЛОДА ТА ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК

За сучасних умов особливого значення набуває пренатальна діагностика вад розвитку плода, оскільки стан екології довкілля вкрай несприятливо відображається на спадковості популяції.

Слід розрізняти поняття вродженої та спадкової патології. *Причиною спадкових захворювань є патологічна спадковість,* одержана організмом дитини через статеві клітини її батьків (хромосомні хвороби), тоді випадки успадкування простежуються в родоводі. *Причинами вроджених захворювань можуть бути чинники зовнішнього середовища, що діють на плід у критичні періоди розвитку.*

Упродовж усього гестаційного періоду на плід може шкідливо впливати зовнішнє середовище. Розрізняють фізичні чинники (іонізуюче випромінювання, температурна дія, вібрація), хімічні (токсичні речовини, нікотин, алкоголь), мікробні, медикаментозні. Наслідки впливу цих чинників можуть бути неоднаковими у різні терміни вагітності і залежать від стадії внутрішньоутробного розвитку плода. У деякі періоди плід особливо вразливий до шкідливостей довкілля. Такі періоди називають *критичними.*

Передімплантаційний період — до 7-го дня після запліднення. В цей період зародок трофічно не зв'язаний з материнським організмом і відносно стійкий до шкідливих впливів.

Період імплантації — 7–8 доба після запліднення. У цей період дія шкідливих факторів має ембріолетальний ефект — імплантація не настає, плодове яйце гине.

Стадія органогенезу і плацентації — з 3–4 до 14–16 тижня вагітності. Найбільш уразливий плід на 3–4 тижні внутрішньоутробного розвитку, у цей період шкідливі чинники викликають грубі порушення ембріогенезу або загибель зародка.

Період фетогенезу — з 16 до 38 тижня вагітності — розвиток морфофункціональних порушень в органах і системах плода — фетотоксичний

ефект. У цей період вади розвитку практично не виникають. У плодів жіночої статі під впливом медикаментозних засобів, особливо гормональних, може порушитися розвиток статевих органів.

Дія шкідливих чинників у перинатальному періоді — наприкінці вагітності та під час пологів — викликає порушення адаптації новонародженого до умов позаутробного життя.

У період грудного вигодовування шкідливі чинники хімічної природи можуть проникати в організм дитини і впливати, зокрема, на становлення функції нервової системи.

Можливості сучасної пренатальної діагностики дозволяють на ранніх стадіях виявити аномалії розвитку плода та оцінити функціональні можливості плаценти. Основним методом, що дає змогу неінвазивно, без шкідливого впливу на плодове яйце в ранні терміни діагностувати вагітність та дослідити її прогресування і відхилення у розвитку плода та плодових оболонок, є ультразвукове дослідження (сонографія).

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ (ФПН)

Фетоплацентарна недостатність (ФПН) — симптомокомплекс, зумовлений порушенням транспортної, трофічної, метаболічної та ендокринної функцій плаценти внаслідок виникнення у ній структурних змін. Ці зміни можуть бути викликані ускладненнями вагітності (гестози, загроза переривання, імуноконфліктна вагітність, внутрішньоутробне інфікування) та захворюваннями матері (пієлонефрит, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, анемія). Порушення функції плаценти вкрай негативно позначається на стані плода.

ФПН за перебігом поділяють на гостру і хронічну.

Гостра фетоплацентарна недостатність виникає при відшаруванні плаценти — різке порушення кровопостачання призводить до гіпоксії або загибелі плода.

Хронічна фетоплацентарна недостатність має тривалий перебіг, супроводжується розладами мікроциркуляції в плаценті, хронічним кисневим голодуванням плода.

Діагностика. Основним методом виявлення ФПН є ультрасонографічна плацентометрія, що дає можливість оцінити товщину, площу та структуру плаценти. Товщина плаценти з 20-го до 36-го тижня вагітності приблизно дорівнює терміну вагітності в тижнях: в 20 тижнів — 20 мм, в 28 — 28 мм, в 36 тижнів — 36 мм, після цього терміну плацента далі не потовщується.

Стоншання плаценти (менше, ніж 20 мм) або потовщення (більше, ніж 50 мм) свідчить про плацентарну недостатність, що настала в результаті внутрішньоутробного інфікування, імунізації тощо.

При плацентометрії проводять оцінку зрілості плаценти за щільністю структури, виділяючи 4 ступені зрілості (0–III). III ступінь зрілості плаценти характерний для терміну вагітності 38–39 тижнів, якщо його виявляють раніше, це свідчить про передчасне старіння плаценти та фетоплацентарну недостатність.

ДИСТРЕС ПЛОДА ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

Всі порушення функціонального стану плода у теперішній час згідно з Наказом МОЗ України №900 від 27.12.2006 позначають терміном ***дистрес плода.***

Дистрес плода при вагітності

Для діагностики дистресу плода при вагітності використовуються наступні методи:

- аускультація серцевої діяльності (з 20 тижнів вагітності) — визначення частоти серцевих скорочень плода за одну хвилину: фізіологічна норма — 110–170 уд/хв; частота серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв свідчить про дистрес плода;
- біофізичний профіль плода (БПП) (з 30 тижнів вагітності) — оцінюють суму балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплодових вод) *(табл. 10.1)*;
- доплерометрія швидкості кровотоку в артерії пуповини (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці).

Діагностика. З метою діагностики дистресу плода під час вагітності акушерка ФАПу при кожному відвідуванні проводить аускультацію серцевої діяльності плода. Якщо частота серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв, це свідчить про дистрес плода, виникає потреба у проведенні оцінки біофізичного профілю плода, консультації лікаря акушера-гінеколога з подальшою госпіталізацією до пологового стаціонару III рівня.

Оцінка результатів визначення показників біофізичного профілю плода

Таблиця 10.1

Параметри	Бали		
	2	1	0
Нестресовий тест (реактивність серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ)	5 і більше акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд/хв, тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	2-4 акцелерації ЧСС амплітудою не менше 15 уд/хв, тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	1 акцелерація або відсутність її за 20 хв спостереження
Дихальні рухи плода (ДРП)	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю 60 с і більше за 30 хв спостереження	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 с за 30 хв спостереження	ДРП тривалістю менше 30 с або їх відсутність за 30 хв спостереження
Рухова активність плода	Не менше 3 генералізованих рухів за 30 хв спостереження	1 або 2 генералізованих рухи за 30 хв спостереження	Відсутність генералізованих рухів
Тонус плода	Один епізод і більше розгинань із поверненням у згинальне положення хребта та кінцівок за 30 хв спостереження	Не менше одного епізоду розгинання із поверненням у згинальне положення за 30 хв спостереження	Кінцівки в розгинальному положенні
Об'єм навколоплодових вод	Води визначаються у матці, вертикальний діаметр вільної ділянки вод 2 см і більше	Вертикальний розмір вільної ділянки вод більше 1 см, але не менше 2 см	Тісне розташування дрібних частин плода, вертикальний діаметр вільної ділянки вод менше 1 см
Оцінка БПП	7–10 балів — задовільний стан плода; 5–6 балів — сумнівний тест (повторити через 2–3 дні) 4 бали і нижче — патологічна оцінка БПП (постає питання про термінове розродження)		

Тактика ведення вагітності з дистресом плода. Необхідно проводити лікування супровідних захворювань вагітної, які призвели до виникнення дистресу плода. Проводять динамічне спостереження за станом плода. Амбулаторне спостереження і пролонгування вагітності до доношеного терміну можливе при нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода.

Вагітних з дистресом плода спостерігають та лікують лікарі акушери-гінекологи. До 30 тижнів вагітності проводять лікування супровідних захворювань у жінки, які призвели до виникнення дистресу плода. Після 30 тижнів вагітності найбільш ефективним і виправданим методом лікування дистресу плода є своєчасне оперативне розродження.

Розродження через природні пологові шляхи можна проводити (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при нормальному перебігу пологів. Показанням для екстреного розродження шляхом кесаревого розтину після 30 тижнів вагітності є гострий дистрес плода (патологічні брадикардія та децелерації ЧСС).

Профілактика. Вчасне виявлення факторів ризику затримки розвитку плода та проведення динамічного контролю за пацієнтками групи ризику. Дотримання режиму дня та раціонального харчування. Відмова від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю тощо).

Дистрес плода під час пологів

Під час пологів необхідно своєчасно визначити дистрес плода, ознаками якого є: патологічна частота серцевих скорочень (понад 170 уд/хв або менше 110 уд/хв), наявність густо забарвлених меконієм навколоплодових вод. Необхідно підкреслити, що у нормі є допустимим тимчасове уповільнення серцебиття плода у момент скорочення матки, яке зникає після розслаблення матки.

В діагностиці дистресу плода широко використовують кардіотокографію (КТГ) — синхронний електронний запис серцевого ритму плода і маткових скорочень упродовж перебігу пологів.

При аналізі КТГ оцінюють такі параметри: базальна ЧСС (БЧСС), варіабельність ЧСС (амплітуда і частота осциляцій), наявність і тип тимчасових змін БЧСС у вигляді прискорення (акцелерація) чи уповільнення (децелерація) серцевого ритму.

Наявність густого меконію в амніотичній рідині у поєднані з патологічними змінами серцевого ритму плода є показанням для термінового розродження при головному передлежанні плода.

Тактика ведення пологів. Слід уникати положення роділлі на спині.

Необхідно припинити введення окситоцину, якщо він був раніше призначений. Якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері, необхідно провести відповідне лікування. Якщо стан матері не є причиною патологічного серцевого ритму плода, а частота серцевих скорочень плода залишається патологічною протягом трьох останніх перейм, треба провести внутрішнє акушерське дослідження для визначення акушерської ситуації та з'ясування можливих причин дистресу плода.

При визначені дистресу плода необхідне термінове розродження:

- у першому періоді пологів — кесарів розтин;
- у другому періоді: при головному передлежанні — вакуум-екстракція або акушерські щипці; при сідничному — екстракція плода за тазовий кінець.

ЗАТРИМКА ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПЛОДА (ЗВРП)

Затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВРП), або гіпотрофія плода — патологічний стан, за якого маса новонародженого або біометричні параметри плода не відповідають гестаційному віку.

При підозрі на ЗВРП вагітній проводять комплексне обстеження, що включає:

- визначення висоти стояння дна матки та обводу живота в динаміці (слід враховувати масу тіла вагітної);
- сонографічну біометрію плода;
- оцінку біофізичного профілю плода;
- визначення рівня гормонів у організмі матері та навколоплодових водах.

Для оцінки біометрії плода визначають біпарієтальний розмір голівки (БПР), діаметр грудей та живота, довжину стегна плода. Гестаційний вік визначають за сукупністю ознак.

Гіпотрофія плода буває **симетрична,** коли в розвитку відстають усі органи плода, й **асиметрична,** коли голівка та розмір стегна збільшені відповідно до гестаційного віку, а діаметр грудей та живота менші.

У новонароджених за симетричної гіпотрофії при народженні мала маса тіла, таку дитину важко відрізнити від недоношеної. Симетрична форма трапляється за тяжких порушень внутрішньоутробного розвитку, починаючи з II триместру вагітності. При асиметричній формі ЗВРП у новонароджених за нормальної довжини тіла є значний дефіцит маси. Така форма характерна для плодів, несприятливі умови розвитку яких з'явились у III триместрі вагітності.

Фактори ризику ЗВРП: існують медичні та соціально-економічні фактори ризику ЗВРП. *До медичних факторів належать:*

- хронічна артеріальна гіпертензія;
- цукровий діабет;
- системні захворювання сполучної тканини;
- тромбофілії;
- захворювання нирок;
- прееклампсія вагітних;
- багатоплідна вагітність;
- крововтрата під час вагітності;
- аномалії пуповини та розташування плаценти;
- перинатальні інфекції;
- ЗРП в анамнезі;
- хромосомні та генетичні порушення;
- медикаменти (варфарин, фенітоїн).

До соціально-економічних факторів відносять:

- недостатнє харчування;
- куріння, вживання алкоголю, наркотиків;
- забруднення навколишнього середовища;
- професійні шкідливості.

Виділяють 3 ступені тяжкості ЗВРП за даними УЗД: *I ступінь* — відставання на 2 тижні; *II ступінь* — на 3–4 тижні; *III ступінь* — більше 4 тижнів.

Плід відстає у розвитку через такі причини:

- хромосомні аномалії та спадкові порушення обміну;
- вроджені вади, зумовлені іншими чинниками;
- пренатальні вірусні інфекції;
- дія іонізуючого випромінювання та лікарських препаратів;
- патологія плаценти;
- захворювання матері, інтоксикації, недостатнє харчування.

Діагностика. Регулярне спостереження за вагітною дає змогу акушеру вчасно звернути увагу на недостатнє збільшення розмірів матки. В нормі до 30 тижня приріст висоти стояння дна матки (ВДМ) складає 0,7–1,9 см на тиждень; в 30–36 тиж. — 0,6–1,2 см на тиж.; в 36 і більше — 0,1–0,4 см. Відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту протягом 2–3 тижнів при динамічному спостереженні дає підставу запідозрити ЗВРП.

Для уточнення діагнозу використовують УЗД. Сонографічна діагностика ЗВРП ґрунтується на невідповідності фетометричних параметрів плода тим показникам, які повинні бути на даному терміні вагітності. Використовують дані ультразвукової плацентографії — визначення ступеня

зрілості плаценти, її розмірів. Ці методи дають можливість на ранніх етапах діагностувати захворювання та розпочати лікування, яке полягає у призначенні препаратів, що покращують матково-плацентарний кровообіг (сигетин), мікроциркуляцію в плаценті та реологічні властивості крові (еуфілін, трентал, курантил, реополіглюкін, актовегін), мають антиоксидантні властивості (вітамін Е). Посиленню матково-плацентарного кровообігу сприяє також гіпербарична оксигенація. Важливим є лікування захворювань вагітної, які призводять до виникнення ЗРП.

У дітей, що народилися, ступінь гіпотрофії визначають за масою та довжиною тіла. Гіпотрофією I ступеня вважають дефіцит маси 15–20% від належної для доношеного новонародженого; II ступеня — 21–30%; III ступеня — 31% і більше.

У новонароджених з гіпотрофією спостерігається порушення трофіки шкіри (мацерація, сухість, жовтяничне забарвлення), стоншання підшкірного жирового шару, лабільність температури, підвищення нервової збудливості, зміна діяльності функціональних систем. Унаслідок виснаження енергетичних запасів та порушення матково-плацентарного кровообігу ще внутрішньоутробно навіть нормальні пологи для таких дітей є значним навантаженням. Тому частота асфіксії серед них дуже висока. Часто буває аспірація навколоплодових вод з наступною пневмонією.

Такі немовлята потребують ретельного догляду та повноцінного вигодовування материнським молоком. За необхідності використовують білкові препарати, комплекс вітамінів, суміші «Ненатал», «Pre-NAN» «Альпрем».

Профілактика:

- виявлення факторів ризику ЗВРП та проведення динамічного контролю за вагітними цієї групи;
- дотримання вагітною режиму дня та раціональне харчування;
- відмова від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю тощо).

ВАДИ РОЗВИТКУ ПЛОДА

Залежно від часу та об'єкта ураження виділяють:

- *гаметопатії* — захворювання, пов'язані з ушкодженням або аномаліями статевих клітин;
- *ембріопатії* — захворювання, що виникають у перші 3 місяці вагітності в процесі органогенезу;
- *фетопатії* — внутрішньоутробне ураження уже сформованих органів та систем плода.

Гаметопатії можуть бути зумовлені спорадичними мутаціями статевих клітин батьків або передаватися спадково від віддалених поколінь. Захворювання можуть успадковуватися за домінантним або рецесивним типом. Ризик захворювань з домінантним типом успадкування становить 50%. Якщо батьки є носіями однакового рецесивного гена, ризик захворювання становить 25%. Найчастішими спадковими захворюваннями є муковісцидоз, фенілкетонурія, адреногенітальний синдром, хвороба Дауна тощо.

Ембріопатії. Шкідливі впливи у період диференціювання органів можуть призвести до виникнення вад розвитку. В процесі органогенезу органи уражаються у такій послідовності: очі, мозок, серце, органи слуху, кістки. Дія шкідливих чинників на плід на 4–6 тижні вагітності призводить до формування у плода вади серця, на 12–14 тижні — вад статевих органів. Шкідливий вплив на плід чинять вірусні захворювання матері (краснуха, вітряна віспа, кір, грип), фізичні (рентгенівське, ультрафіолетове та іонізуюче випромінювання) та хімічні (ртуть, алкоголь, нікотин, деякі лікарські препарати) чинники, недостатнє та неповноцінне харчування матері, ендокринні розлади (діабет).

Фетопатії. У II і III триместрах вагітності відбувається дозрівання функціональних систем плода, становлення функцій, необхідних для виживання дитини у позаутробному середовищі. Вагому роль у виникненні фетопатій має плацента. Бар'єрна функція плаценти є недосконалою щодо багатьох речовин, які потрапляють в організм матері. Залежно від інтенсивності та тривалості дії шкідливих чинників відбувається затримка розвитку функціональних систем плода того чи іншого ступеня. Так, у хворої на цукровий діабет спостерігається розвиток плода з діабетичною фетопатією, що проявляється гігантизмом, кардіоміопатією, порушенням функцій ЦНС та процесів обміну. При хронічному вживанні під час вагітності алкоголю у плода формується алкогольна фетопатія, якій притаманне відставання маси та довжини тіла дитини, неврологічні порушення аж до судомного синдрому, затримка психомоторного розвитку.

Залежно від виду та важкості ураження в одних випадках вади розвитку несумісні з життям, і плід гине ще під час вагітності або невдовзі після народження, в інших, коли спостерігаються вади лише окремих органів (головного чи спинного мозку, верхньої щелепи, губи, пальців, статевих органів), діти народжуються живими і можуть жити довго.

Найчастіше спостерігаються такі вади розвитку:

Гідроцефалія — водянка голови. Виникає через накопичення у шлуночках мозку або в субарахноїдальному просторі значної кількості цереброспінальної рідини. Кістки черепа стоншуються, голівка значно збільшується

у розмірах, шви і тім'ячка стають широкими. Мозкова речовина зазнає атрофії внаслідок стиснення рідиною, тому діти нежиттєздатні, вони гинуть під час пологів або одразу після народження.

Перебіг пологів при гідроцефалії плода завжди патологічний. Пологи не можуть відбутися природними пологовими шляхами, бо розміри голівки занадто великі навіть для нормального таза. Якщо розвивається сильна пологова діяльність, може настати розрив матки внаслідок перерозтягнення її нижнього сегмента. Важливо відрізнити гідроцефалію від великого або велетенського плода, оскільки пологи шляхом кесаревого розтину, необхідність якого часто постає при великих розмірах дитини, у випадку наявності вад розвитку недоцільні.

Досліджуючи вагітну зовнішніми прийомами виявляють дуже велику голівку плода. Для уточнення діагнозу використовують УЗД. При внутрішньому обстеженні звертають увагу на об'ємну черепну частину голівки, широкі шви та тім'ячка, голівка при пальпації м'яка. Пологи ведуть природними пологовими шляхами, застосовуючи операцію краніотомії: перфорують голівку, випускають рідину, після чого пологи відбуваються самостійно.

Аненцефалія — вада розвитку, при якій розвивається лише лицева частина голівки, а мозкова майже відсутня. У такої дитини характерна «жаб'яча» голова: вирячені очі, відкритий рот, шия дуже коротка, склепіння черепа немає. Пологи відбуваються самостійно, але без нормального біомеханізму. Діти народжуються мертвими або вмирають незадовго після пологів.

Розщеплення хребта — спостерігається найчастіше у поперековій ділянці. Через отвір випинаються мозкові оболонки та спинний мозок, вкриті тонкою шкірою. Перешкод для пологів ця вада не становить.

Мозкова грижа — випинання мозкової речовини, вкритої оболонками мозку, в ділянці великого тім'ячка. Діти нежиттєздатні.

Розщеплення, або, точніше, **незарощення верхньої губи** (заяча губа) та **верхньої щелепи і твердого піднебіння** (вовча паща) є вадою розвитку, сумісною з життям, пологи відбуваються без ускладнень, проте виникають значні проблеми, пов'язані з порушенням акту смоктання у новонародженого. Порожнина рота і носа при такій ваді сполучені між собою, тому молоко під час годування дитини може потрапити у дихальні шляхи і спричинити асфіксію. З метою усунення цих вад проводять пластичні операції для закриття дефектів тканин.

Зарощення задньопрохідного отвору — дуже серйозна вада, яку необхідно діагностувати одразу після народження малюка. У разі невчасної діагностики та відсутності оперативного лікування у перші дні життя дитина гине.

Хвороба Дауна — вроджене захворювання, яке характеризується недорозвитком центральної нервової системи, затримкою розумового і фізичного розвитку, порушенням функції ендокринної системи та інших органів та систем. Характерний зовнішній вигляд новонародженого: мала голова, сплющена потилиця, косий розріз очей, широке запале перенісся, напіввідкритий рот, деформовані вуха. Діти з такою патологією часто гинуть після пологів, а якщо залишаються жити, відстають у розумовому та фізичному розвитку.

Діагностика. Надзвичайно важлива пренатальна діагностика вад розвитку плода з метою вирішення питання про доцільність виношування такої вагітності. У жіночій консультації формують групи ризику народження дітей з вродженими вадами та спадковою патологією.

Низький ступінь ризику мають вагітні, у яких в анамнезі було порушення менструальної функції, два і більше мимовільних викидні в ранніх термінах та загроза переривання даної вагітності.

Середній ступінь ризику — вагітні з патологічним перебігом даної вагітності (багатоводдя, маловодля, інфекційні, особливо вірусні захворювання у другому триместрі даної вагітності), в анамнезі — мертвонародження, неонатальна загибель дитини з незрозумілої причини, шкідливі фактори на виробництві, вік вагітної понад 35 років.

Високий ступінь ризику — наявність хромосомних аберацій, народження 1–2 дітей з вродженими вадами розвитку або спадковою хворобою, перенесене вірусне захворювання у першому триместрі даної вагітності, вік вагітної понад 38 років, несприятливі соціальні аспекти (група ризику по СНІД).

У практику впроваджують двоетапний метод надання спеціалізованої допомоги вагітним жінкам групи високого ризику народження дітей з вродженою та спадковою патологією:

I етап — формування потоку вагітних у процесі масового ультразвукового скринінгу та масового скринінгу на рівень α-фетопротеїну в крові;

II етап — селективний скринінг на рівні медико-генетичного консультування з визначенням ризику народження хворої дитини, проведення пренатальної діагностики, в тому числі із застосуванням інвазивних методів.

Усі вагітні жінки повинні пройти обстеження на рівень α-фетопротеїну в крові у терміні 15–19 тижнів вагітності та УЗД у 20–21 тиждень вагітності. Якщо рівень α-фетопротеїну не відповідає нормі для даного терміну вагітності, слід провести поглиблене обстеження з метою виявлення причини.

Усі вагітні, вік яких 35 років і більше, а також жінки, в анамнезі у яких були народження дітей з вадами розвитку, мертвонародження, викидні повинні пройти генетичне обстеження (селективний або вибірковий скри-

нінг). Генні та хромосомні захворювання плода можна діагностувати шляхом біопсії плодових оболонок. Можливе отримання клітин плода шляхом амніоцентезу та аспірації навколоплодових вод, отримання крові плода шляхом кордоцентезу (пункції судин пуповини плода).

Якщо діагностована вада розвитку плода, ставлять питання про переривання вагітності.

Одним з методів первинної профілактики вроджених вад розвитку плода та спадкових захворювань є ***метод преконцепції.***

Медико-генетичне консультування, проведене до зачаття, дозволяє почати лікування майбутніх батьків ще до початку вагітності та забезпечити найбільш сприятливі умови для зачаття та виношування майбутньої дитини.

Дуже важливо вирахувати фактор часу запліднення, бо запліднення сперматозооном «старої» яйцеклітини може призвести до утворення неповноцінної зиготи і розвитку плода з аномаліями.

Високу ефективність має вживання вітамінів, а також відмова від куріння, вживання алкоголю протягом кількох місяців до запліднення.

Схема проведення преконцепції:

- обстеження подружжя: консультація терапевта, окуліста, невропатолога, ендокринолога; параклінічні обстеження — аналізи крові, сечі, крові на цукор, реакція Вассермана, реакція на токсоплазмоз, ЕКГ, аналіз сперми чоловіка, тести функціональної діагностики яєчників у жінки, зокрема, базальна термометрія; спеціальні генетичні обстеження (цитогенетичне, соматогенетичне, уринолізис);
- при виявленні патологічних змін у стані здоров'я подружжя — проведення лікування та превентивного нагляду;
- створення оптимальних виробничих та побутових умов, уникнення дії потенційних мутагенів і тератогенів, нормалізація режиму дня, відмова від куріння та вживання алкоголю;
- врахування часу річних, сезонних коливань народження дітей із вродженими вадами розвитку;
- синхронізація овуляції і запліднюючих статевих зносин;
- дієтотерапія — вживання продуктів з високим вмістом вітамінів групи В, вітамінів С, Е, фолієвої кислоти;
- вітамінотерапія: полівітаміни по 1 драже двічі на день, фолієва кислота по 1–2 таблетки на день упродовж 2–3 місяців до зачаття та перших 12 тижнів вагітності.

Застосування методу преконцепції дозволяє значно знизити ризик повторного народження дітей з вродженими вадами розвитку, сприяє зниженню перинатальної смертності.

ПАТОЛОГІЯ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК

Патологія ворсистої оболонки

Міхуровий занесок — одна з форм трофобластної хвороби (патологія плодового яйця), що характеризується своєрідою зміною хоріона. Вона проявляється різким збільшенням розмірів ворсинок й утворенням за їх ходом міхуровоподібних розширень, наповнених світлою рідиною, які нагадують грона винограду. Міхуровий занесок буває повним і частковим: у першому випадку перероджуються всі ворсинки, у другому — їх частина. При повному міхуровому занеску плід гине завжди.

Трапляється також деструктивний міхуровий занесок, за якого міхурці проростають крізь децидуальну оболонку і занурюються на різну глибину в міометрій (у рідкісних випадках аж до серозної оболонки, тобто крізь всю стінку матки), руйнуючи м'язові елементи й судини, що нагадує ріст пухлини.

Етіологія і патогенез трофобластної хвороби (у тому числі й міхурового занеска) не вивчені.

Клініка. Міхуровий занесок характеризується такими основними ознаками, кожна з яких спостерігається не завжди:

1) невідповідність величини матки та терміну вагітності (розміри матки перевищують нормальні для даного терміну);

2) щільноеластична консистенція матки;

3) неодноразові малі (рідше значні) кров'янисті виділення, іноді з пухирцями занеска (абсолютна ознака);

4) частий розвиток раннього гестозу (в рідкісних випадках, якщо термін вагітності великий, трапляється пізній гестоз);

5) відсутність достовірних ознак вагітності (плід не визначається за допомогою ультразвукового та рентгенологічного дослідження, пальпації; серцебиття плода не вислуховується і не реєструється при апаратному дослідженні;

6) ультразвукова картина «снігової бурі» в матці;

7) різке підвищенням рівня гормонів у сечі;

8) розвиток двобічних текалютеїнових кіст (у 30–40% хворих).

Невидалений міхуровий занесок на 5–6-му місяці часто народжується самостійно. При деструктивному міхуровому занеску може виникнути небезпечна для життя кровотеча.

Небезпека міхурового занеска полягає в тому, що після нього може розвинутися злоякісна пухлина — хоріонепітеліома (найтяжча форма трофобластної хвороби). Вона швидко росте і дає масивне метастазування (насамперед в легені).

Лікування. Після встановлення діагнозу видаляють міхуровий занесок із матки. Для цього використовують вакуум-аспірацію, пальцеве видалення занеска (якщо шийка пропускає 1–2 пальці), з наступним вишкрібанням великою акушерською кюреткою (велика небезпека перфорації матки). При великих розмірах матки вдаються до збудження скорочень матки за допомогою окситоцину або простагландинів. За наявності кровотечі, що загрожує життю, показане хірургічне лікування, яке полягає у видаленні матки. Всі видалені тканини обов'язково відправляють на гістологічне дослідження.

Після одержання результату гістологічного дослідження жінку направляють в онкологічний диспансер, де вирішують питання про необхідність хіміотерапії (метотрексат). Така хвора потребує ретельного медичного нагляду протягом 1,5–2 років у зв'язку з можливістю розвитку хоріонепітеліоми. У перший рік жінку оглядають щомісяця з визначеням хоріонічного гонадотропіну, у другий — через кожні 3 міс. У тому разі, коли реакція на хоріонічний гонадотропін виявилася позитивною, хвору госпіталізують для уточнення діагнозу й лікування. Вагітність протипоказана протягом 2 років.

Хоріонепітеліома — злоякісна пухлина, яка розвивається з епітеліальних елементів хоріона. Виникає переважно після міхурового занеска, але буває і після пологів або аборту. Клінічними проявами є поява кров'янистих виділень, підвищення температури тіла, схуднення. Прогресування пухлини дуже швидке, вона швидко росте та метастазує. Іноді з'являються біль у грудях, кашель, кровохаркання. Ці ознаки свідчать про метастазування пухлини в легені. Метастази можуть утворюватись у стінках піхви у вигляді вузлів синюшного кольору. Яєчники перетворюються на лютеїнові кісти.

Для підтвердження діагнозу слід зробити вишкрібання порожнини матки з наступним гістологічним дослідженням. Лікування оперативне — видалення матки з придатками та курс хіміотерапії.

Патологія водної оболонки

Багатоводдя. Багатоводдям вважають кількість навколоплодових вод, більшу за 1,5 л. Часто багатоводдя з'являється у вагітних, що перенесли гострі інфекційні захворювання чи мають джерела хронічної інфекції в організмі — пієлонефрит, респіраторні захворювання, специфічні інфекції (сифіліс, хламіодіоз, мікоплазмоз). При даній патології у багатьох випадках діагностують вади розвитку плода.

Розрізняють *гостре* та *хронічне* багатоводдя. При гострому багатоводді за короткий проміжок часу виникає значне збільшення кількості навколоплодових вод, різко збільшується об'єм матки, тому вагітна скаржиться на

неприємні відчуття у животі та попереку, задишку, серцебиття, зумовлені високим стоянням діафрагми. При хронічному багатоводді накопичення рідини відбувається поступово, вагітна встигає адаптуватися, тому симптоматика не так різко виражена.

Діагностика ґрунтується на оцінці суб'єктивних відчуттів, визначенні висоти стояння дна матки та обводу живота в динаміці, даних сонографічного дослідження. При зовнішньому акушерському обстеженні виявляють, що матка більша, ніж має бути при даному терміні вагітності, напружена, при пальпації визначається флуктуація. Положення плода нестійке, серцебиття прослухати важко. При вагінальному дослідженні — шийка матки вкорочена, внутрішнє вічко пропускає палець або більше (внаслідок механічного розтягнення), визначається напружений плодовий міхур.

Діагноз потребує уточнення шляхом ультразвукового дослідження, при якому визначають масу плода, кількість навколоплодових вод, виявляють вади розвитку плода.

При багатоводді часто трапляється передчасне переривання вагітності, зумовлене розривом плодових оболонок унаслідок їх дегенеративних змін на ґрунті високого внутрішньоматкового тиску. Вилиття навколоплодових вод за нестійкого положення плода може супроводжуватись випаданням пуповини, дрібних частин плода, що дуже ускладнює прогноз пологів.

Ведення вагітності і пологів. Вагітні з багатоводдям повинні бути госпіталізовані у відділення патології вагітних для уточнення причин захворювання та проведення відповідного лікування. Якщо в процесі обстеження були виявлені вади розвитку плода, несумісні з життям, жінку готують до переривання вагітності через природні пологові шляхи. При виявленні інфекції проводять антибактеріальну терапію, враховуючи чутливість збудника до обраного антибіотика. З огляду на можливий тератогенний ефект багатьох антибіотиків для лікування вагітних використовують переважно препарати групи напівсинтетичних пеніцилінів та цефалоспорини.

У деяких випадках для зменшення кількості навколоплодових вод вдаються до амніоцентезу з евакуацією зайвої рідини.

Пологи при багатоводді проходять зі значними відхиленнями від нормального перебігу. Надмірна кількість вод призводить до перерозтягнення матки і зниження скоротливої здатності міометрія, тому в першому та другому періодах пологів буває слабкість пологової діяльності, а в третьому — кровотеча. У першому періоді пологів показана амніотомія. Якщо впродовж 2 годин після неї не розвинеться пологова діяльність, слід розпочати введення утеротонічної суміші. З метою профілактики кровотечі в третьому періоді пологів в кінці другого періоду необхідно у вену ввести метилергометрин або окситоцин.

Маловоддя. Якщо кількість навколоплодових вод не перевищує 500 мл, такий стан вважають маловоддям. Захворювання трапляється рідко, проте серйозно впливає на стан плода. Часто маловоддя поєднується з гіпотрофією плода. Враховуючи участь плода в утворенні навколоплодових вод, не позбавлена сенсу гіпотеза про те, що функція нирок гіпотрофічного плода недостатня, тому знижений діурез, а звідси й кількість амніотичної рідини.

Зменшений об'єм вод не дозволяє їм повною мірою виконувати свої функції, тому ріст та розвиток плода порушується, обмежені його рухи, це призводить до викривлення хребта й кінцівок плода, появи зрощень між амніоном та шкірою плода, амніотичних тяжів. Під час пологів плодовий міхур не формується, оболонки, натягнуті на голівці плода, не виконують функції гідравлічного клина і перешкоджають просуванню передлеглої частини. Акушерська допомога починається з амніотомії. При недостатній силі перейм призначають стимулювальну терапію.

Аномалії пуповини

Середня довжина пуповини становить 40–60 см, проте пуповина може бути занадто короткою. Вкорочення пуповини буває ***абсолютним*** (менше 40 см) і ***відносним. Відносно короткою*** вважають пуповину нормальної довжини, яка внаслідок обвиття навколо тулуба, кінцівок чи шийки плода стала коротшою від норми. При різкому вкороченні пуповини у другому періоді пологів під час проходження плода пологовими шляхами пуповина дуже натягується, що може стати причиною сповільнення просування дитини, відшарування плаценти, гіпоксії та загибелі плода.

Надмірно довгою вважають пуповину завдовжки понад 60 см. Довга пуповина може обвиватися навколо тулуба і кінцівок плода, велика її довжина сприяє випаданню пуповини під час вилиття навколоплодових вод.

Несправжні вузли — це потовщення певної ділянки пуповини. Вони зумовлені надмірним скупченням вартонових драглів та розширенням вени пуповини у цій ділянці. Несправжні вузли не порушують кровообігу в пуповині й не впливають на стан плода та перебіг пологів.

Справжні вузли пуповини утворюються в ранні терміни вагітності, коли ще невеликий за розмірами плід прослизає у петлю пуповини. Якщо вузол не затягується, плід народжується живим. У випадку коли під час просування пологовими шляхами вузол затягується міцно, кровообіг плода припиняється і плід гине.

ІЗОАНТИГЕННА НЕСУМІСНІСТЬ КРОВІ МАТЕРІ Й ПЛОДА

Гемолітична хвороба плода та новонародженого — це захворювання, яке розвивається в результаті імунологічної несумісності крові матері й плода за резус-фактором, системою АВ0, системами Келл, Даффі, Лютеран які трапляються рідше.

У структурі перинатальної смертності гемолітична хвороба складає 3–4 %.

Резус-фактор за своєю природою є протеїном і знаходиться, в основному, в еритроцитах, у меншій мірі у тромбоцитах, лейкоцитах.

Є три основні види резус-фактора: антиген Д/Rh0 (85 % людей), C/Rh′ (70%), E/Rh″ (30% людей). При наявності одного із них людина вважається резус-позитивною. Найчастіше гемолітична хвороба розвивається при імунологічній несумісності між кров'ю матері та плода за фактором Д/Rh0.

У резус-негативних людей є три різновиди антигену: фактор Habermann — Hr, d, c, e.

Патогенез. Попадання резус-позитивного антигену в кров людини з резус-негативної кров'ю призводить до її імунізації, що проявляється виробленням антирезус-антитіл. Імунізація жінок з резус-негативною кров'ю відбувається при вагітності плодом з резус-позитивною кров'ю або в результаті переливання їй резус-позитивної крові. Після першої вагітності імунізується 10% жінок. При повторних вагітностях плодом з резус-позитивною кров'ю може розвинутись гемолітична хвороба. Цьому сприяють порушення цілості ворсин хоріона, ручне обстеження порожнини матки, кесарів розтин, гестози вагітності, екстрагенітальна патологія, загроза переривання вагітності, аборти після 5–6 тижнів вагітності, позаматкова вагітність.

Імуноконфлікт за системою АВ0 розвивається тоді, коли є несумісність поєднання груп крові матері і плода при наявності у матері імунних антитіл до еритроцитів тієї групи, яку має плід і проявляється частіше при наявності у матері 0(I) групи крові, а у плода А(II) рідше В(III) групи. Присутність АВ0 гемолізинів свідчить про сенсибілізацію навіть при низькому титрі аглютинінів. Антитіла можуть утворюватись в організмі жінки до вагітності, як відповідь на введення вакцин та лікувальних сироваток, а також на проведену гемотерапію. Ці препарати мають антигенний фактор А та В.

Імунні антитіла (антирезус або групові) проникають із кровотоку вагітної до плода, відбувається реакція з еритроцитами (атиген-антитіло). Це призводить до гемолізу еритроцитів та утворення непрямого білірубіну, який є токсичним. Розвивається гемолітична хвороба плода. В результаті руйнування еритроцитів та утворення непрямого білірубіну виникають анемія та

жовтяниця, які є основними симптомами гемолітичної хвороби. Непрямий білірубін є жиророзчинною речовиною і має здатність накопичуватись у ядрах клітин головного мозку, багатого на ліпіди. З'являються симптоми білірубінової енцефалопатії — ядерна жовтяниця. Анемія та інтоксикація призводять до серцевої недостатності, гіпопротеїнемії, порушення функції печінки, підвищення проникності стінок судин, до анасарки.

Антенатальна діагностика гемолітичної хвороби. Діагностика гемолітичної хвороби плода базується на вивченні анамнезу, визначенні антирезусних або групових антитіл, даних ультразвукового обстеження, серцевої діяльності плода, характеру навколоплодових вод.

Прогностично несприятливим для плода є: наявність в анамнезі жінки з резус-негативною кров'ю мимовільного переривання вагітності, антенатальної смерті плода або народження дитини з явищами гемолітичної хвороби. Кількість антитіл виявляють шляхом визначення їх титру, який може бути 1:2; 1:4; 1:8; 1:16 і т. д. Під час вагітності титр може наростати або підвищення його можуть періодично чергуватись зі спадами, що є несприятливою прогностичною ознакою. Несприятливою ознакою є також різке зниження титру антитіл. Ультразвукове дослідження доцільно проводити до 30 тижнів — 1 раз на місяць, після 30 тижнів — 2 рази на місяць, при появі ознак ураження плода — кожний день до розродження. При гемолітичній хворобі виявляють потовщену плаценту, збільшену печінку, «подвійні» контури голівки та тулуба плода.

Ведення вагітності. При першому зверненні до лікаря жіночої консультації усім вагітним з невідомим резус-фактором необхідно його визначити. У випадку наявності резус-негативної крові проводять дослідження на наявність антитіл та їх титр. У жінок, які вагітні вперше, резус-антитіла визначають один раз кожні чотири тижні. При повторних вагітностях з явищами сенсибілізації титр визначають кожні два тижні.

У 34–36 тижнів вагітності необхідна госпіталізація у пологовий будинок для вирішення питання про необхідність завчасних пологів, які доцільно проводити на 37-му тижні вагітності. Якщо погіршується стан плода, розродження можна проводити у 35–36 тижнів.

Показання до дострокового розродження при Rh-конфлікті:

- титр антирезусних антитіл дорівнює чи перевищує 1:64 (критичний рівень);
- наростання титру при повторному аналізі у 4 рази;
- концентрація білірубіну в амніотичній рідині 4,7–9,5 мг/л;
- виявлення на УЗД ознак гемолітичної хвороби у плода;
- мертвонародження та народження дітей із гемолітичною хворобою в анамнезі.

Відразу після народження дитини пуповину перетискають та відтинають з метою уникнення попадання антирезусних антитіл у кровотік немовляти, плацентарний кінець пуповини не перетискають (для зниження ризику та об'єму фетоматеринської трансфузії). При кесаревому розтині плаценту рукою не відокремлюють.

Гемолітична хвороба новонароджених. Розрізняють 3 форми захворювання — *анемічну, жовтяничну, набрякову.* Основні методи ***лікування*** гемолітичної хвороби новонародженого — замінне переливання крові, фототерапія, терапія фенобарбіталом.

Профілактика Rh-імунізації: Обов'язковим є збереження першої вагітності. *Профілактику під час вагітності* при відсутності імунізації вагітної проводять шляхом в/м введення 1 дози (300 мкг) анти-Rho (Д) імуноглобуліну, який дозволено використовувати під час вагітності:

- у термін вагітності 28–32 тижнів;
- у разі появи симптомів загрози переривання вагітності до 28 тижнів;
- після амніоцентезу чи біопсії хоріона;
- після видалення міхурового занеска;
- після позаматкової вагітності;
- після переривання вагітності (не пізніше 48 годин після аборту);
- після випадкової трансфузії Rh-позитивної крові Rh-негативній жінці;
- після переливання тромбоцитарної маси;
- у клінічних ситуаціях, які супроводжуються попаданням клітин плода в кровотік матері:
- при відшаруванні плаценти чи матковій кровотечі (нез'ясованої етіології);
- при травмі матері (наприклад, автомобільна катастрофа);
- в обмінній карті та у виписці з історії хвороби акушерка повинна зафіксувати факт введення антирезус-імуноглобуліну.

У терміні вагітності до 13 тижнів доза анти-Rh (Д) імуноглобуліну складає 75 мкг, при терміні вагітності більше 13 тижнів — 300 мкг.

Профілактика після пологів при народженні Rh-позитивної дитини. Впродовж перших 72 годин в/м вводять 1 дозу (300 мкг) анти-Rh (Д) імуноглобуліну.

Протипоказання до введення анти-Rh (Д) імуноглобуліну. Відомі анафілактичні чи тяжкі системні реакції на глобулін людини. У таких випадках профілактику гемолітичної хвороби за системою АВ0 під час вагітності не проводять. Неспецифічну медикаментозну профілактику та лікування Rh-конфліктної вагітної не проводять.

ТАЗОВЕ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

Тазове передлежання плода — це положення плода, яке характеризується розташуванням тазового кінця плода відносно площини входу до малого таза. Частота тазового передлежання у разі доношеної вагітності одним плодом складає 3–3,5% від загальної кількості пологів, проте у 8 разів частіше ускладнює перебіг пологів. Перинатальна смертність у 4–5 разів переважає втрату дітей у пологах при головному передлежанні. Тому пологи при тазовому передлежанні згідно з клінічним протоколом Наказу МОЗ України №899 від 27.12.2006 розглядають як пограничні між нормальними й патологічними.

Класифікація тазових передлежань *(рис. 10.1):*

I. Сідничне передлежання (згинальне):

- неповне або чисто сідничне (передлежать сіднички плода);
- повне або змішане сідничне (передлежать сіднички разом із стопами плода).

II. Ніжне передлежання (розгинальне):

- неповне (передлежить одна ніжка плода);
- повне (передлежать обидві ніжки плода);
- колінне передлежання.

Причини, які призводять до тазових передлежань:

- підвищена чи, навпаки, обмежена рухова активність плода (при багатоводді, маловодді, недоношеній чи багатоплідній вагітності, вроджених аномаліях плода (аненцефалія, гідроцефалія), аномаліях розвитку матки (сідлоподібна, дворога матка, наявність перегородки в матці);
- наявність перешкод до вставлення голівки у вхід в малий таз (вузький таз, передлежання плаценти, пухлина нижнього сегмента матки та яєчників);
- зниження тонусу матки і збудливості її рецепторного апарату.

Діагностика тазових передлежань. Для діагностики тазових передлежань використовують *зовнішнє акушерське дослідження.* Над входом або у вході в порожнину малого таза пальпується неправильної форми передлегла частина м'якуватої консистенції, яка не балотує. У дні матки визначається округлої форми щільної консистенції балотуюча голівка. Серцебиття плода прослуховується вище або на рівні пупка, залежно від позиції — праворуч або ліворуч.

При повному відкритті маткового вічка, відходженні вод *внутрішнє акушерське дослідження* дозволяє отримати чіткі дані про характер передлеглої частини. При *сідничному передлежанні* пальпують об'ємну м'яку частину плода, сідничні горби, крижі, щілину між сідницями, задньопрохідний отвір, статеві органи (у хлопчиків). При *неповному сідничному перед-*

Рис. 10.1. Сідничне передлежання:
а) неповне або чисто сідничне;
б) повне або змішане сідничне;
в) повне ніжне; г) неповне ніжне

лежанні можливо визначити паховий згин; при *повному* — знаходять стопу, що лежить поряд із сідницями, сідничні горби та анус плода розташовані в одній площині. *Ніжне передлежання* діагностується легко — знаходять п'яткову кістку, рівні, короткі пальці, великий палець не відступає і малорухомий, великий палець ніжки неможливо притиснути до підошви. Розміщення крижів сприяє визначенню позиції та виду.

Для діагностики тазових передлежань використовують *ультразвукове дослідження*. Цей метод дозволяє визначити положення плода, його передлеглу частину, місце розташування плаценти, кількість навколоплодових вод та стан внутрішньоутробного плода. УЗД — найінформативніший метод діагностики, дозволяє визначити не лише тазове передлежання, але й очікувану масу, положення голівки (ступінь розгинання), локалізацію плаценти,

кількість навколоплодових вод, обвиття пуповиною, наявність аномалії розвитку плода тощо.

За величиною кута між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода розрізняють 4 варіанти положення голівки, що важливо для визначення методу ведення пологів у разі тазового передлежання:

- голівка зігнута, кут більше 110°;
- голівка слабо розігнута, «поза військового» — I ступінь розгинання голівки, кут 100–110°;
- голівка помірно розігнута — II ступінь розгинання, кут — 90°–100°;
- надмірне розгинання голівки, «плід дивиться на зірки» — III ступінь розгинання голівки, кут менший за 90°.

Попередній діагноз тазового передлежання встановлюють у терміні вагітності 30 тижнів, а остаточний — у 37–38 тижнів. Починаючи з 32 тижня вагітності частота самовільного повороту різко зменшується, тому корекцію положення плода доцільно проводити саме після цього терміну вагітності.

Розміри плечиків і сідниць плода. Поперечний розмір плечиків 12 см, обвід 35 см. Окружність плечиків разом з ніжками і ручками (при чистому сідничному передлежанні) — 39–41 см. Поперечний розмір сідниць — 9,5 см, окружність — 28 см (при повному ніжному передлежанні). При чистому сідничному передлежанні окружність сідниць — 32 см. Окружність сідниць при змішаному сідничному передлежанні — 34 см.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ПРИ ТАЗОВИХ ПЕРЕДЛЕЖАННЯХ

Вагітність при тазових передлежаннях перебігає так само, як при головних. В терміні 30 тижнів з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати: положення на боці, протилежному позиції плода, колінно-ліктьове положення по 15 хв. 2–3 рази на добу.

З 32 до 37 тижнів призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ, *протипоказаннями для проведення яких є*: загроза передчасних пологів, передлежання плаценти, низьке прикріплення плаценти, анатомічно вузький таз II–III ступенів.

У терміні 38 тижнів вагітності визначають необхідність госпіталізації до акушерського стаціонару III рівня за наступними показаннями:

- наявність обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу;
- ускладнений перебіг даної вагітності;
- екстрагенітальна патологія;
- можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

В акушерському стаціонарі консиліумом за участю анестезіолога і неонатолога розробляють план ведення пологів та узгоджують його з роділлею.

У разі доношеної вагітності у стаціонарі III рівня до початку пологів можливе проведення зовнішнього повороту плода на голівку за поінформованої згоди вагітної *(рис. 10.2)*. Зовнішній поворот плода на голівку у разі доношеної вагітності приводить до фізіологічних пологів у головному передлежанні.

Показанням є неповне сідничне передлежання при доношеній вагітності та живому плоді.

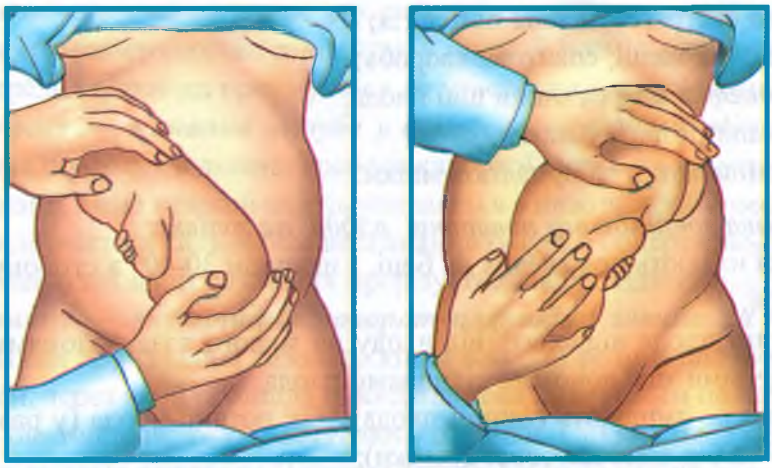


Рис. 10.2. Зовнішній профілактичний попорот плода на голівку за методом Архангельського

Умови:

- передбачувана маса плода < 3700,0 г;
- нормальні розміри малого таза;
- спорожнений сечовий міхур вагітної;
- можливість проведення УЗД передлежання і стану плода до- та після проведення повороту;
- задовільний стан плода за БПП та відсутність аномалій розвитку;
- нормальна рухливість плода, достатня кількість навколоплодових вод;
- нормальний тонус матки, цілий плодовий міхур;
- готовність операційної для надання екстреної допомоги у разі виникнення ускладнень;
- наявність досвідченого кваліфікованого фахівця, який володіє технікою повороту.

Протипоказання:

- ускладнення перебігу вагітності на момент прийняття рішення про зовнішній поворот (кровотеча, дистрес плода, прееклампсія);
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (звичне невиношування, перинатальні втрати, безпліддя в анамнезі);
- багато- або маловоддя;
- багатоплідна вагітність;
- анатомічно вузький таз;
- наявність рубцевих змін піхви чи шийки матки;
- III ступінь розгинання голівки за даними УЗД;
- передлежання плаценти;
- тяжка екстрагенітальна патологія;
- рубець на матці, спайкова хвороба;
- гідроцефалія та пухлини шиї плода;
- аномалії розвитку матки;
- пухлини матки та придатків матки.

Техніка зовнішнього повороту плода на голівку:

- жінці надають положення на боці, з нахилом 30-40° в сторону спинки плода;
- сідниці плода відводять від входу до малого таза долонями лікаря, введеними між лоном та сідницями плода;
- обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода (у разі I позиції — в бік лівої клубової ділянки);
- зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції (у разі I позиції — в бік правої клубової ділянки);
- закінчують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу в малий таз, а сідниць — до дна матки.

Якщо перша спроба повороту була невдалою, проведення другої є недоцільною.

Ускладнення:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- дистрес плода;
- розрив матки.

У разі обережного та кваліфікованого виконання зовнішнього повороту плода на голівку частота ускладнень не перевищує 1%.

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ ТАЗОВИХ ПЕРЕДЛЕЖАННЯХ

Пологи при тазових передлежаннях проходять у три етапи: 1 етап — народження тазового кінця, 2 етап — народження плечового пояса, 3 етап — народження голівки. Розрізняють такі моменти біомеханізму за Н. Ф. Жорданія *(рис. 10.3):*

1 момент — ***внутрішній поворот сідничок.*** Сідниці своїм поперечним розміром (міжвертлюговою лінією, linea intertrochanterica) вставляються в один із косих розмірів площини входу в таз, однойменний позиції. Першою йде передня сідничка, на ній знаходиться провідна точка. Тазовий кінець поступово опускається на тазове дно, де й відбувається поворот, після завершення якого міжвертлюгова лінія стає у прямий розмір площини виходу з таза. Передня сідничка прорізується до утворення точки фіксації.

2 момент — ***згинання тулуба у попереково-грудному відділі.*** Після завершення повороту в ділянці гребеня клубової кістки плода утворюється точка фіксації, якою тазовий кінець упирається в нижній край симфізу. Навколо неї відбувається сильне бокове згинання тулуба в попереково-грудному відділі. Внаслідок цього згинання прорізується задня сідничка.

3 момент — ***внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот тулуба.*** Після народження тазового кінця в косий розмір площини входу в таз (у той, через який пройшла міжвертлюгова лінія) своїм поперечником (diameter biacromialis, 12 см) вступають плечики. Спинка плода в цей час повертається дещо допереду. Плечики опускаються на тазове дно, де здійснюється поворот, унаслідок якого diameter biacromialis стає у прямий розмір площини виходу із таза.

Рис. 10.3. Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні:
а) — завершення внутрішнього повороту сідничок, сіднички у прямому розмірі виходу з таза; згинання тулуба у попереково-грудному відділі;
б) — згинання тулуба у шийно-грудному відділі;
в) — народження голівки

4 момент — ***бокове згинання тулуба у шийно-грудному відділі хребта.*** Після завершення повороту плечиків народжується верхня третина переднього плечика, на межі верхньої та середньої третин його утворюється точка фіксації. Після цього відбувається згинання хребта у шийно-грудному відділі, за рахунок чого народжується заднє плечико.

5 момент — ***внутрішній поворот голівки.*** Голівка вступає стрілоподібним швом у площину входу в таз у косий розмір, протилежний тому, через який пройшли сіднички. При переході із широкої частини порожнини малого таза у вузьку розпочинається внутрішній поворот, що завершується в площині виходу із таза. Стрілоподібний шов стає відповідно до прямого розміру, мале тім'ячко повертається допереду.

6 момент — ***згинання голівки.*** Після утворення точки фіксації в ділянці підпотиличної ямки відбувається згинання голівки, в результаті якого вона прорізується малим косим розміром. Над промежиною з'являються підборіддя, обличчя, лоб, тім'я, потилиця.

Якщо пологи ведуть через природні пологові шляхи, то в II періоді допомогу надає лікар. Вид допомоги визначають за передлежанням. У другому періоді пологів призначають спазмолітики (атропін 0,1 % — 0,1, папаверину гідрохлорид 2% — 2,0, но-шпа — 2,0 та ін.) з метою попередження спазму шийки матки. Особливої уваги заслуговує період вигнання, неправильне ведення якого може призвести до важких пологових травм чи навіть смерті плода.

ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ПРИ ТАЗОВИХ ПЕРЕДЛЕЖАННЯХ

Перебіг пологів при тазових передлежаннях характеризується великою кількістю ускладнень. У першому періоді пологів можливе передчасне і раннє відходження навколоплодових вод. Це ускладнення собливо часто зустрічається при ніжних передлежаннях. Тазовий кінець менший за голівку, тому він в тазі не прилягає щільно до пологового каналу, лінія стикання відсутня, передні і задні води не розділені. При кожній переймі навколоплодові води спрямовуються в нижній відділ матки, оболонки не витримують великого напруження і розриваються передчасно. При відходженні навколоплодових вод може відбутись випадання пуповини. При цьому часто зустрічається слабкість пологової діяльності, особливо при ранньому і передчасному відходженні навколоплодових вод.

В другому періоді пологів також можуть виникати ускладнення: слабкість пологової діяльності, гіпоксія плода і асфіксія новонародженого,

закидання ручок, розгинання і защемлення голівки, утворення заднього виду *(рис. 10.4)*. Враховуючи це необхідно упевнитися, що є всі необхідні умови для безпечного проведення пологів через природні пологові шляхи і відсутні показання до кесаревого розтину. Необхідно слідкувати за перебігом I періоду пологів шляхом ведення партограми (без заповнення таблиці 2 на партограмі), реєстрації КТГ протягом 15 хвилин кожні 2 години.

Рис. 10.4. Закидання ручки

У разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадання пуповини. Другий період пологів слід вести з мобілізованою веною для внутрішньовенного введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину NaCl (до 20 крапель за хвилину). За показаннями проводять епізіотомію, пудентальну анестезію. Другий період пологів ведуть у присутності анестезіолога, неонатолога. Пологи у сідничному передлежанні має проводити досвідчений кваліфікований фахівець.

Ручна допомога при чисто сідничному передлежанні за методом Цов'янова

Мета допомоги: шляхом збереження правильного членорозміщення плода підготувати пологові шляхи до проходження голівки, запобігти закиданню ручок і розгинанню голівки *(рис. 10.5)*.

При нормальному членорозміщенні плода ніжки витягнуті вздовж тулуба і притискають схрещені на грудях ручки, стопа витягнутої ніжки досягає рівня обличчя і підтримує згинання підборіддя до грудної клітки.

Допомогу надають після прорізування сідниць. Їх захоплюють таким чином, щоб великі пальці розміщувались на притиснутих до живота ніжках, а решта пальців обох рук — уздовж крижів. При цьому важливо, щоб великі пальці лікаря торкались до задньої спайки. Сідниці спрямовують догори. При поступовому народженні тулуба руки лікар просуває у напрямку до ста-

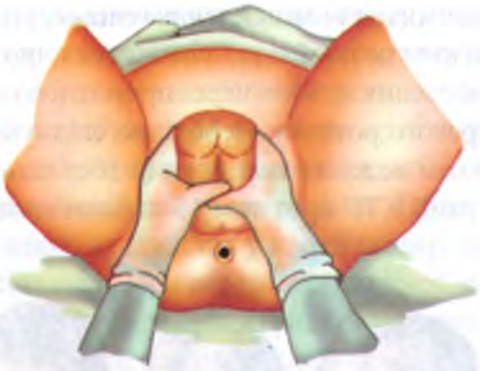


Рис. 10.5. Допомога за методом Цов'янова

тевої щілини, обережно притискуючи ніжки до грудей, щоб вони не народились раніше за плечовий пояс.

Після народження нижнього кута передньої лопатки сідниці спрямовують униз у бік стегна роділлі (до якого повернута спинка плода), що полегшує народження передньої ручки. Для народження задньої ручки і голівки тулуб плода спрямовують догори, на живіт роділлі. Після завершення внутрішнього повороту голівка народжується самостійно, при цьому лікар піднімає тулуб плода вгору, до живота роділлі. Якщо за 2 потуги вивести плечовий пояс і голівку за методом Цов'янова не вдається, то плечовий пояс та голівку виводять, використовуючи прийоми класичної ручної допомоги.

Ведення пологів при неповному та повному сідничному передлежанні згідно з клінічним протоколом Наказу МОЗ України №899.

Народження сідниць та ніжок:

- під час врізування сідниць пропонують жінці тужитись;
- якщо промежина погано розтягується, проводять епізіотомію;
- дозволяють сідницям народжуватись самостійно до пупка, підтримуючи ніжки витягнутими вдовж тулуба і приведеними до живота, відповідно до біомеханізму пологів;
- великі пальці рук лікаря знаходяться на задній поверхні стегон, а чотири пальці на попереково-крижовій ділянці плода;
- обережно підтримують сідниці, але не тягнуть їх.

Передчасно не тягнуть плід за паховий згин та сіднички, якщо для цього немає показань (дистрес плода). Підтримують плід за стегна, не тримають за боки та живіт, оскільки можна пошкодити нирки або печінку плода.

Народження ручок:

- плід, що народився до пупка захоплюють великими пальцями в ділянці сідниць та крижів, чотири пальці розташовують у ділянці стегон спереду;

- тулуб відхиляється донизу (дозаду) поки не з'являється нижній кут лопаток. Плечики плода у цей час розташовані в прямому чи злегка косому розмірі виходу таза;
- під час тракції донизу (дозаду) із-під симфізу народжується передня ручка;
- після самостійного народження передньої ручки, піднімають сідниці до живота матері, щоб дати можливість задній ручці народитись самостійно;
- коли ручки плода не народжуються самостійно, цей стан розцінюють як закидання ручок і негайно переходять до надання класичної ручної допомоги для виведення плечового поясу плода.

Ручна допомога при змішаному сідничному передлежанні

При змішаному сідничному передлежанні можна спробувати вивести плечовий пояс *прийомом Мюллера.* Плід беруть за ніжки і відтягують тулуб униз для народження передньої ручки, а потім догори, поки не народиться задня ручка. Голівку виводять за методом *Морісо-Левре-Ляшапель (рис. 10.6 в).* Слід пам'ятати, що цей прийом може бути використаний лише в жінок, які народжують повторно і за активних потуг. Якщо за 1–2 потуги ручки не народжуються, вдаються до класичної ручної допомоги.

Класична ручна допомога для виведення ручок плода

Мета допомоги: звільнення ручок і голівки плода, який народжується в змішаному сідничному передлежанні.

Допомогу починають надавати після народження плода до нижнього кута передньої лопатки. При змішаному (повному) сідничному передлежанні акушер підтримує тулуб плода (тракції не робити) і чекає народження нижнього кута передньої лопатки. Із цього моменту надають *класичну ручну допомогу*, яка полягає у звільненні ручок і голівки. Звільнення завжди розпочинається з виведення задньої ручки плода рукою акушера. Всі маніпуляції при класичній ручній допомозі поділяють на 4 моменти:

1-й момент — ***звільнення задньої ручки*** *(рис. 10.6 а).* Для виконання цього прийому захоплюють ніжки плода в ділянці гомілковостопного суглоба і відводять до відповідного стегна матері (протилежного тому, біля якого розміщена спинка) і дещо допереду. Вказівним і середнім пальцем другої руки просувають по лопатці, плечику до ліктьового згину і без зу-

силля виводять ручку. Слід пам'ятати, що ручка повинна ковзати по личку, грудній клітці, роблячи «вмивальний» рух. У жодному разі не можна спрямовувати ручку в бік промежини, тому що це призводить до переломів плеча.

2-й момент — ***переведення передньої ручки у ділянку крижової западини*** *(рис. 10.6 б)*. Плід захоплюють таким чином, щоб великі пальці розмістились уздовж хребта, а інші — на грудній клітці. Потрібно стежити, щоб звільнена ручка не звисала. Плід повертають навколо його осі таким чином, щоб потилиця пройшла під симфізом. Повертаючи плід, не можна його відтягувати донизу. Навпаки, необхідно ніби «підштовхувати» його в глибину таза. Так легше повертати плід і запобігти закиданню ручок.

Коли передня ручка буде знаходитись біля крижів, розпочинають **3-й момент** — ***звільнення другої ручки.*** Його проводять так само, як і звільнення першої.

4-й момент — ***звільнення голівки*** *(рис. 10.6 в)*. Здійснюють тією рукою, яка останньою виводила ручку. Плід розміщують «верхи» на передпліччі, вказівний палець уводять у рот плода. Зовнішню руку вилкоподібно розміщують на плечовому поясі плода. Здійснюють тракції донизу і на себе, а потім догори. Для запобігання розгинанню голівки асистент через черевну стінку здійснює легкий тиск на голівку плода. Під час надання допомоги лікарем акушерка захищає промежину.

Рис. 10.6. Класична ручна допомога:
а) — звільнення задньої ручки;
б) — переведення передньої ручки в ділянку крижової западини;
в) — звільнення голівки прийомом Морісо-Левре-Ляшапель

Народження голівки

Народження голівки проводять згідно з клінічним протоколом наказу МОЗ України. У разі неускладненого перебігу пологів, відсутності закидання ручок голівка плода народжується у стані згинання:

- підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя;
- асистент допомагає народженню голівки плода шляхом помірного тиску над лоном, що попереджує розгинання голівки;
- опускають тулуб плода нижче рівня промежини для формування точки фіксації підпотиличної ямки з нижнім краєм лонного зчленування;
- піднімають тулуб плода вище рівня промежини;
- голівка плода народжується у стані згинання самостійно, навколо сформованої точки фіксації.

Якщо в пологах надавалась класична ручна допомога для виведення плечового поясу та ручок плода, народженню голівки допомагають прийомом Морісо-Левре-Ляшапель:

- підведіть руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя;
- покладіть вказівний та безіменний палець цієї руки на виличні кістки плода, а середній палець введіть в рот плода для відведення щелепи вниз і згинання голівки;
- використовуйте іншу руку для захоплення плечиків плода з боку спинки;
- вказівним і середнім пальцями верхньої руки обережно зігніть голівку плода у напрямку до груднини, доки прикладений знизу тиск на щелепу не приведе до появи межі волосистої лінії голівки плода;
- зробіть тракцію на себе;
- асистент натискує долонною поверхнею руки над лонним зчленуванням роділлі, фіксуючи голівку плода у положенні згинання;
- обережно зробіть тракцію догори (вперед) для народження голівки плода у зігнутому положенні.

Ніжне передлежання. У випадку ніжного передлежання розродження проводять шляхом кесаревого розтину. Проводять пологи через природні пологові шляхи у разі ніжного передлежання лише у наступних випадках:

- у II періоді пологів — надають ручну допомогу за методом Цов'янова II з метою повного розкриття шийки матки і опускання сідниць плода;
- народження другого плода у разі багатоплідної вагітності;

У разі дистресу плода у II періоді пологів (сіднички плода на тазовому дні або врізуються) розродження проводять шляхом операції екстракції плода за паховий згин.

Ручна допомога при ніжному передлежанні за методом Цов'янова

Мета допомоги: підготувати пологові шляхи для проходження голівки. Цього досягають шляхом затримки народження ніжок до повного розкриття маткового вічка.

У міру згладжування шийки матки сіднички плода опускаються у вагіну і разом з ніжками утворюють змішане сідничне передлежання. Шийка матки розкривається повністю, разом з вагіною створює єдину пологову трубку. На повне розкриття маткового вічка вказують сильне випинання промежини, зяяння ануса, часті й сильні потуги, висота стояння контракційного кільця на 5 поперечних пальців вище симфізу. Допомогу починають надавати при опусканні ніжок у піхву, коли п'ятки плода з'являються у вульварному кільці, що можливо при відходженні навколоплодових вод і відкритті маткового вічка на 6–7 см.

Техніка допомоги (рис. 10.7). Стерильною пелюшкою накривають зовнішні статеві органи роділлі й долонею, яку прикладають до вульви, перешкоджають передчасному народженню ніжок. За появи ознак, які вказують на повне розкриття маткового вічка, припиняють протидію просуванню ніжок і вичікують до народження плода до нижнього кута передньої лопатки. Відтак розпочинають виведення плечового пояса та голівки прийомами класичної ручної допомоги.

Показання до кесаревого розтину:

- очікувана маса плода 3700,0 і більше;
- ніжне передлежання плода;
- розгинання голівки плода III ступеня за даними УЗД;
- пухлини шиї плода та гідроцефалія.

Рис. 10.7. Ведення пологів за методом Цов'янова

Операцію проводять типово за сучасними методиками, інтраперитонеально з профілактичним введенням антибіотиків, утеротонічних препаратів, використанням сучасного шовного матеріалу (див. протокол «Кесарів розтин»). Під час кесаревого розтину вилучення плода проводять, відповідно до біомеханізму пологів у разі тазового передлежання через природні пологові шляхи.

АСФІКСІЯ ПРИ НАРОДЖЕННІ ТА ПЕРВИННА РЕАНІМАЦІЯ НОВОНАРОДЖЕНОГО

Асфіксія при народженні — це захворювання, що розвинулось унаслідок впливу на плід в анти- і (або) інтранатальному періодах гіпоксії з розвитком метаболічного або змішаного ацидозу, з подальшими проявами клінічних симптомів кардіореспіраторної і неврологічної депресії новонародженого з можливим наступним розвитком енцефалопатії і поліорганної дисфункції. Це критичний стан новонародженого, обумовлений зниженням кількості кисню в крові.

У кожної дитини, якій надавали реанімаційну допомогу після народження, слід передбачити можливу наявність асфіксії. Однак, остаточний діагноз «асфіксія при народженні» повинен бути ретроспективним і враховувати відповідні дані анамнезу і діагностичні ознаки, які виникли протягом перших 72 годин життя новонародженого. Отже, остаточний і обґрунтований діагноз «асфіксія при народженні» може бути встановлений лише на 4 добу після народження дитини.

Виділяють насупні чинники ризику асфіксії при народженні:

Допологові чинники:

- цукровий діабет у матері;
- артеріальна гіпертензія вагітних;
- хронічна гіпертонічна хвороба;
- анемія або ізоімунізація;
- кровотечі у другому або третьому триместрі вагітності;
- інфекція матері;
- серцева, ниркова, легенева, неврологічна патологія або захворювання щитоподібної залози у матері;
- багатоводдя/маловоддя;
- передчасний розрив оболонок плода;
- смерть плода або новонародженого в анамнезі;
- переношена вагітність;
- багатоплідна вагітність;
- невідповідність розмірів плода терміну вагітності;
- лікування матері з використанням:
  — літію карбонату;
  — магнію сульфату;
  — адреноблокаторів;
- наркоманія у матері;
- аномалії розвитку у плода;
- знижена активність плода;

- відсутність допологового медичного нагляду;
- вік матері <16 або >35 років.

Інтранатальні чинники:

- невідкладний кесарів розтин;
- накладання щипців або вакуум-екстракція плода;
- тазове або інші аномальні передлежання плода;
- передчасні пологи;
- індуковані/стрімкі пологи;
- хоріоамніоніт;
- тривалий безводний період (≥18 год);
- тривалий перший період пологів (>24 годин);
- брадикардія плода;
- загрозливий характер серцевого ритму плода;
- використання наркозу;
- маткова тетанія;
- призначення матері наркотичних анальгетиків протягом 4 годин до народження дитини;
- меконіальне забруднення навколоплодових вод;
- випадання пуповини;
- відшарування плаценти;
- тривалий другий період пологів (>2 годин);
- передлежання плаценти.

Слід врахувати, що асфіксії новонародженого майже завжди передує гіпоксія плода, цей стан можна розглядати як наступну ланку єдиного патологічного процесу, на момент народження адаптаційні механізми організму дитини перебувають у стані напруження або на межі зриву. Тому немовля, народжене в асфіксії, потребує невідкладної інтенсивної терапії, яку проводять у три етапи:

- реанімація;
- інтенсивне посиндромне лікування;
- реабілітація.

Для адекватної реанімації надзвичайно важлива об'єктивна оцінка тяжкої асфіксії. Ступінь асфіксії оцінюється за шкалою, запропонованою Вірджинією Апгар у 1953 р. Шкала включає 5 ознак (дихання, колір шкірних покривів, серцебиття, м'язовий тонус, наявність рефлексів), кожна з яких, залежно від стану новонародженого, оцінюється в 0, 1 або 2 бали *(табл. 10.2)*. Стан немовляти оцінюється на першій хвилині після народження та повторно на п'ятій хвилині. Оцінка у 8–10 балів відповідає задовільному стану дитини.

Оцінка стану новонародженого за шкалою Апґар

Табл. 10.2

Показник	0 балів	1 бал	2 бали
Частота серцевих скорочень	Відсутнє серцебиття	Менше 100 за хвилину	100 за хвилину і більше
Дихання	Відсутнє	Слабкі, неритмічні дихальні рухи	Адекватне; голосний крик
М'язовий тонус	Відсутній	Незначна флексія кінцівок	Добра флексія кінцівок, активні рухи
Рефлекторна реакція на відсмоктування з верхніх дихальних шляхів або тактильну стимуляцію	Відсутня	Гримаса	Крик, кашель або чхання
Колір шкіри	Різка блідість або центральний ціаноз	Тулуб рожевий, ціаноз кінцівок	Рожева або локальний ціаноз

За міжнародною класифікацією виділяють ***помірну*** й ***тяжку асфіксію.***

Діагностичні критерії тяжкої асфіксії при народженні:

- оцінка стану новонародженого за шкалою Апґар менше 4 балів упродовж перших 5 хвилин життя;
- наявність клінічних симптомів ураження ЦНС важкого ступеня, які виникли в перші 72 години життя, у дітей, народжених при терміні гестації ≥32–34 тижні;
- ознаки порушення функції принаймі ще одного життєво важливого органа або системи — дихальної, серцево-судинної, сечовидільної, травного каналу тощо протягом перших 3 днів життя;
- метаболічний або змішаний ацидоз (pH<7,0 у крові з артерії пуповини).

Діагностичні критерії помірної (легкої) асфіксії при народженні або асфіксії середньої тяжкості при народженні:

- оцінка стану новонародженого за шкалою Апґар протягом перших 5 хвилин менше 7 балів;
- наявність клінічних симптомів помірного ураження ЦНС, які виникли в перші 72 години життя, у дітей, народжених при терміні гестації ≥32–34 тижні *(можуть бути відсутніми у випадках помірної (легкої) асфіксії при народженні);*
- ознаки транзиторного порушення функції принаймні ще одного життєво важливого органа або системи — дихальної, серцево-судинної, сечови-

дільної, травного каналу тощо протягом перших 3 днів життя *(можуть бути відсутніми у випадках неважкої асфіксії при народженні);*

- метаболічний або змішаний ацидоз (pH<7,15 у крові з артерії пуповини — основна діагностична ознака асфіксії будь-якої важкості).

Акушерка, яка працює у пологовій залі, повинна пам'ятати що від своєчасності та якості проведення реанімаційних заходів значною мірою залежить результат ранньої постнатальної адаптації новонародженої дитини. Це впливає не лише на виживання немовлят у перші дні життя, але й на їхній подальший розвиток і показники здоров'я в наступні вікові періоди. Близько 5–10% усіх новонароджених потребують медичної допомоги в пологовій залі, а 1% — повної реанімації, що додатково включає інтубацію трахеї, непрямий масаж серця або введення ліків.

За результатами ретроспективного аналізу, у 50% дітей, які потребували реанімаційної допомоги після народження, були відсутні будь-які чинники ризику в анамнезі, які вказували б на можливу потребу дитини в реанімації після народження. Тому кожний медичний працівник пологової зали повинен володіти навичками початкової реанімації, а пологові зали мають бути забезпечені необхідними реанімаційним обладнанням і матеріалами, готовими до використання під час кожних пологів.

Надання адекватної допомоги новонародженим в перші хвилини життя дозволяє знизити їх смертність і/або захворюваність на 6–42%, залежно від загального рівня неонатальної смертності.

Згідно з Наказом МОЗ України від 08.06.07 р. №312, первинна реанімація і післяреанімаційна допомога новонародженим проводиться відповідно до клінічного протоколу надання неонатологічної допомоги дітям.

Метою даного клінічного протоколу є зменшення захворюваності і смертності новонароджених, які потребують первинної реанімації і післяреанімаційної допомоги в родопомічних закладах України шляхом оптимізації дій медперсоналу. При проведенні первинної реанімації необхідно строго дотримуватись наступних послідовних дій.

Підготовка до надання реанімаційної допомоги новонародженому в пологовій залі і операційній

Розподіл обов'язків медичного персоналу в наданні реанімаційної допомоги новонародженому в пологовій залі і операційній визначається адміністрацією кожного родопомічного закладу в наказовому порядку.

Прогнозування потреби в реанімації. Не завжди можна передбачити необхідність надання реанімаційної допомоги новонародженому. Тому слід

в анамнезі кожної вагітної жінки оцінювати наявність чинників ризику, оскільки пологи високого ступеня ризику підвищують імовірність необхідності реанімації. З метою прогнозування показань до реанімації необхідно уважно спостерігати за станом плода під час пологів, а також бути готовим негайно надати реанімаційну допомогу новонародженому.

Кадрове забезпечення. При кожних пологах потрібна присутність принаймні одного медичного працівника (лікаря, акушерки або медсестри), який зможе розпочати реанімацію, тобто уміє надати початкову допомогу новонародженому та володіє технікою штучної вентиляції легень реанімаційним мішком і маскою.

Водночас, ця особа або хтось з інших медичних працівників, які задіяні в пологах, повинні мати навики, потрібні для виконання всіх реанімаційних заходів у повному обсязі, включаючи непрямий масаж серця, інтубацію трахеї і введення ліків. Під час більшості пологів низького ступеня ризику в родопомічних закладах I–II рівнів початкову реанімаційну допомогу доношеним новонародженим можуть надавати акушерки. Якщо очікуються пологи високого ступеня ризику і може виникнути потреба повної реанімації, для надання допомоги новонародженій дитині необхідна присутність принаймні двох осіб:

- один фахівець повинен володіти всіма реанімаційними навиками (вентиляція за допомогою мішка і маски, непрямий масаж серця, інтубація трахеї, введення ліків), а інший — бути здатним надати кваліфіковану допомогу основному реаніматологу;
- якщо виникає необхідність вводити ліки, до надання реанімаційної допомоги новонародженому мають бути залучені щонайменше 3 медичних працівники.

Коли очікуються передчасні пологи або діагностовано затримку внутрішньоутробного розвитку плода, тоді в пологовій залі обов'язкова присутність лікаря педіатра-неонатолога, оскільки реанімація глибоконедоношеної дитини досвідченим неонатологом за участі кваліфікованої реанімаційної бригади істотно зменшує ризик її смерті.

У випадку багатоплідної вагітності потрібна присутність декількох реанімаційних бригад відповідно до кількості плодів.

Кожна реанімаційна бригада повинна мати визначеного керівника (лікар-педіатр-неонатолог, лікар-акушер-гінеколог, дитячий лікар-анестезіолог), а всі інші члени бригади повинні чітко знати свої обов'язки під час реанімації.

Підготовка пологової зали (операційної) і обладнання

Для кожних пологів рекомендується готувати 2 комплекти обладнання і матеріалів — для початкової і повної реанімації. Комплект для початкової реанімації повинен постійно знаходитись в кожному пологовому приміщенні. Реанімаційні мішок і маска, клинок ларингоскопа та аспіратор меконію мають бути стерильними, а ґумова груша, катетери, зонди, ендотрахеальні трубки — одноразовими. У разі багатоплідної вагітності обидва комплекти готують для кожної дитини.

Відповідальному персоналу пологової зали перед кожними пологами слід:

- приготувати добре освітлене місце для можливої реанімації новонародженого з чистою, сухою і теплою поверхнею (столик з джерелом променевого тепла);
- перевірити температуру повітря у приміщенні (не нижче 25°С) і переконатись у відсутності протягів (закрити вікна і двері, виключити кондиціонери);
- завчасно включити джерело променевого тепла, щоб підігріти поверхню стола і пелюшки до народження дитини;
- перевірити наявність 2 комплектів обладнання, матеріалів і ліків; згорнути з пелюшки валик під плечі;
- приєднати кисневі трубки до джерела кисню і перевірити його наявність у балоні (системі);
- перевірити вміст комплекту для початкової реанімації, а також функціонування реанімаційного мішка й обладнання для відсмоктування (перевірку мішка здійснюють в стерильних рукавичках, щоб уникнути контамінації обладнання):
- блокують вихід до пацієнта долонею й енергійно стискають реанімаційний мішок, перевіряючи таким чином функціонування запобіжного клапана;
- стискання реанімаційного мішка із заблокованими виходом до пацієнта і запобіжним клапаном дозволяє перевірити герметичність і цілість мішка;

У випадку передчасних пологів при терміні вагітності менше 32 тижнів необхідно вжити додаткових заходів, щоб забезпечити тепловий захист новонародженого (температура повітря в пологовій залі не менше 27–28°С, наявні додаткові засоби зігрівання, зігрітий одяг тощо) під час можливої реанімації, перебування в пологовій залі і транспортування.

Загальна методологія оцінки стану новонародженої дитини під час реанімації

Вирішення питання щодо необхідності подальшої допомоги новонародженому під час реанімації ґрунтується на одночасній оцінці трьох клінічних ознак:

- наявності й адекватності самостійного дихання;
- частоти серцевих скорочень (ЧСС);
- кольору шкіри і слизових оболонок.

Наявність і адекватність самостійного дихання — основна ознака, що визначає необхідність надавати реанімаційну допомогу новонародженому

Оцінку наявності і адекватності самостійного дихання проводять:

- відразу після народження дитини для вирішення питання про початок реанімаційних дій;
- наприкінці 1 і 5 хвилин (і далі, за потребою) для оцінки за шкалою Апґар;
- під час реанімаційних дій;
- протягом перебування новонародженого в пологовій кімнаті (незалежно від того, чи проводилась первинна реанімація).

Ознаки адекватного дихання новонародженого — крик і/або задовільні екскурсії грудної клітки:

- частота і глибина дихальних рухів повинні зростати через декілька секунд після народження (тактильної стимуляції);
- нормальна частота дихання новонародженого становить 30–60 за 1 хв.

Крім частоти і глибини потрібно оцінити симетричність дихальних рухів, а також наявність інших дихальних розладів: судомне дихання, стогін на видиху, значні ретракції:

- судомні дихальні рухи (дихання типу «ґаспінґ»), або брадипное <30 дихань за 1 хвилину є неефективними і їх наявність у новонародженого є показанням до негайного початку ШВЛ;
- поява експіраторного стогону або інших дихальних розладів протягом реанімації свідчать про те, що немовля потребує подальшої післяреанімаційної допомоги.

Якщо дитині проводять ШВЛ, для оцінки наявності й адекватності самостійного дихання процедуру треба припинити приблизно на 6 секунд.

Оцінка ЧСС. Нормальна ЧСС щойно народженої дитини становить ≥100 за 1 хвилину. Брадикардія <100 серцевих скорочень за 1 хвилину у новонародженого завжди є показанням для початку ШВЛ.

Методи визначення ЧСС:

- вислуховування стетоскопом серцебиття над лівою стороною грудної клітки є найнадійнішим методом;

- пальпація пульсу на основі пуповини, безпосередньо у ділянці її приєднання до передньої черевної стінки дозволяє лише вірогідно заперечити наявність брадикардії;
- підрахунок ЧСС ведуть протягом 6 секунд і, щоб отримати показник за 1 хвилину, отриманий результат множать на 10;
- на час підрахунку ЧСС ШВЛ і непрямий масаж серця припиняють.

Оцінка кольору слизових оболонок і шкіри. Зі встановленням регулярного самостійного дихання слизові оболонки здорової новонародженої дитини стають рожевими без призначення додаткового кисню. Однак, цей фізіологічний процес є поступовим і може тривати щонайменше 10 хвилин.

Лише стійкий центральний ціаноз, який є клінічним еквівалентом гіпоксемії, вимагає втручання: спочатку — кисневої терапії, а у разі неефективності останньої — ШВЛ.

Спостерігати потрібно за наявністю і динамікою центрального ціанозу, який визначається як синій колір слизових оболонок, губ і шкіри тулуба.

Акроціаноз (синій колір кистей і стоп) без центрального ціанозу, як правило, не вказує на низький рівень кисню у крові дитини, однак може свідчити про наявність холодового стресу (гіпотермії) у новонародженого.

Блідість або мармуровий рисунок шкіри можуть бути неспецифічними ознаками зменшеного серцевого викиду, важкої анемії, гіповолемії, гіпотермії або ацидозу.

Оцінку стану дитини за шкалою Апґар не застосовують для визначення потреби в реанімації, моменту її проведення або обсягу реанімаційних заходів. Ця оцінка характеризує загальний стан новонародженого та ефективність проведених реанімаційних заходів.

Оцінку за шкалою Апґар слід проводити:

- під час надання реанімаційної допомоги дитині наприкінці 1-ої і 5-ої хвилин після народження незалежно від терміну гестації і маси тіла при народженні;
- якщо результат оцінки на 5 хвилині менше 7 балів, додаткові оцінювання за шкалою Апгар треба робити кожні 5 хвилин до отримання 7 балів або до 20-ї хвилини життя немовляти.

Забезпечення прохідності дихальних шляхів

Забезпечення прохідності дихальних шляхів у випадку чистих навколоплодових вод полягає у наданні дитині положення на спині або на боці з помірно розігнутою назад головою з підкладеним під плечі валиком. Відсмоктування слід провести спочатку з рота, потім — з носа:

Рис. 10.8. Правильне положення новонародженого, що забезпечує прохідність дихальних шляхів

- використовувати для видалення секрету і слизу одноразову ґумову грушу; у разі відсутності одноразових ґумових груш для відсмоктування слід використовувати лише стерильні одноразові катетери;
- під час відсмоктування не вводити катетер або грушу надто енергійно або глибоко (не глибше 3 см від рівня губ у доношеного новонародженого і 2 см у передчасно народженої дитини);
- відсмоктувати короткочасно, обережно, поволі видаляючи катетер або грушу назовні;
- тривалість відсмоктування не повинна перевищувати 5 секунд.

Під час агресивного відсмоктування можлива стимуляція задньої стінки глотки, що може викликати вагусну реакцію (важку брадикардію або апное), а також затримку самостійного дихання. Якщо під час відсмоктування у новонародженого з'явилась брадикардія, потрібно припинити маніпуляцію і знову оцінити ЧСС.

У випадку значного накопичення секрету, крові, слизу доцільно під час відсмоктування повернути голову дитини на бік або повторити процедуру.

У разі використання відсмоктувача негативний тиск не повинен перевищувати 100 мм рт. ст.

Забезпечення прохідності дихальних шляхів у випадку забруднення навколоплодових вод меконієм у разі, якщо дитина при народженні є «неактивною»

(у дитини визначається відсутність самостійного дихання або дихання типу «ґаспінґ», або брадипное (ЧД<30 за 1 хвилину), або знижений м'язовий тонус (відсутність активних рухів, звисання кінцівок), або ЧСС<100 за 1 хвилину)

Слід забезпечити правильне положення новонародженого. Уникаючи тактильної стимуляції, під контролем прямої ларингоскопії провести відсмоктування вмісту нижньої глотки (анатомічна ділянка над голосовими зв'язками) катетером великого діаметра (14F). Уникаючи тактильної стимуляції, інтубувати трахею і провести відсмоктування:

- відсмоктують безпосередньо через ендотрахеальну трубку або через катетер великого діаметра (14F), поволі витягуючи ендотрахеальну трубку (катетер);
- якщо відсмоктування здійснюється через ендотрахеальну трубку — приєднати до неї перехідник (аспіратор меконію), що дозволить з'єднати ендотрахеальну трубку і трубку відсмоктувача;
- у разі відсутності перехідника (аспіратора меконію), можливе використання катетера великого діаметра (14F), який безпосередньо приєднують до трубки відсмоктувача;
- тривалість одного відсмоктування не повинна перевищувати 5 секунд.

За наявності лікаря, який добре володіє технікою інтубації трахеї, повторні інтубації і санацію трахеї необхідно проводити до майже повного її звільнення від меконію, однак, інтубація і відсмоктування більше 3 разів не рекомендуються. Тривалість виконання цієї процедури визначається вимогами до інтубації трахеї і станом новонародженого.

У разі відсутності лікаря, який добре володіє технікою інтубації трахеї, відсмоктування із трахеї проводити одноразово, після чого закінчити виконання решти початкових кроків реанімації і повторно оцінити стан дитини.

Під час проведення процедури подавати вільний потік кисню і попросити асистента визначати ЧСС новонародженого:

- якщо ЧСС дитини під час санації трахеї стане менше 60 за 1 хвилину — припинити відсмоктування і негайно розпочати ШВЛ мішком через ендотрахеальну трубку.

Показанням для призначення кисневої терапії (техніка проведення *див. алгоритм 45* у додатку) є наявність центрального ціанозу у дитини, незважаючи на адекватне самостійне дихання і ЧСС>100 за хвилину. При цьому слід уникати неконтрольованого і необґрунтованого її призначення. Під час проведення кисневої терапії необхідно спостерігати за станом дитини, кольором шкіри тулуба і слизових оболонок.

Штучна вентиляція легень (ШВЛ). Всі медичні працівники, які працюють в пологовій залі, повинні добре володіти технікою проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ) новонародженого реанімаційним мішком і маскою (техніка проведення *див. алгоритм 46*), оскільки своєчасна та ефективна ШВЛ є найважливішою процедурою реанімації новонароджених.

Показання до її проведення:

- відсутнє або неадекватне самостійне дихання протягом 30 секунд після народження дитини;
- ЧСС<100 за 1 хвилину незалежно від наявності і адекватності самостійного дихання після початкових кроків допомоги, проведених протягом 30 секунд після народження дитини;

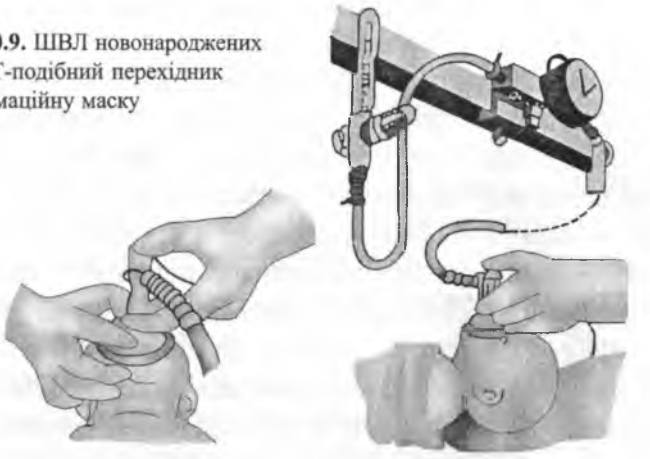


Рис. 10.9. ШВЛ новонароджених через Т-подібний перехідник і реанімаційну маску

- стійкий центральний ціаноз, незважаючи на наявність адекватного самостійного дихання, ЧСС>100 за 1 хвилину і подавання вільного потоку 100% кисню протягом щонайменше 5 хвилин.

Інтубація трахеї. При необхідності проводиться інтубація трахеї (техніка проведення *див. алгоритм 47*).На сьогоднішній день визначені показання до її виконання на будь-якому з етапів первинної реанімації.

Абсолютні показання:

- необхідність відсмоктати меконій з трахеї;
- наявність діафрагмальної грижі у дитини.

Відносні показання:

- вентиляція мішком і маскою неефективна або довготривала;
- необхідність вводити ліки ендотрахеальним шляхом;
- народження дитини з екстремально малою масою тіла (<1000 г).

Непрямий масаж серця. Якщо після 30 с штучної вентиляції легень ЧСС менше 60 за 1 хв і не зростає, виконують непрямий масаж серця (техніка проведення *див. алгоритм 48*).

Оцінка ефективності визначається за такими критеріями:

- зростання частоти серцевих скорочень і можливість пальпаторно визначити пульс на плечовій артерії;
- якщо ЧСС становить ≥60 ударів за хвилину;
- після кожних 30 секунд непрямого масажу повторно оцінюють ЧСС і дихання, щоб вирішити, що робити далі.

Медикаментозна терапія у пологовій залі. Лікарські засоби рідко використовують під час первинної реанімації новонароджених. Їх призначення необхідне, якщо, незважаючи на адекватну вентиляцію легень 100% киснем і проведення непрямого масажу серця протягом 30 секунд, ЧСС залишається менше 60 скорочень за 1 хвилину.

У разі потреби вводити лікарські засоби внутрішньовенно, слід обов'язково катетеризувати вену пуповини на мінімальну глибину, яка забезпечує вільний зворотний відтік крові. Ефективним є введення адреналіну *(див. алгоритм 49)*. Показаннями до його застосування є ЧСС менше 60 скорочень за 1 хвилину після щонайменше 30 секунд проведення непрямого масажу серця і штучної вентиляції легень 100% киснем та відсутність серцевої діяльності новонародженого в будь-який момент реанімації (одночасно показані ШВЛ, непрямий масаж серця і введення адреналіну). Показанням для нормалізації судинного об'єму крові є гіповолемія, для корекції якої використовують 0,9% розчин натрію хлориду (фізіологічний розчин). Доза — 10 мл на 1 кг маси новонародженого, вводять внутрішньовенно повільно, протягом 5–10 хвилин. При значній крововтраті проводять трансфузію еритромаси. За наявності метаболічного ацидозу вводять 4,2% розчин натрію гідрокарбонату. Доза 4 мл на 1 кг маси, швидкість введення повільна, не швидше, ніж 2 мл/кг/хвилину. Показанням для введення налоксону гідрохлориду є значне пригнічення дихання у новонародженого внаслідок введення наркотичних анальгетиків (опіоїдів) матері з метою знеболювання пологів протягом останніх 4 годин до народження дитини. Доза 0,1 мг/ кг, вводять внутрішньовенно або внутрішньом'язово.

Забороняється: зрошувати дитину гарячою чи холодною водою; давати струмінь кисню на обличчя; стискати грудну клітку; бити по сідницях.

Припинення реанімації

Реанімацію новонародженого можна припинити, якщо, незважаючи на своєчасне, правильне і повне виконання всіх її заходів, у дитини відсутня серцева діяльність протягом щонайменше 10 хвилин (Міжнародні рекомендації з реанімації новонароджених, 2005).

Наявні дані підтримують висновок про те, що реанімація новонародженого після 10 хвилин повної асистолії, зазвичай, закінчується смертю дитини або її виживанням з важкою інвалідністю.

Відсутність самостійного дихання щойно народженої дитини довше 30 хвилин збільшує ризик її смерті або важкої інвалідності відносно стандартного ризику в загальній популяції новонароджених майже в 7 разів, однак, лише до 9,3%. Тому цю ознаку не можна вважати надійним критерієм, що вказує на необхідність припинення реанімації.

НЕОНАТАЛЬНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ

Неонатальна енцефалопатія — поліетіологічний синдром, який в новонароджених з терміном гестації ≥32–34 тижні характеризується явними клінічними симптомами дисфункції ЦНС — значним порушенням свідомості, рефлекторної діяльності, м'язового тонусу, а також виникненням судом, апное і проблем з вигодовуванням. Цей термін рекомендується використовувати для опису дисфункцій ЦНС в неонатальному періоді, оскільки він не визначає етіологію перинатального ураження ЦНС, яка в більшості випадків залишається не визначеною.

Якщо є підстави вважати, що причиною неонатальної енцефалопатії може бути асфіксія (гіпоксично-ішемічне ураження мозку), доцільно використовувати термін «гіпоксично-ішемічна енцефалопатія» (ГІЕ), яка представляє лише частину випадків неонатальної енцефалопатії. Водночас, своєчасна клінічна діагностика ГІЕ має важливе значення для підтвердження діагнозу асфіксії при народженні і визначення важкості асфіксії. ГІЕ є одночасно найважливішим наслідком і суттєвою ознакою асфіксії при народженні.

У разі наявності судом негайно визначають вміст глюкози в крові. Якщо цей показник <2,6 ммоль/л, поволі струминно ввести 10% розчин глюкози з розрахунку 2 мл/кг протягом 5–10 хвилин. Фенобарбітал призначають внутрішньовенно або внутрішньо (після початку ентерального харчування) в дозі навантаження 20 мг/кг протягом 5 хвилин.

У разі необхідності коригують електролітні порушення.

За наявності центрального ціанозу або інших дихальних розладів — призначають кисневу терапію.

Якщо судоми повторюються протягом двох наступних днів — призначають фенобарбітал внутрішньо в дозі 5 мг/кг один раз на добу і продовжують лікування протягом 7 днів після останнього епізоду судом.

ДОГЛЯД ЗА НОВОНАРОДЖЕНИМИ ПІСЛЯ РЕАНІМАЦІЇ

Немовля з пологової зали переносять до палати інтенсивної терапії. За необхідності вміщують у кувез, проводять оксигенотерапію (киснево-повітряну суміш підігрівають до 31–33°С та зволожують). Кожні 3–4 год змінюють положення тіла, 2–3 рази на добу проводять вібромасаж, інгаляційну терапію.

Перші доби життя новонародженого годують зцідженим материнським молоком, спочатку через зонд. Частота годувань — через три години. До

грудей матері дитину прикладають лише за умови повної стабілізації усіх показників життєдіяльності. Перші годування мають бути нетривалими (2–3 хв), оскільки акт смоктання є значним фізичним навантаженням для немовляти і може призвести до появи вторинної асфіксії.

Рання реабілітація новонароджених, які перенесли тяжку асфіксію, триває 5–7 діб. При розвитку ускладнень (аспіраційної пневмонії, гіпоксичної енцефалопатії), їх переводять для подальшого лікування у відділ патології новонароджених.

Перелік контрольних питань:

- анатомо-фізіологічні особливості новонароджених;
- парафізіологічні стани новонароджених;
- догляд за новонародженими;
- патологія розвитку плода та плодових оболонок;
- вади розвитку плода;
- патологія плодових оболонок;
- патологічні стани перинатального періоду;
- ізоантигенна несумісність крові матері й плода;
- переношена вагітність, особливості спостереження та догляду;
- принципи фармакотерапії у ранні терміни вагітності;
- перебіг вагітності й пологів при тазових передлежаннях;
- біомеханізм пологів при тазових передлежаннях;
- асфіксія при народженні та первинна реанімація новонародженого;
- неонатальна енцефалопатія;
- догляд за новонародженими після реанімації.

Перелік практичних навичок, які повинні засвоїти студенти, вивчаючи дану тему:

- стандартне використання універсальних запобіжних заходів при проведенні первинної реанімації новонароджених;
- карта первинної реанімації новонародженого;
- загальний алгоритм реанімації новонароджених;
- техніка проведення кисневої терапії новонароджених;
- техніка проведення початкової ШВЛ під час первинної реанімації новонароджених;
- інтубація трахеї;
- непрямий масаж серця;
- приготування розчину адреналіну і дозування;
- особливості визначення потреби в реанімації у дітей, які народились при терміні гестації ≤32 тижнів;
- початкові кроки допомоги новонародженому й алгоритм подальших реанімаційних дій;
- післяреанімаційна допомога.

ФІЗІОЛОГІЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ ДОГЛЯД ЗА ПОРОДІЛЛЕЮ

Післяпологовий (пуерперальний) період починається після народження посліду і триває 6–8 тижнів. Упродовж цього періоду в організмі жінки зникають зміни, пов'язані з вагітністю та пологами, зазнають зворотного розвитку (інволюції) статеві органи. Винятком є молочні залози, які досягають розквіту своєї функції. Найшвидше процеси інволюції відбуваються у перші 2 тижні після пологів.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

Ранній післяпологовий період. Перші 2 години після народження посліду виділяють окремо й називають *раннім післяпологовим періодом,* оскільки цей час найбільш небезпечний щодо можливих ускладнень.

Упродовж перших двох годин після пологів відбуваються процеси адаптації організму жінки до нових умов. Після пологів та пов'язаного з ними значного фізичного навантаження породілля відчуває втому. Саме в цей час найчастіше виникають важкі ускладнення — післяпологові кровотечі різного генезу, тому перші дві години породілля проводить у пологовій залі.

Після закінчення третього періоду пологів та проведення первинного туалету новонародженого проводять ретельний огляд пологових шляхів: промежини, статевих губ, ділянки клітора. За допомогою дзеркал оглядають шийку матки. Якщо виявлені тріщини, розриви — їх негайно зашивають (спочатку — розриви шийки матки, потім піхви, в останню чергу — промежини), оскільки вони можуть стати джерелами кровотечі чи вхідними воротами для інфекції. Окрім того, незашиті розриви у майбутньому можуть призвести до виникнення ерозій, хронічного ендоцервіциту, ектропіона (вивороту шийки матки), розриви промежини — до порушення функції м'язів тазового дна.

Для контролю крововтрати під таз породіллі підкладають лоток, у який стікає кров зі статевих шляхів. Через дві години кров з лотка зливають у градуйований посуд. Виміряну таким чином крововтрату додають до отриманої раніше — у третьому періоді пологів та при народженні посліду. За-

гальна крововтрата не повинна перевищувати 200–250 мл, а максимальна фізіологічна крововтрата — 0,5% маси тіла жінки, проте не більше 400 мл. На живіт породіллі кладуть міхур з льодом (через пелюшку) на 30 хв, після 30-хвилинної перерви процедуру повторюють.

Протягом раннього післяпологового періоду лікар та акушерка уважно стежать за станом породіллі, вимірюють АТ, пульс, температуру тіла, контролюють стан матки: її консистенцію, висоту стояння дна над рівнем верхнього краю лобкового зчленування, кількість крові, що виділяється зі статевих шляхів. Проводять спорожнення сечового міхура катетером. Якщо стан породіллі залишається задовільним, через 2 години її переводять до післяпологової палати.

Функції акушерки у ранньому післяпологовому періоді:

- спостереження за загальним станом — АТ, пульс, колір шкірних покривів;
- контроль кількості кров'янистих виділень;
- контроль стану матки;
- вчасна зміна міхура з льодом за необхідності;
- проведення катетеризації сечового міхура після закінчення раннього післяпологового періоду — через 2 год після пологів;
- спостереження за станом новонародженого, який перебуває біля матері в пологовій залі;
- вчасне переведення і транспортування в післяпологову палату.

Інволюція матки. Одразу після народження плода матка різко зменшується в розмірах. Її маса досягає 1000 г, довжина близько 15 см. Дно матки розміщується на рівні пупка. Першого тижня після пологів дно матки щодня опускається на 2 см (або на 1 поперечний палець). На 4–5-ту добу дно матки має перебувати посередині між пупком та лоном, на 9–10-ту добу — зникає за лоном і надалі через передню черевну стінку не пальпується. Наприкінці післяпологового періоду довжина матки становить 8–9 см, маса така сама, як до вагітності — 50 г.

У перші 3–4 доби після пологів за умов фізіологічного перебігу пуерперію порожнина матки залишається стерильною. Відбувається її очищення від залишків децидуальної оболонки, згустків крові, оскільки одразу після пологів внутрішня поверхня матки являє собою суцільну ранову поверхню з найбільш глибокими змінами в ділянці плацентарного майданчика. Процеси загоєння супроводжуються утворенням ранового секрету — лохій. Лохії складаються з клітин крові, залишків децидуальної оболонки та інших тканинних елементів. У перші 3 доби після пологів лохії мають кров'янистий характер, з 4-ї до 6-ї доби вони кров'янисто-серозні, надалі — серозно-кров'янисті, з 10 дня — лохії світлі, серозні, на 5–6 тиждень пуерперію їх виділення припиняється.

Шийка матки. Після народження посліду шийка матки розкрита на 10–12 см і вільно пропускає кисть руки. На третю добу внутрішнє вічко пропускає один поперечний палець, на 7–9-ту добу воно закривається. Повністю шийка матки формується на третьому тижні після пологів: зовнішнє вічко закривається, набуваючи щілиноподібної форми. До 3–4 тижня пуерперального періоду відновлюється тонус зв'язкового апарату матки, м'язів тазового дна. Маткові труби та яєчники займають попереднє положення.

У жінок, що не годують грудьми, через 8–10 тижнів відновлюється менструальний цикл. У матерів-годувальниць у період лактації менструації зазвичай відсутні — фізіологічна лактаційна аменорея — проте у деяких жінок циклічні зміни в яєчниках та матці відновлюються і може настати вагітність.

ВЕДЕННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

Після неускладнених пологів стан породіллі задовільний. Скарг зазвичай не буває. У жінок після повторних пологів скорочення матки інколи бувають болючими, особливо під час годування. Для зменшення болю можна приймати анальгін або ацетилсаліцилову кислоту.

Температура тіла породіллі при фізіологічному перебігові пуерперію нормальна. У першу добу після пологів допустиме одноразове незначне (до 37,5°С) підвищення температури внаслідок фізичного та емоційного перенапруження. Підвищення температури у наступні дні свідчить про початок запального процесу в матці чи молочних залозах.

Артеріальний тиск у породіль повинен досягти вихідного рівня (яким був до вагітності). У жінок, які хворіли на нефропатію, артеріальний тиск необхідно постійно контролювати і після пологів. Пульс дещо сповільнений, у межах 64–72 за 1 хв, задовільного наповнення.

Для профілактики післяпологових септичних ускладнень дуже важливим є утримання в чистоті палат та предметів догляду за породіллею та новонародженим. Усе, що контактує з молочними залозами та статевими органами породіллі, має бути стерильним.

Лікар та акушерка післяпологового відділення щодня стежать за перебігом пуерперального періоду. Вони оцінюють:

- загальний стан та самопочуття породіллі (скарги, сон, апетит);
- температуру тіла. Вимірювання проводять двічі на добу, за потреби — термометрія через 3 години;
- артеріальний тиск, пульс;
- стан молочних залоз та сосків (наявність інфільтратів, лактостазу, тріщин сосків);

- висоту дна матки над симфізом, стан її скорочення, болючість;
- кількість та характер лохій;
- стан зовнішніх статевих органів, за наявності швів — ступінь загоєння;
- функцію сечового міхура та кишечника.

Туалет породіллі

Лохії, що виділяються зі статевих шляхів, забруднюють ділянку промежини, це сприяє інфікуванню породіллі та ускладнює загоєння розривів, тому ретельний туалет зовнішніх статевих органів є дуже важливим. Упродовж перших трьох діб його проводять тричі на добу чи, за необхідності, — частіше, надалі — двічі. У першу добу туалет проводить медична сестра чи акушерка в ліжку, згодом породілля може робити це сама.

Під час проведення туалету в ліжку під таз породіллі підкладають зігріте індивідуальне судно, пропонують жінці помочитися. Медична сестра заповнює кухоль Есмарха теплим дезінфікувальним розчином (калію перманганат 1:4000, відвар ромашки, фурацилін 1:5000) й обмиває зовнішні статеві органи породіллі у напрямі згори вниз, використовуючи окремий для кожної жінки стерильний ватний тампон на стерильному корнцангу. Після туалету зовнішні статеві органи породіллі просушують і для вбирання лохій використовують стерильну підкладну пелюшку. Якщо при огляді виявлено набряк статевих органів, через стерильну пелюшку прикладають міхур з льодом.

Особливо ретельно контролюють стан скорочення післяпологової матки. При виникненні сповільнення цього процесу (субінволюції матки) застосовують скорочувальні засоби (окситоцин, пітуїтрин, метилергометрин, настій кропиви, водяного перцю, арніки).

Для контролю стану порожнини матки доцільно використовувати сонографічне дослідження, оскільки наявність включень у порожнині матки, які можна виявити при цьому дослідженні, свідчить про небезпеку післяпологової кровотечі або ускладнень інфекційної етіології.

Правильному скороченню матки сприяють своєчасне спорожнення сечового міхура та кишечника. Медична сестра повинна уважно стежити за сечовипусканням породілей, і при виникненні утруднень, особливо у першу добу після пологів, допомогти породіллі спорожнити сечовий міхур. Для цього під таз жінки підкладають підігріте судно і використовують рефлекторні методи стимуляції сечовипускання: поливають статеві органи теплою водою або пускають струмінь води з крана. За неефективності цих заходів уводять прозерин (1 мл 0,05% розчину внутрішньом'язово) або вдаються до катетеризації сечового міхура. У разі затримки випорожнення кишечника дають проносне або роблять очисну клізму.

СПІЛЬНЕ ПЕРЕБУВАННЯ МАТЕРІ ТА НОВОНАРОДЖЕНОГО

Останнім часом більшість пологових будинків відмовляється від установлених норм утримання післяпологових відділень, у яких мати і немовля перебувають окремо, і дитину приносять до матері тільки на час годування. У сучасних пологових будинках створюють палати або відділення для спільного перебування матері та новонародженої дитини.

Спільне перебування породіллі й новонародженої дитини в палаті пологового будинку знижує частоту захворювань, дає можливість забезпечити раннє прикладання дитини до грудей матері, сприяє становленню лактації, дозволяє матері активно брати участь у догляді за новонародженою дитиною. Обмежується контакт новонародженого з медичним персоналом, знижується можливість інфікування госпітальними штамами мікроорганізмів. Створюються сприятливі умови для заселення організму новонародженого мікрофлорою матері. Спільним перебуванням слід вважати перебування матері та її дитини в одній кімнаті протягом 24 годин на добу з моменту народження до моменту виписки з стаціонару. Спільне перебування включає в себе такі етапи:

- контакт «шкіра до шкіри» в пологовій залі;
- спільне транспортування дитини з матір'ю в палату спільного перебування;
- тільки грудне вигодовування на вимогу дитини;
- догляд матері за своєю дитиною із залученням членів родини;
- обґрунтована мінімізація втручань з боку медичного персоналу;
- усі призначення та маніпуляції (вакцинація, обстеження на ФКУ та гіпотиреоз тощо) виконують у палаті спільного перебування в присутності та за дотримання вимоги поінформованої згоди матері.

Температуру тіла дитини вимірють 2 рази на добу. Акушерка протягом першої доби навчає термометрії матір, і далі мати сама вимірює температуру тіла дитини. Догляд за шкірою і підмивання новонародженого під теплою проточною водою здійснює протягом першої доби акушерка, навчає матір, яка в подальшому робить це самостійно.

Палату обладнують медичними вагами для зважування новонародженої дитини, сповивальним столом, тумбочкою для зберігання білизни та медикаментів для догляду за немовлям.

Перший туалет новонародженого здійснює медична сестра відділення новонароджених у присутності матері. Вона навчає матір особливостям догляду за новонародженим, ознайомлює з предметами догляду.

Щоденно дитину оглядають неонатолог та медична сестра. Перед обходом вони двічі миють руки з милом теплою проточною водою, одягають халати, які виділяють для кожної палати і міняють щоденно.

Слід користуватись лише стерильними пелюшками. Використані пелюшки збирають у баки з кришками із вставленими у них чохлами. Після закінчення обходу санітарка збирає разом з чохлами використану білизну. В палаті проводять вологе прибирання. Усіх новонароджених повинні оглянути дитячий невропатолог й ортопед.

Абсолютні протипоказання до спільного перебування матері та дитини:

- відкрита форма туберкульозу;
- гострі психічні захворювання матері.

Догляд за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину

В операційній забезпечують температуру не нижчу ніж 25°С, без протягів з вікон чи дверей. Вмикають підігрів на сповивальному столику і лампу променистого тепла.

До початку операції (кесарів розтин) медсестра готує набір, до якого входить: 3 стерильні пелюшки, чисті шапочка, шкарпетки, сорочечка, ковдра і викладає в операційній на сповивальний стіл під лампу променистого тепла.

Після народження лікар — акушер-гінеколог передає дитину медичній сестрі в стерильну попередньо підігріту суху пелюшку. Медсестра кладе дитину на сповивальний столик з підігрівом під лампу променистого тепла. Проводить обсушування новонародженого сухою стерильною попередньо підігрітою пелюшкою, після чого пелюшку викидають, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, здійснює клемування пуповини, вільно пеленає і вкриває ковдрою. Дитину переводять до палати спільного перебування, де вона знаходиться під спостереженням медичної сестри. Перше прикладання до грудей та наступні годування за вимогою дитини, догляд за новонародженим у перші дві доби (цей термін залежить від стану матері) здійснюють за допомогою медичної сестри, можлива допомога родичів. Виписування здорової дитини, яка народилася шляхом кесаревого розтину, здійснюють, зважаючи на стан матері.

ЛАКТАЦІЯ ТА ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ

Функція молочних залоз після пологів досягає розквіту. До 3–4 доби після пологів молочні залози виділяють молозиво — густу жовтувату рідину, багату на жир, білки, солі, ферменти, антитіла. Згодом починається секреція

молока, яке до 16-ї доби є перехідним, а надалі зрілим. Грудне молоко багате на вуглеводи, проте містить менше білка, ніж молозиво. Материнське молоко є незамінним продуктом харчування для немовляти, тому правильне ведення післяпологового періоду і відповідний догляд за молочними залозами повинні забезпечити достатню лактацію та запобігти розвитку ускладнень — тріщин сосків, маститу.

У післяпологовому періоді розпочинається лактогенез (секреція молока) та лактопоез (підтримання виділення молока на рівні, достатньому для забезпечення повноцінного вигодовування немовляти). Активний лактогенез починається на 2–3 добу. Ініціює цей процес пролактин, що виділяється гіпофізом, надалі лактація забезпечується виробленням та закріпленням умовнорефлекторних механізмів, що виникають у процесі годування дитини.

Для повноцінної лактації необхідні такі чинники:

- раннє прикладання дитини до грудей (у перші хвилини після народження);
- часте годування дитини (за спільного перебування матері та новонародженого заохочувати годування на вимогу немовляти);
- правильна техніка прикладання дитини до грудей;
- спорожнення молочної залози після годування шляхом зціджування;
- раціональне харчування матері.

ДОГЛЯД ЗА МОЛОЧНИМИ ЗАЛОЗАМИ

Основна мета догляду за молочними залозами — запобігти розвитку маститу та забезпечити достатню лактацію. Для цього необхідно дотримувати певних правил:

1. Один раз на добу, краще перед першим годуванням, слід прийняти теплий душ або вимити груди теплою водою з милом, одягнути чисту білизну.
2. Перед кожним годуванням потрібно мити руки щіткою з милом.
3. Перед годуванням обробляти сосок дезінфікувальними розчинами не обов'язково.
4. Перші три дні, залежно від стану, жінка може годувати дитину лежачи в ліжку, потім краще годувати сидячи.
5. Потрібно стежити, щоб немовля захоплювало не тільки сосок, а й навколососкову ділянку, особливо її нижню частину.
6. Мати повинна стежити, щоб молочна залоза не закривала носик дитини.
7. Годувати дитину слід досита з обох грудей.
8. Після кожного годування слід зцідити молочну залозу, не травмуючи її.
9. Щоразу після годування та зціджування обмити сосок та навколососкову ділянку кип'яченою водою і висушити.

10. При грудному вигодовуванні дитина отримує достатню кількість води, тому пиття не потребує.

11. Якщо за достатньої лактації у матері дитина через деякий час після годування збуджена, плаче, таку дитину можна поїти зі стерильної ложечки кип'яченою водою або 5% розчином глюкози — близько 100 мл на добу.

Уперше прикладаючи дитину до грудей, акушерка повинна звірити прізвище, ім'я та по батькові матері з прізвищем на браслетиках дитини, номери ліжка дитини та породіллі. Під час годування акушерка вчить жінку правильно прикладати дитину до грудей, стежить, щоб перші годування не тривали більше, ніж 3–5 хв, щоб не травмувати ніжну шкіру соска і запобігти появі тріщин. Якщо немовля не випускає сосок з ротика, слід затиснути носик дитини й обережно вийняти сосок. Мати повинна пам'ятати, що основну кількість спожитого молока малюк висмоктує протягом перших 15 хв, тому довше годувати дитину недоцільно, це призводить до травматизації сосків.

ТРІЩИНИ СОСКІВ

Тріщини сосків утворюються на 2–4-й день післяпологового періоду, частіше ушкоджуються соски обох молочних залоз. Виникненню їх сприяють неправильна техніка годування, значна сила смоктання дитини, лактостаз, вади розвитку сосків (плоскі, втягнуті). Тріщини сосків є вхідними воротами для проникнення мікроорганізмів у молочну залозу. Клінічна картина характеризується болем під час годування, наявністю тріщин, які можна визначити візуально, гіперемією і періодичним виділенням крові з поверхні тріщини.

Лікування. Змащування сосків олією шипшини, обліпихи, соком каланхое, алое, нагідок (календули), спиртовим розчином діамантового зеленого, стерильним молочнокислим продуктом «Наріне». З фізіотерапевтичних методів найчастіше застосовують магнітолазерну терапію, тобто вплив на уражену ділянку випромінювання гелій-неонового лазера, або напівпровідникового Ліка-3 та магнітного поля.

Профілактика. Під час вагітності жінці необхідно готувати молочні залози та соски до годування дитини. У подальшому вона має дотримуватись правил годування, перед кожним годуванням мити молочні залози теплою кип'яченою водою, а після нього — змащувати олією шипшини, олійними розчинами вітамінів (ретинолу, токоферолу).

При виникненні лактостазу перед годуванням чи зціджуванням молока призначають спазмолітичні засоби (но-шпу) та окситоцин по 0,2–0,5 мл під шкіру двічі на добу. Обмежують вживання рідини, можна прикладати холод до ущільненої ділянки та проводити магнітолазерну терапію.

ГІГІЄНА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

У перші тижні післяпологового періоду породілля, хоча й вважається здоровою жінкою, потребує певного режиму, який має сприяти інволюції матки, загоєнню ранових поверхонь та фізіологічній лактації. Сучасні вимоги до такого режиму передбачають активне ведення післяпологового періоду, яке полягає у тому, що через 6–8 годин після неускладнених пологів жінка може вставати, самостійно виконувати гігієнічні процедури та нескладні фізичні вправи комплексу лікувальної гімнастики.

Здоровій породіллі не потрібно дотримувати якоїсь особливої дієти, вона може харчуватися як звичайно, враховуючи, проте, що певні продукти (гострі страви, цибуля, часник, шоколад, кава) можуть надавати молоку неприємного смаку, а вживання міцної кави, чаю, алкогольних напоїв може несприятливим чином позначитись на стані немовляти, тому матері-годувальниці слід утримуватись від їх споживання. Необхідно контролювати кількість випитої рідини: при гіпогалактії пити слід більше, при надмірній лактації чи лактостазі — обмежувати вживання рідини.

ДОГЛЯД ЗА ПОРОДІЛЛЯМИ З ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Породіллі з екстрагенітальною патологією потребують особливого догляду.

Породіллям із серцево-судинною патологією необхідно після пологів дотримувати ліжкового режиму. Одразу після народження дитини на живіт породіллі кладуть тягар. Двічі на день (за показаннями частіше) слід вимірювати АТ, визначати частоту пульсу, стежити за кольором шкіри. За появи відхилень викликати лікаря.

Бронхіальна астма. Породіллі потребують уникнення дії факторів, що спричинюють напади (пил, певні харчові продукти, медикаментозні засоби), дотримання гіпоалергенної дієти. В палаті повинні бути напоготові засоби для боротьби з нападом — бронхолітичні препарати (ефедрину гідрохлорид, ізадрин, алупент, еуфілін), інгалятори. Виникнення астматичного стану є показанням для переведення породіллі до відділення реанімації.

Захворювання шлунково-кишкового тракту. Основним моментом профілактики загострень захворювань шлунка, кишечника, печінки та підшлункової залози є дотримання відповідної дієти. Слід бути дуже обережним з уживанням медикаментозних препаратів під час лактації. Можна вживати спазмолітики (но-шпа, галідор), з антацидних засобів — альмагель, фосфалюгель, відвар квіток ромашки, картопляний та капустяний соки. Протипо-

казані атропін, гастроцепін, гангліоблокатори (бензогексоній, димеколін), вісмутовмісні препарати (вікалін).

Захворювання нирок. Найчастішим із цих захворювань є пієлонефрит. У післяпологовому періоді він може рецидивувати. Для профілактики загострень породіллі з хронічним пієлонефритом повинні дотримувати дієти. Рекомендується вживати багато рідини — до 2 л на день, рослинні сечогінні та антисептики: нирковий чай, петрушку, толокнянку, польовий хвощ. Якщо виникло загострення, антибактеріальну терапію проводять з урахуванням впливу препаратів на новонародженого. Використовують напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини. У період лікування краще годувати немовля донорським молоком.

Цукровий діабет. Після пологів хворим продовжують введення інсуліну. Вони повинні дотримувати режиму харчування. До дієти включають продукти, що мають цукрознижувальну дію: буряк, капуста, селера, квасоля, цибуля, а також настій елеутерокока, кропиви, бузини чорної. Прийом їжі повинен бути частим, невеликими порціями. Діти, що народилися у хворих на цукровий діабет, потребують ретельного обстеження та спостереження з огляду на можливість розвитку гіпоглікемії. Перші 2–3 доби дитина перебуває у відділенні інтенсивної терапії, спільне перебування з матір'ю протипоказане. Грудне вигодовування розпочинають на 4–5 добу.

Туберкульоз. Хворі на туберкульоз повинні народжувати в спеціалізованому фтизіоакушерському відділенні. Годувати немовля матері дозволяють лише у випадку неактивної форми, коли хвора не виділяє мікобактерії туберкульозу.

Сифіліс. Породілля та новонароджений потребують ретельного обстеження, за показаннями — лікування. Пологи та післяпологовий період проходять в обсерваційному відділенні, в ізоляторі. Акушерка при догляді за матір'ю та дитиною повинна бути дуже обережною, працювати в ґумових рукавичках. Використані шприци та предмети догляду необхідно піддавати знезараженню.

Перелік контрольних питань:

- ранній післяпологовий період. Догляд за породіллею у ранньому післяпологовому періоді;
- післяпологовий період. Інволюційні процеси в статевих органах;
- спільне перебування матері та новонародженого;
- догляд за породіллями з екстрагенітальною патологією;
- гігієна післяпологового періоду;
- грудне вигодовування;
- догляд за молочними залозами, тріщини сосків.

ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ І ВАГІТНІСТЬ

ВАГІТНІСТЬ І СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

До екстрагенітальної патології у вагітних жінок відносять захворювання серцево-судинної системи (6–8 %). Вони посідають перше місце серед причин материнської смертності. Саме тому фельдшер та акушерка повинні знати особливості перебігу захворювань серцево-судинної системи у вагітних, вплив тієї чи іншої патології на перебіг вагітності, а також особливості ведення вагітності та пологів при цих захворюваннях.

Під час вагітності відбувається додаткове навантаження на серцево-судинну систему жінки. Перерозподіл цього навантаження припадає на 2–3 та 7–8 місяці вагітності. На 7-му місяці у півтора раза зростає хвилинний об'єм серця, підвищується тиск у малому колі кровообігу, сповільнюється кровотік, змінюється периферичний судинний опір.

Ще один критичний період — це пологи, особливо II період. В цей час виникають різкі перепади артеріального тиску, коливання ударного та хвилинного об'єму серця, підвищена потреба в кисні, що призводить до перевантажень серцево-судинної системи.

Організм здорових жінок справляється з цими перевантаженнями завдяки адаптаційним механізмам. Проте, при захворюваннях серцево-судинної системи ці адаптаційні механізми нерідко порушуються, що призводить до порушень кровообігу, які можуть бути виражені різною мірою і навіть приводити до смерті.

Ревматизм і вагітність

Нерідко при вагітності ревматичний процес активується. Загострення частіше відбувається в перші 3 місяці, в останньому триместрі або в післяпологовому періоді. Рецидивний ендоміокардит є однією з причин серцевої декомпенсації. Перебіг ревматичного процесу у вагітних латентний, діагностика його затруднена. Визначити активність процесу важко, оскільки він не дає виражених клінічних проявів. Разом з тим визначення активності

дозволяє лікарю вирішити питання про можливість доношування вагітності. Активність ревматизму визначають на основі результатів клінічних, гематологічних, імунологічних досліджень, а саме:

- титр антистрептолізину 0 та антигіалуронідази (відповідно вище від 1:250 та 1:350);
- поява С-реактивного протеїну;
- зниження альбуміно-глобулінового коефіцієнта;
- позитивна баночна проба Вальдмана.

Останнім часом певну діагностичну цінність мають цитологічний та імунофлюоресцентний методи. Діагностика проводиться в умовах стаціонару.

Перебіг вагітності на фоні активного ревматичного процесу вкрай несприятливий, тому в ранні терміни рекомендується її переривання із наступним протиревматичним лікуванням. У разі активізації процесу у пізні терміни проводять дотермінове розродження, найкраще кесаревим розтином, із проведенням протиревматичної терапії.

Ревматизм та набуті вади серця

Наслідком перенесеного ревматизму здебільшого є набуті вади серця. Найчастіше уражається мітральний клапан, рідше — аортальний, ще рідше — тристулковий.

Мітральний стеноз

У вагітних найчастішою формою вади серця є мітральний стеноз.

Під час вагітності хворе серце поставлене перед необхідністю транспортувати значно більшу кількість крові, тому що об'єм циркулюючої крові збільшується на 30–50%. Мітральний стеноз призводить до переповнення малого кола кровообігу, в той час як під час вагітності і без того є передумови для застою крові в легенях. Поєднання цих факторів може призвести до порушення серцевої діяльності й до інших важких ускладнень аж до набряку легень.

При мітральному стенозі вагітність слід вважати протипоказаною, якщо з самого її початку спостерігаються ознаки недостатності кровообігу або активності ревматичного процесу. Погіршують прогноз і тому є протипоказаннями до доношування миготлива аритмія, легенева гіпертензія, тромбоемболічні ускладнення в минулому.

Близько 90% вагітних із мітральним стенозом мають компенсований кровообіг або I ступінь недостатності кровообігу і порівняно легко переносять вагітність. Це пояснюється тим, що за діагнозом «мітральний стеноз»

криється пізній ступінь звуження лівого венозного устя та різний стан міокарду. Перш ніж розвинуться розлади гемодинаміки, устя повинно звузитись на 60%, тобто до 2 см^2 (в нормі 6–7 см^2). Цей етап компенсації може тривати 20 років.

Прогноз перебігу вагітності та пологів у багатьох жінок покращується після мітральної комісуротомії. Оптимальним для вагітності і пологів є термін від 1 до 2 років після операції. Через 2 роки може з'явитися рестеноз, проте не менше ніж у 50–60% оперованих нормальний стан залишається на тривалий час, що дає можливість жінці стати матір'ю без шкоди для здоров'я. *Тому при повній компенсації кровообігу, синусовому ритмі, відсутності легеневої гіпертензії й активізації ревматичного процесу вагітність можна дозволити. В інших випадках вона протипоказана.*

Коли фельдшер, акушерка поставлені перед фактом наявності вагітності у жінок з мітральним стенозом і прогресуючою недостатністю кровообігу, серцевою астмою чи набряком легень, мітральна комісуротомія є найбільш правильним виходом із ситуації. Її можна проводити за необхідності у будь-якому терміні вагітності, але найкращими термінами є 10–11 або 16–18 тижнів. Необхідно уникати тих термінів, за яких існує найбільша вірогідність переривання вагітності. Після 28 тижнів операція небажана, оскільки залишається мало часу до пологів і серцево-судинна система жінки і плода не встигає адаптуватись до нових умов гемодинаміки.

Недостатність мітрального клапана

Недостатність мітрального клапана у невагітних жінок трапляється у 10 разів рідше, ніж стеноз. При цій ваді кров під час систоли поступає не лише в аорту, але й у ліве передсердя. Завдяки сильному лівому шлуночку хвилинний об'єм крові підтримується на нормальному рівні, і декомпенсація розвивається пізно. Більшість вагітних з «чистою» недостатністю мітрального клапана переносять вагітність без будь-яких порушень кровообігу.

Недостатність мітрального клапана під час вагітності важко діагностувати, тому висока частота помилкових діагнозів.

При *компенсованій ваді* ця патологія *не є протипоказанням для доношування вагітності.* Повторні вагітності зазвичай не погіршують стану хворої. *При атріо- і кардіомегалії, які завжди супроводжуються недостатністю кровообігу, а нерідко і миготливою аритмією, а також при гострій недостатності мітрального клапана вагітність протипоказана.*

В останні десятиліття широко використовується *хірургічне лікування недостатності мітрального клапана.* Проте необхідність постійного вживання антикоагулянтів, у тому числі й під час пологів, а також часті

рецидиви й серйозні ускладнення (відрив клапана, бактеріальний ендокардит, гемолітична анемія) дозволяють вважати *недоцільним* збереження вагітності в оперованих хворих.

При *«мітральній хворобі»* (поєднана вада — стеноз отвору і недостатність клапанів) дуже швидко відбувається декомпенсація. Прогноз при цій патології тяжчий, ніж при ізольованій мітральній ваді. Вагітність у таких хворих допустима лише за повної компенсації кровообігу.

Пролапс мітрального клапана — стан, за якого стулки — задня або обидві — випинають у порожнину лівого передсердя. Цю патологію почали діагностувати з уведенням у практику ехокардіографії. Переважна більшість випадків вагітності й пологів перебігають без ускладнень. Таким чином, ця патологія серця не є протипоказанням для вагітності та пологів.

Аортальний стеноз

Аортальний стеноз складає близько 16% усіх вад серця. При цій ваді розвивається дилятація лівого шлуночка, відносна недостатність мітрального клапана, що призводить до підвищення тиску у лівому передсерді та застою у легеневих венах, легеневої гіпертензії. Згодом розвиваються правошлуночкова недостатність, збільшення печінки і набряки. Тривалість життя таких хворих від моменту появи декомпенсації складає 2–3 роки. Проте, період повної компенсації вади може тривати 20–30 років. Це визначає акушерську тактику. Поки немає недостатності кровообігу, вагітність не протипоказана. Однак навіть початкові прояви недостатності кровообігу служать протипоказаннями для неї. Частіше хворі помирають не під час вагітності чи в пологах, а через рік після пологів.

Вади тристулкового клапана

Вади тристулкового клапана ізольовано трапляються рідко, тому акушерська тактика визначається станом мітральної чи аортальної вади. Проте, ця патологія часто супроводжується застійними явищами у великому колі кровообігу, тому вагітність слід вважати протипоказаною.

Недостатність аортальних клапанів

Недостатність аортальних клапанів — друга за частотою виникнення ревматична вада серця. При цій ваді кров з аорти під час діастоли повертається в лівий шлуночок. Потужний м'яз лівого шлуночка спочатку компенсує дефект клапана, але з часом виникають дилятація лівого шлуночка, відносна недостатність мітрального клапана. В результаті підвищується тиск

у лівому передсерді, легеневій вені, розвивається правошлуночкова недостатність зі збільшенням печінки і набряками.

За відсутності явищ декомпенсації вагітність можна доношувати. Якщо ж існують явища недостатності кровообігу, її необхідно перервати.

При протезуванні аортального клапана вагітність протипоказана.

Вроджені вади серця

Вроджені вади серця трапляються значно рідше, ніж набуті, і, хоча завдяки сучасним методам діагностики кількість їх зростає, все ж частота не перевищує 3–5%. Більшість хворих здатні перенести вагітність і пологи без шкоди здоров'ю. Прогноз визначається не лише формою вади, але й тим, чи супроводжується вона недостатністю кровообігу. Своєчасна (в дитинстві) корекція вади значно ефективніша, ніж при ревматичних вадах, тому такі жінки доношують вагітність і народжують зазвичай без будь-яких особливостей.

Практично вроджені вади серця діляться на 3 групи:

- вади із скиданням крові зліва праворуч (дефект міжпередсердної перегородки, відкрита артеріальна протока, дефект міжшлуночкової перегородки);
- вади зі скиданням крові справа ліворуч і з артеріальною гіпоксемією (тетрада Фалло, транспозиція магістральних судин, синдром гіпоплазії лівого серця);
- вади із перешкодами кровотоку (стеноз легеневої артерії, стеноз устя аорти, коарктація аорти).

У жінок із вродженими вадами серця частіше, ніж у здорових та у матерів з набутими вадами, народжуються діти з аномаліями розвитку та вродженими вадами серця. Досить часто співпадає форма вади, що свідчить про домінантний тип успадкування. Найбільший ризик успадкування вади виникає у разі дефекту міжшлуночкової перегородки.

Вагітність протипоказана хворим із вродженими вадами при недостатності кровообігу II–А і навіть I ступеня, за наявності легеневої гіпертензії, при всіх варіантах вади Фалло, синдромі Ейзенменгера та коарктації аорти.

Особливості ведення вагітності та пологів у жінок з вадами серця

Якщо жінка із захворюванням серця хоче виношувати вагітність, слід у ранні терміни уточнити ступінь вираженості недостатності кровообігу та активності ревматичного процесу. Незалежно від стану, *вагітних слід госпі-*

талізувати як мінімум тричі — *у 8–10 тижнів* вагітності для уточнення діагнозу і вирішення щодо можливості доношування вагітності, *у 28–30 тижнів* — період найбільшого гемодинамічного навантаження на серце і *за 3 тижні до очікуваного терміну пологів* — для підготовки до них.

З метою обстеження використовують ЕКГ, ФКГ, ехокардіографію, доплерометрію.

Залежно від наявності тих чи інших ускладнень, ступеня активності ревматичного процесу, функціональної здатності серця розрізняють чотири ступені ризику у вагітних із захворюваннями серця:

- I — при відсутності виражених ознак серцевої недостатності і загострення ревматичного процесу.
- II — за наявності початкових ознак серцевої недостатності (тахікардія, тахіпное) та активного ревматичного процесу (I ступінь активності).
- III — у разі наявності ознак декомпенсації, правошлуночкової недостатності, легеневої гіпертензії, активності ревматичного процесу II ст., миготливої аритмії.
- IV — у випадку декомпенсованої вади з ознаками лівошлуночкової недостатності та миготливої аритмії, з тромбоемболічними проявами тромбоемболічних ускладнень.

Виявлення ознак недостатності кровообігу чи активний ревматичний процес є показаннями до переривання вагітності в ранні терміни. Збереження вагітності протипоказане і в тому випадку, якщо після затихання ревматичного процесу минуло менше 6 місяців.

При III-IV ступенях ризику вагітність протипоказана.

Протирецидивне лікування ревматизму проводиться в 10–12, у 26–28 і 36–38 тижнів вагітності, а також у перші дні післяпологового періоду. З цією метою вводять пеніцилін пролонгованої дії — біцилін-5 до 1500000 1 раз на місяць. Перед його введенням слід зробити попередню внутрішньошкірну пробу на чутливість до пеніциліну.

Деякі пацієнтки вимушені вживати антикоагулянти. Вагітність є протипоказанням до вживання непрямих антикоагулянтів, оскільки вони мають тератогенну дію. Тому, в разі збереження вагітності, таких хворих переводять на гепарин. На жаль, він може викликати ембріолітичний ефект чи навіть викликати мимовільний аборт. Коли цього не трапляється, то плід буде розвиватись нормально. Проте необхідність парентерального введення та контролю робить практично неможливим застосування його впродовж усієї вагітності, тому надалі вагітну переводять на непрямі коагулянти до 37 тижнів вагітності, а надалі знову призначають гепарин.

З початком пологової діяльності введення гепарину слід припинити і відновити його через 4–6 год після пологів при відсутності кровотечі. Терапію непрямими антикоагулянтами можна відновити через 24 год, в молоко вони не потрапляють.

Одним із ускладнень перебігу вагітності при серцевій патології є передчасне переривання вагітності, а недоношування — одна з основних причин перинатальної смертності. Оскільки β-адреноміметики можуть викликати зміну ритму серця і впливати на виникнення серцевої недостатності, з метою збереження вагітності в таких випадках слід призначати препарати магнію.

До вагітності нерідко приєднується гестоз, спостерігається несвоєчасне відходження навколоплодових вод, виникають слабкість пологової діяльності, кровотечі.

Важливе значення має визначення перед пологами функціонального стану серця, наявності порушень кровообігу, активності ревматичного процесу. Підготовка до пологів передбачає лікування усіх виявлених функціональних порушень, протиревматичне лікування при загостренні, визначення плану розродження. Медикаментозна підготовка включає призначення вітамінно-енергетичного комплексу, серцевих препаратів.

Пологи жінок із захворюваннями серця проводяться переважно *через природні родові шляхи,* бажано в умовах спеціалізованого стаціонару.

Кесарів розтин проводять:

- при недостатності кровобігу IIБ–III ст., незалежно від причин, що призвели до декомпенсації;
- у разі септичного ендокардиту;
- при миготливій аритмії;
- у випадках легеневої гіпертензії з високим рівнем тиску.

У разі ведення пологів через природні пологові шляхи необхідно проводити оксигенотерапію, вводити серцеві засоби. Слід надзвичайно уважно стежити за станом роділлі — кольором шкіри, пульсом (він не повинен перевищувати 110 на хв), артеріальним тиском (кожні 30–60 хв), диханням (частота не більше 24 за хв), і при необхідності посилювати оксигенацію та кардіальну терапію. Щогодини потрібно проводити аускультацію легень для своєчасного виявлення хрипів у легенях. Важливе погодинне вимірювання кількості сечі. У роділь зі схильністю до виникнення аритмії необхідно періодично проводити ЕКГ. Якщо до пологів проводилось лікування серцевої недостатності, що виникла під час вагітності, в пологах його слід продовжувати. Введення строфантину можна повторити через 12 годин. Доцільно вводити також кокарбоксилазу, рибоксин, вітаміни (B_1,C).

Необхідно надавати роділлі напівсидячого положення, що полегшує дихання, зменшує приплив крові від нижніх кінцівок.

Пологи проводять під знеболюванням. Одним з найкращих методів знеболювання є епідуральна анестезія. Цей метод рекомендують застосовувати у разі накладання акушерських щипців. При відсутності порушення кровообігу можна використовувати пудендальну анестезію.

Необхідність уникнення потуг виникає за недостатності кровообігу II–А ст. у жінок, які народжують уперше, при недостатності кровообігу II–Б ст. під час вагітності, що до терміну пологів перейшла у II–А чи I ст., у випадку нападів коронарної недостатності, легеневої гіпертензії, миготливої аритмії, а також, якщо II період пологів затягується більше, ніж 40 хвилин. Якщо немає ознак порушення кровообігу в пологах, то уникнення потуг не є необхідним.

Найсерйознішої уваги вимагає ведення III періоду пологів та раннього післяпологового періоду. При вадах зі збільшеним серцевим викидом (мітральна недостатність, аортальна недостатність) для зменшення депонування крові й збільшення її притоку до серця породіллі на живіт слід покласти тягар. При мітральному стенозі, ваді Ейзенменгера, тетраді Фалло, стенозі устя аорти цього роботи не слід, щоб запобігти швидкому переповненню легень кров'ю і їх набряку. Виписувати породілей додому можна лише за відсутності явищ порушення кровообігу. За необхідності їх переводять у спеціалізовані стаціонари.

ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Артеріальна гіпертензія спостерігається у 4–5% вагітних. Нерідко захворювавння існує до вагітності, але вперше виявляється лише під час вагітності. ***Артеріальна гіпертензія*** — це підвищення систолічного артеріального тиску до 140 мм рт.ст. чи вище та/або діастолічного артеріального тиску до 90 мм рт.ст. чи вище при двох вимірюваннях у стані спокою із інтервалом не менше 4 годин або підвищення артеріального тиску 160/110 мм рт.ст. одноразово.

Перебіг гіпертонічної хвороби у вагітних хвилеподібний — у I триместрі тиск у більшості вагітних знижується, створюється враження відносного благополуччя, що може ввести лікаря в оману щодо прогнозу вагітності і вирішення питання про можливість її доношування.

У II половині тиск підвищується і продовжує наростати, призводячи до різноманітних ускладнень. У багатьох жінок (близько 80%) на фоні гіпертонічної хвороби виникають гестози II половини вагітності, їх перебіг

значно важчий, ніж так званих «чистих» гестозів. Нерідко розвиваються хронічна фетоплацентарна недостатність, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, хронічна гіпоксія плода. Гіпертонічна хвороба може стати причиною передчасного відшарування плаценти, що, в свою чергу, призводить до загибелі плода та виникнення коагулопатичних кровотеч. Деколи виникають гіпертонічна енцефалопатія, порушення мозкового кровообігу аж до інсульту. Всі ці ускладнення зумовлюють необхідність відносити жінок з гіпертонічною хворобою до групи підвищеного ризику материнської та перинатальної смертності.

Розрізняють гіпертонічну хворобу з повільним перебігом та злоякісну гіпертензію — з швидким прогресуючим перебігом.

Класифікація гіпертензивних розладів у вагітних:

- хронічна гіпертензія;
- гестаційна гіпертензія: транзиторна, хронічна;
- прееклампсія/еклампсія;
- поєднана прееклампсія;
- гіпертензія неуточнена.

Хронічна гіпертензія — гіпертензія, що спостерігалася до вагітності або виникла (вперше виявлена) до 20 тижнів вагітності.

Гестаційна гіпертензія — гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності і не супроводжується протеїнурією аж до пологів.

Транзиторна (минуща) гестаційна гіпертензія — нормалізація артеріального тиску у жінки, яка перенесла гестаційну гіпертензію, упродовж 12 тижнів після пологів (ретроспективний діагноз).

Хронічна гестаційна гіпертензія — гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності та зберігається через 12 тижнів після пологів.

Гіпертензія неуточнена — гіпертензія, виявлена після 20 тижнів вагітності, за умови відсутності інформації щодо артеріального тиску до 20 тижнів вагітності.

Класифікація хронічної гіпертензії за рівнем артеріального тиску

Табл. 12.1

Артеріальна гіпертензія	Систолічний АТ, мм рт. ст.	Діастолічний АТ, мм рт. ст.
1 ступеня (м'яка)	140–159	90–99
2 ступеня (помірна)	160–179	100–109
3 ступеня (тяжка)	≥180	≥110
Ізольована систолічна	≥140	<90

Залежно від стадії виділяють ту чи іншу групу ризику, а саме:

- I ступінь ризику — I стадія гіпертонічної хвороби;
- II ступінь — II стадія;
- III ступінь — III стадія та злоякісна гіпертензія.

При першому ступені ризику вагітність, як правило, закінчується сприятливо. Ускладнення вагітності виникають не більше ніж у 20% випадків, з такою ж частотою вагітність погіршує перебіг захворювання. У разі II ступеня вагітна потребує ретельного обстеження та адекватної терапії в умовах стаціонару, вагітність також може завершуватись сприятливо, хоча іноді виникає ціла низка ускладнень, що вимагають висококваліфікованої допомоги. Ці ускладнення трапляються у 20–50% випадків. І, нарешті, при третьому ступені ризику вагітність протипоказана. Материнська смертність трапляється саме в цій групі хворих.

Гіпертензію, пов'язану з вагітністю, діагностують та оцінюють за ступенем тяжкості на підставі діастолічного тиску, який більше характеризує периферичний судинний опір і, залежно від емоційного стану жінки, менше змінюється, ніж систолічний. Для визначення об'єму лікування та як мету антигіпертензивної терапії (цільовий рівень АТ) також використовують діастолічний тиск.

Фельдшер та акушерка повинні користуватися певними вимогами при вимірюванні артеріального тиску. При цьому пацієнтка має перебувати у стані спокою щонайменше 10 хв, рука вільно лежить на твердій поверхні, манжетка розташована на рівні серця і обгорнута навколо плеча не менше, ніж на три чверті. Якщо окружність верхньої частини плеча перевищує 32 см, використовують нестандартну манжетку більшого розміру (у разі окружності 33–41 см манжетка 15×33 см, >41 см — спеціальна стегнова манжетка). Бажано застосовувати ртутний сфігмоманометр. Вимірювання АТ повторюють двічі, а у разі розбіжності результатів — тричі або більше. Для визначення діастолічного тиску використовують V тон за Коротковим (не IV, як раніше), беручи точку повного зникнення артеріальних шумів.

Хронічна гіпертензія

Діагностику хронічної гіпертензії під час вагітності проводять на підставі анамнестичних даних щодо підвищення АТ≥140/90 мм рт.ст. до вагітності та/або визначення АТ≥140/90 мм рт.ст. у стані спокою двічі з інтервалом не менше 4 год. чи ≥160/110 мм рт.ст. одноразово у терміні до 20 тижнів вагітності.

Питання щодо можливості виношування вагітності вирішується спільно акушером-гінекологом та терапевтом (кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про попередній перебіг основного захворювання.

Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів):

- тяжка артеріальна гіпертензія (гіпертензія 3 ступеня за ВООЗ) — АТ≥180/110 мм рт.ст.;
- спричинені артеріальною гіпертензією тяжкі ураження органів-мішеней:
  — серця (перенесений інфаркт міокарда, серцева недостатність),
  — мозку (перенесений інсульт, транзиторні ішемічні напади, гіпертензивна енцефалопатія);
  — сітківки ока (геморагії та ексудати, набряк диска зорового нерва);
  — нирок (ниркова недостатність);
  — судин (розшаровуюча аневризма аорти);
- злоякісний перебіг гіпертензії (діастолічний АТ>130 мм рт.ст., зміни очного дна за типом нейроретинопатії).

Показання до переривання вагітності у пізньому терміні. Головною метою медичної допомоги вагітним із хронічною гіпертензією є попередження виникнення поєднаної прееклампсії або якомога раніше встановлення цього діагнозу.

Приєднання прееклампсії до хронічної артеріальної гіпертензії у вагітної значно погіршує прогноз закінчення вагітності, збільшує ризик материнських та перинатальних ускладнень.

Профілактика розвитку прееклампсії. Включення до раціону харчування морських продуктів із високим вмістом поліненасичених жирних кислот, препаратів кальцію. Не слід обмежувати вживання кухонної солі та рідини.

Постійна антигіпертензивна терапія не попереджує розвиток поєднаної прееклампсії, але може зменшувати вираженість останньої, а також частоту материнських ускладнень.Основним шляхом раннього (своєчасного) виявлення приєднання прееклампсії є ретельне спостереження за вагітною.

Моніторинг стану вагітної включає огляд у жіночій консультації з вимірюванням АТ у першій половині вагітності 1 раз на 3 тижні, з 20 до 28 тижнів — 1 раз на 2 тижні, після 28 тижнів — щотижня. Доцільно проводити визначення добової протеїнурії, щоденний самоконтроль АТ у домашніх умовах. Обов'язковим є огляд окуліста з офтальмоскопією та проведення ЕКГ при першому відвідуванні жіночої консультації.

Моніторинг стану плода. Обов'язковим є проведення ультразвукового дослідження плода і плаценти в терміні вагітності 9–11 тижнів, 18–22, 30–

32 тижні. Щодня після 28 тижнів вагітності проводять актографію (тест рухів плода) з відміткою у щоденнику та кардіотокографію (після 30 тижнів).

Госпіталізація. Показання до госпіталізації:

- приєднання прееклампсії;
- неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз;
- поява або прогресування змін на очному дні;
- порушення мозкового кровообігу;
- коронарна патологія;
- серцева недостатність;
- порушення функції нирок;
- затримка росту плода;
- загроза передчасних пологів.

Госпіталізація хворих здійснюється до родопомічних закладів II та III рівнів у термінах вагітності до 22 тижнів, за умови відсутності акушерських ускладнень вагітна може бути госпіталізована до кардіологічного (терапевтичного) відділення.

Питання щодо необхідності переривання вагітності у пізньому терміні вирішується консиліумом лікарів за участю кардіолога, окуліста та, за необхідності, інших фахівців.

Показання до переривання вагітності у пізньому терміні:

- злоякісний перебіг артеріальної гіпертензії;
- розшаровуюча аневризма аорти;
- гостре порушення мозкового або коронарного кровообігу (тільки після стабілізації стану хворої);
- раннє приєднання прееклампсії, яка не піддається інтенсивній терапії.

Способом переривання вагітності у пізньому терміні за перерахованими вище показаннями є абдомінальний кесарів розтин.

Лікування артеріальної гіпертензії. Вагітним з *м'якою* чи *помірною первинною артеріальною гіпертензією*, які до вагітності отримували постійну антигіпертензивну терапію, медикаментозне лікування після встановлення діагнозу вагітності відміняють. Препарати, яким притаманний синдром відміни (β-адреноблокатори), відміняють поступово.

У подальшому за вагітною ретельно спостерігають та інформують її про необхідність щоденного самоконтролю АТ у домашніх умовах. Показанням до призначення постійної антигіпертензивної терапії під час вагітності хворій з хронічною АГ є діастолічний тиск ≥100 мм рт.ст.

Мета антигіпертензивної терапії під час вагітності — стійке підтримання діастолічного АТ 80–90 мм рт.ст. У вагітних з гіпертензією, яка характеризується переважним підвищенням систолічного АТ метою лікування є стабілізація останнього на рівні 120–140 мм рт.ст. (не нижче 110!).

Немедикаментозні засоби лікування вагітних з хронічною артеріальною гіпертензією включають:

- охоронний режим (виключення значних психологічних навантажень, підтримка родини, раціональний режим праці та відпочинку, двогодинний відпочинок вдень у положенні лежачи, бажано на лівому боці, після 30 тижнів);
- раціональне харчування (добовий калораж до 20 тижнів 2500–2800, після 20 тижнів — 2900–3500 ккал, підвищений вміст білка та поліненасичених жирних кислот, обмеження тваринних жирів, холестерину, продуктів, що викликають спрагу);
- психотерапію;
- лікувальну фізкультуру.

Не рекомендується:

- обмеження споживання кухонної солі та рідини;
- зменшення зайвої маси тіла до завершення вагітності;
- фізичні навантаження.

Корисність ліжкового режиму не доведено, навіть у випадках приєднання прееклампсії.

Необхідно проводити медикаментозну терапію. Виходячи з того, що деякі медикаменти, які традиційно застосовуються для лікування гіпертонічної хвороби, мають негативний вплив на плід, особливого значення набуває седативна терапія (броміди, валеріана, мепротан, персен), фітотерапія. Проводять розвантажувальні («сирні», «яблучні») дні.

При I стадії такого лікування та режиму буває достатньо. У разі гіпертонічної хвороби II стадії крім цих препаратів застосовують спазмолітики, діуретики, антагоністи іонів кальцію, стимулятори адренергічних рецепторів, гангліоблокатори. Хоча спазмолітики, які вживаються давно (дибазол, папаверин, НО-ШПА, еуфілін) порівняно із сучасними препаратами мають незначний ефект, з огляду на відсутність негативного впливу на плід, вагітним слід призначати їх (папаверину гідрохлорид 2 мл 2% 2 рази на день, дибазол — 2 мл 2% розчину 2 рази на день, НО-ШПА — 2 мл 2 рази на день, еуфілін 2,4% — 10 мл внутрішньовенно). Із діуретиків перевагу слід надавати препаратам, що не виводять калію (спіронолактон 25–50 мг/добу), тріамтерен 25–50 мг/добу). Призначати гіпотіазід, фуросемід необхідно одночасно з препаратом калію. Широко застосовують клофелін (0,250–0,5 мг/добу), метилдопа (1000–1500 мг/добу) завдяки їх ефективності та відсутності негативного впливу на плід. Гангліоблокатори використовують лише під час пологів для швидкого і короткочасного зниження артеріального тиску. Застосовують оксигенотерапію. Одночасно з лікуванням гіпертензії проводять заходи, спрямовані на покращення матково-плацентарного

кровотоку, профілактику ускладнень. У разі розвитку пізнього гестозу проводять весь комплекс лікувальних заходів, які необхідні при цьому ускладненні.

Розродження жінок з гіпертонічною хворобою проводять, як правило, через природні пологові шляхи, застосовуючи в I та II періодах пологів адекватне знеболювання — епідуральну анестезію та гіпотензивну терапію. Потуги виключають, якщо у кінці періоду вигнання виникають ускладнення, що загрожують життю жінки, або при артеріальному тиску, що перевищує 170/110 мм рт. ст. Під час пологів забезпечують суворий контроль АТ та серцевої діяльності роділлі, моніторинг стану плода. Медикаментозну антигіпертензивну терапію починають, якщо АТ≥160/110 мм рт.ст., причому бажано не знижувати АТ менше 130/90 мм рт.ст. Для лікування гіпертензії під час пологів використовують засоби, безпечні для плода і новонародженого.

Кесарів розтин у плановому порядку виконують за умови наявності: неконтрольованої тяжкої гіпертензії; ураження органів-мішеней — *серця* (перенесений інфаркт міокарда, серцева недостатність); *мозку* (перенесений інсульт, транзиторні ішемічні напади, гіпертензивна енцефалопатія); *сітківки ока* (геморагії та ексудати, набряк диска зорового нерва); *нирок* (ниркова недостатність); *судин* (розшаровуюча аневризма аорти); *затримки внутрішньоутробного росту плода тяжкого ступеня.*

У разі спонтанного початку пологової діяльності до повних 34 тижнів вагітності план ведення пологів вирішується консиліумом лікарів з урахуванням стану роділлі, стану плода та акушерської ситуації.

Третій період пологів ведуть активно.

Застосування ергометрину та його похідних у хворих на артеріальну гіпертензію протипоказано.

У післяпологовому періоді забезпечують ретельний нагляд терапевта (кардіолога), щоденний контроль артеріального тиску, огляд очного дна, визначення протеїнурії, дослідження крові на креатинін. Продовжують попереднє антигіпертензивне лікування.

Лактацію не виключають. *Протипоказаннями до лактації та грудного вигодовування є* злоякісна гіпертензія та тяжкі ураження органів-мішеней. *Тимчасове протипоказання* — неконтрольована гіпертензія.

Медикаментозна антигіпертензивна терапія матері не перешкоджає грудному вигодовуванню. Не бажано застосовувати в період лактації атенолол, клонідин, блокатори рецепторів ангіотензину II. З групи інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту віддають перевагу каптоприлу або еналаприлу, призначати їх слід не раніше, ніж через 1 місяць після пологів. Варто пам'ятати, що сечогінні засоби зменшують кількість грудного молока.

Після виписки з акушерського стаціонару хвору з хронічною артеріальною гіпертензією передають під нагляд дільничного терапевта (кардіолога) або сімейного лікаря.

Гіпотензія і вагітність

Артеріальна гіпотензія спостерігається у 10–12% вагітних. Вона може передувати вагітності чи виникати при ній. Причини артеріальної гіпотензії невідомі. Розрізняють три форми артеріальної гіпотензії: *компенсована*, яку виявляють лише при вимірюванні артеріального тиску; *субкомпенсована* при цій формі вже є клінічні прояви: запаморочення, нездужання, головний біль, неприємні відчуття в ділянці серця, серцебиття. Нерідко такі вагітні дратівливі, емоційно неврівноважені, схильні до поганого настрою. У багатьох зустрічається варикозне розширення вен. При об'єктивному обстеженні серцево-судинної системи змін, за винятком зниженого тиску, зазвичай не знаходять. Хвилинний об'м крові у них достатній, периферичний опір судин значно знижений, внаслідок чого і падає тиск. *Декомпенсована* форма проявляється у вигляді гіпотонічних кризів, при яких тиск може знижуватись до 80/50 мм рт. ст. і нижче. Виникають сильний головний біль, іноді запаморочення. Шкіра бліда, покрита холодним липким потом. Може з'явитись блювання. Артеріальна гіпотензія не є протипоказанням до доношування вагітності, проте вона часто супроводжується різноманітними ускладненнями. На фоні гіпотензії виникають гестози — як ранні, так і пізні. Слід пам'ятати, що артеріальний тиск при пізньому гестозі у разі гіпотензії може не перевищувати нормальних цифр, тому підвищення його на 30% відносно вихідного необхідно вважати проявом гестозу.

У пацієнток з гіпотензією в 3–5 разів частіше, ніж у здорових вагітних, спостерігаються викидні та передчасні пологи. Артеріальна гіпотензія сприяє розвитку синдрому ЗВРП через знижений матково-плацентарний кровотік. В пологах може спостерігатись слабкість пологової діяльності, гіпоксія плода, що сприяє розширенню показань до оперативного розродження. Коли артеріальна гіпотензія поєднується із слабкістю пологової діяльності, створюються особливо несприятливі умови для плода, його гіпоксія може закінчитись інтранатальною чи постнатальною смертю. В послідовому та ранньому післяпологовому періодах може виникати кровотеча, зумовлена гіпотонією матки. Ці кровотечі небезпечні тим, що жінки з гіпотонією дуже чутливі до крововтрати, геморагічний шок у них може виникнути при значно меншій крововтраті, ніж у здорових жінок.

Лікування гіпотензії включає немедикаментозні та медикаментозні заходи. Важливе значення має дотримання певного режиму, звільнення

вагітної від роботи в нічний час, лікувальна фізкультура. Харчування має бути різноманітним, багатим на білки та вітаміни.

Основними медикаментами, які призначають при артеріальній гіпотензії, є загальнозміцнювальні та тонізуючі препарати — 40% розчин глюкози з вітаміном С, настойка жень-шеню, китайського лимонника, елеутерококу по 20–25 крапель 2–3 рази на день, апілак, пантокрин.

Рекомендують також препарати, що покращують метаболічні процеси в міокарді — рибоксин, аскорбінову кислоту, вітаміни; доцільно проводити сеанси гіпербаричної оксигенації. Позитивний ефект спостерігається також від загального УФО, електрофорезу кофеїну в комірцеву ділянку.

У разі виникнення гіпотонічного кризу слід ввести 1 мл 5% розчину ефедрину і 1 мл 10% розчину кофеїну.

Пологи ведуть через природні пологові шляхи. Для підготовки до пологів слід застосовувати простагландини. Пологовий акт у таких жінок розвивається повільно, що пов'язано із виснаженням енергетичних ресурсів організму в результаті сповільненого обміну речовин, але не потрібно вдаватися одразу до стимуляції скоротливої діяльності окситоцином, оскільки це може призводити до дискоординації пологової діяльності. Доцільніше надавати роділлі медикаментозний відпочинок.

Слід пам'ятати про можливість виникнення кровотеч та важкі колаптоїдні реакції у роділь з гіпотонією навіть при порівняно невеликій крововтраті, і проводити їх профілактику в послідовому та ранньому післяпологовому періоді.

ЗАХВОРЮВАННЯ СУДИН І ВАГІТНІСТЬ

Варикозна хвороба

У вагітних це захворювання зустрічається досить часто (15–20%), переважно у жінок, які народжують багато разів. Причиною виникнення цієї патології є зниження тонусу мускулатури венозної стінки та недосконаліть венозної клапанної системи.

Часто появу розширення вен у вагітних пояснюють зниженням рівня естрогенів та збільшенням прогестерону, який має розслаблюючу дію на стінки вен. Крім того, прогестерон знижує вироблення задньою часткою гіпофіза гормону, який сприяє нормальному тонусу непосмугованих м'язів, що відображається і на стані вен. Важливе значення має збільшення об'єму циркулюючої крові, підвищення венозного тиску, сповільнення кровотоку в нижніх кінцівках. Сприяють розвитку варикозної хвороби тривале стояння

на ногах, носіння круглих підв'язок, що затруднюють відтік венозної крові, тяжка фізична праця.

Розширення вен починається на нижніх кінцівках, поширюється на стегна, статеві губи. Може зустрічатись також розширення вен піхви і малого таза. Вагітних може турбувати відчуття важкості в нижніх кінцівках, біль, іноді розвиваються набряки. Виявляють варикозне розширення вен при огляді. Використовують гемодинамічні проби, ультразвукове дослідження, флебографію.

Ведення вагітності та пологів. Наявність варикозної хвороби нижніх кінцівок не є протипоказанням до доношування вагітності.

Щодо ускладнень вагітності, то у жінок з варикозною хворобою частіше, ніж у здорових виникають аномалії прикріплення плаценти. В пологах може виникати слабкість пологової діяльності, частіше зустрічаються кровотечі в послідовому та ранньому післяпологовому періодах.

Лікувальні заходи під час вагітності зводяться до того, що вагітній рекомендують носити еластичні панчохи, кілька разів на день лежати з дещо піднятими ногами. Можна змащувати кінцівки венозним гелем. Перед пологами, в пологах та післяпологовому періоді необхідне еластичне бинтування нижніх кінцівок. У післяпологовому періоді рекомендують раннє вставання. Проводять дезагрегантну та антикоагулянтну терапію (трентал, курантил, ацетилсаліцилова кислота), призначають також ескузан по 12–15 крапель 3 рази на день, глівенол по 0,4×2 рази на день, венорутон по 0,3× 2 рази на день, троксевазин.

Вибір методу розродження зумовлюється акушерською ситуацією. Питання про застосування антиагрегантної та антикоагулянтної терапії в пологах вирішують залежно від стану системи гемостазу. При підвищеній гемокоагуляції в пологах можна ввести 5000 ОД гепарину за 2–4 год до завершення пологів чи за 2 год до кесаревого розтину. Можна використовувати низькомолекулярні аналоги гепарину — фраксипарин, клексан, які сповільнюють згортання крові на більш ранніх стадіях. Дезагрегантну терапію здійснюють введенням тренталу, реополіглюкіну.

Тромбофлебіт поверхневих вен

Найчастіше ускладнення варикозної хвороби — тромбофлебіт — запалення вени з утворенням тромбів.

Клінічна картина тромбофлебіту проявляється болем, що виникає за ходом судин, парестезіями, субфебрилітетом, підвищенням місцевої температури. З'являються набряк, потовщення кінцівок. Пальпація судин болюча. Для діагностики, крім цих даних, використовують вимірювання обводу

кінцівок сантиметровою стрічкою. Лабораторним підтвердженням тромбофлебіту є підвищення протромбінового індексу вище 100%.

Виникнення тромбофлебіту може призвести до надзвичайно серйозних ускладнень — тромбоемболії гілок чи основного стовбура легеневої артерії чи мозкових артерій і до смерті жінки. Найбільша небезпека виникає у перші дні післяпологового періоду, оскільки в цей час в організмі проходять зміни, що створюють передумови для тромбоутворення.

Ведення вагітності та пологів. *Лікування* полягає у дотриманні суворого ліжкового режиму, призначенні антибіотиків та сульфаніламідних препаратів, антикоагулянтів (під контролем протромбінового індексу).

Використовують також протизапальні та антиагрегантні препарати: бутадіон по 0,15×3 рази, аспірин по 0,125 на добу; засоби, що покращують мікроциркуляцію та мають флебодинамічну дію: троксевазин, ескузан.

Терапію гепарином слід проводити при гіперкоагуляції та за наявності в анамнезі тромбофлебітичних ускладнень. Крім гепарину можна вживати його низькомолекулярні аналоги: фраксипарин, фрагмін, клексан. Їх вводять 1-2 рази на добу. Місцево використовують компреси з лініментом за Вишневським, гепариновою, троксевазиновою чи бутадіоновою маззю.

Ведення пологів передбачає ретельне знеболювання, введення в II–III періодах пологів реополіглюкіну з метою дезагрегації. Оперативні втручання виконують залежно від акушерської ситуації. Проводячи профілактику гіпоксії плода слід уникати введення аскорбінової кислоти, оскільки вона має здатність підвищувати згортання крові.

У післяпологовому періоді необхідне еластичне бинтування обох нижніх кінцівок. Якщо тромбофлебіт виник незадовго до пологів (менше 4 тижнів), продовжують дезагрегантну терапію — трентал по 0,1 3 рази на день, аспірин 0,125 на добу, проводять гепаринотерапію.

При відсутності явищ гострого тромбофлебіту рекомендується раннє вставання та лікувальна фізкультура. Із стаціонару виписують після зникнення гострих явищ та нормалізації протромбінового індексу.

Після виписки із стаціонару рекомендується еластичне бинтування нижніх кінцівок, обмеження статичних навантажень на нижні кінцівки. Хворі підлягають диспансерному спостереженню у хірурга.

ХВОРОБИ КРОВІ ТА ВАГІТНІСТЬ

Анемія і вагітність

Серед захворювань крові у вагітних найчастіше зустрічається анемія. ***Анемія*** — патологічний стан, що характеризується зменшенням кількості та/або вмісту гемоглобіну в одиниці об'єму крові. У переважній більшості

випадків це супроводжується зниженням кількості еритроцитів. Крім визначення рівня гемоглобіну та еритроцитів слід звертати увагу на гематокрит, тому що у вагітних жінок об'єм циркулюючої крові збільшується, в основному, за рахунок плазми. З цієї причини розвивається фізіологічне зниження гематокриту.

При анемії порушується основна функція еритроцитів — постачання тканин організму киснем, що призводить до гіпоксії. Близько 90% випадків усіх анемій складає залізодефіцитна анемія.

Класифікація анемій за етіологією (ВООЗ, 1992)

Анемії, пов'язані з харчуванням: залізодефіцитна, B_{12}-дефіцитна, фолієводефіцитна.

Гемолітичні анемії: внаслідок ферментних порушень, таласемія, серпоподібні порушення, спадкові гемолітичні анемії, набута гемолітична анемія.

Апластичні анемії: набута чиста червоноклітинна аплазія (еритробластопенія), гостра постгеморагічна анемія.

Анемії при хронічних хворобах: новоутвореннях.

Класифікація анемій за ступенем тяжкості (ВООЗ, 1991)

Табл. 12.2

Ступінь тяжкості	Концентрація гемоглобіну (г/л)	Гематокрит (%)
Легкий	109–90	37–31
Середній	89–70	30–24
Тяжкий	69–40	23–13
Дуже тяжкий	<40	<13

Залізодефіцитна анемія. Щомісячна втрата заліза з менструальною кров'ю, нераціональна дієта, порушення всмоктування заліза в шлунково-кишковому тракті призводять до того, що анемія нерідко буває ще до вагітності. У зв'язку із збільшенням об'єму еритроцитів вагітної, потребою плода в залізі, витрати перевищують його запаси у матері, і розвивається залізодефіцитна анемія. При фізіологічній одноплідній вагітності потреби матері у залізі складають близько 800 мг, з яких 300 мг використовується плодом і плацентою і 500 мг витрачається на збільшення маси материнського гемо-

глобіну. Частина заліза втрачається через шкіру, сечу і випорожнення. З кожною вагітністю жінка втрачає 500 мг заліза, тому повторні вагітності, особливо з інтервалом менше 2-х років, посилюють дефіцит заліза у матері і завжди призводять до анемії.

Загальноприйнято розрізняти анемію вагітних, яка виникає під час вагітності, ускладнює її і минає після завершення вагітності, й поєднання вагітності та анемії, яка мала місце до вагітності. Справжня залізодефіцитна анемія вагітних розвивається, як правило, після 20 тижнів вагітності.

Клініка анемії проявляється нездужанням, іноді задишкою при незначному фізичному навантаженні. Іноді бувають запаморочення, миготіння «мушок» перед очима — лише у разі середнього ступеня тяжкості чи при тяжкій анемії. При об'єктивному дослідженні виявляють блідість, тахікардію, деколи легкий систолічний шум у проекції легеневої артерії. Проте нерідко стан буває компенсованим, і вагітна почуває себе добре, незважаючи на анемію.

Залізодефіцитна анемія у матері призводить до гіпоксії, гіпотрофії та анемії плода. Крім того, при цій патології досить часто виникають пізні гестози, передчасне переривання вагітності, несвоєчасне вилиття навколоплодових вод, слабкість пологової діяльності та інші ускладнення.

Діагностика. Найбільш достовірна діагностика залізодефіцитної анемії за лабораторними показниками. Найважливішим показником є гемоглобін, за яким судять про наявність анемії. Кольоровий показник при гіпохромній анемії менше 0,85, показник гематокриту менше 33%, вміст сироваткового заліза — менше 12,5 мкмоль/л, різко знижений показник насиченості трансферину залізом — менше 30%. Тяжкість захворювання оцінюють за показниками гемоглобіну, кількості еритроцитів, рівнем гематокриту, концентраціями заліза в плазмі крові. При показниках гемоглобіну 110–90 г/л — I ступінь, 90–80 г/л — II ступінь, нижче 80 г/л — III ступінь анемії.

Важливо відрізняти анемію від гідремії — за появою в крові змінених еритроцитів — анізоцитів, пойкілоцитів.

Лікування. Показання до призначення препаратів заліза під час вагітності — *середній, тяжкий* та *дуже тяжкий* ступені анемії. Лікування повинно включати висококалорійне якісне харчування (3–3,5 тис. ккал) з достатньою кількістю білків, жирів, вуглеводів. Необхідно враховувати щоденні потреби вагітної в залізі (більше 2 мг). В раціон харчування треба включати такі продукти як м'ясо (яловичина, печінка), бобові, сою, салат, фрукти (яблука, вишні), ягоди тощо. Лікування полягає у призначенні пероральних препаратів (сульфат заліза 325 мг на день, тардиферон, феррогадумет та ін.). Лише непереносимість оральних препаратів заліза або погане їх всмоктування в кишечнику може бути показанням до парентерального введення препаратів заліза (фербітол, феррум-лек).

Особливий інтерес становить препарат гінотардиферон, що включає залізо і фолієву кислоту з пролонгованим вивільненням заліза. Фолієва кислота відіграє ключову роль у формуванні нервових клітин плода і її дефіцит під час органогенезу може призвести до аненцефалії, spina bifida, а у більш пізні терміни до зменшення маси плода.

Призначення препаратів, що стимулюють кровотворення, наприклад, вітаміну B_{12}, при залізодефіцитній анемії нераціональне.

Гемотрансфузії для лікування анемії нераціональні, тому що вони призводять лише до тимчасового підвищення рівня гемоглобіну, а утилізація заліза при цьому незначна. Разом з тим, зростає ризик імунізації вагітних, що пізніше може стати причиною викиднів, передчасних пологів та гемолітичної хвороби новонародженого. При лікуванні препаратами заліза ефект проявляється через 3–4 тижні, а самопочуття покращується вже через 5–6 днів після початку лікування. Після нормалізації показників гемоглобіну слід проводити підтримуючу терапію 3–4 тижні малими дозами.

Тактика ведення вагітності та пологів. Легкий і середній ступінь тяжкості анемії не впливають на тактику ведення вагітності та пологів.

Упродовж останнього десятиліття на підставі результатів великих контрольованих клінічних досліджень, виконаних з дотриманням вимог та принципів доказової медицини, істотним чином переглянуто клінічне значення залізодефіцитної анемії у вагітних, ставлення до попередження та лікування цієї патології. Помірне зниження концентрації гемоглобіну асоціюється з кращими наслідками пологів для плода, ніж при нормальному рівні гемоглобіну (≥110 г/л).

Додаткове призначення заліза вагітним жінкам призводить до підвищення рівнів феритину та сироваткового заліза, зниження частоти анемії у пізні терміни вагітності, але не впливає на перебіг вагітності та пологів, стан плода і новонародженого (не змінюється частота прееклампсії, кровотеч під час вагітності та після пологів, передчасних пологів, інфекційно-запальних ускладнень у матері; не змінюються частота народження дітей з низькою масою, мертвонароджень, неонатальної захворюваності й смертності).

На сьогодні не доведено шкідливість рутинного додаткового прийому заліза вагітними, які мають повноцінне харчування, проте відсутність істотної користі є безсумнівною.

Анемія легкого та середнього ступеня зазвичай не спричиняє погіршення стану вагітної, а підвищення концентрації гемоглобіну в результаті прийому заліза не веде до суб'єктивного поліпшення самопочуття.

Тяжка анемія (Hb<70 г/л) дуже негативно впливає на стан матері та плода, призводить до порушення функцій нервової, серцево-судинної, імунної та інших систем організму, збільшення частоти передчасних пологів,

післяпологових інфекційно-запальних захворювань, затримки росту плода, асфіксії новонароджених та пологової травми, а тому потребує лікування.

Підкреслюється, що саме лише зниження концентрації гемоглобіну нижче нормального рівня (<110 г/л) не може вважатися доказом дефіциту заліза в організмі вагітної і бути підставою для призначення лікування.

Профілактика полягає у раціональному харчуванні, а також призначенні залізовмісних препаратів жінкам групи високого ризику виникнення анемії (тим, хто раніше хворів анемією, хто багато і часто народжує).

B_{12}-дефіцитна анемія. Ця форма анемії у жінок нашої країни буває рідко. Частіше розвивається мегалобластична анемія, причиною якої є дефіцит фолієвої кислоти. Виникає вона переважно у III-му триместрі, нерідко перед пологами. Характерно, що анемія рідко буває вираженою (Hb 100–80 г/л) і не піддається лікуванню препаратами заліза. Зниження кількості еритроцитів більш виражене, ніж гемоглобіну.

При **фолієводефіцитній анемії** можуть спостерігатися втомлюваність, анорексія, психічна депресія. Зустрічаються також глосит, гінгівіт, блювання, діарея. Вагітність при фолієводефіцитній анемії може ускладнюватись викиднями, вторинними інфекціями, відшаруванням плаценти, передчасними пологами.

Лікування полягає у призначенні 1 мг фолієвої кислоти щоденно до досягнення гематологічної ремісії, а також повноцінної дієти, що включає свіжі овочі, печінку, фрукти, горіхи, сир.

Профілактика. Додатковий прийом фолієвої кислоти по 0,4 мг/добу показаний усім вагітним, починаючи із ранніх термінів. Вживання достатньої кількості фруктів та овочів, багатих на фолієву кислоту (шпинат, спаржа, салат, брокколі, капуста, картопля, помаранчі, диня тощо) у сирому вигляді (оскільки під час термічної обробки більша частина фолатів втрачається).

У групі ризику (тим, хто багато народжував, з викиднями в анамнезі, при багатоплідді) з II-го триместру вагітності з метою профілактики слід призначати фолієву кислоту.

Інші види анемій зустрічаються рідко.

Тромбоцитопенічна пурпура (хвороба Верльгофа)

Хвороба Верльгофа — одна з форм геморагічного діатезу, що проявляється кровоточивістю з носа, ясен, появою спонтанних підшкірних крововиливів. Ці прояви зумовлені аутоімунною тромбоцитопенією та зниженням ретракції кров'яного згустка. Тромбоцитопенія — стан, коли кількість

тромбоцитів менша від $150 \cdot 10^9$ /л. Вона може бути зумовлена підвищеним руйнуванням тромбоцитів, споживанням їх чи недостатнім утворенням. Найчастіше відбувається їх руйнування. Патогенез пов'язаний із утворенням антитіл на поверхні тромбоцитів. Такі тромбоцити видаляються макрофагами селезінки. Роль її надзвичайно суттєва — в ній виробляються антитромбоцитарні антитіла, руйнуються тромбоцити, комплекс тромбоцит-антитіло поглинається макрофагами. Основними рисами тромбоцитопенічної пурпури є зниження кількості тромбоцитів, збільшення мегакаріоцитів у кістковому мозку, вкорочення тривалості життя тромбоцита до кількох годин замість 8–10 днів, відсутність спленомегалії. Діагностика грунтується на даних анамнезу (гіперполіменорея, кровоточивість слизових, підшкірні спонтанні крововиливи), та лабораторних дослідженнях — зниження кількості еритроцитів, гемоглобіну, нерідко знаходять молоді еритробласти. Виявляються також тромбоцитопенія та зміни в згортальній системі крові.

Загострення захворювання при вагітності настає не завжди, навпаки, у деяких випадках явища геморагічного діатезу при вагітності зникають. Проте іноді виникають ускладнення вагітності.

Найчастіше вагітність ускладнюється пізнім гестозом, передчасними пологами, слабкістю пологової діяльності, асфіксією плода, передчасним відшаруванням плаценти. В послідовий та ранній післяпологовий періоди нерідко виникають кровотечі. Слід звернути увагу на те, що кровотечі нерідко бувають з розривів, оскільки не утворюються первинні тромбоцитарні тромби, а кровотеча з плацентарного майданчика припиняється за рахунок скорочення матки. У новонароджених нерідко вже в перші дні проявляються ознаки геморагічного діатезу.

Ведення вагітності та пологів. Питання про можливість вагітності вирішується в стаціонарі. При тривалому перебігу захворювання, частих рецидивах, кризах, вираженій тромбоцитопенії вагітність протипоказана. Такі хворі повинні бути на диспансерному обліку терапевта і акушера, їм слід рекомендувати контрацепцію. Якщо вагітність настала, то її необхідно доношувати, оскільки переривання у I та II триместрах не менш небезпечне, ніж пологи.

Під час вагітності з метою профілактики кровотеч призначають вітаміни, препарати кальцію, антианемічні засоби. Якщо з'являються ознаки загострення, вдаються до переливання невеликих доз свіжої крові, при відсутності антитромбоцитарних антитіл можна переливати тромбоцитарну масу. Гормони призначають при вираженій кровоточивості (преднізолон 40–60 мг/добу).

Пологи ведуть через природні пологові шляхи. У пологах також призначають гормони, поступово знижуючи їх дозу в післяпологовому періоді.

Обов'язковою є профілактика кровотечі в послідовому та ранньому післядовому періодах. Кесарів розтин здійснюють за акушерськими показаннями. У разі наростання симптомів геморагії, анемії, у будь-якому терміні вагітності необхідно зробити спленектомію. Нерідко при цьому виникає питання про виконання і кесаревого розтину.

У зв'язку з можливістю переходу антитромбоцитарних антитіл до дитини грудне вигодовування не рекомендується.

Хвороба Віллебранда

Це один з видів геморагічного діатезу, що належить до спадкової патології, передається за аутосомно-домінантним принципом. В основі патогенезу захворювання лежить дефіцит VIII фактора, що складається із двох компонентів: низькомолекулярного — VIII-К, який забезпечує коагулянтну, антигемофільну активність і VIII-ФВ — високомолекулярного, що забезпечує первинний гемостаз.Фактор Віллебранда синтезується в субендотелії судин, за його відсутності не відбувається адгезія тромбоцита і порушується утворення тромбоцитарного тромба.

Клінічно захворювання проявляється петехіями, матковими кровотечами, шлунково-кишковими кровотечами, великими крововтратами при екстракції зубів. До гематологічних ознак хвороби Віллебранда належить подовження часу кровотечі більше 15 хв, зниження або відсутність адгезії тромбоцитів, зниження фактора VIII та його коагулянтної активності. Кількість тромбоцитів при цьому захворюванні нормальна, ретракція кров'яного згустка також. Про зниження коагулянтної властивості фактора VIII можна судити за збільшенням активованого часткового тромбопластинового часу та часу рекальцифікації.

Вагітність до певної міри покращує перебіг захворювання, оскільки активність VIII фактора збільшується за рахунок поступлення його від плода.

Ускладнення вагітності, що зустрічаються при хворобі Віллебранда — загроза викидня та передчасних пологів, гестози. Найважчим ускладненням є передчасне відшарування нормально розташованої плаценти із наступною максимальною кровотечею.

Вагітним жінкам, роділлям, у післяпологовому та післяопераційному періодах протипоказані антиагреганти, антикоагулянти, анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати, низькомолекулярні декстрани.

Лікування хвороби замісне — вводяться гемопрепарати, що містять VIII фактор (антигемофільна плазма, кріопреципітат, концентрати VIII фактора). Особливо ефективний кріопреципітат. Його призначають за декілька днів до пологів, у пологах і в післяпологовому періоді. В одному флаконі

міститься 200 ОД VIII фактора, призначають по 3–5 флаконів (600–1000 ОД) на день. Дуже важливо дотримуватись правил його зберігання. Антигемофільна плазма в 3–4 рази ефективніша, ніж свіжоконцентрована кров. Її призначають 30–50 мг/кг/добу в три прийоми з таким розрахунком, щоб перша доза була в 1,5 раза більша, ніж наступні.

Пологи у більшості випадків ведуть природними пологовими шляхами. Кесарів розтин роблять за акушерськими показаннями. Трансфузійну терапію в разі кесаревого розтину розпочинають за 2–3 дні до операції, а при пологах — одразу із початком пологової діяльності.

Породіль із хворобою Віллебранда виписують із стаціонару через 2–3 тижні у зв'язку із небезпекою виникнення кровотечі в пізній післяпологовий період, частіше на 6-10-й день. Потребує обстеження новонароджений, оскільки захворювання спадкове.

Вагітність та лейкоз

Хронічний лейкоз нерідко призводить до змін у статевих органах — лейкемічної інфільтрації матки, труб, яєчників у результаті чого вагітність настає рідко. Найчастіше ускладнення вагітності — погіршання стану жінки, плід нерідко гине внутрішньоутробно. Питання про можливість доношування вагітності в разі її виникнення вирішується індивідуально. При сприятливому перебігу захворювання доношування вагітності можна дозволити, при несприятливому перебігу її слід переривати. Гострий лейкоз є показанням до переривання вагітності.

Жінки, хворі на лейкоз, входять у групу високого ризику материнської та перинатальної смертності, тому їм необхідно рекомендувати уникати вагітності.

ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК У ВАГІТНИХ

Пієлонефрит

Найчастіше захворювання нирок — пієлонефрит (10–15 %). Це інфекційне бактеріальне захворювання з першочерговим ураженням інтерстиціальної тканини, мисочок та ниркової миски. У жінок, які хворіли на пієлонефрит до вагітності, захворювання може загострюватись на її фоні або перебігати в хронічній чи латентній формі. Він може виникати вперше під час вагітності — *гестаційний пієлонефрит* або *пієлонефрит вагітних.* Жінки хворіють на пієлонефрит у 5 разів частіше за чоловіків. Розвитку пієлонефриту сприяє порушення відтоку сечі. Воно виникає як наслідок

розширення, видовження і викривлення сечоводів під впливом прогестерону та інших гормонів. Частіше виникає правобічний пієлонефрит як за рахунок тиску на сечовід збільшеної і ротованої вправо матки, так і за рахунок стискання його правою яєчниковою веною, яка знаходиться в спільному із сечоводом сполучнотканинному футлярі і варикозно розширюється під час вагітності.

Збудники пієлонефриту — найчастіше грам-негативні мікроорганізми, нерідко сапрофіти: кишкова паличка, ентерокок, клебсієла, протей, а також стафілококи, стрептококи. В більшості випадків зустрічаються асоціації мікроорганізмів. Інфекція поширюється як гематогенним — із мигдаликів, зубів, геніталій, — так і висхідним шляхом — із сечового міхура, уретри.

Таким чином, для виникнення пієлонефриту необхідні дві основні умови: інфекційний чинник і порушення уродинаміки.

Хворі з пієлонефритом належать до групи високого ризику. До I ступеня ризику відносять хворих із неускладненим пієлонефритом, що виник під час вагітності; до II ступеня — з хронічним пієлонефритом, що був до вагітності; до III ступеня — жінки з пієлонефритом і гіпертензією чи азотемією та пієлонефритом єдиної нирки. Хворим із I та II ступенями ризику можна дозволити вагітність. Вони повинні перебувати на диспансерному обліку у терапевта жіночої консультації. Аналіз сечі поза загостренням необхідно проводити кожні 2 тижні, а після 22 тижня — щотижнево.

При III ступені ризику вагітність протипоказана.

Клініка. Гестаційний пієлонефрит виникає на 22–28 тижні вагітності або на 4, 6, 12-й день післяпологового періоду. Для *клініки гестаційного пієлонефриту характерно:* підвищення температури до 38–40 °С, лихоманка, головний біль, біль у кінцівках — тобто неспецифічні загальні ознаки, адинамія. У разі уриногенного, висхідного проникнення інфекції в нирку, що трапляється за умови міхурово-сечовідного рефлюксу, інфекційний чинник проникає у кров і клініка проявляється трясучими ознобами, бактеріємією. Біль у попереку може виникати дещо пізніше, частіше на другий, а іноді і на третій день. Біль спочатку двобічний, потім локалізується з одного, частіше правого, боку, іррадіює вниз за ходом сечоводів, у стегно, пахову ділянку. Симптом Пастернацького часто позитивний. Нерідко приєднується цистит і з'являються дизуричні явища. Можуть з'явитися клінічні ознаки загрози викидня, що почався, або передчасних пологів.

Діагностика ґрунтується на загальноклінічних та лабораторних ознаках. В сечі — лейкоцитурія, мікрогематурія, бактеріурія, урати, фосфати, оксалати. Проба Зимницького показує зниження концентраційної функції нирок. Проба Нечипоренка — приховану лейкоцитурію. Патологічною вважається кількість лейкоцитів, що перевищує $4 \cdot 10^9$ в 1 мл сечі. В крові —

лейкоцитоз, зсув формули вліво, зменшення кількості еритроцитів та гемоглобіну, прискорена ШОЕ. Нерідко виникає протеїнемія за рахунок відносного збільшення глобулінів. Бактеріологічне дослідження сечі допомагає встановити вид збудника захворювання і чутливість до антибіотиків. УЗД нирок дає уявлення про стан ниркового чашково-мискового комплексу. З метою визначення пасажу сечі із верхніх відділів сечовивідних шляхів використовують хромоцистоскопію, а у післяпологовому періоді — екскреторну урографію.

Лікування пієлонефриту проводять обов'язково в умовах стаціонару. Ліжковий режим вимагається лише у період лихоманки, декілька разів на день можна рекомендувати колінно-ліктьове положення, спати на здоровому боці.

Основою лікування є антибактеріальна терапія. Призначаючи антибіотики, слід обов'язково враховувати чутливість до них мікрофлори, виділеної із сечі. Заради плода в I триместрі слід вживати лише пеніцилін, оксацилін чи ампіцилін. Флемоксин солютаб призначають по 3 г/добу в 3 прийоми, ампіцилін — 500 мг × 4 рази на день внутрішньом'язово, оксацилін — 3–4 г на добу, ампіокс — 2–4 г на добу. Хороший ефект дають нітрофурани. Лікування антибіотиками проводиться 8–10 днів. Починаючи з II триместра вагітності, коли включається захисна функція плаценти, можна приєднувати інші антибіотики — цефалоспорини (цефтріаксон, цефазолін, цефалорідин, клафоран) по 0,5×3–4 рази на день. Одночасно проводять інфузійну детоксикаційну терапію.

З II триместра можна вживати уросептики — 5-НОК, невіграмон. Крім антибактеріальної, проводиться детоксикаційна терапія, призначаються десенсибілізуючі, спазмолітики, рослинні антисептики і сечогінні (толокнянка, польовий хвощ, хофітол). Якщо протягом трьох днів антибактеріальної терапії не минає лихоманка, а при повторному УЗД виявляють значне розширення чашково-мискового комплексу, необхідно проводити катетеризацію сечовода. За показаннями можуть бути використані:

- внутрішнє дренування сечовидільних шляхів стент-катетером, що самостійно утримується;
- черезшкірна пункційна нефростомія;
- відкрита операція (при підозрі на гнійно-деструктивний процес).

Для кращої евакуації сечі та запального детриту призначають спазмолітики (платифілін, но-шпа). В лікування включають десенсибілізуючі препарати. Лікування повинно тривати не менше 4-6 тижнів, інакше настають рецидиви. Перебіг вагітності та пологів у жінок із пієлонефритом має ряд особливостей. Гестаційний пієлонефрит менш несприятливо впливає на вагітність, ніж той, що виник до вагітності. У жінок із хронічним пієлонеф-

ритом вагітність нерідко переривається, частіше в другому триместрі. Нерідко виникають тяжкі форми пізніх гестозів.

Жінки, що виписані зі стаціонару після перенесеного пієлонефриту, повинні спостерігатись не лише акушером-гінекологом, а й терапевтом, а при необхідності консультуватись урологом. Особливість спостереження за такими вагітними полягає в тому, що аналіз сечі їм потрібно проводити не менше 2 разів на місяць, а після 28 тижнів — щотижня. Необхідне ретельне УЗД плода з метою своєчасного виявлення можливих аномалій нирок.

Розродження при пієлонефриті необхідно проводити вагінальним шляхом. Кесарів розтин вкрай небажаний. Якщо виникає така необхідність, перевагу слід надавати екстраперитонеальному кесаревому розтину.

У післяпологовому періоді для лікування пієлонефриту використовують ті самі антибіотики, що і в II-III триместрах. Можна вживати також бісептол. Під час лікування необхідно утримуватись від грудного вигодовування.

Після виписування із пологового стаціонару породіль, крім акушера-гінеколога, повинен спостерігати уролог.

Хронічний гломерулонефрит

Хронічний гломерулонефрит у вагітних зустрічається в 0,1–9%. Це інфекційно-алергічне захворювання, яке перебігає переважно з ураженням клубочків. Збудником захворювання є головним чином β-гемолітичний стрептокок А12 або 19 типу. Провокуючим моментом для виникнення захворювання найчастіше буває ангіна, тому вхідними воротами інфекції вважають мигдалики. Нерідко джерелом інфекції є стрептококові інфекції шкіри, піодермія, бешиха. Виділяють дві клінічні форми — гострий та хронічний гломерулонефрит. Під час вагітності зустрічається хронічний гломерулонефрит, який перебігає в нефропатичній, гіпертонічний, змішаній та латентній формах. Гострий процес під час вагітності зустрічається рідко, тому що захворювання виникає переважно в дитячому чи юнацькому віці. Певну роль відіграє також гіперпродукція глюкокортикоїдів, що перешкоджають виникненню гострого гломерулонефриту.

Вагітність на фоні гломерулонефриту ускладнюється невиношуванням та внутрішньоутробною загибеллю плода. Часто розвивається гестоз, нерідко спостерігається затримка розвитку плода, ускладнення виникають частіше при гіпертонічній формі. Під час пологів у зв'язку з порушенням гемостазу можливі кровотечі. Розродження проводять через природні пологові шляхи. Кесарів розтин виконують за акушерськими показаннями. При погіршанні стану жінки, важкому перебігу захворювання доцільно проводити передчасне розродження, щоб запобігти внутрішньоутробній смерті

плода та прогресуванню захворювання. При гіпертензії або хронічній нирковій недостатності виношувати вагітність протипоказано. Гострий гломерулонефрит або загострення хронічного є показаннями до переривання вагітності в будь-якому терміні. Жінок обстежують до 12 тижнів в умовах стаціонару для уточнення форми захворювання. При латентній формі захворювання можна доношувати вагітність. Ця форма належить до I ступеня ризику.

Жінки з нефротичною формою, яка належить до II ступеня ризику, повинні бути госпіталізовані стільки разів, скільки вимагає їх стан.

Якщо жінки з гіпертонічною та змішаною формами, що належать до III ступеня ризику, відмовляються від переривання вагітності, їх обов'язково необхідно госпіталізувати на термін, якого вимагає їх стан.

При латентній формі жінка може доношувати вагітність до терміну пологів. У разі нефротичної чи змішаної форми заради плода нерідко доводиться вдаватися до завчасного розродження, якщо контроль усіма доступними методами свідчить про страждання плода.

Клінічна картина хронічного гломерулонефриту залежить від форми перебігу. При латентній формі — провідним симптомом є стійка гематурія з незначною протеїнурією. При нефротичній формі — масивні набряки, протеїнурія, гіпопротеїнурія і гіперхолестеринемія. Ця форма супроводжується нирковою недостатністю та інфекціями сечовивідних шляхів.

Гіпертонічна форма гломерулонефриту викликає підвищення артеріального тиску до високих цифр при незначних змінах сечового синдрому. При змішаній формі в клінічній картині зустрічаються типові ознаки всіх симптомів.

Діагностика. При мікроскопії сечі — гематурія, циліндрурія, лейкоцитурія. В аналізі сечі за Нечипоренком — гематурія. В біохімічному аналізі крові — гіпо- або диспротеїнемія, збільшення кількості креатиніну, сечовини, сечової кислоти, залишкового азоту. В коагулограмі — збільшення кількості фібриногену. Концентраційна спроможність нирок порушується незначно, а клубочкова фільтрація зменшується на 40–50%, значно зменшується нирковий кровотік.

Лікування проводиться в умовах стаціонару під наглядом акушера та нефролога. Вагітних необхідно регулярно госпіталізовувати у відділення патології вагітності для контрольного обстеження і лікування. Лікування є симптоматичним. При гіпопротеїнемії — внутрішньовенне введення білкових препаратів. З метою зниження артеріального тиску призначають клофелін, анаприлін, обзидан, папаверин, дибазол, еуфілін. У разі набрякової форми можна обережно призначати сечогінні препарати — гіпотіазид по 0,25 2–3 рази на день упродовж 3–5 днів, фуросемід по 0,04–0,08 одночасно

з препаратами калію. Проводиться седативна десенсибілізувальна терапія, призначаються препарати заліза, а також препарати, що покращують мікроциркуляцію в нирках (трентал, курантил), при гіперкоагуляції — (фраксипарин, гепарин). Із мембраностабілізаторів та антиоксидантів застосовують ліпостабіл, есенціале.

Сечокам'яна хвороба

Особливістю перебігу сечокам'яної хвороби у вагітних є велика частота нападів ниркової кольки і поява гематурії. Під час вагітності перебіг захворювання погіршується у кожної третьої хворої. Сечокам'яна хвороба мало впливає на перебіг вагітності, стан плода, хоча часті й важкі напади ниркової кольки можуть призвести до мимовільного переривання вагітності і завчасних пологів. Іноді уролітіаз ускладнюється пієлонефритом, і тоді може приєднатись пізній гестоз.

Клініка. Найчастішим симптомом сечокам'яної хвороби є ниркова колі-ка. Біль інтенсивний, локалізується в попереку, іррадіює за ходом сечовода в пахову ділянку, стегно, статеві губи. Напад коліки може супроводжуватись нудотою, метеоризмом, затримкою випорожнень та газів, дизуричними явищами. Іноді бувають лихоманка, висока температура. Симптом Пастернацького позитивний. Після нападу в сечі виявляють макро- та мікрогематурію. В крові деколи зміни, характерні для запального процесу.

Діагноз. Діагностика захворювання базується на клінічних, анамнестичних даних, результатах дослідження сечі та УЗД нирок. Можна використовувати хромоцистоскопію, а для визначення рівня знаходження каменів — катетеризацію сечовода.

Вагітних із сечокам'яною хворобою повинні спостерігати акушер-гінеколог та уролог. Показання до госпіталізації не пов'язані з термінами вагітності, а виникають при нападах ниркової коліки, приєднанні пієлонефриту чи пізнього гестозу. У випадку відсутності таких ускладнень амбулаторне спостереження може проводитись до самих пологів. Напади ниркової коліки вдається зняти спазмолітиками — но-шпа, папаверин, платифілін. Ефективним препаратом є баралгін (5 мл внутрішньовенно або внутрішньом'язово). Проводять також антибактеріальну терапію. Іноді вдаються до паранефральної блокади. За відсутності ефекту від консервативного лікування слід проводити катетеризацію сечовода. Якщо розвивається калькульозний пієлонефрит, що супроводжується септичним станом, при анурії, викликаній блокуванням сечовода, при піонефрозі необхідне оперативне втручання. Якщо така необхідність виникає в 1-му триместрі, спочатку необхідно зробити аборт, потім перевести жінку в урологічне відділення на операцію, в більш пізні терміни

необхідно оперувати, не рахуючись із наслідком вагітності. При можливості можна розродити жінку, а потім провести оперативне втручання. Пологи ведуть через природні пологові шляхи, ускладнення виникають рідко.

Гідронефроз нирок

Гідронефроз — захворювання, що виникає як наслідок порушення відтоку сечі. Характеризується розширенням миски, застоєм у ній сечі і атрофією паренхіми нирки.

Перш, ніж дозволити вагітність жінці із гідронефрозом, слід з'ясувати стан функції нирок і наявність у них інфекції. Переривання вагітності показане при двобічному гідронефрозі, гідронефрозі єдиної нирки, навіть, якщо функція її збережена, при однобічному гідронефрозі, що супроводжується азотемією або пієлонефритом, які погано піддаються лікуванню.

Єдина нирка

Ця патологія, чи то вроджена, чи після нефректомії не є протипоказанням для вагітності. Протипоказання можуть виникнути, якщо функція нирки різко знижена, особливо при наявності азотемії чи гіпертензії, а також туберкульозі та пієлонефриті єдиної нирки.

При **аномаліях розміщення нирок** вагітність не протипоказана.

ЗАХВОРЮВАННЯ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ ТА ВАГІТНІСТЬ

Цукровий діабет і вагітність

Проблема цукрового діабету при вагітності є надзвичайно важливою, оскільки при цій патології виникає велика кількість акушерських ускладнень, спостерігається висока перинатальна смертність і несприятливі наслідки для матері і потомства.

Перебіг вагітності при цукровому діабеті супроводжується особливостями, які найчастіше є наслідком судинних ускладнень у матері і залежать від форми захворювання і ступеня компенсації вуглеводного обміну. Найчастіше ускладненнями при діабеті є передчасне переривання вагітності, пізні гестози, багатоводдя, запальні захворювання сечовивідних шляхів, кольпіти. Висока частота пізнього гестозу (30–50%) пов'язана із генералізованим ураженням судин, діабетичною нефропатією, порушенням матково-плацентарного кровообігу. Багатоводдя (20–30%) часто поєднується із пізнім

гестозом, внутрішньоутробними вадами розвитку. Поєднання діабетичної нефропатії, пієлонефриту і пізнього гестозу робить прогноз для матері і плода несприятливим.

Акушерські ускладнення — слабкість пологових сил, асфіксія плода, клінічно вузький таз при діабеті зустрічаються значно частіше, ніж у здорових.

Діти, народжені від матерів з діабетом, мають низку ускладнень, що об'єднуються поняттям «діабетична фетопатія». Вони часто мають велику масу, що не відповідає гестаційному віку. Нерідко у них спостерігаються зміни з боку внутрішніх органів, функціональна незрілість органів і систем. Часто у новонароджених спостерігається виражений метаболічний ацидоз, респіраторні розлади, гіпоглікемія, гіперкальціємія, гіпербілірубінемія, підвищений ризик розвитку цукрового діабету. Частота вроджених аномалій складає 6–8%.

Все це диктує певну лікарську тактику при веденні вагітності та пологів при цукровому діабеті.

Насамперед необхідно провести ретельне обстеження для виявлення можливості збереження вагітності. При цьому слід знати, що розрізняють наступні форми цукрового діабету:

1) інсулінозалежний діабет (пов'язаний із недостатньою секрецією інсуліну і розвивається у молодому віці), I-й тип;

2) інсуліннезалежний діабет, II-й тип (пов'язаний із нечутливістю інсулінозалежних тканин до інсуліну, розвивається після 30-ти років).

Ці два типи діабету розвиваються без зв'язку із вагітністю і об'єднуються під назвою *прегестаційний діабет.*

Гестаційний діабет характеризується порушенням толерантності до глюкози під час вагітності. За рекомендаціями ВООЗ гестаційний діабет діагностується у разі показника глікемії вище 7,8 ммоль/л через 120 хв після вживання 75 г глюкози. За ступенем тяжкості розрізняють легку форму, при якій глікемія натще не перевищує 8,9 ммоль/л; форму середньої тяжкості — від 9 до 13,9 ммоль/л; тяжку форму — 14 ммоль/л і більше.

Протипоказаннями до доношування вагітності є: інсулінорезистентний діабет зі схильністю до кетоацидозу, ускладнений ангіопатією, поєднання діабету і резус-конфлікту, наявність діабету у обох батьків, тяжка форма діабету, поєднання діабету і активного туберкульозу, наявності в анамнезі мертвонароджених.

У випадку збереження вагітності важливою є повна компенсація діабету. Всі хворі на діабет повинні одержувати інсулін. Пероральні препарати при вагітності застосовувати не слід. Інсулін потрібно вводити не менше

двох ін'єкцій на добу. 2/3 загальної добової дози вводять перед сніданком, 1/3 перед вечерею. Найчастіше комбінують введення пролонгованого і простого інсуліну. При кетоацидозі, у пологах та ранньому післяпологовому періоді призначають лише простий інсулін.

Дози інсуліну повинні бути такими, щоб підтримувати цукор у крові на рівні 5,55–8,32 ммоль/л при чотириразовому добовому визначенні. Важливе значення має адекватна дієта з включенням 25% білків, 25% жирів і 50% вуглеводів, крім цукру, меду та варення. В їжі повинна бути достатня кількість вітамінів (B, C, A, E, D) та мінеральних речовин.

Поза стаціонаром вагітна потребує ретельного спостереження в акушера-гінеколога і ендокринолога: в першій половині вагітності 1 раз у 2 тижні, в другій половині — щотижня.

Госпіталізація проводиться не менше трьох разів: при першому зверненні до лікаря для дообстеження та корекції дози інсуліну, *в 20-24 тижні* вагітності, коли найбільше змінюється потреба в інсуліні і *в 32 тижні.* Одночасно з обстеженням для виявлення ускладнень та корекції дози інсуліну, ретельно досліджують стан плода, вирішують питання про термін та спосіб розродження.

Найкращий термін розродження у 37–38 тижнів. До 37 тижнів значно зростає ризик розвитку синдрому дихальних розладів. Більш раннє розродження може бути проведене за показаннями з боку матері. Вибір методу розродження має бути індивідуальним, проте частіше пологи ведуть природними родовими шляхами. Кесарів розтин виконують при акушерських і діабетичних ускладненнях, тазових передлежаннях плода, макросомії. В пологах і при кесаревому розтині продовжується корекція інсуліном. Введення інсуліну проводиться і у післяпологовому періоді. Новонароджені потребують ретельного догляду і обстеження. В перші години їх життя слід звертати увагу на профілактику дихальних розладів, боротися з гіпоглікемією, ацидозом, ураженням центральної нервової системи.

Важливим питанням є планування сім'ї у хворих на діабет. Всі жінки репродуктивного віку повинні бути зареєстровані у дільничного гінеколога. Жінкам слід роз'яснювати, що їм не бажано багато разів народжувати через несприятливий вплив вагітності на перебіг діабету та негативний вплив захворювання на перебіг вагітності, пологів та здоров'я плода.

Питання про можливість вагітності, її збереження чи переривання вирішується спільно ендокринологом та акушером-гінекологом, краще в стаціонарі. У разі наявності протипоказань до вагітності жінкам слід рекомендувати контрацепцію. Оптимальною у цьому випадку є внутрішньоматкова контрацепція.

Тиреотоксикоз
(дифузний токсичний зоб)

Це захворювання проявляється підвищеним функціонуванням щитоподібної залози внаслідок дифузної гіперплазії та гіпертрофії її тканини.

Клінічними проявами тиреотоксикозу є тахікардія, збудливість, безсоння, відчуття жару, пітливість, схуднення. У деяких хворих виникає екзофтальм, очі блискучі. При обстеженні в крові знаходять підвищення йодзв'язаного білка. Основний обмін підвищений.

Розрізняють 3 ступені тиреотоксикозу:

- I — легкий ступінь — тахікардія до 120 уд./хв, втрата маси тіла до 15%;
- II — середній ступінь важкості — тахікардія 120 уд./хв, втрата маси тіла до 20%, знижена працездатність;
- III — важкий ступінь — тахікардія більше 140 уд./хв, втрата маси тіла більше 20%, нерідко виникають порушення серцевого ритму. Можуть виникати тиреотоксичні кризи, для яких характерні гіпертонія, гіпертермія, збудження, дезорієнтація, гостра серцева недостатність.

Дифузний токсичний зоб часто може бути причиною безплідності. У разі настання вагітності нерідко виникає її передчасне переривання — як у ранні, так і в пізні терміни. Частими ускладненням є ранні та пізні гестози. Тиреотоксикоз призводить і до ускладнень з боку плода. Найчастіше уражається нервова система (епілепсія, гіперкінези, макро- та мікроцефалія), може бути уроджений зоб. Ці ускладнення виникають у разі тиреотоксикозу середнього та важкого ступенів. Тому таким хворим слід рекомендувати запобігати вагітності або переривання її в ранні терміни з подальшим лікуванням тиреотоксикозу. При легкій формі тиреотоксикозу вагітність можна дозволити, проте, з огляду на можливість виникнення ускладнень, вагітні повинні отримувати систематичне адекватне лікування, яке не має шкідливого впливу на плід. Їм призначають препарати, що містять йод, та седативні засоби.

У разі наростання явищ тиреотоксикозу та збільшення щитоподібної залози в розмірах, у II триместрі можна провести струмектомію.

З огляду на можливі ембріопатії всім вагітним необхідно проводити ретельне УЗД.

Розродження проводять через природні пологові шляхи.

Ожиріння

Порушення ліпідного обміну нерідко є проявом порушення функції залоз внутрішньої секреції, проте може бути результатом гіподинамії, нераціонального харчування.

У разі, якщо ожиріння є порушенням функції ендокринних залоз, у жінок може виникати безплідність. В інших випадках вагітність настає з такою ж частотою, що і в жінок без порушень. Проте ускладнення вагітності при ожирінні бувають досить часто: пізні гестози, анемія, гіпертензія, невиношування та переношування, внутрішньоутробна гіпоксія плода. В пологах нерідко виникає слабкість пологової діяльності, невчасне відходження навколоплодових вод, кровотечі в послідовому періоді. Частіше, ніж у інших жінок, виникають гіпотонічні кровотечі у ранньому післяпологовому періоді.

Оскільки у жінок з ожирінням плоди нерідко мають велику масу, частіше трапляються розриви м'яких тканин родового каналу, а також травматизм новонароджених — кефалогематоми, переломи ключиць.

З огляду на ускладнення, що виникають при вагітності та в пологах, жінок з ожирінням виділяють у групу підвищеного ризику розвитку материнської та перинатальної патології. Вони потребують госпіталізації за 2 тижні до пологів, допологової підготовки з метою профілактики переношування. В пологах необхідно проводити профілактику внутрішньоутробної гіпоксії плода. Слід уважно слідкувати за характером пологової діяльності, своєчасно проводити її корекцію. Дуже важливою є профілактика кровотечі.

ЗАХВОРЮВАННЯ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ І ВАГІТНІСТЬ

Бронхіальна астма

Найбільш поширене захворювання респіраторної системи у вагітних — бронхіальна астма. У зв'язку із збільшенням алергізації населення відзначається зростання частоти бронхіальної астми.

Розрізняють інфекційно-алергічну і неінфекційно-алергічну форми. В першому випадку антигеном є мікроорганізми, що побутують у дихальних шляхах жінки, нерідко умовно-патогенні та сапрофіти (білий стафілокок, клебсієла, кишкова паличка), у другому — різні органічні та неорганічні фактори: пилок рослин, пил, вовна тварин, харчові алергени, ліки тощо.

Розрізняють передастму, напади ядухи та астматичний стан. Всі ці форми можуть зустрічатись при вагітності. До передастми відносять хронічний бронхіт і хронічну пневмонію з астматичним компонентом.

Напади ядухи на початку захворювання можуть бути 2–3 рази на рік (легка форма), при середній формі важкості вони повторюються частіше і припиняються лише після парентерального введення бронхолітичних препаратів. Між нападами залишаються ознаки бронхоспазму. При тяжкій

формі напади повторюються більше 5-ти разів на рік, надзвичайно важко знімаються, розвивається дихальна недостатність I–II ступенів.

Астматичний стан (статус) — це стан важкої гіпоксії, який не знімається звичайними засобами протягом тривалого часу (кілька годин чи навіть діб), може призвести до гіпоксичної коми і навіть смерті.

У деяких жінок перебіг бронхіальної астми при вагітності полегшується, але у більшості випадків, навпаки, погіршується. Погіршення перебігу астми залежить від можливої провокації імунних процесів антигенами плода, збільшенням спазму дихальних шляхів.

У хворих на бронхіальну астму частіше, порівняно із здоровими, розвиваються ранні та пізні гестози, у них можуть народжуватись недоношені та з малою масою діти. Іноді астма може бути причиною антенатальної загибелі плода, хоч і досить рідко. Ускладнення виникають найчастіше при тяжких формах захворювання.

Ведення вагітності та пологів. Бронхіальна астма *не є протипоказанням для доношування вагітності.* Лише при астматичних станах, що повторюються, може виникнути питання про аборт або передчасне розродження.

Вагітні з бронхіальною астмою повинні перебувати на обліку у терапевта жіночої консультації. Кожне «простудне» захворювання є показанням для призначення бронхолітиків або збільшення їх дози. При загостренні астми в будь-якому терміні вагітності показана госпіталізація у терапевтичний стаціонар.

Лікування бронхіальної астми полягає в усуненні нападів ядухи. У легких випадках для цього досить інгаляційних чи таблетованих засобів (астмопент, новодрин, алупент — 0,02 під язик). Його можна вживати для попередження нападів. Якщо це не допомагає, вводять підшкірно 1мл 5% ефедрину. При тяжких нападах слід ввести внутрішньовенно 10 мл 2,4% розчину еуфіліну в 10 мл 20% глюкози повільно або10 мл 2% розчину з 1 мл ефедрину в 200–300 мл 5% глюкози крапельно. При серцевій недостатності додають строфантин або корглікон. Одночасно дають вдихати кисень. Адреналін і атропін вагітним протипоказані. Якщо напад погано піддається лікуванню, вводять 30–60 мг преднізолону.

Пологи у хворих на бронхіальну астму ведуть через природні пологові шляхи. При виникненні необхідності індукції пологів або їх стимуляції, слід пам'ятати, що простагландин $F_2\alpha$ може погіршити стан хворої. Операцію кесаревого розтину проводять при виникненні акушерських ускладнень. При тяжкій формі астми з наявністю дихальної недостатності накладають акушерські щипці.

Бронхіт і вагітність

Бронхіт нерідко є ускладненням гострого риніту чи ларингіту. Симптоми гострого бронхіту (кашель, частіше сухий, біль та печія за грудниною) тривають, зазвичай, упродовж 5–7 днів. Іноді захворювання набуває хронічного перебігу і триває 2–3 місяці, а в разі тривалої дії шкідливих чинників — роками.

На перебіг вагітності бронхіт особливого впливу не має, проте тривалий виснажливий кашель при хронічному бронхіті у жінок, схильних до невиношування може служити провокуючим фактором.

Лікування проводять в амбулаторних умовах. Призначають тепле пиття (відвари липового цвіту, чай з медом, малиною) відхаркувальні засоби, протикашльові засоби, гірчичники. Хороший ефект дають лужні інгаляції. Якщо тривалість процесу затягується, доцільно призначати антибіотики.

Пологи проводять у обсерваційному відділенні. На перебіг пологів захворювання не впливає.

Пневмонія

Пневмонія є нечастим, але дуже серйозним захворюванням. При відсутності адекватного лікування нерідко виникає внутрішньоутробна смерть плода. Проте сучасна антибіотикотерапія дає можливість не лише вилікувати хворих, але і запобігти антенатальній смерті плода, його внутрішньоутробному інфікуванню. В І-му триместрі вагітності слід призначати пеніцилін (1200000 на добу) або ампіцилін (0,5×4 р. на день). З ІІ-го триместру можуть призначатись цефалоспорини (кефзол, цепорин, клафоран), сульфаніламіди (але непролонгованої дії, тому що останні можуть призводити до ядерної жовтяниці). Такі антибіотики, як стрептоміцин, левоміцетин і тетрациклінові похідні протипоказані під час усієї вагітності і після пологів.

Зазвичай, пневмонію вдається вилікувати, тому це захворювання не є протипоказанням для доношування вагітності. Пологи проходять без особливостей. При наявності дихальної недостатності накладають акушерські щипці.

Пневмонія, що не проходить протягом 6 тижнів, вважається *хронічною.* Вона характеризується тривалим перебігом, з періодами загострень і ремісій і поділяється на три стадії. При І-й стадії загострення наступає рідко, супроводжується періодичними підвищеннями температури, кашлем, незначними змінами з боку крові (нейтрофільний лейкоцитоз). У ІІ-й стадії рецидиви виникають часто, з'являються явні ознаки бронхоектатичної хвороби, дифузного пневмосклерозу чи емфіземи. В ІІІ-й стадії виразно виражена дихальна і легенево-серцева недостатність.

При І-й стадії хвороби вагітність допустима. При ІІ-й стадії вагітність можна зберігати, але хворі повинні тривалий час лікуватися в стаціонарі. При ІІІ-й стадії вагітність протипоказана.

Лікування хронічної пневмонії при загостреннях проводиться антибіотиками, як і при гострій пневмонії. Антибіотики призначають також при простудних захворюваннях для запобігання рецидивів пневмонії. Хорошу дію проявляє еуфілін, знімаючи бронхоспазм, а також зменшуючи тиск у легеневому колі кровообігу. При наявності недостатності кровообігу призначають серцеві глікозиди і сечогінні засоби. Пологи при І-й і ІІ-й стадіях проходять без особливостей, в пологах необхідна постійна інгаляція кисню. При ІІ-й стадії внутрішньовенно вводять 2,4% розчин еуфіліну 10 мл з глюкозою. При виникненні дихальної недостатності потуги виключають накладанням акушерських щипців. Пологи проводять в обсерваційному відділенні.

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА ВАГІТНІСТЬ

Хронічний гастрит

Перебіг вагітності при хронічному гастриті може ускладнюватись анемією. На перебіг захворювання вагітність не впливає. Для хронічного гастриту характерні наступні ознаки: біль та відчуття важкості в епігастральній ділянці, нудота, відрижка. Іноді трапляється порушення випорожнень у вигляді проносів чи запорів. Загострення захворювання відбувається під дією несприятливих чинників — нераціонального харчування з уживанням грубої та гострої їжі, несвоєчасного приймання їжі, зловживання нікотином та алкоголем. Тому з лікувальною метою при гастриті в першу чергу слід налагодити лікувальне харчування, часте приймання їжі, яка повинна бути не грубою: слизисті супи, каші, киселі, відварене м'ясо, парові тефтелі, картопляне пюре. Слід уникати їжі гострої, жирної, міцних бульйонів. Із медикаментозних засобів рекомендують антацидні препарати (при гіперацидному гастриті), спазмолітики, обволікаючі. Поза загостренням вагітні повинні дотримуватись режиму харчування та дієти.

Виразкова хвороба та вагітність

Перебіг виразкової хвороби шлунка характерний тим, що при вагітності нерідко покращується самопочуття хворих. Клінічна картина виразкової хвороби характеризується болем в епігастрії, що посилюється після при-

ймання їжі, блювання. Біль іррадіює в спину. Після блювання він, зазвичай, вщухає. У разі перфорації виразки виникає різкий біль у епігастрії, що супроводжується симптомами подразнення очеревини, іноді ознаками внутрішньої кровотечі.

Для ***діагностики*** використовують фіброгастродуоденоскопію. Рентгенологічне дослідження при вагітності протипоказане.

Лікування консервативне — застосовують антиацидні препарати (альмагель, алюмаг, плантаглюцид), спазмолітики, фітопрепарати. Їжу слід вживати часто, невеликими порціями. Вона повинна бути механічно і хімічно щадною.

У разі виникнення кровотечі вагітну необхідно госпіталізувати у спеціалізоване відділення, де проводять відповідне лікування. Якщо кровотеча продовжується або відбувається перфорація виразки, у будь-якому терміні вагітності показане оперативне лікування.

Панкреатит

Це захворювання розвивається у вагітних рідко, частіше зустрічається загострення хронічного панкреатиту. При панкреатитах підвищується рівень материнської та перинатальної смертності.

Діагноз ставлять на основі клінічних даних — нудоти, блювання, болю в епігастрії та лівому підребер'ї, що віддає в поперек і має оперізуючий характер. Іноді зустрічається безбольовий варіант перебігу захворювання. Він проявляється ознаками шоку та ураження ЦНС. При такій формі захворювання прогноз украй несприятливий. В крові виявляють лейкоцитоз, підвищення рівнів амілази та ліпази, діастази сечі. Слід пам'ятати, що рівень зміни цих показників не завжди відповідає важкості захворювання. Важливе діагностичне значення має гіпокальціємія, гіпоглікемія, гіперкаліємія.

Лікування проводять у хірургічному стаціонарі. Призначають адекватну інфузійну терапію, антибіотики широкого спектра дії, інгібітори протеолізу (контрикал, гордокс, трасилол). Застосовують також знеболювальні та спазмолітичні препарати. Доцільно проводити назогастральне зондування з метою евакуації вмісту шлунка. Обов'язковим є повне голодування. Поза загостренням призначають дієту з обмеженням жирних страв, смаженої їжі, екстрактивних речовин. Харчування повинно бути регулярним, невеликими порціями. Із медикаментів призначають ферментні препарати (холензим, панзинорм, фестал). Захворювання не є протипоказанням до доношування вагітності. Переривання вагітності в будь-якому терміні не сприяє покращенню прогнозу для матері.

Пологи ведуть через природні пологові шляхи. Якщо виникає необхідність кесаревого розтину, його необхідно проводити екстраперитонеально.

Апендицит і вагітність

Гострий апендицит — найчастіше захворювання черевної порожнини. У вагітних апендицит зустрічається відносно частіше, ніж в усій популяції.

Апендицит ускладнює перебіг вагітності. В другій половині вагітності не відбувається осумкування периапендикулярного випоту при перфорації апендикулярного відростка і частіше розвивається розлитий перитоніт. Спайки з маткою, що утворюються, призводять до переривання вагітності. З 5-го місяця вагітності апендикулярний відросток зі сліпою кишкою відтісняється маткою догори і назад. Це змінює локалізацію болю, іноді може заважати діагностиці.

Біль у цьому випадку локалізується аж у підребер'ї, він не такий інтенсивний, як у невагітних, що призводить до пізнього звертання до лікаря, пізніх госпіталізації і операції. З'являється нудота, можливе блювання. Температура підвищується до 38°С, але може бути і нормальною. Розвивається тахікардія. Язик спочатку обкладений, пізніше стає сухим. Виникає нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом формули вліво. Напруження м'язів передньої черевної стінки нерізко виражене через те, що вона перерозтягнена, а апендикс знаходиться ззаду за маткою. Симптом Щоткіна-Блюмберга виникає рано. Симптоми Ровзінга і Сітковського зберігають своє значення не завжди. Часто чітко визначається симптом Бартом'є-Міхельсона: посилення болю при пальпації у положенні на правому боці, коли апендикс притиснутий маткою, а не на лівому, як у невагітних. Коли клінічна картина недостатньо чітка, можливе динамічне спостереження (не більше 3 годин). Тактика при підтвердженні діагнозу апендициту така ж сама, як і у невагітних: потрібна операція. У випадку, коли апендицит не можна виключити, також необхідна операція. Одночасно слід призначити засоби, спрямовані на попередження переривання вагітності. Використовують свічки з папаверином, сальбутамолом, сульфат магнію 25% по 10 мл із 5 мл новокаїну внутрішньом'язово, прогестерон, вітамін Е. В більш пізні терміни можна використовувати партусистен та алупент внутрішньовенно. Якщо операція пройшла успішно і явищ загрози переривання вагітності немає, жінці можна дозволити вставати на 4–5 день.

Важко розпізнавати апендицит у пологах, тому що біль може бути віднесений на рахунок перейм. Коли в результаті деструктивного апендициту розвивається перитоніт, найраціональнішою є апендектомія і лікування перитоніту при прогресуванні вагітності. Розродження проводиться через природні пологові шляхи, але бажано дещо відстрочити початок пологів, тому що скорочення матки порушують процес осумкування і сприяють генералізації перитоніту. У випадку, якщо вагітній, що перенесла апендектомію, необхідно перервати вагітність, слід робити це через 2–3 тижні після операції.

ЗАХВОРЮВАННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ І ВАГІТНІСТЬ

Фіброміома матки і вагітність

Серед захворювань геніталій, які можуть впливати на перебіг вагітності та пологів, певне значення має фіброміома. Особливості перебігу вагітності та пологів при цьому залежать від локалізації пухлини та її розмірів. При субсерозній та невеликій інтрамуральній фіброміомі вагітність настає, проте часто зустрічається невиношування. При значних розмірах фіброміоми вагітність теж можлива, проте вона може значно ускладнювати пологовий процес, особливо, якщо пухлина локалізована в ділянці перешийка і може бути защемленою в малому тазі. При підслизовій міомі настання вагітності більш проблематичне, коли ж вона настає, то нерідко закінчується мимовільним абортом. Крім того, при такій локалізації пухлини можуть зустрічатися аномалії розміщення плаценти, а також поперечні та косі положення плода, тазові передлежання. Розміри фіброміоми при вагітності, як правило, збільшуються, що залежить як від гормональних факторів, так і від значної зміни кровопостачання матки. Розвиток ускладнень (защемлення, некроз вузлів) може викликати необхідність термінового хірургічного втручання.

Перебіг вагітності та пологів. Вагітні жінки з фіброміомою матки належать до групи високого ризику, з огляду на ускладнення, що при цьому виникають. Нерідко доводиться госпіталізувати жінку для проведення лікування, спрямованого на збереження вагітності. Для вирішення питання про можливість доношування вагітності слід враховувати фактори ризику, що її ускладнюють. За наявності ускладнень, що поза вагітністю є показаннями до оперативного лікування фіброміоми, зберігання вагітності протипоказане. Це швидке збільшення пухлини в розмірах (підозра на малігнізацію, великі розміри пухлини (величина матки до вагітності більша ніж у 14 тижнів вагітності), стискання суміжних органів.

Пологи при фіброміомі матки нерідко ускладнюються слабкістю пологової діяльності, порушенням відшарування плаценти, гіпотонічною кровотечею. Вагітну з фіброміомою слід госпіталізувати за 10–12 днів до пологів, щоб вирішити питання про *метод розродження.* Виходячи з того, що ускладнення виникають досить часто, раціонально проводити кесарів розтин з вилущенням вузла чи ампутацією матки. У випадку, коли пологи ведуть через природні пологові шляхи, тактика лікаря буде залежати від появи ускладнень: своєчасна корекція слабкості пологової діяльності, ручне відшарування плаценти чи хірургічне втручання при ознаках защемлення пухлини в малому тазі, некрозі вузла.

Вагітність і кістома яєчника

Кістома яєчника у більшості випадків не є перешкодою для настання вагітності. Діагностика кістоми в І-й половині вагітності, зазвичай не складає труднощів, проте в ІІ-й половині вагітності пухлина розміщується в підребер'ї або ззаду за маткою, що значно ускладнює її виявлення.

Пухлина яєчника, виявлена при вагітності, підлягає оперативному лікуванню. В І-й половині вагітності операцію краще проводити після 16-ти тижнів, щоб зменшити можливість виникнення аборту. Якщо ж пухлина виявлена в ІІ-й половині вагітності, операцію слід відкласти до 36-го тижня вагітності. У випадку, коли пухлина виявлена під час пологів і є перешкодою для зганяння плода, показаний кесарів розтин і видалення пухлини. У післяпологовому періоді операцію раціонально зробити через 6-8 тижнів після пологів.

Вагітність та аномалії розвитку жіночих статевих органів

Вроджені аномалії жіночих статевих органів нерідко можуть бути причиною безплідності. Однак, при деяких аномаліях — перегородці у піхві, сідлоподібній, дворогій, однорогій матці, подвійній матці вагітність настає. Іноді зустрічаються набуті рубці та перегородки піхви.

Діагностика деяких аномалій проводиться за допомогою дворучного гінекологічного дослідження чи огляду дзеркалами (перегородка у вагіні) та УЗД. Нерідко наявність аномалії виявляють під час вагітності, після пологів чи аборту.

Перебіг вагітності та пологів у разі наявності аномалій має свої особливості. За наявності дворогої матки вагітність розвивається в одному з рогів, в іншому виникають децидуальні перетворення. Вагітність у додатковому розі є фактично одним із варіантів позаматкової вагітності та вимагає оперативного втручання.

Якщо матка подвійна, вагітність виникає в одній з них. Перебіг вагітності ускладнюється загрозою переривання вагітності, мимовільними викиднями. Пологи часто настають передчасно. Нерідко зустрічаються неправильні положення плода чи тазові передлежання, пологи ускладнюються слабкістю пологової діяльності. Саме через ці ускладнення розродження частіше проводять кесаревим розтином.При цьому треба пам'ятати про необхідність вишкрібання другої матки чи рогу, щоб видалити децидуальну оболонку. За наявності рубцевих змін у піхві вагітність проходить без ускладнень, а в пологах можуть виникнути перешкоди для вигнання плода, тому така патологія служить показанням для кесаревого розтину.

Перегородки у піхві також можуть бути перепонами для просування плода по родовому каналу. Така перегородка натягується на передлеглій частині. Щоб усунути цю перепону, її розтинають у II періоді пологів. Кровотечі зазвичай не буває, але при товстих прегородках їх розсікають між затискачами і накладають лігатури.

Вагітність і рак шийки матки

Рак шийки матки у вагітних перебігає більш злоякісно ніж у невагітних. Клінічні прояви раку такі ж, як і при відсутності вагітності — спочатку симптомів немає, а при прогресуванні процесу з'являються кров'янисті виділення та контактні кровотечі.

З метою ***діагностики*** раку шийки матки вагітних при першому зверганні оглядають дзеркалами, беруть матеріал для онкоцитологічного дослідження, при потребі проводять кольпоскопію і біопсію із підозрілої ділянки. Шийка матки, уражена клінічно вираженою раковою пухлиною, може мати вигляд виразки або папілярних розростань, що нагадують цвітну капусту. При підозрі на рак чи при діагностованому раку обов'язкова консультація онколога. При поєднанні раку шийки матки та вагітності тактика визначається терміном вагітності, стадією захворювання. В разі cancer in situ можливе доношування вагітності з наступною ампутацією шийки через 1,5–2 місяці після пологів. Якщо є інвазивний рак, то у I та II триместрах вагітності потрібна розширена екстирпація матки, у III триместрі, за наявності життєздатного плода, слід зробити кесарів розтин і екстирпацію матки.

Якщо виявлена запущена форма раку необхідно видалити плодове яйце будь-яким шляхом і провести променеву терапію. Прогноз несприятливий.

ЗАХВОРЮВАННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ І ВАГІТНІСТЬ

Акушеру-гінекологу чи не найважливіше знати про **епілепсію,** оскільки її необхідно диференціювати від грізного ускладнення вагітності — еклампсії. При епілепсії немає підвищення АТ, нормальні аналізи сечі, зате для неї характерна епілептична аура, типовий «епілептичний крик» перед нападом судом. Важливе значення має анамнез. Іноді епілепсія проявляється вперше під час вагітності, у тих, хто хворів раніше, при відсутності правильного лікування перебіг захворювання погіршується. Разом з тим епілепсія погіршує перебіг гестозів. Саме з цих причин хворих на епілепсію обов'язково необхідно госпіталізувати і проводити індивідуально підібране регулярне лікування, що дасть можливість задовільно компенсувати захворювання.

Перебіг вагітності характеризується більш частим її перериванням. Вагітність переривають за бажанням жінки. Якщо вирішено зберігати вагітність, жінку необхідно спостерігати особливо ретельно. Вона повинна приймати ті ж препарати, що і до вагітності. Протисудомну терапію продовжують і в пологах. Пологи ведуть через природні пологові шляхи, вони ж, як правило, перебігають швидко. Іноді через напади, доводиться прискорювати пологи накладанням акушерських щипців. Якщо виникає епілептичний статус, а завершити пологи природними пологовими шляхами немає можливості, вдаються до кесаревого розтину.

Серед інших захворювань, що можуть зустрічатися у вагітних — *розсіяний склероз, міопатія, міастенія.*

Розсіяний склероз при вагітності з'являється рідко. Діагностика затруднена. Перші ознаки можуть проявитися під час вагітності або після пологів. Вагітність, як і її переривання, впливає на перебіг захворювання негативно, тому необхідно настирливо пропагувати таким хворим контрацепцію.

Міастенія. Поєднання вагітності та міастенії трапляється рідко. Захворювання характеризується підвищеною м'язовою втомлюваністю. Під час вагітності симптоми зменшуються, під кінець вагітності можуть зникнути повністю. Однак після пологів може наступити різке погіршення. Пологи перебігають швидко. Вагітність можна дозволити, але під ретельним наглядом гінеколога та невропатолога. Пологи ведуть через природні пологові шляхи в присутності анестезіолога, тому що може виникнути необхідність інтубації і ШВЛ. Якщо жінка звертається за порадою щодо вагітності, слід рекомендувати контрацепцію.

Міопатія. Захворювання характеризується поступовою атрофією м'язів. Діяльність гладкої мускулатури не порушується. Хвороба має спадковий характер. Вагітність протипоказана при всіх формах міопатії.

Перелік контрольних питань:

- вагітність і серцево-судинні захворювання;
- гіпертензивні розлади під час вагітності;
- захворювання судин і вагітність;
- хвороби крові та вагітність;
- захворювання нирок у вагітних;
- захворювання ендокринної системи та вагітність;
- захворювання дихальної системи і вагітність;
- захворювання органів травлення та вагітність;
- захворювання жіночих статевих органів і вагітність;
- ахворювання нервової системи і вагітність.

НЕВИНОШУВАННЯ ТА ПЕРЕНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Невиношування вагітності — це мимовільне її переривання від початку до 37 тижнів.

Аборт *(викидень)* — це переривання вагітності протягом перших 22 тижнів. Переривання вагітності між 22 і 37 тижнем — це передчасні пологи. Аборт до 12 тижнів вагітності називається раннім, після цього терміну — пізнім. Плід, який народився до 22-го тижня, має масу тіла меншу ніж 500 г, зріст — до 28 см.

Аборти поділяють на *мимовільні* й *штучні.* Мимовільний аборт виникає без стороннього втручання. Викидень, який повторюється більше ніж 2 рази поспіль, називають звичним. Штучний аборт виконують за бажанням жінки в умовах стаціонару при дотриманні всіх вимог асептики й антисептики. Чинним законодавством дозволяється штучно переривати вагітність терміном до 12 тижнів.

МИМОВІЛЬНИЙ АБОРТ

Частота його становить 2–8 % від загальної кількості вагітностей. Невиношуванню вагітності сприяють: нейроендокринні розлади (інфантилізм, патологічні зміни функції яєчників і надниркових залоз, гіпо- або гіпертиреоз, цукровий діабет), попереднє штучне переривання вагітності, внутрішньоматкові зрощення (синехії), хромосомні й генні аномалії, порушення нормальної будови яйцеклітин і сперматозоїдів, гострі та хронічні інфекційні хвороби, ізоантигенна несумісність крові матері й плода за резус-фактором та системою АВ0, захворювання та вади розвитку статевих органів, а також інтоксикації, особливо хронічні (свинцем, ртуттю, бензином, алкоголем, нікотином, аніліновими сполуками), іонізуюча радіація, розлади харчування. Безпосередніми причинами переривання вагітності можуть бути фізичні та психогенні травми. Однією з важливих причин невиношування, особливо звичного, є істміко-цервікальна недостатність.

Істміко-цервікальна недостатність — це стан, коли внаслідок органічних та пов'язаних з ними функціональних змін у перешийку та шийці

матки порушується замикальна функція цього відділу матки, плодове яйце втрачає опору, нижній його полюс вклинюється у цервікальний канал, плодові оболонки інфікуються, відбувається їх розрив і вагітність переривається. Це трапляється переважно в жінок, в анамнезі у яких були численні аборти або патологічні пологи, що супроводжувалися травмами шийки матки. Переривання вагітності настає здебільшого у другому триместрі вагітності.

Патогенез. При мимовільному аборті, що виник внаслідок вищевказаних різноманітних факторів, у кінцевому результаті відбувається однаковий процес — посилення скоротливої діяльності матки. Плодове яйце поступово відшаровується від слизової оболонки матки і виштовхується з її порожнини, внаслідок чого виникає переймоподібний біль унизу живота і маткова кровотеча різного ступеня інтенсивності. Пізній аборт нагадує пологи (відбувається згладження і розкриття шийки матки, відходять навколоплодові води, народжується плід, а потім послід).

У клінічному перебігу мимовільного аборту розрізняють такі стадії *(рис. 13.1)*: а) загроза аборту; б) аборт, що розпочався; в) аборт у ході; г) неповний аборт; д) повний аборт.

Загроза аборту. Плодове яйце з'єднане із слизовою оболонкою матки або відшарувалось на невеликій ділянці. З'являється незначний тягнучий біль унизу живота, крижах, кров'янисті виділення відсутні, шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите. Розміри матки відповідають терміну вагітності, тонус її підвищений. У цій стадії при дотриманні вагітною правильного режиму і проведенні цілеспрямованого лікування вагітність у більшості випадків можна зберегти.

Аборт, що розпочався. Виникає переймоподібний біль унизу живота, з'являються незначні кров'янисті виділення. Плодове яйце відшаровується від слизової оболонки матки на невеликій ділянці. Величина матки відповідає терміну вагітності. Зовнішнє вічко шийки матки закрите або трохи відкрите. Застосовується терапія, спрямована на збереження вагітності, але ймовірність її успіху нижча, ніж при загрозі аборту.

Аборт у ході. Відшароване плодове яйце виштовхується з порожнини матки через розширений шийковий канал. Переймоподібний біль унизу живота інтенсивний. Аборт може супроводжуватися значною кровотечею. При вагінальному дослідженні виявляють розкритий канал шийки матки, в ньому визначається плодове яйце, нижній полюс якого виходить у піхву.

Неповний аборт. Виходить не все плодове яйце, частина його залишається в порожнині матки. Спостерігають переймоподібний біль і кровотечу різного ступеня вираженості — від невеликої до значної, яка може призвести до розвитку геморагічного шоку. При цьому канал шийки матки пропускає

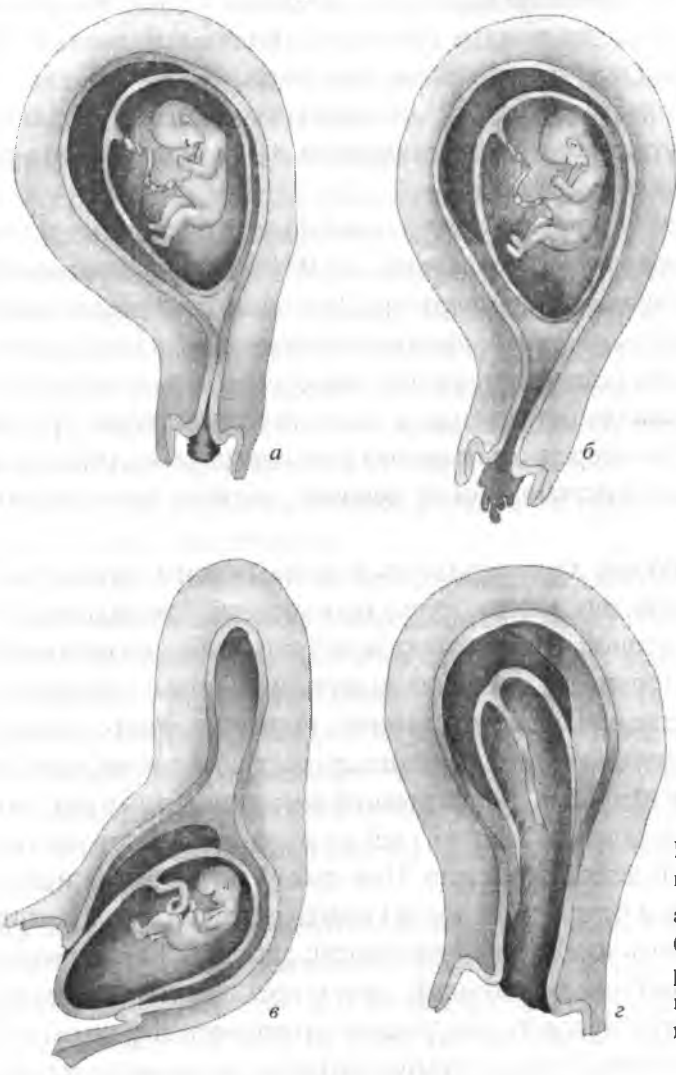


Рис. 13.1. Стадії викидня:
а) — загроза аборту;
б) — аборт, що розпочався;
в) — аборт у ході;
г) — неповний аборт

палець. Консистенція матки м'яка, розміри її не відповідають терміну вагітності. Порожнину матки треба негайно звільнити від залишків плодового яйця і тим самим зупинити кровотечу та запобігти інфікуванню.

Повний аборт. Плодове яйце повністю виходить з матки. Матка скорочується, канал її шийки закривається, кровотеча припиняється. У ранні терміни вагітності повний аборт спостерігається значно рідше, ніж у пізні. Навіть при відсутності кровотечі потрібно зробити вишкрібання стінок порожнини матки, щоб запобігти її інфікуванню й утворенню плацентарного поліпа.

Клінічна картина мимовільного викидня залежить від терміну вагітності, стадії, причини, яка викликала переривання вагітності.

Для аборту в I триместрі характерне поєднання болю та кров'янистих виділень, у II триместрі раннім проявом викидня є больовий синдром, кровотеча приєднується після народження плода.

У випадку тривалого перебігу мимовільного викидня нерідко з піхви в матку проникають патогенні мікроорганізми, які спричиняють розвиток *інфікованого (гарячкового) аборту.*

При *неускладненому гарячковому викидні* матка й придатки під час пальпації неболючі, лейкоцитоз невисокий, ШОЕ збільшена, температура тіла підвищена, пульс відповідає температурі. Загальний стан жінки задовільний.

При *ускладненому аборті* інфекція поширюється за межі матки, ушкоджуються придатки (аднексит), тазова очеревина (пельвіоперитоніт), навколоматкова клітковина (параметрит). Загальний стан хворої при гнійному процесі тяжкий. Спостерігаються висока температура тіла, озноб, порушення функції нервової системи, обміну речовин, картини крові, значно посилюється біль.

Септичний аборт характеризується дуже тяжким загальним станом хворої. Температура тіла висока, пульс прискорений і не відповідає температурі, з'являється озноб. Шкіра бліда з жовтуватим або сіруватим відтінком, язик сухий, сон порушений і апетит відсутній. Нерідко виникають тромбофлебіти і метастатичні абсцеси в легенях, нирках та інших органах. Можливий розвиток інфекційно-токсичного шоку і гострої ниркової недостатності.

Аборт, що не відбувся. Так називають викидень у тому разі, коли плодове яйце гине у порожнині матки і з неї не зганяється. Плодове яйце може перебувати у матці декілька місяців. При цьому відбувається його аутоліз, нерідко мацерація, а іноді муміфікація і навіть петрифікація. Припиняється ріст матки, зникають інші ознаки вагітності; загальний стан хворої погіршується (головний біль, неприємний смак у роті, кволість, дратівливість). За допомогою ультразвукового сканування визначають деформацію зародка і всього плодового яйця. У ранні терміни вагітності видаляють плодове яйце хірургічним шляхом, як при звичайному аборті. У випадках пізнього аборту, що не відбувся, проводять медикаментозне збудження пологової діяльності. Після народження плода здійснюють інструментальну ревізію порожнини матки.

Лікування та догляд за хворою

Акушерська тактика при мимовільних абортах: при загрозі аборту і аборті, що розпочався проводять консервативну терапію, спрямовану на збереження вагітності; в інших випадках — інструментальне видалення плодового яйця або його залишків.

При аборті в ході, неповному і повному викидні в умовах стаціонару інструментальним шляхом видаляють плодове яйце і його залишки. Підготовка хворої повинна бути спрощена до мінімуму, оскільки ці стадії викидня супроводжуються значною кровотечею. Хвора спорожнює сечовий міхур, медсестра проводить туалет зовнішніх статевих органів. Операцію вишкрібання стінок порожнини матки проводить лікар, середній медичний працівник готує інструментарій та асистує під час операції.

Особливості догляду. Після вишкрібання стінок порожнини матки хворій призначають ліжковий режим, холод на низ живота, антибактеріальну терапію, скорочувальні засоби. Необхідно стежити за кількістю виділень із статевих шляхів, у випадку кровотечі негайно повідомити лікаря.

При загрозі аборту й аборті, що розпочався, хвору госпіталізують. При появі ознак загрози переривання вагітності жінка госпіталізується у стаціонар. Амбулаторне лікування загрози викидня не проводиться. Пацієнтка дотримується ліжкового режиму.

У лікарні проводять комплексне лікування. Медикаментозне лікування вагітним призначає тільки лікар з урахуванням терміну вагітності та можливого шкідливого впливу препаратів на плід, особливо у її перші місяці.

До комплексу лікувальних заходів входять:

1. *Госпіталізація при явищах загрози аборту, а також жінок групи ризику в критичні періоди вагітності (8–12, 16–22, 26–28, 28–32 тижні) та перед термінами, в які відбулося переривання попередніх вагітностей.* Звичним називають викидень, якщо вагітність у жінки переривається двічі і більше разів поспіль.

2. *Нормалізація нервово-психічного статусу вагітної:* седативні засоби: настій валеріани, собачої кропиви, півонії по 20 крап. 2 рази на день, препарати типу «Пасит», «Персен». У II триместрі, при необхідності — тазепам, седуксен по 1 табл. 1–2 рази на день. Актуальна психотерапія, особливо у пацієнток з ускладненим акушерським анамнезом, у яких формується «синдром нереалізованого материнства», що характеризується невротичними розладами, наявністю депресії.

Слід звернути увагу на повноцінне харчування хворої, достатній вміст у ньому вітамінів (вітаміни групи В, ретинол, аскорбінова кислота, токоферол), а також вживання свіжих фруктів, ягід, овочів.

3. *Усунення або послаблення причин невиношування вагітності.*

4. *Забезпечення життєдіяльності ембріона (плода).*

5. *Спазмолітична терапія для усунення гіпертонусу матки:* но-шпа по 2,0 мл в/м 2–3 рази на день або по 1–2 таблетки тричі на день; папаверину гідрохлорид по 2,0 мл в/м або у вигляді ректальних свічок (по 0,02 г) 2–3 рази на день; вібуркол у свічках ректально 2–3 рази на день, спазмалгон (за

схемою но-шпи). Після 16 тижнів вагітності, особливо при вираженому больовому синдромі, з цією ж метою застосовують препарати типу баралгіну (5,0 мл), тригану (2,0 мл), як в/м, так і всередину 2–3 рази на добу.

6. *Токолітична терапія* (після 16 тижнів вагітності): сірчанокислий магній в/в крапельно (40,0 мл 25% розчину на 400,0 мл 5% розчину глюкози або ізотонічного розчину натрію хлориду в/в, або в/м — по 10,0 мл 25% розчину 1–2 рази на день); Магне B_6 по 1 табл 4–6 разів на добу (200–300 мг магнію на добу), або 2–3 ампули на добу — залежно від ступеня загрози викидня і тонусу матки; бета-адреноміметики (партусистен, гініпрал, алупент та їх аналоги). Для усунення побічної дії бета-адреноміметиків одночасно з ними необхідно приймати препарати — антагоністи кальцію: ізоптин (верапаміл), фенігідин.

Токолітичну терапію можна проводити блокаторами кальцієвих каналів. У разі гострого токолізу призначається коринфар (ніфедипін) по 10 мг через 20 хвилин до зникнення симптомів загрози передчасних пологів. Лікування проводиться під контролем артеріального тиску.

7. *Терапія, спрямована на нормалізацію гормональних взаємовідносин у системі мати-плацента-плід (під контролем вмісту гормонів у сироватці крові, сечі вагітної і гормональної кольпоцитограми).*

Принципи гормональної терапії:

- обгрунтованість застосування гормональних препаратів;
- індивідуальний підбір дози;
- призначенню гормональних засобів надається перевага після 8 тижнів вагітності. Виняток роблять для вагітних з вилікуваним безпліддям після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Гормональна корекція у цих пацієнток проводиться відразу після перенесення ембріона. Застосування естрогенів для гормонального гемостазу на ранніх термінах вагітності без попереднього гемостазіологічного обстеження сумнівне, оскільки вони мають активуючий вплив на агрегаційні властивості тромбоцитів.

Гестагенні препарати: прогестерон по 10–25 мг на добу; утрожестан по 100 мг всередину або вагінально 2 рази на день (до 27 тижнів); дуфастон — 40 мг всередину одномоментно, потім по 1 табл. (10 мг) 2–3 рази на добу.

Дозу гормональних препаратів збільшують при збільшенні терміну вагітності. Вказана гормональна терапія проводиться до 12–16 тижнів вагітності (до становлення функції плаценти), після чого потреба у введенні гормонів відпадає. Виключенням є гестагенні препарати: дуфастон та утрожестан можуть застосовуватися і в більш пізні терміни під контролем гор-

монів у сироватці крові. Відміняють їх поступово, різка відміна може спровокувати переривання вагітності.

При гіперандрогенії надниркового генезу показане лікування кортикостероїдами: преднізолон — по 1,25–5 мг, дексаметазон по 0,125–0,5 мг на добу всередину. Мета призначення кортикостероїдів — пригнічення секреції АКТГ, що сприяє зниженню синтезу андрогенів у надниркових залозах матері. Така терапія проводиться до 32 тижнів вагітності, потім відміняється, аби не пригнічувати функцію надниркових залоз плода. Критичні строки гестації при цій патології — 13, 24, 28 тижнів, коли проявляється гормональна активність плода.

При гіперандрогенії яєчникового генезу кортикостероїди призначають до 20–24 тижнів.

8. *Вітамінотерапія:* вітамін Е по 200 мг на день всередину у вигляді капсул, таблеток або масляного розчину; може призначатися ізольовано або у складі інших препаратів, полівітамінів (прегнавіт, пренатал, гендевіт, матерна).

9. *Призначення фолієвої кислоти* в дозі 0,4 мг на добу до 12 тижнів позитивно впливає на формування нервової трубки в умовах загрози переривання вагітності. Жінкам, у яких в анамнезі було діагностовано таку ваду розвитку плода як дефект нервової трубки, фолієва кислота призначається в дозі 4 мг/добу.

10. *Інгібітори простагландинів* призначають з метою пригнічення надлишкової продукції простагландинів, які спричиняють скорочення матки (препарати типу індометацин, диклофенак у вигляді ректальних свічок по 50 мг двічі на добу) після 16 тижнів вагітності і не пізніше 34 тижнів. Курс лікування — 7 днів.

11. З метою зниження продукції ендогенних простагландинів та для запобігання гормональному впливу на плід, за наявності антифосфоліпідного синдрому призначають дексаметазон із перервами, аспірин, плазмаферез. Також застосовується реокорегуюча терапія: реополіглюкін та курантил; антикоагулянтна терапія: фраксипарин під контролем гемостазіограми; лікування ФПН.

12. *Використання немедикаментозних методів:* електроаналгезії, електрорелаксації, голкорефлексотерапії, а також фізіотерапії — електрофорез магнію синусоїдальним модульованим струмом, баротерапія.

13. При звичному викидні через істміко-цервікальну недостатність *(рис. 13.2)* використовують *оперативні методи лікування (рис. 13.3).* Лікування полягає у накладанні циркулярного шва на шийку матки на рівні її внутрішнього вічка для звуження цервікального каналу (операції Макдональда, Любимової, Мамедалієвої, Широдкара, Сценді та ін.).

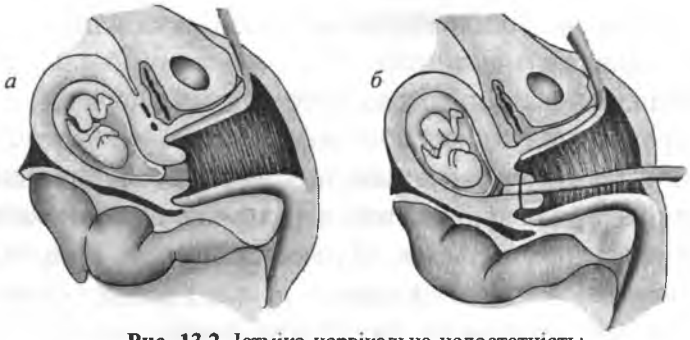


Рис. 13.2. Істміко-цервікальна недостатність:
а) — до корекції; б) — після корекції

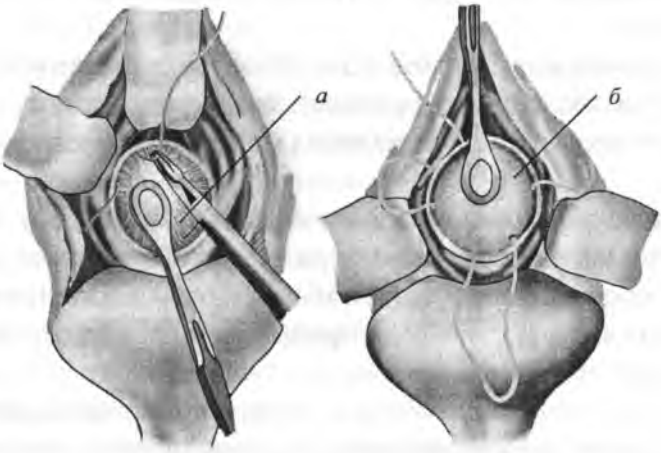


Рис. 13.3. Накладання шва за Макдональдом:
а) — передня губа шийки матки;
б) — задня губа шийки матки

Використовують шовний матеріал, що не розсмоктується. Оптимальні терміни операції 12–16 тижнів, хоча можливе накладання шва і в більш пізні терміни. При діагностування ІЦН до вагітності шов накладається і в більш ранні терміни — у 8–10 тижнів;

Підготовка хворої до корекції істміко-цервікальної недостатності.

1. Ліквідація явищ загрози переривання вагітності і нормалізація тонусу матки.

2. Проведення, якщо необхідно, санації піхви шляхом вагінальних ванночок та введення свічок чи піхвових таблеток, залежно від збудника, що викликав патологічний процес у вагіні.

3. Перед операцією зголюють волосся з лобка та зовнішніх статевих органів, напередодні увечері роблять очисну клізму, безпосередньо перед операцією хвора спорожнює сечовий міхур.

Після операції хвора потребує особливого догляду: вона повинна дотримуватись ліжкового режиму протягом 1–2 діб, слід виключити фізичні навантаження, стреси. Необхідно стежити за виділеннями зі статевих шляхів щоб вчасно надати допомогу при появі кров'янистих виділень. При підвищенні тонусу матки або при появі болю внизу живота необхідно ввести спазмолітики (но-шпа, папаверин), токолітики.

Шов знімається в 37–38 тижнів, при відходженні навколоплодових вод або на початку передчасних пологів.

4. Якщо причиною невиношування вагітності є інфекція, виявляють її вогнище і проводять його санацію.

5. Для забезпечення життєдіяльності і розвитку плодового яйця, плода при виявленні плацентарної недостатності застосовують засоби, що поліпшують матково-плацентарний кровообіг, реокоагуляційні властивості крові, функцію плаценти, стан плода. Додатково проводиться метаболічна терапія, яка включає застосування препаратів-синергістів, субстратів і кофакторів циклу Кребса, системна ензимотерапія, яка при необхідності може поєднуватись із гормонотерапією.

Профілактика невиношування. Акушерка повинна проводити роботу щодо профілактики невиношування, яка включає раціональне харчування, правильний фізичний розвиток, профілактику хронічних інфекцій. Це також санітарно-освітня робота з роз'яснення методів запобігання небажаній вагітності, шкідливості невпорядкованого статевого життя, що може призвести до інфікування збудниками, які передаються статевим шляхом.

Слід роз'яснювати молодим людям, що переривання вагітності, зокрема першої, може призвести до запальних процесів у статевих органах, а також ендокринних порушень, що в майбутньому може ускладнитись невиношуванням. Особливо небезпечно переривати першу вагітність при резус-несумісності, тому що при цьому зростає вірогідність невиношуваннння та гемолітичної хвороби.

Вагома роль акушерок, які працюють на промислових підприємствах. Вони повинні стежити за тим, щоб вагітні жінки були своєчасно переведені з роботи, яка пов'язана з дією на організм шкідливих факторів, зокрема свинцю, анілінових сполук.

Профілактика невиношування вагітності полягає в своєчасному (поза вагітністю) виявленні, взятті на облік та обстеженні жінок груп ризику невиношування вагітності. За результатами обстеження проводять лікування відповідно до виявлених розладів у жінки та її чоловіка (партнера) з подальшим спостереженням до та під час вагітності.

ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ

Передчасні пологи, згідно з Наказом МОЗ України №676 від 31.12.2004 — це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода вагою понад 500 г у терміні вагітності з 22 до 37 тижнів. Частота їх коливається від 5 до 12%. Дитина, яка народилася внаслідок передчасних пологів, вважається недоношеною. Її вага становить 500–2500 г і зріст, відповідно, — 28–46 см. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, діти, що мають масу нижче 2500 г, можуть вважатись і доношеними, але з малою масою чи із затримкою внутрішньоутробного розвитку, якщо вони народилися після 37 тижня гестації. Новонароджені, які народилися до 37 тижнів, можуть мати масу як відповідну терміну гестації, так і меншу.

Передчасні пологи є надзвичайно актуальною проблемою в акушерстві, оскільки близько 50% перинатальної захворюваності та смертності припадає на недоношених дітей.

Причини передчасних пологів численні й різноманітні. Вони можуть бути пов'язані як з організмом матері, так і плода: істміко-цервікальна недостатність, вади розвитку матки, генітальний інфантилізм, неповноцінність плодових оболонок (передчасне відходження навколоплодових вод), внутрішньоматкові зрощення (синехії), передлежання і передчасне відшарування плаценти, багатоводдя, багатоплідля, неправильне положення плода, інфекційні захворювання (краснуха, герпес, грип, цитомегаловірусна й аденовірусна інфекції, епідемічний паротит, токсоплазмоз, лістеріоз, рикетсіоз, трихомоніаз, мікоплазмоз, хламідіоз), тяжкі форми екстрагенітальних захворювань, гестоз. У багатьох випадках з'ясувати причину не вдається.

Враховуючи особливості акушерської тактики та виходжування дітей, які народились при різних термінах гестації, доцільно виділити такі періоди:

- 22–27 тижнів;
- 28–33 тижні;
- 34–37 тижнів гестації.

Передчасні пологи необхідно проводити у спеціалізованих акушерських стаціонарах, де є умови для проведення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених. Слід враховувати права роділлі на залучення близьких до присутності при пологах.

Розрізняють ***загрозу передчасних пологів, передчасні пологи, що починаються, і такі, що розпочалися.***

Діагностика передчасних пологів грунтується на клінічних спостереженнях, даних вагінального дослідження.

Загроза передчасних пологів проявляється болем унизу живота і в попереку. Матка легко збудлива, тонус її підвищений. Передлегла частина

плода знаходиться низько або притиснута до входу в малий таз, шийка матки не змінена.

Передчасні пологи, що починаються, характеризуються значної сили переймоподібним болем унизу живота чи регулярними переймами. При вагінальному дослідженні виявляють динаміку розкриття шийки матки: вкорочення її, нерідко згладження і початок розкриття (але не більше, ніж на 2 см). Часто передчасно відходять навколоплодові води. Лікування спрямовують на пригнічення перейм, що часто дає змогу зберегти вагітність.

Передчасним пологам, що розпочалися, властиві регулярна пологова діяльність і розкриття шийки матки більше, ніж на 3 см. Процес незворотний і зберегти вагітність не вдається.

Передчасні пологи нерідко супроводжуються передчасним відходженням навколоплодових вод (до 40% випадків). Вони характеризуються тими ж ознаками, що і вчасні — згладжується і розкривається шийка матки, відходять навколоплодові води, народжуються плід і послід. Проте досить часто виникають порушення скоротливої діяльності мускулатури матки. Деколи передчасні пологи перебігають швидко і стрімко (при істміко-цервікальній недостатності) чи, навпаки, ускладнюються затяжним перебігом, тривалим безводним періодом, виникненням інфекційних ускладнень, (передчасне відходження вод при непідготовлених пологових шляхах), асфіксією плода, високим травматизмом новонароджених, високою перинатальною смертністю, частими кровотечами в послідовому і ранньому післяпологовому періодах. У післяпологовому періоді частіше, ніж при вчасних пологах, спостерігається сповільнена інволюція матки, ендометрит. Незважаючи на невелику масу плода часто зустрічається також травматизм матері, оскільки тканини пологового каналу не підготовлені до пологів.

Тактика ведення передчасних пологів

У приймальному відділенні акушерського стаціонару акушерка повинна ретельно ознайомитися з обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності, звернути увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні показники амбулаторного обстеження вагітної. Необхідно провести загальний огляд, виміряти температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, дихання. Здійснити обстеження внутрішніх органів. Акушерка вимірює висоту стояння дна матки, окружність живота та розміри таза. Визначає термін вагітності та дату пологів, очікувану масу плода. Проводить опитування щодо відчуттів рухів плода самою роділлею та вислуховує серцебиття плода. Визначає положення, позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, розміщення голівки плода відносно площин малого таза.

За даними анамнезу, обмінної карти та результатами фізикального та акушерського обстеження роділлі акушерка записує у історію пологів фактор ризику та ступінь прогнозованого перинатального та акушерського ризику за шкалою A.Coopland.

При відкритті шийки матки менш ніж на 3 см, у терміні вагітності до 34 тижнів за відсутності амніоніту, прееклампсії, кровотечі, проводять лікування загрози передчасних пологів (токоліз не проводити більш ніж 24–48 годин). Через 2 години після початку токолізу слід підтвердити діагноз передчасних пологів констатуючи факт згладження чи розкриття шийки матки. Якщо передчасні пологи прогресують — токоліз відміняють. Такі пологи ведуть за партограмою.

Профілактику респіраторного дистрес-синдрому плода проводять:

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

Не використовувати кортикостероїди при наявності інфекції. Призначення інтранатальної антибактеріальної терапії слід проводити у разі наявності ознак інфекції.

Спостереження та допомога роділлі в пологах

З метою динамічного та наочного спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода, а також з метою своєчасної профілактики можливих ускладнень у пологах використовують запис партограми.

Оцінюють стан плода:

- кожні 15 хвилин протягом активної фази і кожні 5 хвилин протягом другого періоду пологів підраховують серцеві скорочення плода за 1 хвилину, ці показники заносять до партограми. Для своєчасної діагностики гіпоксії плода використовують дворазову аускультацію (до і після перейм або потуг);
- якщо частота серцевих скорочень плода менше 120 чи більше 160 ударів за хвилину, це розцінюють як початок розвитку дистресу плода.

Оцінюють загальний стан матері:

- кожні 4 години вимірюють температуру тіла; кожні 2 години визначають параметри пульсу; кожні 2 години вимірюють артеріальний тиск; кожні 4 години визначають кількість сечі, рівень білка і ацетону за показаннями;
- періодично визначають характер дихання.

Визначають ефективність пологової діяльності: підраховують частоту, тривалість та інтенсивність перейм — щогодини у латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі. При нормальній тривалості передчасних пологів є тенденція до збільшення швидкості розкриття шийки матки, яка у латентній фазі складає 0,8 см/год; у активній — 3,5 см/год. Кожні 4 години проводять внутрішнє акушерське дослідження, визначають рівень опускання голівки плода.

Якщо відбувся розрив плодового міхура, звертають увагу на колір навколоплодових вод.

Слід зауважити, що під час пологів вагітна має отримувати персональну психологічну підтримку чоловіка, найближчих родичів чи обраного нею партнера. Акушерка повинна пояснити необхідність проведення процедур і маніпуляцій, отримати дозвіл на їх проведення; створити підбадьорливу атмосферу при розродженні, уважно ставитися до бажань жінки; забезпечити конфіденційність стосунків.

Акушерка заохочує вагітну самостійно прийняти ванну чи душ на початку пологів. Перед кожним піхвовим дослідженням необхідно обмивати зовнішні статеві органи і промежину роділлі, акушерка ретельно миє руки і одягає стерильні гумові одноразові рукавички.

Жінку заохочують до активної поведінки та вільного ходіння під час пологів. Допомагають вибрати положення для пологів.

Для відновлення фізичної сили роділлі необхідно надавати їй можливість вживати невелику кількість їжі та поживної рідини.

Знеболювання пологів за згодою жінки

Під час перейм та потуг слід психологічно підтримати та заспокоїти роділлю. Жінці пропонують змінити положення тіла, заохочують до активних рухів, рекомендують партнеру масажувати їй спину, тримати її руку і протирати обличчя губкою між переймами. Жінка має дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих) — у більшості випадків це зменшує відчуття болю.

До медикаментозного знеболювання ставлять певні вимоги. Насамперед гарний знеболювальний ефект, відсутність негативного впливу на організм матері і плода, простота та доступність для усіх родопомічних закладів. Для знеболювання пологів використовують неінгаляційні (системні) та інгаляційні анестетики, регіональну анестезію. Також з цією метою застосовують системні аналгетики (при розкритті шийки матки не більше 5–6 см). *Наркотичні аналгетики не використовують.*

Ведення II періоду пологів

Пологи приймають не застосовуючи традиційні методи захисту промежини. ***В жодному разі не слід натискати на голівку, намагаючись зігнати її.*** Якщо потуги надміру енергійні, їх необхідно сповільнити. Для цього можна застосувати β-адреноміметики.

Акушерка забезпечує право жінки вибрати положення, яке є зручним, як для неї, так і для медичного персоналу. Пологи приймають у чистому халаті, масці, окулярах та стерильних рукавичках.

Ведуть спостереження за загальним станом роділлі, гемодинамічними показниками (кожні 10 хвилин — артеріальний тиск, пульс), кожні 5 хвилин — за станом плода: контроль за серцевою діяльністю плода, просуванням його голівки по пологовому каналу. Якщо не відбулося своєчасного вилиття навколоплодових вод, в асептичних умовах проводять амніотомію.

При передчасних пологах другий період пологів ведуть у присутності неонатолога. Після народження дитину передають неонатологу.

Ведення III періоду пологів

З метою профілактики кровотечі протягом першої хвилини після народження плода внутрішньом'язово вводять 10 ОД окситоцину. Якщо наявні ознаки відділення плаценти від матки, проводять контрольовану тракцію за пуповину. При цьому однією рукою здійснюють обережне контрольоване потягування за пуповину, а другою рукою, що знаходиться безпосередньо над лобком, утримують матку і дещо відводять від лона, тобто у протилежному напрямку відносно контрольованої тракції.

За відсутності ознак відшарування плаценти і зовнішньої кровотечі протягом 30 хвилин після народження плода проводять ручне відокремлення плаценти і виділення посліду. Після народження посліду здійснюють масаж дна матки через передню черевну стінку породіллі. Потім здійснюють катетеризацію сечового міхура. Акушерка пересвідчується у тому, що плацента, оболонки плодового міхура повністю видалені та матка скоротилася.

У ранньому післяпологовому періоді проводять огляд пологових шляхів у дзеркалах, відновлюють цілісність промежини у разі проведеної епізіотомії або перінеотомії безперервним або окремими швами вікриловою ниткою. Акушерка спостерігає за загальним станом жінки, скорочувальною функцією матки та кількістю кров'яних виділень кожні 15 хвилин протягом 2-х годин після пологів у пологовій залі і у наступні 2 години у післяпологовій палаті. ***Міхур з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовують.***

Для новонародженого необхідно підготувати обігрітий лоток, покритий теплою стерильною білизною. Всі заходи, які проводять новонародженому, здійснюють на підігрітому столику під джерелом променистого тепла. Оцінку стану дихальної системи недоношеного новонародженого проводять за шкалою Сільвермана, яка включає 5 ознак, а саме: рухи грудної клітки, втягування міжреберних проміжків, втягування груднини, участь в диханні крил носа та положення нижньої щелепи, характер дихання. Кожен з показників оцінюють у три бали — 0, 1, 2. За Сільверманом оцінка 10 балів відповідає важкому стану новонародженого. Оцінку проводять в динаміці, через кожні 6 годин аж до нормалізації дихальної функції.

Недоношені діти, які народились при передчасних пологах, повинні перебувати у відділенні для недоношених новонароджених.

ПЕРЕНОШЕНА ВАГІТНІСТЬ

Переношена вагітність — це вагітність, що продовжується більше 42 повних тижнів (294 доби або більше) від першого дня останнього нормального менструального циклу. Частота переношування вагітності коливається від 4 до 14%. На сьогоднішній день згідно з Наказом МОЗ України № 901 поділ на переношену та пролонговану вагітність не здійснюється.

Пологи, що відбулися після 42 повних тижнів вагітності (на 294 добу або пізніше) називаються *запізнілими пологами.*

Переношена вагітність супроводжується високим рівнем перинатальної захворюваності і смертності, великою кількістю ускладнень в пологах і післяпологовому періоді як зі сторони матері, так і новонародженого.

Етіологія та патогенез. В основі переношування вагітності лежить відсутність біологічної готовності організму до пологів.

Розвитку переношеної вагітності сприяють порушення функції центральної нервової та ендокринної систем, розлади менструального циклу й жирового обміну, психічна травма, перенесені дитячі інфекції (скарлатина, епідемічний паротит, краснуха), ожиріння, доброякісні захворювання молочних залоз, генітальний інфантилізм, порушення метаболізму стероїдних гормонів, токсикоз вагітних, нестача мікроелементів (мідь, марганець, цинк) і вітамінів (групи В, аскорбінової кислоти, біофлавоноїдів, токоферолу).

Нерідко (близько половини всіх випадків) переношування трапляється у однієї і тієї ж жінки при кожній з наступних вагітностей.

Зростання перинатальної захворюваності та смертності при переношеній вагітності пов'язане з багатьма причинами, а саме: в результаті зрілості центральної нервової системи зростає потреба плода в кисні, і в той

же час «старіння» плаценти призводить до зниження забезпечення його киснем — виникає внутрішньоутробна гіпоксія плода, часто розвивається постгіпоксична енцефалопатія. Зміни в плаценті, що виникають у разі переношування (інфаркти, кальцинати), призводять до порушення транспорту електролітів, глюкози, кисню. В результаті гіпоксії плід здійснює дихальні рухи, відбувається аспірація меконію чи чистих меконіальних вод, результатом якої може бути обструкція дихальних шляхів із тяжкою асфіксією і розвитком аспіраційної пневмонії, ателектазів легень. Іноді виникають навіть такі грізні ускладнення як пневмоторакс, пневмомедіастинум. Оскільки вони не завжди своєчасно діагностуються, то можуть призводити до смертельних наслідків.

Переношені плоди нерідко мають велику масу (макросомія), що призводить до ускладнень у пологах (дистонія плечей, травми плечового сплетення, плеча, ключиці, травми м'яких тканин матері). У таких дітей трапляється порушення вуглеводного обміну. Оскільки переношування супроводжується зменшенням кількості навколоплодових вод — маловоддям, виникає ризик притискання пуповини, особливо під час пологів.

Звуження тім'ячок, швів знижують здатність голівки до конфігурації, що, при наявності збільшених розмірів голівки, ущільнених кістках черепа, призводить до порушень мозкового кровообігу аж до крововиливу в мозок.

В результаті макросомії та слабкості пологової діяльності нерідко виникає клінічно вузький таз, зростає кількість оперативних втручань і, відповідно, кількість ускладнень. У матерів нерідко виникають слабкість пологової діяльності, порушення відшарування плаценти, гіпотонічні кровотечі.

Діагностику переношування вагітності здійснюють на підставі анамнестичних відомостей, клінічної картини, даних лабораторних та інструментальних досліджень. Термін вагітності визначають за датами останньої менструації, перших рухів плода, першого відвідання жіночої консультації, а також за даними ультразвукового дослідження. Діагностика переношеної вагітності часто утруднена, тому що відсутні яскраво виражені клінічні прояви.

При справжньому переношуванні вагітності маса тіла вагітної залишається сталою (у деяких випадках навіть зменшується). Крім того, для нього характерні зниження тургору шкіри, відносне маловоддя, зменшення обводу живота, виділення молока замість молозива, дистрес плода, погіршення його рухів, зміна серцевої діяльності; високе стояння дна матки, незрілість її шийки. Для точнішої діагностики переношування вагітності можна використати амніоскопію, фоно- й електрокардіографію плода. При амніоскопії визначають наявність меконіальних і опалесціюючих навколо-

плодових вод, зменшення їх кількості. У разі можливості проведення амніоцентезу в амніотичній рідині виявляють підвищену кількість креатиніну, сечовини, білка, жирових клітин за одночасного зменшення рівня глюкози. При ультразвуковому дослідженні виявляють маловоддя, зменшення товщини плаценти, наявність у ній петрифікатів, збільшення щільності кісток черепа, майже повне зарощення швів і тім'ячок, відсутність збільшення біпарієтального розміру голівки плода в динаміці, відсутність збільшення динаміки росту плода. Ультразвукове дослідження після 40 тижнів слід проводити двічі на тиждень, щоб вчасно помітити зменшення кількості вод та зміни в плаценті. Доплерометрією можна визначити зниження маткового-плацентарного та плацентарно-плодового кровотоку, що підтверджує наявність гіпоксії. Враховують також нестресовий тест плода, біофізичний профіль, які визначають через день.

Своєчасна діагностика переношування вагітності дуже важлива, оскільки внаслідок переношування виникає багато ускладнень у пологах (травматизм матері й плода, аномалії пологової діяльності, асфіксія, клінічно вузький таз, кровотечі в послідовому та ранньому післяпологовому періодах), відзначається висока перинатальна смертність.

Ведення вагітності та пологів

Враховуючи ускладнення, які можуть виникнути при переношуванні вагітності, застосовують певні підходи до ведення вагітності згідно з Наказом МОЗ України № 901. Жінку при терміні вагітності 40 тижнів госпіталізують в акушерський стаціонар III рівня для надання акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги. При задовільному стані плода і відсутності ознак переношеної вагітності рекомендують очікувальну тактику. За наявності перших ознак переношеної вагітності показана підготовка пологових шляхів з подальшою індукцією пологової діяльності.

Спосіб розродження залежить від стану плода, його розмірів, стану плаценти, розмірів таза та готовності організму матері до пологів.

В терміні після 41 тижня вагітності за незрілої шийки матки проводять її підготовку до індукції одним з наступних методів:

- *медикаментозний*: простагландини E_1 та E_2, які застосовуються за наявності обов'язкової реєстрації цих засобів для використання в акушерській практиці.
- *немедикаментозний*: ламінарії, які використовуються при оцінці ступеня зрілості шийки матки за шкалою Бішопа менш ніж 5 балів.

В цервікальний канал вводять від 1 до 5 ламінарій на 24 години з подальшою оцінкою стану шийки матки. За необхідності процедуру можна

повторити. *З метою підготовки пологових шляхів до розродження заборонено використовувати естрогени та простагландин F_2.*

Показання та умови до індукції пологової діяльності:

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

Протипоказання до індукції пологів такі ж, як і для термінових пологів. Індукція пологів проводиться лише за наявності інформованої згоди жінки.

Методи індукції пологів:

- пальцеве відшарування нижнього полюса плодового міхура;
- амніотомія;
- краплинне внутрішньовенне введення розчину окситоцину;

Методом вибору індукції пологів при зрілій шийці матки є амніотомія з наступним краплинним внутрішньовенним введенням розчину окситоцину.

Рекомендації до проведення індукції пологів: пологи слід починати з 6 до 8 години ранку. Ведучи їх через природні пологові шляхи, необхідно оцінити функціональний стан плодового міхура, оскільки через маловоддя він часто плоский. Більшість акушерів у будь-якому випадку переношування схильні робити амніотомію. Оцінюють якість і кількість навколоплодових вод. З моменту проведення амніотомії ведуть партограму. Очікувальна тактика триває близько 2–3 годин, дозволяється вільна поведінка пацієнтки. Проводять психопрофілактику. За необхідності вживають заходи для профілактики гіпоксії плода (концентровані розчини глюкози, інгаляції кисню). За відсутності пологової діяльності після 2–3 годин безводного періоду вводять окситоцин внутрішньовенно краплинно за наступною схемою: 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Обов'язково проводять катетеризацію ліктьової вени для забезпечення активної поведінки роділлі. Починається введення зі швидкістю 6–8 крапель/хв (0,5–1,0 мОД/хв). При досягненні ефекту через 30 хвилин швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожні 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мОД/хв). Максимальна швидкість введення не має перевищувати 40 крапель/хв.

Критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності без гіперстимуляції матки вважається наявність 4–5 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40–50 с. Стимуляція пологів проводиться зі спостереженням за станом плода. За відсутності ефекту протягом 6 годин слід переоцінити план ведення та завершити пологи операцією кеса-

ревого розтину. Ефективність застосовуваної дози окситоцину залежить від конкретної акушерської ситуації.

Пологи слід вести в присутності неонатолога та анестезіолога (можливе виникнення потреби у застосуванні реанімаційних заходів).

Якщо жінці проводиться індукція, потрібно забезпечити безперервне динамічне спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода. Ведуть партограму. Знеболювання пологів здійснюється за показаннями та поінформованою згодою жінки. Наркотичні аналгетики не використовують. Бажана підтримка членів родини. Недоцільно використовувати внутрішньовенні форми простагландинів для індукції пологів.

Ведення III періоду пологів

З метою профілактики кровотечі пропонується активне ведення III періоду пологів, оскільки при запізнілих пологах частіше виникають порушення відшарування плаценти та гіпотонічні кровотечі. З метою профілактики останніх протягом першої хвилини після народження плода внутрішньом'язово вводять 10 ОД окситоцину. Ранній післяпологовий період потребує ретельного спостереження за станом породіллі та новонародженого. Міхур з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовують.

Переношений новонароджений — дитина, яка народилася після 42 повних тижнів вагітності (294 доби, або пізніше). Після народження плода оцінюють *наявність ознак, що підтверджують переношування,* а саме:

- при народженні дитини спостерігають **темно-зелене** забарвлення її шкіри, а також плодових оболонок, пуповини;
- мацерація шкіри;
- стоншення підшкірної основи і зниження тургору м'яких тканин;
- зміна конфігурації голівки вища, ніж у нормі;
- щільність кісток черепа, вушних раковин і носа;
- вузькі шви та тім'ячка;
- збільшення довжини нігтів;
- відсутність сироподібної змазки;
- лущення шкіри, «кінцівки пралі», «банні ступні».

При огляді посліду виявляють наступні зміни:

- вогнища жирового переродження;
- петрифікати;
- збільшення маси;
- зменшення товщини;
- склеротичні та дистрофічні зміни;

- вогнища некрозу;
- тонка пуповина.

Послід необхідно обов'язково направляти на патогістологічне дослідження.

Необхідно зауважити, що при встановленні діагнозу вагітності терміном 42 та більше тижнів, неефективності попередніх заходів з підготовки шийки матки до розродження та незадовільному стані плода *показане оперативне розродження шляхом операції кесаревого розтину.*

Перелік контрольних питань:

- мимовільний аборт;
- лікування та догляд за хворою;
- роль акушерки в профілактиці невиношування;
- передчасні пологи;
- тактика ведення передчасних пологів;
- переношена вагітність;
- ведення вагітності та пологів;
- ознаки, що підтверджують переношування вагітності;
- ведення третього періоду пологів.

ПЕРИНАТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ ПІСЛЯПОЛОГОВІ СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

ПЕРИНАТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ

Перинатальні інфекції — це захворювання плода або новонародженого, які виникають внаслідок гематогенної (трансплацентарної), амніальної, висхідної або низхідної інфекції, яка відбулася у пізньому фетальному періоді (після 22-ого тижня гестації) з клінічними проявами захворювання протягом раннього неонатального періоду.

Окремо слід зазначити, що в разі ВІЛ-позитивного статусу матері існує ризик передачі ВІЛ через грудне молоко при грудному вигодовуванні.

Терміни «внутрішньоутробне інфікування» і «внутрішньоутробна інфекція» не є синонімами.

Внутрішньоутробне інфікування відображає факт інвазії мікроорганізму в організм плода, що не завжди призводить до розвитку патологічних змін. Внутрішньоутробне інфікування відбувається значно частіше, ніж розвиваються клінічні прояви хвороби і тому цей термін не повинен використовуватися як діагноз.

Внутрішньоутробна інфекція — це захворювання плода, що виникло внаслідок гематогенної (трансплацентарної), переважно вірусної або TORCH-інфекції з ураженням плода або клінічними проявами інфекції після народження дитини.

Ураження плода відбувається, переважно, протягом раннього фетального періоду (9–22-й тиждень гестації) з формуванням вроджених аномалій розвитку або специфічного симптомокомплексу (ЗВУР, гідроцефалія, кальцифікати мозку, гепатоспленомегалія, важка жовтяниця). Можливі несприятливі наслідки перинатальних інфекцій під час вагітності:

- затримка внутрішньоутробного розвитку плода;
- передчасні пологи;
- вроджені вади розвитку;
- перинатальні втрати;
- гострі інфекції у новонародженого;
- персистуючі інфекції у новонародженого;

- безсимптомні інфекції з пізніми клінічними проявами;
- інвалідність з дитинства.

Залежно від шляху інфікування перинатальні інфекції бувають:

- трансплацентарні;
- висхідні;
- контактні;
- інфекції, що передаються через молоко матері;
- інфекції, що передаються через компоненти крові;
- госпітальні інфекції.

Залежно від збудника перинатальні інфекції бувають:

- бактеріальні;
- вірусні;
- спірохетозні;
- протозойні;
- змішані.

До гнійно-запальних внутрішньоутробних інфекцій відносять захворювання, що виявляються у перші три доби життя дитини.

Клінічні прояви та тяжкість перинатальних інфекцій залежать від:

- виду збудника, його вірулентності, специфічності дії, масивності обсіювання, а також від того, чи є інфекція первинною або хронічною;
- імунного гомеостазу організму жінки;
- стадії інфекційного процесу у вагітної;
- терміну вагітності, в якому відбулося інфікування *(табл.14.1);*
- шляху проникнення збудника в організм вагітної.

Клінічні прояви внутрішньоутробних та перинатальних інфекцій

Таблиця 14.1

Період гестації	Можливі наслідки інфекції
Передімплантаційний (перші 6 днів після запліднення)	Загибель зиготи
Ембріо- та плацентогенез (з 7-го дня до 8-го тижня)	Загибель ембріона, вади розвитку, формування плацентарної дисфункції
Ранній фетальний (з 9-го до 22-го тижня)	Порушення функцій різних органів та систем
Пізній фетальний (після 22 тижнів)	Розвиток фетопатій або специфічного інфекційного процесу

TORCH-ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ

Ураження плода певними збудниками перинатальних інфекцій спричиняє розвиток схожого симптомокомплексу, який раніше позначався абревіатурою TORCH, складений з перших букв назв найбільш частих внутрішньоутробних інфекцій:

- **T** (Toxoplasmosis — токсоплазмоз);
- **O** (Other diseases — інші — сифіліс, ВІЛ, вітряна віспа, а також інфекції, спричинені ентеровірусами та парвовірусом B_{19});
- **R** (Rubella — краснуха);
- **C** (Cytomegalovirus — цитомегалія);
- **H** (Herpes simplex virus — герпес).

Загальні ознаки перинатальних інфекцій:

- малосимптомна клінічна картина у матері;
- симптомокомплекс у плода: затримка росту плода, жовтяниця, гепатоспленомегалія, екзантеми, ураження ЦНС і органів кровообігу; персистуючий перебіг хвороби у новонародженого, схильність до генералізації;
- вроджені вади розвитку.

Ці інфекції, незважаючи на етіопатогенетичні відмінності, мають низку спільних рис, а саме: джерелом інфекції є вагітна жінка, роділля або породілля, інфікування відбувається трансплацентарно, висхідним шляхом, контактним (під час пологів чи при контакті з матір'ю — годувальницею), через інфіковане материнське молоко.

У вагітних жінок деякі з цих захворювань перебігають безсимптомно або із стертою клінічною картиною, що перешкоджає своєчасній діагностиці.

TORCH-інфекції мають поліорганну проникність, тому вражають багато органів та тканин плода. Прояви внутрішньоутробного інфікування залежать від ступеня вираженості інфекції, термінів гестації. В перші тижні та місяці гестації проявляється тератогенна дія збудників. Коли органогенез завершений, інфікування плода може навіть проявлятись після народження — від перших тижнів і до кількох років. Ці прояви, викликані необоротними змінами в системах і органах, різноманітні, аж до розумової відсталості.

Профілактика TORCH-інфекції у плода та новонародженого — це запобігання зараженню вагітної, своєчасне виявлення та адекватне лікування у разі наявності захворювання у неї.

Методи діагностики інфекції під час вагітності

З метою діагностики інфекції під час вагітності досліджують вміст цервікального каналу, піхви, уретри. З цією метою проводять *бактеріоскопічне, бактеріологічне* (якісне і кількісне) та *вірусологічне* дослідження.

Також проводять серологічні дослідження на наявність специфічних антитіл у крові. Інтерпретація результатів серологічних досліджень представлена у *табл. 14.2:*

Оцінка результатів серологічних досліджень з TORCH-агентами

Таблиця 14.2

IgM	IgG	Інтерпретація результатів
+	–	Рання фаза гострої інфекції
+	+	Гостра інфекція або загострення хронічної
–	+	Стан імунітету після перенесеної інфекції
–	–	Група ризику (загроза виникнення гострої первинної інфекції): • серонегативний період гострої інфекції • відсутність інфекції в минулому

Наявність у крові специфічних IgM-антитіл при відсутності IgG-антитіл свідчить про ранню *гостру фазу захворювання*. Наявність специфічних антитіл обох класів свідчить *про гостру інфекцію в більш пізній фазі*, або про *реактивацію латентної інфекції.*

При визначені IgM, IgG-антитіл під час вагітності часто з різних причин спостерігаються хибнопозитивні реакції. Тому в таких випадках лише динаміка титрів IgG-антитіл у сироватці крові, узятих з інтервалом 10–14 днів (парні сироватки), з наростанням титрів у 4 і більше разів, буде підтверджувати наявність інфекції. В таких випадках рішення залежить від виду збудника, терміну вагітності та інших обставин, які характеризують ситуацію.

Наявність у вагітної лише IgG-антитіл говорить про *стан імунітету.* Відсутність антитіл обох класів свідчить про те, що інфекції в минулому не було, а є потенціальна можливість первинного інфікування під час вагітності та виникнення внутрішньоутробної інфекції плода. Таким вагітним показані повторні серологічні обстеження з метою раннього виявлення первинної інфекції, особливо загрозливої для плода.

Методи діагностики інфекції у плода

Ультрасонографія є одним з методів діагностики інфекції у плода. Вона дозволяє виявити синдром затримки росту плода, аномальну кількість навколоплодових вод, зміни структури плаценти, водянку плода, гідроцефалію, церебральні кальцифікати, розширення чашково-мискової системи нирок, гепатомегалію, гіперехогенність кишечника. За показаннями проводять також *трансабодомінальний амніоцентез* з наступною ідентифікацією збудника в навколоплодових водах та *кордоцентез* — визначення збудника та/або рівня специфічних антитіл у пуповинній крові.

Медична допомога

Комплексне обстеження жінок з метою виявлення інфікованості збудниками пренатальних інфекцій, особливо групи TORCH, слід проводити до вагітності.

***Лікування** цих інфекцій є однією з основних задач прегравідарної підготовки. Однак більша частина цих інфекцій ефективно або взагалі не лікується!*

Усі жінки репродуктивного віку, які планують вагітність, повинні бути тестовані на наявність антитіл до вірусу краснухи. Серонегативним жінкам рекомендують вакцинацію з наступною контрацепцією упродовж трьох місяців. Доцільно також до настання вагітності проводити щеплення проти гепатиту В.

Токсоплазмоз

Це захворювання є найпоширенішою паразитарною інфекцією. Збудником його є Toxoplasma gondii. Людина, як деякі інші ссавці, рептилії є лише проміжним господарем, у якого токсоплазма паразитує або у вигляді проліферативної форми — при гострій інфекції, або у вигляді цист, що можуть зберігатись роками, найчастіше перебуваючи в мозку чи м'язах. Статевий цикл відбувається в кишечнику родини котячих, які є їх остаточними господарями. З фекаліями стійкі форми паразита-ооцисти виділяються у зовнішнє середовище. При певних умовах утворюються спорозоїти, які можуть зберігатись у грунті тривалий час, інфікуючи людей та тварин (часто овець). Людина заражається, вживаючи без термічної обробки інфіковані токсоплазмами тваринні продукти, овочі та фрукти, забруднені виділеннями кішок. При контакті з хворими тваринами інфікування може статися через порізи та садна шкіри.

Характерними ознаками токсоплазмозу є збільшення лімфатичних вузлів, печінки, селезінки. Іноді захворювання може проявлятися міокардитом чи пневмонією. Формування первинного вогнища інфекції супроводжується реакцією регіонарних лімфовузлів, а потім відбувається гематогенна дисемінація збудника. Захворювання може перебігати у вираженій формі і супроводжуватися лихоманкою, лімфаденопатією, ураженнями зору, головним болем; зустрічається латентний перебіг (у вигляді носійства, а також рецидивуюча форма захворювання з ураженням різних органів і відповідною клінічною картиною. У разі хронічного токсоплазмозу клінічна картина проявляється симптомами ураження нервової системи: головний біль, послаблення пам'яті. Передача інфекції від матері до плода відбувається *трансплацентарно* і лише в тому випадку, коли зараження матері сталося під час вагітності. Інфікування приводить до розвитку хоріоамніоніту, загрози переривання вагітності, затримки внутрішньоутробного розвитку плода. Наслідок внутрішньоутробного інфікування залежить від терміну вагітності. Якщо інфікування відбувається в період ембріогенезу, вагітність найчастіше закінчується загибеллю плодового яйця. Пізніше можуть зустрічатись ураження у вигляді аненцефалії, мікрофтальмії, вовчої пащі. Захворювання у новонародженого може проявлятись характерною тріадою симптомів — хоріоретинітом, гідроцефалією та менінгоенцефалітом. У разі, коли інфікування матері відбувається незадовго до пологів, може виникати генералізований вісцеральний токсоплазмоз: інтерстиціальна пневмонія, міокардит, енцефаліт, гепатоспленомегалія з явищами жовтяниці та вираженої інтоксикації.

Діагностика токсоплазмозу у вагітних складна і грунтується на виявленні збудника в тканинах та рідинах організму, серологічних реакціях. Для виявлення збудника використовують забарвлення мазків периферичної крові, сечі, харкотиння за Романовським-Гімзою. Проте основним методом діагностики є серологічні дослідження, основним із яких вважають імунофлюоресцентний метод визначення специфічних антитіл. Внутрішньокірна проба з токсоплазміном втрачає своє діагностичне значення.

Про наявність гострого процесу чи загострення хронічного свідчить наявність у сироватці крові IgM. Виявлення високих титрів IgG разом із IgM є показником підгострого чи загострення хронічного процесу. Якщо IgG виявляються при відсутності Ig M потрібне повторне обстеження через 2–3 тижні. Зростання титрів IgG в такому випадку є показником гострого процесу (IgM можуть бути в кількості, що нижче від порогу чутливості). Повторне обстеження проводять не рідше ніж 1 раз на 2 місяці. Відсутність антитіл за всіма реакціями на протязі вагітності свідчить про повне одужання.

Лікування під час вагітності не проводять.

Профілактика полягає у виключенні з раціону м'яса без термічної обробки. Акушерка повинна звернути увагу вагітної на доцільність виключення контакту з котами, необхідність при роботі з грунтом використовувати рукавички. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція роділлі не потрібна.

Туберкульоз та вагітність

В останні роки відмічається значний ріст захворюваності на туберкульоз. Частіше він виникає до вагітності, хоча не виключена можливість виникнення захворювання під час вагітності. Найпоширенішою формою є туберкульоз легенів. Джерело зараження — хвора людина. Збудники — мікобактерії Коха — передаються в основному під час кашлю, через харкотиння, хоча можна інфікуватися, вживаючи в їжу молоко, м'ясо, яйця тварин, хворих на туберкульоз. Вагітність несприятливо впливає на перебіг туберкульозу, викликаючи загострення процесу. Лише у випадку, коли процес у фазі ущільнення, загострення не відмічається.

Туберкульоз ускладнює перебіг вагітності; часто відбуваються пізні викидні та передчасні пологи, причиною яких є інфекція, інтоксикація та хронічна гіпоксія. Частіше, ніж у здорових жінок, виникають ранні та пізні гестози. Через плаценту мікобактерії туберкульозу не проникають. Пологи перебігають, як у здорових жінок, проте відмічено, що тривалість їх значно вкорочена.

Клініка. Найбільш характерними ознаками туберкульозу легень є кашель, субфебрильна температура, нездужання, швидка втомлюваність, зниження апетиту, нічна пітливість. Помірно збільшуються лімфовузли, в крові — лейкоцитоз і збільшення ШОЕ. Проте слід пам'ятати, що у 50% вагітних перебіг туберкульозу може бути безсимптомним.

Діагноз встановлюють, враховуючи клінічні прояви, досліджують харкотиння на наявність мікобактерій. При необхідності можна зробити рентгенологічне дослідження легень. Його проводять, ретельно захищаючи ділянку живота.

Туберкульоз інших локалізацій — гортані, кісток, нирок зустрічається порівняно рідко. В таких випадках крім описаних вище загальних симптомів, є органний симптомокомплекс. Найбільш небезпечною із цих форм захворювання є туберкульоз гортані, який швидко прогресує і нерідко призводить до смерті. Туберкульоз нирок досить успішно піддається лікуванню протитуберкульозними препаратами.

Ведення вагітності. Питання про доношування вагітності вирішують спільно акушер-гінеколог і фтизіатр, бажано до 12 тижнів вагітності.

Показанням до переривання вагітності є:

- деструктивний процес в легенях, що погано піддається лікуванню;
- активна форма туберкульозу будь-якої локалізації;
- туберкульоз гортані;
- вагітність швидше, ніж через 2 роки після міліарного туберкульозу чи туберкульозного менінгіту;
- наявність супутніх захворювань нирок, цукрового діабету, серцево-судинної недостатності.

Переривання вагітності у пізні терміни є небезпечним, оскільки призводить до загострення процесу. Це особливо стосується туберкульозу гортані та туберкульозного менінгіту. Якщо вагітність дозволено доношувати, жінку необхідно лікувати.

Лікування. Терапія туберкульозу повинна бути комплексною і включати антибіотики, хіміопрепарати, вітаміни. Із медикаментів перевагу слід надавати ізоніазиду, етамбутолу. Рифампіцин можна застосовувати у випадках резистентності мікобактерій до вказаних препаратів, проте в I триместрі його вживання необхідно уникати. Стрептоміцин застосовувати не бажано з огляду на його ототоксичну дію. Жінки повинні споживати висококалорійну їжу, достатньо перебувати на свіжому повітрі. Бажано направляти їх у спеціалізовані санаторії, де забезпечений нагляд акушера-гінеколога та фтизіатра.

Перебіг та ведення пологів. Пологи у хворих на туберкульоз проводять у спеціалізованих відділеннях або в ізоляторі обсерваційного відділення.

Пологи перебігають без особливостей. Лікар, який веде пологи, повинен пам'ятати про необхідність оксигенації та ретельного знеболювання. Якщо II період пологів затягується, бажано накласти акушерські щипці (порожнинні, вихідні). Доцільно проводити перинеотомію. У разі вираженої дихальної недостатності, легеневої кровотечі, кровохаркання, після перенесеного туберкульозного менінгіту та торакопластики показане оперативне розродження. Якщо форма туберкульозу неактивна, можна дозволити годування малят грудьми (при цьому рот і ніс слід закривати маскою). Активна форма процесу є протипоказанням до годування грудьми. За породіллею потрібний постійний нагляд акушера-гінеколога та фтизіатра, оскільки у післяпологовому періоді, особливо у матерів-годувальниць, зустрічається загострення процесу.

Лістеріоз

Захворювання вагітних лістеріозом завжди призводить до внутрішньоутробного інфікування плода. Це відбувається після формування плаценти. Лістерії, циркулюючи у міжворсинчатих просторах, інфікують плаценту,

викликаючи плацентит з утворенням специфічних гранульом. Потрапляючи в організм плода, лістерії розмножуються в тканинах і органах, виділяючись із сечею та меконієм. Інфікують навколоплодові води, що в свою чергу посилює бактеріємію плода. Наслідки інфікування плода залежать від терміну вагітності, коли воно відбулося.

В ранні терміни вагітність переривається мимовільним викиднем. У більш пізні терміни в результаті септичного ураження і розвитку специфічних гранульом може статися антенатальна смерть плода. Якщо плід народжується живим, захворювання проявляється у вигляді сепсису чи проявляється аспіраційною пневмонією, ураженням органа слуху, центральної нервової системи, печінки, порушенням мозкового кровообігу. Нерідко зустрічаються шкірні прояви — папули, розмірами як зерно проса з червоним обідком по периферії. Вони локалізуються на спині, сідницях, кінцівках. Такі елементи можна побачити і на слизовій оболонці носоглотки, кон'юктиві.

Діагностика базується на виявленні в крові у матері специфічних антитіл.

Лікування. Застосовуються антибіотики пеніцилінового ряду, зокрема, ампіцилін 2–3 г на добу протягом тижня. Через 2–4 тижні курс лікування необхідно повторити. Розродження проводять через природні пологові шляхи. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція роділлі не потрібна.

ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ

Вірусний гепатит та вагітність

Серед екстрагенітальної патології важливе місце посідає вірусний гепатит (ВГ). Виділяють 5 нозологічних форм вірусних гепатитів — А, В, С, Д, Е. Віруси, що викликають ці форми, різні, мають різні шляхи передачі, різні імунологічні критерії діагностики, але однакові клінічні ознаки. Залежно від шляхів передачі інфекції виділяють 2 групи гепатитів — ті, що передаються фекально-оральним шляхом, і ті, що передаються парентеральним шляхом (в тому числі статевим). До першої групи належать ВГА і ВГЕ, до другої ВГВ, ВГС, ВГД.

Вірусний гепатит А є типовою кишковою інфекцією. Вірус А має один антиген, на який в організмі виробляються імуноглобуліни класу М і G, які є маркерами цього захворювання. JgM виявляють у гострому періоді, JgG переважає у періоді видужання. Розроблена вакцина проти ВГА, ефективність її близько 97%. У разі виникнення захворювання у вагітних, ризик передачі вірусу плоду незначний. Може бути інфікування під час пологів. Вагітність часто супроводжується невиношуванням (пізні викидні, перед-

часні пологи). При контакті вагітної з хворим на вірусний гепатит необхідно провести імунізацію φ-глобуліном — не пізніше 7 днів з дня контакту.

Вірусний гепатит Е — також парентеральна форма вірусної інфекції, його гостра форма найбільш небезпечна для життя вагітних.

Захворювання поширене в країнах Південно-Східної Азії, Близького Сходу та Африки. Гепатит перебігає гостро і вже в перші 1–3 дні спостерігається тяжка інтоксикація, часто розвиваються печінкова кома, енцефалопатія.

Вірус передається трансплацентарно. Вагітність часто переривається пізніми викиднями, передчасними пологами. Плоди нерідко народжуються мертвими або вмирають в перші 3 місяці життя.

Клініка гепатиту може нагадувати важкий гестоз із печінково-нирковим ендометритом чи гострий гепатоз вагітних. Серологічна діагностика гепатиту лише розробляється, тому для диференціальної діагностики вирішальне значення мають епідеміологічні дані, а також порівняно низькі показники АлАТ при гестозах, порівняно з гепатитом.

Для профілактики інфікування персоналу пологи чи оперативні втручання слід проводити, використовуючи 2 пари рукавичок.

Гепатит В передається через кров, слину, сперму, виділення з піхви. Ризик інфікування вагітних зростає при повторних гінекологічних дослідженнях, огляді з допомогою дзеркал, численних інструментальних обстеженнях та взятті крові. Маркером гепатиту В є HbsAg. Трансплацентарна передача гепатиту В трапляється рідко, частіше інфікування плодів спостерігається під час пологів, іноді при вигодовуванні грудним молоком. Якщо новонароджений інфікується, то захворювання може перебігати безсимптомно (вірусоносійство), проте такі діти можуть бути джерелом інфікування інших дітей.

Доведено, що інфікування частіше спостерігається тоді, коли у матері виявляється поверхневий HbsAg, а при наявності HbcAg чи при їх відсутності інфікування не відбувається. Для виявлення гепатиту проводиться скринінг — визначається HbsAg. У разі наявності цього антигену новонародженому проводять вакцинацію — в перші 12 годин вводять імуноглобулін (0,5 мл), а потім триразово рекомбінантну вакцину. Жінкам із групи високого ризику зараження, але із від'ємним HbsAg з профілактичною метою вводять імуноглобулін.

Вірусний гепатит С. Небезпекою цього захворювання є те, що воно призводить до цирозу печінки, а збудник — один із важливих агентів гепатокарциноми. Вірус — із родини флавовірусів, у сироватці крові він зустрічається в надзвичайно малій концентрації, а імунна відповідь у вигляді утворених антитіл — слабка і пізня. *Шляхи передачі вірусної інфекції* — через кров, слину, сперму, виділення з вагіни та інші біологічні рідини.

Вагітні жінки належать до групи підвищеного ризику інфікування через необхідність проведення у них численних досліджень — гінекологічних обстежень з допомогою інструментів, взяття крові для аналізів і т.п.

Факторами ризику є також часта зміна статевих партнерів, велика кількість пологів у анамнезі, гемотрансфузії, введення наркотиків внутрішньовенно. Антитіла до вірусу гепатиту С не визначаються протягом 15 тижнів після гострого захворювання, а у частини хворих навіть до року. Існує вертикальна передача вірусу, встановлено, що інфікується близько 6% плодів.

Гепатити мають спільну симптоматику. Захворювання частіше розпочинається з астено-вегетативного синдрому — нездужання, порушення сну, вираженої втоми, помірної лихоманки. Привертає увагу диспептичний синдром — зниження апетиту, нудота, іноді блювання, важкість у епігастрії та правому підребер'ї. Розладів випорожнення немає. Через 1–2 тижні з'являється жовтяниця. За 1–2 дні до візуальної появи жовтяниці сеча набуває темного забарвлення, кал втрачає колір. Жовтяниця — дуже важливий симптом гепатиту, він з'являється тоді, коли рівень білірубіну перевищує норму в 2 рази. Збільшується печінка, особливо її ліва частка. Можливе збільшення селезінки. Клініка має бути підтверджена лабораторними даними: в крові типова лейкопенія з лімфомоноцитозом, гіпербілірубінемія (за рахунок прямої фракції), підвищення АлАТ (під час жовтяниці — більше, ніж у 5 разів), показника тимолової проби, зниження показника сулемової проби. В сечі з'являються жовчні пігменти. Слід пам'ятати про можливість стертих форм захворювання.

Перебіг вагітності та пологів. При вірусних гепатитах зростає частота передчасного переривання вагітності. Як пологи, так і аборт погіршують стан жінки і можуть призвести до розвитку печінкової недостатності, тому *переривання вагітності не рекомендується.*

Якщо виникає необхідність перервати вагітність, або жінка категорично на цьому наполягає, робити це слід у періоді реконвалесценції, навіть якщо він припадає на термін після 12 тижнів.

Пологи ведуть через природні пологові шляхи в ізоляторі обсерваційного відділення, виділяючи для роділлі всі інструменти, шприци та білизну разового використання. В пологах необхідно обов'язково проводити лікування внутрішньоутробної гіпоксії, в умовах якої постійно перебуває плід. До гемотрансфузії можна вдаватися лише за наявності життєвих показань. Грудне вигодовування не протипоказане.

Значно зростає перинатальна смертність, особливо при ВГВ і ВГЕ. Гепатити, особливо ВГВ призводить до серйозних зсувів у імунній системі, тому частіше виникають гнійно-септичні захворювання.

Грип

Вірусне захворювання, що передається повітряно-крапельним шляхом.

Клініка. Для грипу характерне раптове підвищення температури, головний біль, пропасниця, загальне нездужання. Розвиваються катаральні ознаки — нежить, ларингіт, іноді катаральна ангіна. Форми перебігу — від легкої, яку людина може перенести на ногах, до важкої із серйозними наслідками. Серйозним ускладненням грипу є пневмонія. Грипозна інфекція в ранні терміни вагітності призводить до інфікування плодового яйця, його загибелі або до викидня. В пізні терміни вагітність переривається в половині випадків.

Пологи у хворих на грип ускладнюються слабкістю пологової діяльності, гіпоксією плода. В післяпологовому періоді нерідко виникають кровотечі. Ведуть пологи через природні пологові шляхи.

Діагноз грипу встановлюють на основі характерної клінічної картини, враховуючи епіданамнез, для підтвердження діагнозу використовують метод прямої та непрямої флюоресценції.

Лікування. Жінка повинна дотримуватись ліжкового режиму. Необхідно багато пити — відвари малини, липового цвіту. Застосовують ацетилсаліцилову кислоту, оксолінову мазь у ніс, симптоматичне лікування. У разі виникнення ускладнень призначають антибіотики та сульфаніламідні препарати. Доцільно призначати лікування, спрямоване на збереження вагітності. Пологи проводять у обсерваційному відділенні, їх ведуть через природні пологові шляхи, застосовуючи оксигенацію. Дітей, народжених від матерів, хворих на грип, не прикладають до грудей до повного одужання матері.

Краснуха

Вірусне захворювання, що передається повітряно-крапельним шляхом. Хворіють частіше діти, але нерідко захворювання трапляється і серед дорослих.

Клініка. Захворювання проявляється через 10–22 дні після зараження, з'являються ознаки катару верхніх дихальних шляхів, кон'юнктивіт. Температура підвищується до субфебрильних цифр, і не знижується впродовж 1–3 днів. Через 1–3 дні від початку захворювання з'являються петехіальні висипання на обличчі та шиї, які зливаються і дуже швидко поширюються на все тіло. Через 3 дні висипання зникають. Характерна ознака — генералізована лімфаденопатія. Після перенесеного захворювання залишається стійкий імунітет.

Діагностика. Діагноз краснухи встановлюють на основі характерної клінічної картини — наявності і черговості висипань. У разі епідемії крас-

нухи утруднень у діагностиці не виникає. Певну роль може відіграти виявлення вірусу у ротоглотці, випорожненнях, а також серологічні реакції.

Вплив краснухи на перебіг вагітності. Вірус краснухи проникає через плаценту, володіє ембріотропністю і викликає значні зміни у плода, причому найбільші ураження припадають на ранні терміни вагітності. У ранні терміни може трапитись переривання вагітності. Якщо вагітність прогресує, то краснуха призводить до затримки внутрішньоутробного розвитку, гепатоспленомегалії, уроджених вад розвитку, мікрофтальмії, катаракти, глухоти.

Лікування. Краснуха належить до тих захворювань, при яких необхідно переривати вагітність, якщо інфекцію виявляють у перші 16 тижнів. Якщо краснуха виникає, коли вагітність у терміні понад 16 тижнів, жінок ізолюють і проводять лікування. Застосовують симптоматичні десенсибілізувальні засоби, аскорбінову кислоту. В більшості випадків достатньо ліжкового режиму, повноцінного харчування, вживання великої кількості рідини.

Розродження хворих проводять в ізоляторі обсерваційного відділення. Новонароджених також ізолюють.

ХВОРОБИ ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ ТА ВАГІТНІСТЬ

Гонорея і вагітність

Гонорея — інфекційна контагіозна хвороба, яку викликають гонококи. Серед специфічних запальних захворювань жіночих статевих органів гонорейна інфекція займає друге місце і зустрічається у 5–25% випадків.

Етіологія і патогенез. Збудником гонореї є гонокок, відкритий у 1879 році А. Нейссером. Він грамнегативний. Гонококи нестійкі у зовнішньому середовищі і швидко гинуть під впливом дезінфекційних розчинів, кип'ятіння, висушування, проте досить стійкі в організмі людини. За несприятливих умов гонококи трансформуються у L-форми, які у разі сприятливих умов можуть перетворюватись у звичайні гонококи. У випадках хронічної гонореї гонококи містяться, переважно, всередині лейкоцитів і позаклітинно, а при гострій формі — у лейкоцитах.

Гонококи у жінок ушкоджують здебільшого ті відділи сечостатевої системи, які вистелені циліндричним епітелієм: слизову оболонку сечівника і каналу шийки матки, вивідні протоки бартолінових залоз, слизову оболонку порожнини матки, маткові труби, покривний епітелій яєчників, очеревину малого таза. Під час вагітності, в дитячому віці і в період менопаузи може виникнути також гонорейний кольпіт.

Джерело зараження — хвора на гонорею людина.

Шляхи зараження:

- захворювання передається здебільшого статевим шляхом;
- при статевих збоченнях: гомосексуальні контакти, орогенітальні контакти;
- рідше побутовим шляхом — через ванні губки, рушники, брудну білизну;
- під час пологів від хворої на гонорею матері (ураження очей, піхви у дівчаток).

Інкубаційний період при гонореї триває 3–7 діб, рідше — до 2—3 тижнів.

За ступенем поширення процесу розрізняють гонорею нижнього відділу статевих органів (гонорейний уретрит, ендоцервіцит, бартолініт, вульвовагініт) і верхніх відділів — висхідна гонорея (ендометрит, сальпінгіт, пельвіоперитоніт).

За перебігом розрізняють такі форми гонореї:

- свіжа гонорейна інфекція з гострим, підгострим, торпідним перебігом, яка триває не більше двох місяців;
- хронічна гонорейна інфекція, яка триває більше двох місяців;
- латентна гонорейна інфекція.

У жінок клінічна картина гонореї неоднорідна і залежить від локалізації процесу, вірулентності збудника, віку хворої, реактивності її організму, стадії захворювання (гостра, хронічна). Свіжа гонорея в гострій формі проявляється яскравою клінічною картиною. Підгостра форма супроводжується субфебрилітетом, нерідко спостерігаються виразні клінічні симптоми. До неї умовно відносять захворювання, що почалося не більше 2 тижнів тому. Торпідна гонорея характеризується незначними клінічними проявами або перебігає безсимптомно, проте у хворої виявляють гонококи. При латентній гонореї бактеріологічного і бактеріоскопічного підтвердження немає, симптоми захворювання практично відсутні, проте хворі є джерелом зараження. Хронічною гонореєю вважають захворювання, яке триває понад 2 місяці від зараження, або з невстановленим початком.

Під час вагітності для захворювання характерна стерта клінічна картина. Вогнищем ураження здебільшого є уретра та цервікальний канал. Вагітність на фоні гонореї перебігає несприятливо. Інфікування часто відбувається антенатально, висхідним шляхом. В такому випадку спостерігається затримка внутрішньоутробного розвитку плода, зменшення маси тіла новонародженого в ранньому неонатальному періоді. Порушуються адаптаційні реакції, затягується перебіг фізіологічної жовтяниці. У разі інфікування плода під час пологів, з'являється гонорейний кон'юнктивіт (бленорея), у дівчаток можуть виникати вульвіти. Нелікована бленорея може призводити до сліпоти. У ослаблених новонароджених може виникнути генералізований гонорейний сепсис.

З метою профілактики цих захворювань в кон'юнктивальний мішок та статеву щілину закапують 30 % розчин сульфацилу натрію. Для діагностики беруть мазки з уретри, цервікального каналу та піхви, проводять їх мікроскопію після фарбування за Грамом, а також використовують культуральну діагностику.

Лікування гонореї проводять у будь-якому терміні вагітності антибіотиками спільно з дерматовенерологом.

Пологи ведуть через природні пологові шляхи. Кесарів розтин проводять за акушерськими показаннями. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція роділлі не потрібна.

Хламідіоз та вагітність

Захворювання викликається збудником Chlamidia trachomatis, зустрічається у 20–25% вагітних. Розвивається цервіцит, уретрит, сальпінгіт. Часто буває безсимптомний перебіг. Хламідійна інфекція ускладнює перебіг вагітності мимовільними викиднями, передчасними пологами, допологовим вилиттям навколоплодових вод. Нерідко виникає внутрішньоутробне інфікування, яке може проявлятись хронічною гіпоксією та затримкою внутрішньоутробного розвитку плода. Досить часто (у 35–50% випадків) розвиваються кон'юктивіти. Одночасно можуть зустрічатись прояви отиту, фарингіту. Діти народжуються з малою масою тіла. Протягом першого місяця життя дитини захворювання може проявитись хламідійною пневмонією, після якої можливий розвиток генералізованої інфекції, специфічного міокардиту.

Діагноз ставлять на основі визначення антихламідійних антитіл імунофлюоресцентним методом, а також шляхом визначення хламідій у зскрібку слизової оболонки уретри та цервікального каналу.

Лікування полягає у проведенні етіотропної терапії після 14 тижнів вагітності антибіотиком-макролідом. Кількість та тривалість курсів залежить від вираженості інфекційного процесу, перебігу вагітності, препаратом вибору у вагітних є еритроміцин. Оскільки еритроміцин погано проникає через плацентарний бар'єр, його призначають по 2 г на добу.

Ефективним є вільпрафен, який за антимікробним спектром близький до еритроміцину. Його призначають по 2,0 на добу 10–14 днів. Допускається призначення кліндаміцину по 3,0–0,45 4 рази на день або 0,3–0,6 на добу внутрішньом'язово.

Кандидозний вульвовагініт у вагітних

Кандидоз — захворювання, яке викликається дріжджовими грибами, може передаватися статевим шляхом. Виникненню кандидозу сприяють захворювання, які тривало перебігають, знижують опірність організму (цукровий діабет, авітамінози), а також тривале лікування антибіотиками. Найчастіше він локалізується в ділянці піхви, вульви. У вагітних частота кандидозного вульвовагініту збільшується, особливо у третьому триместрі. Для кандидозного вульвовагініту характерні скарги на відчуття сверблячки, паління, болючості, значні сирнисті виділення із піхви. При огляді — слизова оболонка геніталій гіперемійована, набрякла, в складках — накопичення білих нашарувань. Гриби роду Candida можуть відігравати роль у патологічному перебігу вагітності (призводити до невиношування, передчасних пологів, внутрішньоутробної загибелі плода). Тому доцільно проводити санацію вагітних від кандидозної інфекції.

Лікування. Необхідно підкреслити, що лікування вагітних проводять протигрибковими препаратами місцевого застосування лише за наявності скарг у жінки.

Урогенітальний трихомоніаз

Урогенітальний трихомоніаз (trichomoniasis urogenitalis) — паразитарна хвороба, що розвивається внаслідок проникнення піхвових трихомонад у нижні відділи статевих органів і сечівника.

Етіологія. Збудником трихомоніазу є піхвова трихомонада (Trichomonas vaginalis), яка паразитує тільки в організмі людини, у зовнішньому середовищі нестійка, при обробці дезінфекційними розчинами гине через кілька секунд, у водопровідній воді — через 15–45 хв, чутлива до висихання, гине при митті рук з милом. У людському організмі піхвова трихомонада може існувати у трьох формах: звичайна (грушеподібна), у вигляді кулькових тіл (форма розмноження), амебоїдна з вираженою фагоцитарною активністю (може фагоцитувати мікоплазми, гонококи та інші мікроорганізми, які є причиною рецидивів мікоплазмозу, гонореї).

Це найпоширеніше захворювання з-поміж тих, що передаються при статевих зносинах. За даними ВООЗ, на цю хворобу хворіє 10% населення. Позастатеве зараження можливе в рідкісних випадках: у лікувальних закладах — при використанні для дослідження недостатньо знезаражених рукавичок, інструментів тощо, в побуті — при користуванні чужими губками, білизною, рушниками тощо.

Інкубаційний період триває 5–15 днів. Основним місцем паразитування трихомонад є слизова оболонка піхви, канал шийки матки, порожнина матки, маткових труб, вивідних проток бартолінових залоз, сечівника, сечового міхура. В інфікованих слизових оболонках виникає запальний процес: набряк, гіперемія, ексудація, десквамація ушкоджених епітеліальних клітин.

Клініка. Частіше спостерігаються кольпіт, уретрит, ендоцервіцит, проктит, рідше — висхідна інфекція.

Форми генітального трихомоніазу:

- свіжий (гостра, підгостра і торпідна форми);
- хронічний трихомоніаз (з торпідним перебігом і тривалістю захворювання понад 2 міс.);
- трихомонадоносійство (характеризується відсутністю симптомів за наявності трихомонад).

При гострій і підгострій формах хворі скаржаться на появу пінистих білей з неприємним запахом, відчуття свербіння і паління у зовнішніх статевих органах і піхві, паління і болючість при сечовипусканні.

Об'єктивні дані: почервоніння, мацерація, розчухи шкіри вульви, промежини, малих і великих статевих губ, наявність ерозії на шийці матки, почервоніння і набряк слизової оболонки піхви, пінисті гнійні білі. При торпідній (малосимптомній) формі прояви захворювання незначні або відсутні. Хронічний трихомоніаз характеризується появою білей, свербінням, при цьому ознаки запального процесу незначні, спостерігаються часті рецидиви.

Діагностика. Діагноз підтверджують даними анамнезу, об'єктивного дослідження, мікроскопії вагінальних мазків.

Особливості змішаної трихомонадно-гонорейної інфекції: більш тривалий інкубаційний період. Лікування доцільно проводити в такій послідовності: спочатку лікують трихомоніаз, а потім — гонорею.

Вплив трихомоніазу на вагітність. Часто трихомоніаз може бути причиною переривання вагітності, особливо у ранні її терміни. Через плаценту трихомонади не проникають, але інфікування дитини може відбутися при проходженні через родові шляхи матері. У хворих частіше виникають кровотечі, запальні процеси у післяпологовому періоді.

Вагітність також має певний вплив на перебіг трихомонадної інфекції. Оскільки слизові оболонки у вагітних розрихлені, з підвищеною проникністю, хронічний процес у них часто загострюється, нерідко виникає висхідне ураження сечових шляхів.

Лікування. Підходи до лікування трихомоніазу у вагітних до певної міри такі ж, як і поза вагітністю, а саме: одночасне лікування статевого партнера та заборона статевого життя до повного вилікування. Разом з тим, препарати, що вживаються з цією метою, вагітним протипоказані. Місцево

можна застосовувати тампони з хлоргексидином. У II триместрі — вагінальні таблетки міратин-комбі. З огляду на можливість переривання вагітності слід утриматись від спринцювань.

Сифіліс

Сифіліс — венерична хвороба, яка в останні роки набула тенденції до поширення. Захворювання передається від людини до людини переважно при статевих контактах, рідше побутовим шляхом. Може траплятись внутрішньоутробне інфікування плода. Збудник захворюваання — бліда трепонема. Після інфікування проходить 3–4 тижні, перш, ніж з'являються ознаки захворювання.

Клініка. У клінічному перебігові захворювання розрізняють 3 періоди:

Первинний сифіліс виникає на місці проникнення блідої трепонеми в організм — це неболісна, тверда на дотик виразка, дно якої покрите «сальним» нашаруванням — «твердий шанкр». Шанкр нерідко супроводжується збільшенням лімфовузлів. У жінок локалізується найчастіше на шийці матки, нерідко на статевих губах, промежині. Виразка загоюється без спеціального лікування. В перші 3–4 тижні діагноз можна підтвердити лише виявленням збудника на поверхні шанкру. Це серонегативний сифіліс. В наступні 3–4 тижні стає позитивною реакція Вассермана.

Вторинний сифіліс розвивається через 3-8 тижнів після загоєння сифілітичної виразки і проявляється висипанням на шкірі та слизових оболонках. Першою висипкою є розеоли — невеличкі (0,5–1 см) запальні червоні плями на шкірі тулуба, живота, кінцівок, які не спричиняють сверблячки, тимчасово зникають при натискуванні пальцем, не підвищуються над рівнем шкіри, не лущаться. Згодом з'являються вузлики (папули), які можуть ерозуватись, дуже рідко — гнояч ки, може випадати волосся. Вузлики негострозапальні, щільні, діаметром від кількох міліметрів до 1 см, з вологою поверхнею, на якій є багато збудників (блідих трепонем), тому папули дуже заразні. Вони теж не спричиняють суб'єктивних відчуттів. У результаті тертя і подразнення ці вузлики збільшуються, ущільнюються і перетворюються у так звані гіпертрофічні папули або широкі кондиломи, діаметром 0,5-1 см і більше. Вони щільні, підвищуються над рівнем шкіри, негострозапальні, неболючі при пальпації, поверхня їх рівна або горбиста, іноді волога.

На поверхні широких кондилом є багато збудників — вони дуже заразні. Їх треба відрізняти від вірусних гострокінцевих кондилом (м'які, на ніжці, поверхня часточкова, як цвітна капуста). У цьому періоді діагноз сифілісу підтверджується виявленням на поверхні ерозивних папул і широких кон-

дилом блідих трепонем, а також позитивними серологічними реакціями (реакція Вассермана, РІФ, РІБТ — реакція іммобілізації блідих трепонем).

Третинний сифіліс розвивається через 4-6 років і проявляються вогнищами ураження в органах — гумами. Вони руйнують усі органи, призводячи до виражених порушень їх функції, а іноді навіть до смерті.

Діагностика. Базується на клінічних даних та серологічних дослідженнях — реакції зв'язування комплементу з ліпідними антигенами (RW-реакція Вассермана), реакції іммобілізації блідих трепонем (РІБТ) та двох специфічних реакціях — пасивної гемаглютинації (РПГА) та імуноферментного аналізу (ІФА). Реакція Вассермана стає позитивною лише через 3–4 тижні після появи шанкру.

Для діагностики ураження плода використовують ультразвукове дослідження, кордоцентез. Виявляють гепатоспленомегалію, асцит, потовщення плаценти. Доплерометрією визначають порушення матково-плацентарного кровотоку, кардіотахографією — ознаки хронічної гіпоксії плода.

Вплив сифілісу на перебіг вагітності та стан плода. На загальний стан жінки сифіліс не впливає. Оскільки бліда трепонема проникає через плаценту, страждає плід. Якщо інфікування відбувається в ранні терміни, вагітність переривається раннім або пізнім викиднем чи передчасними пологами мертвим плодом. Він, зазвичай, мацерований. При інфікуванні в більш пізні терміни плід може народитися живим, але з ознаками вродженого сифілісу — це генералізований набряк, анемія, жовтяниця, піхурі на підошвах і долонях, що лопають і відторгаються. Можуть бути сифілітичний нежить, сифілітична пневмонія, остеопороз. Збільшені печінка та селезінка. Виявляються зміни з боку плаценти — вона товста, щільна, набрякла, ворсини її звивисті, кількість судин у них зменшується аж до повного зникнення.

Ведення вагітності та пологів. Кожна вагітна, незалежно від анамнезу, наявності клінічних проявів повинна бути тричі обстежена на сифіліс реакцією Вассермана. Перший раз обстеження проводять при взятті на диспансерний облік, вдруге у 24 тижні та перед видачею допологової відпустки. Необхідно пам'ятати, що існує серонегативний період сифілісу, і за наявності підозри (пізні викидні, передчасні пологи тощо) обстеження на сифіліс потрібно проводити повторно.

Якщо у вагітної виявлено сифіліс, вагітність можна доношувати, а захворювання лікувати. ***Лікування*** проводять і в тих випадках, коли є підозра на сифіліс, а серологічна реакція негативна. Його призначають також тоді, коли в анамнезі є народження дітей із вродженим сифілісом, якщо сифілісом хворів або хворіє чоловік. Специфічну терапію проводять відповідно до стадії захворювання препаратами пеніцилінового ряду (калієва сіль пеніциліну, екстенцилін, ретарпен, тардоцилін).

Якщо специфічне лікування проведено у ранні терміни вагітності, превентивне лікування проводять у 24–38 тижнів. У разі, коли його проводять у більш пізні терміни, профілактичне лікування повинно йти за основним або без перерви. Жінки, що вже отримували превентивну терапію сифілісу, повторного лікування не потребують. Не проводять лікування, якщо раніше жінка отримала повноцінне лікування сифілісу і настала стійка негативізація комплексу серологічних реакцій.

СНІД та вагітність

Збудником СНІДу є вірус (ретровірус), який має здатність уражати імунну систему організму. Розрізняють два типи вірусу імунодефіциту людини, що викликають синдром набутого імунодефіциту (скорочено СНІД): ВІЛ-1, ВІЛ-2. ВІЛ-1 набув поширення у всіх країнах світу. ВІЛ (вірус імунодефіциту людини) дуже чутливий до нагрівання, при кип'ятінні він гине відразу, на нього згубно діють 70% спирт, 0,2% розчин гіпохлориту натрію та інші дезінфекційні розчини. Однак, цей вірус зберігає життєздатність у висушеному стані впродовж 4–6 діб при температурі 22°С, а при нижчій температурі — ще довше.

Джерелом зараження ВІЛ-інфекцією є хвора на СНІД людина або вірусоносій. Хворі на СНІД заразні впродовж усього життя. Кількість інфікованих ВІЛ у багато разів перевищує кількість хворих на СНІД. Інфікована людина досить швидко, іноді через 1–2 тижні після зараження стає заразною.

Шляхи зараження:

- статевий, який забезпечує природний перехід вірусу від однієї людини до іншої, в тому числі при статевих збоченнях (гомосексуалізм);
- парентеральне зараження трапляється при недотриманні санітарних умов проведення ін'єкцій, особливо внутрішньовенних, коли ін'єкції роблять одним шприцом, змінюючи тільки голку, часто це трапляється в ін'єкційних наркоманів;
- професійне зараження медичних працівників трапляється тоді, коли кров хворого на СНІД потрапляє на ушкоджену шкіру (мікротравми, тріщини тощо) чи слизові оболонки медика при внутрішньовенних маніпуляціях тощо;
- трансфузійна передача при переливанні здоровій людині крові хворого на СНІД. Це трапляється рідко;
- трансплацентарний — від хворої на СНІД вагітної її дитині.

Отже, ВІЛ може передаватись від людини до людини при прямому контакті: «кров-кров» або «сперма-кров». Передача вірусу із слиною під час поцілунку малоймовірна. Через укуси комах вірус не передається.

Клінічні прояви СНІДу. Прихований (інкубаційний) період може тривати від 1 місяця до 10 і більше років. Клінічні прояви хвороби можуть бути різні, їх можна поділити на кілька періодів. У 30–50% інфікованих осіб через 2–4 тижні спостерігається гострий період: гарячка, ангіна, збільшення шийних лімфовузлів, печінки, селезінки, які минають через 7–10 днів і хвороба переходить у латентний (прихований) період. У цей час єдиною ознакою хвороби може бути збільшення периферичних лімфатичних вузлів. Вони рухомі, не з'єднуються із тканинами, деякі з них можуть бути болючими при пальпації. Таке збільшення лімфовузлів може вказувати на СНІД, якщо воно триває понад 1,5–2 місяці.

Надалі розвивається так званий СНІД — асоційований симптомокомплекс, або преСНІД. Він може тривати від 1–6 місяців до кількох років. У цей час у хворих розвивається багато різноманітних симптомів і хвороб (до 200), ознаки, які є неспецифічними, тобто властивими не тільки СНІДу. Це тривала гарячка із нез'ясованих причин, генералізоване (повсюдне) збільшення периферичних лімфовузлів, періодичний пронос, втрата маси тіла (більше 10%), кандидоз ротової порожнини (пліснявка), лейкоплакія язика, фолікуліти, різні ураження шкіри. Цей період перебігає хвилеподібно з настанням значного поліпшення здоров'я аж до клінічної ремісії, коли люди вважають себе абсолютно здоровими.

Останній період — це власне СНІД. У таких хворих виникають різні інфекційні хвороби (до 170) на грунті зниженого імунітету, що спричиняє ВІЛ-інфекція. Уражається нервова система (у 30–90% хворих), спостерігають втрату орієнтації, послаблення пам'яті, розвивається недоумкуватість. Частою є так звана пневмоцистна пневмонія (запалення легень) — до 60% із тяжким, іноді із блискавичним перебігом. У 60% спостерігають тяжкі і тривалі проноси. Часто у хворих розвивається саркома Капоші, яка швидко прогресує і призводить до смерті в молодому віці. У значної частини хворих на СНІД розвиваються злоякісні процеси у вигляді лімфом та інших злоякісних пухлин внаслідок пригнічення вірусом захисних імунних механізмів людини. У таких хворих виникають ураження шкіри і слизових оболонок дріжджовими грибками (кандидози), вірусами простого й оперізувального герпесу із впертим, рецидивним і тяжким перебігом, що не піддаються звичайним методам лікування.

Діагностика. У діагностиці СНІДу враховують:

- епідеміологічний анамнез (гомосексуалізм, наркоманія, проституція, внутішньовенні маніпуляції тощо);
- наявність тривалого збільшення периферичних лімфовузлів, втрату маси тіла, тривалі проноси і гарячку;

- виявлення в крові антитіл до вірусу СНІДу шляхом імуноферментного аналізу та інших. Для дослідження беруть 5 мл крові з вени у стерильну пробірку, закорковують її і ставлять у холодильник при температурі +2 — +4 °С. Після утворення згустка відсмоктують сироватку в стерильну пробірку і направляють не пізніше ніж через 1-3 доби у лабораторію.

Вплив вагітності на перебіг СНІДу та захворювання на вагітність. У вагітних жінок захворювання, як правило, перебігає більш агресивно, оскільки гормональні зміни в організмі впливають на його імунний статус.

У інфікованих жінок нерідко спостерігається невиношування у вигляді викиднів чи передчасних пологів. Якщо не порушений плацентарний бар'єр, плід може внутрішньоутробно не інфікуватись, пологи будуть вчасними.

У разі внутрішньоутробного інфікування у плодів є ознаки гіпотрофії, порушення з боку нервової, травної систем, опорно-рухового апарату. Вони проявляються діареєю, наявністю патологічних рефлексів, моторних порушень, мікроцефалією. Нерідко у новонароджених буває вроджена гепатоспленомегалія, пневмонія. Дитина може інфікуватись при проходженні через пологові шляхи матері або під час годування грудьми.

Ведення вагітності та пологів. Усі вагітні, що перебувають на обліку в жіночій консультації, повинні бути обстежені на СНІД. У разі виявлення інфікування чи захворювання на СНІД жінці доречно запропонувати переривання вагітності. У разі виявлення СНІДу в пізні терміни, вагітність доношують до очікуваного терміну пологів.

Лікування. На цей час немає ефективних засобів для лікування СНІДу. Проте, застосовують препарати, які гальмують розвиток хвороби і продовжують тривалість життя. Нині ефективним препаратом для терапії ВІЛ-інфекції та СНІДу є криксиван — інгібітор протеази. Хворим призначають потрійну терапію на основі криксивану (криксиван + АЗТ + ЗТС), яка має високу ефективність, зменшує вміст вірусу в крові до рівня нижче порогу визначення. Застосовують також імуностимулятори, імуномодулятори, симптоматичне лікування, залежно від виявленої патології. Лікування слід проводити до настання вагітності.

Пологи ведуть через природні пологові шляхи в ізоляторі обсерваційного відділення. Після пологів жінка залишається в цій же палаті до виписки. Новонародженого до грудей не прикладають з огляду на можливість інфікування здорової дитини. Обстеження новонароджених проводять шляхом виділення вірусу та антитіл до нього.

Профілактика. Для профілактики передачі вірусу плоду застосовують зідовудин по 300-1200 мг/добу — 2 мг/кг в першу годину пологів, а потім щогодини до завершення пологів 1 мг/кг.

Профілактика ВІЛ-інфекції полягає в уникненні випадкових статевих контактів, застосуванні презервативів, використанні одноразових шприців. З метою запобігання ВІЛ-інфікуванню слід чітко дотримуватись інструкцій з рекомендаціями.

Цитомегаловірусна інфекція

Збудником є цитомегаловірус. Відсоток інфікування жінок, за даними світової літератури, дуже високий. У Західній Європі він становить від 50 до 85%. Серед вагітних із звичним невиношуванням інфікованих 70%.

Цитомегаловірус, який проник в організм, персистує в ньому тривалий час, виділяючись при цьому зі слиною, передається при статевих контактах.

Клініка. Гостра інфекція найчастіше перебігає субклінічно і проявляється катаральним синдромом. Хронічна інфекція клінічних проявів не має. Основними ознаками інфікування є екстрагенітальні симптоми: ураження ЦНС, тромбоцитопенія, ураження печінки, часті пневмонії. Може бути затримка розвитку плода, вроджені аномалії розвитку. Клінічні симптоми є у 5–10% інфікованих новонароджених, з них 11–20% помирає, 10% мають пізні прояви захворювання: сліпота, глухота, енцефалопатія, 5% — порушення розумового та фізичного розвитку. У жінок цитомегаловірусна інфекція проявляється у вигляді цервіциту й ерозій шийки матки, кольпіту, вульвіту й інших запальних захворювань, які перебігають у субклінічній формі.

Діагностика проводиться на основі клінічних спостережень, серологічних даних та імуноферментного аналізу — визначенні специфічних імуноглобулінів.

Лікування. Скринінг та лікування вагітних не проводять. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.

В пологах трапляється несвоєчасне відходження навколоплодових вод, що сприяє висхідній інфекції. Пологи ведуть природними пологовими шляхами, оскільки ризик інфікування плода не пов'язаний з інфекцією пологового каналу. Кесарів розтин проводять за акушерськими показаннями.

Герпетична інфекція

Герпетичні захворювання статевих органів викликаються вірусом простого герпесу, головним чином другого типу — ВПГ-2. Джерелом інфекції є хворі та носії. Збудник частіше трапляється у молодих жінок, які живуть статевим життям, можливе інфікування вірусом простого герпесу при орогенітальних контактах. Вірус локалізується переважно у слизових оболонках сечостатевого тракту — в чоловіків, та каналу шийки матки — у жінок,

а також у нервових гангліях поперекового і сакрального відділів симпатичної нервової системи. Генітальний герпес передається статевим шляхом. Під час вагітності ВПГ-2 може викликати її невиношування та вади розвитку плода. В 75–80% випадків ВПГ-2 викликає неонатальну інфекцію. У разі хронічного перебігу інтранатально інфікуються 0,5–1% плодів, при гострому генітальному герпесі або при загостренні хронічного ризик інфікування плода в пологах досягає 40%.

Інфікування, в основному, трансплацентарне. Висхідний шлях інфікування проявляється багатоводдям, супроводжується накопиченням і розмноженням збудника в навколоплодових водах. Інфікування плода до 20 тижнів веде до спонтанного викидня або аномалій розвитку плода, від 20 до 30 тижнів до передчасних пологів чи антенатальної смерті плода, після 32 — до народження хворої дитини. Зустрічається ураження шкіри (висипання), очей (катаракта, мікрофтальмія, хоріоретиніт), ЦНС (макро-та гідроцефалія). Іноді трапляються такі прояви герпетичної інфекції, як менінгоенцефаліт, сепсис, при яких дуже висока летальність. Діти, які вижили, залишаються інвалідами (неврологічні розлади, відсталість у психомоторному розвитку, порушення зору).

Генітальний вірус відносять до пожиттєво персистуючих інфекцій, тому захворювання має схильність до рецидивів.

Клініка. За клінікою виділяють типовий (20%), атиповий (20%) та безсимптомний перебіг інфекції (вірусоносійство) у 60%. Для типового перебігу захворювання характерні генітальні та екстрагенітальні ознаки. Екстрагенітальні симптоми: підвищення температури тіла, міалгія, головний біль, нудота, герпетичні висипання на обличчі, порушення сну. Генітальні прояви: у ділянці нижніх відділів статевої системи — вульви, піхви, шийки матки, біля уретри чи промежини — на тлі гіперемованої чи набряклої слизової з'являються окремі або множинні везикули розміром 2–3 мм, які існують упродовж 2–3 днів. Везикули розриваються і в їх основі утворюються виразки неправильної форми, вкриті жовтим нальотом, які загоюються за 2–4 тижні, не утворюючи рубця. При цьому хворі скаржаться на відчуття болю, свербіння, печіння в ураженій ділянці, тяжкість у нижніх відділах живота.

Клінічні прояви перебігають у трьох формах:

- I — гостра первинна;
- II — хронічна рецидивна;
- III — атипова.

Діагностику слід проводити до вагітності. Вона ґрунтується на даних анамнезу, скарг, об'єктивного дослідження, виявленні ВПГ-2 чи його антитіл у сироватці крові хворої. Найбільш достовірним вважається метод знаходження збудника у виділеннях з піхви, шийки чи порожнини матки та

уретри. Для експрес-діагностики застосовують метод флюоресціюючих антитіл та імунопероксидазний метод.

Лікування утруднене у зв'язку з частими рецидивами захворювання та можливістю реінфекції. Якщо захворювання було до вагітності або виникло пізніше, ведуть ультразвукове спостереження за плодом у динаміці і питання доношування вирішують індивідуально.

Лікування первинної генітальної герпетичної інфекції противірусними препаратами не проводять, за винятком випадків нагальних показань з боку матері. Якщо інфікування відбулося впродовж першого місяця перед пологами, розродження проводять шляхом опреції кесаревого розтину. Якщо більше одного місяця — пологи ведуть через природні пологові шляхи.

При рецидивуючій генітальній герпетичній інфекції за тиждень до пологів проводять операцію кесаревого розтину, якщо більше 7-ми днів — пологи ведуть через природні пологові шляхи. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція роділлі не потрібна.

ПІСЛЯПОЛОГОВІ ГНІЙНО-СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Післяпологові гнійно-септичні захворювання зустрічаються у 4–6% випадків. Протягом останніх років спостерігається деяке зростання кількості післяпологових інфекційних (септичних) захворювань. Це пов'язано із зміною збудників септичного процесу внаслідок широкого, іноді неконтрольованого вживання антибіотиків, розвитку антибіотикорезистентних форм збудників.

Етіологія. Одним із найчастіших збудників є патогенний стафілокок. Поряд з тим, досить часто збудниками бувають кишкова паличка (нерідко в асоціації із стафілококом), протей, ентеробактер, синьогнійна паличка, а також анаероби. Збудниками післяпологових септичних захворювань можуть бути також мікроорганізми, що передаються статевим шляхом. Найчастіше при цих захворюваннях виділяють асоціації мікроорганізмів, що взаємно посилюють вірулентність.

Інфекція потрапляє в організм із різних джерел. Розрізняють екзогенну і ендогенну інфекції. До екзогенних джерел слід віднести бацилоносіїв серед медичного персоналу. Інфікування можуть зумовити порушення санітарно-епідеміологічного режиму в пологових будинках, недотримання правил прибирання пологових зал, післяпологових і дитячих палат, стерилізації рукавичок, інструментарію, білизни. Це необхідно враховувати для профілактики післяпологових інфекційних захворювань. Щодо *ендогенної* інфекції, то її джерелами можуть бути приховані вогнища інфекції при хронічному сину-

ситі, карієсі, хронічному тонзиліті, пієлонефриті, цервіциті, кольпіті та інших запальних процесах.

У патогенезі післяпологових септичних захворювань велику роль відіграють взаємовідносини макро- і мікроорганізму. Провідне значення належить макроорганізму, його реактивності й захисним властивостям.

Сприяють зниженню реактивності організму затяжні пологи, несвоєчасне відходження навколоплодових вод, пологова травма, оперативні втручання, ручні втручання у порожнину матки. Анатомічні особливості післяпологової матки, внутрішня поверхня якої являє собою раневу поверхню, а плацентарний майданчик має багато кровоносних і лімфатичних судин, сприяють поширенню інфекції.

Певну роль у виникненні післяпологових інфекційних захворювань відіграють процеси сенсибілізації, алергічні реакції, а також інтоксикація організму продуктами мікробного і тканинного розпаду.

Шляхи поширення інфекції. Із вогнища інфекції мікроорганізми можуть поширюватись кровоносними судинами (гематогенно), лімфатичними (лімфогенно), а також інтраканалікулярно (тканинами, контактно). Часто спостерігається тенденція до комбінованого поширення інфекції.

Класифікація. Найбільше відповідає клінічним вимогам класифікація за С.В.Сазоновим та А.В.Бартельсом. За цією класифікацією різні форми післяпологових захворювань розглядають як етапи розвитку єдиного септичного процесу.

І етап — інфекція обмежена післяпологовою раною — післяпологовий ендометрит та післяпологова виразка (на промежині, вульві, піхві, шийці матки).

ІІ етап — інфекція поширюється за межі рани, але ще локалізована — метрит, параметрит, аднексит, пельвіоперитоніт, обмежений тромбофлебіт.

ІІІ етап — інфекція наближена до генералізованої — загальний перитоніт, септичний шок і прогресуючий тромбофлебіт.

IV етап — генералізована інфекція — сепсис без метастазів та сепсис із метастазами.

ЗАХВОРЮВАННЯ І ЕТАПУ

Післяпологова виразка. Виникає на післяпологових тріщинах, розривах. Ранова поверхня вкрита брудними сірими або сіро-жовтими нашаруваннями, при спробі знімання яких рана кровоточить, тканина навколо неї набрякла і гіперемійована. Загальний стан порушується мало, але буває субфебрилітет *(рис. 14.1)*.

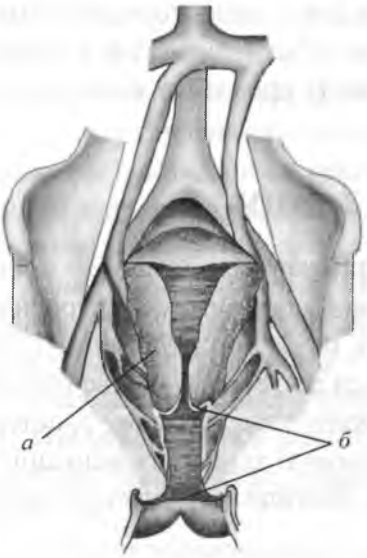


Рис. 14.1. I етап поширення інфекції:
а) — післяпологовий ендометрит;
б) — післяпологова виразка

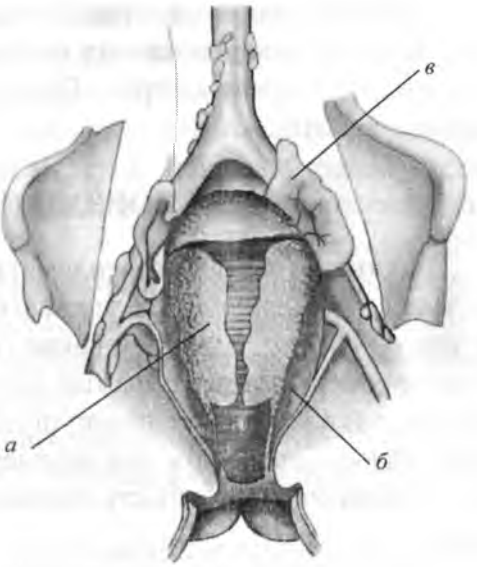


Рис 14.2. II етап поширення інфекції:
а) — метроендометрит;
б) — параметрит; в) — аднексит

Лікування. Небхідно зняти шви, рану очистити перекисом водню, накласти пов'язку із гіпертонічним розчином хлориду натрію у поєднанні з антибіотиками. При очищенні рани накладають мазьові пов'язки (солкосерил, мазь Вишневського). Можна застосовувати опромінення гелій-неоновими лазерами.

Післяпологовий ендометрит — запалення внутрішньої оболонки матки. Виникає на 3–5 добу після пологів. Підвищується температура тіла до 37–38°С, прискорення пульсу відповідає підвищенню температури тіла. Загальний стан жінки порушується мало. Матка при цьому дещо болюча, спостерігається її субінволюція. Лохії стають каламутними, іноді з неприємним запахом. Деколи виникає затримка лохій — лохіометра. Захворювання триває 8–10 діб.

Лікування ендометриту має бути комплексним і включати антибактеріальну, детоксикаційну, десенсибілізувальну та імуностимулювальну терапію. З метою антибактеріальної терапії найчастіше використовують напівсинтетичні пеніциліни (оксацилін, ампіцилін, метицилін), цефтріаксон, цефатоксим, цефазолін.

Детоксикаційну терапію проводять шляхом введення 0,9% розчину хлориду натрію, 5% розчину глюкози, інших сольових розчинів, гемодезу. Можна застосовувати декаріс (імуностимулятор) по 150 мг 1 раз на 3 дні протягом 10 днів. Із протизапальних препаратів призначають аспірин, анальгін, парацетамол.

Хороший ефект дає аспіраційно-промивне дренування порожнини матки антисептичними розчинами у поєднанні з антибіотиками та внутрішньоматкове опромінення лазером. При необхідності проводять вишкрібання порожнини матки.

ЗАХВОРЮВАННЯ II ЕТАПУ

Післяпологовий метроендометрит. Якщо запальний процес поширюється за межі ендометрія, уражаючи м'язовий шар, виникає метроендометрит *(рис. 14.2)*. Клінічні прояви ті ж самі, що й при ендометриті, але більш виражені. Температура тіла підвищується до 38–39°С, пульс прискорюється, але відповідає температурі тіла. У тяжких випадках може спостерігатись озноб. Більше, ніж при ендомериті, виражені явища інтоксикації — погане самопочуття, слабкість, головний біль. Частіше зустрічається лохіометра.

Слід зазначити, що провести чітку грань між ендометритом та метроендометритом важко. Принципи лікування ті ж самі, що й при ендометриті.

Післяпологовий параметрит. При поширенні інфекції з матки лімфатичними шляхами виникає параметрит — запалення навколоматкової клітковини. Захворювання розпочинається через 5–10 діб після пологів. Підвищується температура тіла до 39–40°С, з'являються озноб, головний біль, прискорюється пульс. Спостерігається біль внизу живота, що нерідко віддає у поперек.

При бімануальному дослідженні з обох боків від матки пальпують різко болючі інфільтрати. При нагноєнні інфільтрату може визначатись розм'якшення.

При дослідженні крові — високий лейкоцитоз, прискорена ШОЕ та зсув формули вліво.

Лікування. Застосовують антибіотики широкого спектра дії. Призначають холод на низ живота. Проводять активну детоксикаційну терапію (ізотонічні розчини хлориду натрію, глюкози, неогемодез, поліглюкін, білкові розчини), десенсибілізувальну — димедрол, супрастин, піпольфен. Із протизапальних препаратів використовують аспірин, фенацитин, парацетамол, анальгін, вольтарен. При нагноєнні інфільтрату проводять пункцію з дренуванням порожнини абсцесу.

Післяпологовий аднексит. Це захворювання виникає при поширенні запального процесу на труби і яєчники. Поширення відбувається, головним чином, через лімфатичні шляхи. Виникає на 10–12 добу після пологів.

Початок захворювання гострий. Раптово погіршується загальний стан, підвищується температура тіла до 38–40°, прискорюється пульс, його прискорення відповідає температурі. Язик сухий, обкладений нашаруваннями

білого кольору. Живіт м'який болючий. З'являється лейкоцитоз, збільшена ШОЕ. При бімануальному дослідженні у ділянці придатків визначається болюче ущільнення, що прилягає до матки.

Якщо у трубі накопичується гній (піосальпінкс) або нагнюється яєчник (піооварій), з'являється гектична температура. Найсерйознішим ускладненням є прорив гнійника у черевну порожнину і розвиток розлитого перитоніту.

Принципи лікування. Як і при ендометриті, проводиться комплексна антибактеріальна, детоксикаційна, десенсибілізуюча терапія. При піосальпінксах проводять пункції з метою евакуації гною, при тубооваріальних абсцесах показане оперативне втручання.

Післяпологовий пельвіоперитоніт. Пельвіоперитоніт — запалення очеревини малого таза. Нерідко виникає як реакція очеревини на запалення придатків.

Початок захворювання гострий, супроводжується підвищенням температури тіла до 38–40°, відповідно температурі прискорюється пульс. З'являється біль внизу живота, здуття живота, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. В аналізі крові — лейкоцитоз із різким зсувом формули вліво та збільшена ШОЕ. При бімануальному дослідженні матку та придатки чітко пальпувати не вдається через болючість.

Лікування. При лікуванні пельвіоперитоніту дотримуються тих самих принципів, що й при попередніх захворюваннях. Крім того, проводять пункції заднього склепіння для евакуації гною з наступним введенням антибіотиків, до яких чутливі мікроорганізми.

Післяпологовий тромбофлебіт. Розрізняють тромбофлебіт поверхневих і глибоких вен. Тромбофлебіт глибоких вен, у свою чергу, ділиться на метротромбофлебіт, тромбофлебіт вен таза та тромбофлебіт глибоких вен ніг.

Метротромбофлебіт є ускладненням метроендометриту. Відмежований тромбофлебіт розпізнати важко. Загальний стан хворих звичайно задовільний. Температура тіла тримається у межах 37–38,5°, пульс прискорений і не відповідає температурі. Іноді буває одноразовий озноб. В аналізі крові — незначний лейкоцитоз, помірний зсув формули вліво, порівняно незначне збільшення ШОЕ. Привертають увагу субінволюція матки, довготривалі і значні кров'янисті виділення з матки.

При бімануальному дослідженні поверхня матки пальпується іноді у вигляді «фасетки». Якщо процес поширюється на вени таза, то пальпують збільшену матку і болючі звивисті тяжі — запалені вени. Метротромбофлебіт розвивається у перші 6–13 днів післяпологового періоду, а тромбофлебіт глибоких вен таза — не раніше 2 тижня.

Тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок розвивається на 2–3-му тижні після пологів. З'являються сильний біль у нижніх кінцівках, озноб, підвищується температура тіла. Через 1–2 дні з'являється набряк кінцівки, її похолодання. При тромбофлебіті стегнової вени першим симптомом є згладжування пахової складки, болючість у ділянці скарпівського трикутника, у глибині його пальпуються потовщені судини.

Лікування післяпологового тромбофлебіту. Проводять лікування антикоагулянтами прямої дії (гепарин). У перші 8 днів гепарин вводять через 4 або 6 годин (залежно від тяжкості захворювання) по 5000–7500 ОД, на 9-ий і наступні дні дозу гепарину зменшують удвічі, порівняно з попереднім днем. Тривалість лікування — 3 тижні й більше.

Крім антикоагулянтів при тромбофлебіті використовують антибіотики, десенсибілізуючі, спазмолітики. За наявності нормальної температури, при ШОЕ не вище 30 мм/год, відсутності «повзання мурах» хворій дозволяють підводитись.

Після перенесеного тромбофлебіту слід обов'язково бинтувати ноги еластичним бинтом або носити еластичні панчохи.

ЗАХВОРЮВАННЯ III ЕТАПУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

Прогресуючий тромбофлебіт характеризується тим, що одночасно із запаленням судинної стінки і утворенням тромбу патологічний процес поширюється далі веною. Тромби іноді розпадаються і заносяться течією крові у легені, викликаючи емболію гілок легеневої артерії.

Емболія великих гілок легеневої артерії проявляється різким болем у грудній клітці, зниженням АТ, тахікардією. Найпостійнішою ознакою тромбоемболії легеневої артерії є колючий біль під час дихання. Підвищується температура тіла, спостерігається лейкоцитоз.

Лікування полягає у негайному введенні внутрішньовенно морфіну, фібринолізину з гепарином, фраксипарину, спазмолітиків та інгаляції кисню.

Післяпологовий перитоніт. Частіше перитоніт виникає при переході інфекції на очеревину при нагноєнні швів на матці чи розривах гнійників маткових труб і яєчників. Перитоніт супроводжується підвищенням температури до 39–40°С. Ознобу не буває.

Пульс частий, слабкого наповнення, АТ знижується. Дихання прискорене, поверхневе. Спостерігається сухість язика, він обкладений нашаруваннями. Нерідко бувають нудота, блювання. Напруження м'язів черевної порожнини виражене нечітко, симптом Щоткіна-Блюмберга нерідко слабко

позитивний, перистальтика кишечника сповільнена, гази не відходять, випорожнення затримуються. У крові виявляють лейкоцитоз із зміщенням формули вліво, збільшена ШОЕ.

Лікування перитоніту включає такі заходи:

1. Антибактеріальна терапія —застосування антибіотиків широкого спектра дії, зокрема, введення їх через дренажні трубки у черевну порожнину, сульфаніламідів, нітрофуранів. Високоефективним є введення найновіших антибіотиків III–IV поколінь.

2. Детоксикаційна терапія і корекція лужно-кислотного стану — внутрішньовенне введення поліглюкіну, реополіглюкіну, неокомпенсану, розчину Рінгера–Локка, 5% розчину глюкози, бікарбонату натрію.

3. Призначають засоби, що усувають парез кишок — прозерин, сорбітол, проводять паранефральну блокаду, перидуральну анестезію. Важливим моментом є евакуація шлунково-кишкового вмісту — промивання шлунка, введення інтестинального зонда, сифонні клізми тощо.

4. Для усунення гіпопротеїнемії — вливання плазми, переливання крові, альбуміну. Одночасно вводять інгібітори протеаз — трасилол, контрикал, гордокс.

5. Для підвищення реактивності організму — гамма-глобулін, тималін, Т-активін, метилурацил, декаріс.

6. Для усунення розладів кровообігу — введення засобів, які нормалізують серцево-судинну систему і кровообіг — корглюкону, строфантину, тренталу, кокарбоксилази, АТФ.

При відсутності ефекту від консервативної терапії показане оперативне лікування.

Септичний шок. Спостерігається частіше при пізніх викиднях, рідше — при пологах, що супроводжуються інфікуванням жінки. В основі шоку лежить гострий розлад гемодинаміки в результаті дії ендотоксинів, що звільняються при лізисі бактерій, частіше грамнегативних. Клініка захворювання проявляється ознобом і значним підвищенням температури тіла. Різко знижується АТ. Пульс частий, слабкого наповнення. Шкіра бліда, виступає піт. Через кілька годин температура знижується до субфебрильної. Якщо хвора перенесла шок, а розлади кровообігу не усунені, може розвинутись гостра ниркова недостатність, особливо важкий перебіг якої спостерігається при гіпо- і афібриногенемії.

Лікування септичного шоку:

1. Введення плазми та плазмозамінників (поліглюкін, реополіглюкін).

2. За великої крововтрати проводять одночасне переливання крові.

3. Введення спазмолітиків і антигістамінних препаратів. Стимулятори судинного тонусу протипоказані.

4. Внутрішньовенне введення кортикостероїдів (преднізолон 100–120 мг, гідрокортизон 1000–1500 мг/добу).

5. Для попередження ДВЗ-синдрому — гепарин 5–10 тис. од. кожні 6 год, а далі — плазма, інгібітори протеаз — контрикал, трасилол, гордокс.

6. Інгаляції кисню, а при необхідності — штучна вентиляція легень.

7. Антибіотики III–IV поколінь.

Використовують форсований діурез, гемосорбцію. При необхідності переводять на «штучну нирку».

При відсутності ефекту від консервативної терапії протягом 6-8 год, наростанні явищ ниркової недостатності, ДВЗ-синдромі показана екстирпація матки.

ЗАХВОРЮВАННЯ IV ЕТАПУ

До захворювань IV етапу відносять сепсис без метастазів та сепсис з метастазами.

Сепсис без метастазів (септицемія). Виникає у ослаблених породіль через 3–4 дні після пологів і перебігає бурхливо — висока температура з лихоманкою. Частіше викликається грамнегативною флорою (кишкова паличка, протей, іноді синьогнійна паличка), нерідко з анаеробною флорою.

Сепсис з метастазами (септикопіємія). Перебігає хвилеподібно. Періоди погіршання стану, пов'язані з метастазуванням інфекції і утворенням нових вогнищ, змінюються відносним покращанням. Септикопіємія виникає в результаті інфікування грампозитивною флорою, частіше золотистим стафілококом.

Діагностика. Діагноз встановлюють з урахуванням наявності вогнища інфекції, високої температури з ознобом, виявлення збудника у крові. Блідість, сірість або жовтяничність шкірних покривів, іноді наявність петехій свідчать про сепсис. Проявами його також можуть бути тахікардія, лабільність пульсу, схильність до гіпотензії. З'являються ознаки порушення функції ЦНС, що проявляються ейфорією, пригніченістю, порушенням сну. Збільшуються печінка і селезінка.

У крові різко знижується рівень гемоглобіну і число еритроцитів, високий лейкоцитоз із різким зсувом формули вліво, лімфопенія, анеозинофілія, поява токсичної зернистості у нейтрофілах. Порушення гомеостазу проявляється гіпо- і диспротеїнемією, гіпоглікемією, гіповолемією.

Лікування. Лікування повинно йти за двома напрямками: ліквідація вогнища інфекції і комплексна терапія, що включає: антибактеріальну — антибіотики широкого спектра дії із врахуванням чутливості мікроорганізмів; нітрофуранові похідні, метронідазол, метрагіл; імуностимулювальну та імунозамінну терапію (антистафілококова плазма, гамма-глобулін,

лейкомаса, тималін, Т-активін); десенсибілізувальну терапію; протизапальну терапію — стероїди (глюкокортикоїди) і нестероїди (аспірин, індометацин); інфузійну і детоксикаційну терапію (хлорид натрію, глюкоза, поліглюкін, реополіглюкін, альбумін). Якщо терапія малоефективна, проводять екстирпацію матки з видаленням маткових труб. При тривалій антибактеріальній терапії розвивається кандидоз. З метою його профілактики призначають орунгал по 100 мг 2 рази на день.

Післяпологовий лактаційний мастит

Вхідними воротами інфекції найчастіше є тріщини, що виникають на сосках.

В ***етіології*** провідне місце займає патогенний стафілокок. Особлива роль у виникненні маститу належить лактостазу, для якого характерне підвищення температури тіла до 38–38,5°С, рівномірне нагрубання і болючість молочних залоз. У молоці знаходять велику кількість патогенних стафілококів. При лактостазі слід тимчасово припинити годування.

Мастити поділяють на серозні, інфільтративні та гнійні.

Клініка. Мастити починаються завжди гостро. Різко підвищується температура до 38,5–39°С, у стадії нагноєння вона перевищує 39°, з'являються головний біль, загальна слабкість, нездужання.

Місцевими проявами хвороби є болючість молочної залози, місцеве підвищення температури. Гіперемія, набряк, ущільнення в ураженій ділянці свідчать про інфільтративну форму маститу. Якщо виникає нагноєння, ділянка ущільнення розм'якшується, з'являється флюктуація.

Діагностика ґрунтується на клінічних даних та показниках аналізу крові (лейкоцитоз, зсув формули вліво, збільшення ШОЕ).

Лікування. Застосовують антибіотики широкого спектра дії (напівсинтетичні пеніциліни, аміноглікозиди, антистафілококовий гаммаглобулін). Проводять ретельне спорожнення молочної залози, для зменшення кількості молока призначають парлодел. При гнійних формах необхідне хірургічне втручання.

* * *

Акушеркам та фельдшерам слід зауважити, що наявність бактерій в організмі, антитіл до інфекційних агентів в крові вагітної не обов'язково означає наявність інфекційного процесу. Госпіталізувати вагітну для лікування інфекції слід лише тоді, коли таке лікування неможливо проводити амбулаторно. В інших випадках перебування в стаціонарі може зашкодити

матері і дитині. Недоцільно ізолювати вагітну від інших вагітних, породіллю від її дитини, якщо такий контакт не зумовлює явної небезпеки. Акушерка не повинна відміняти грудне вигодовування через наявність у матері інфекції. Така відміна виправдана лише у випадку ВІЛ-інфекції та під час гострого періоду висококонтагіозних інфекційних захворювань, що передаються респіраторним шляхом (тимчасово).

Високий рівень поширення інфекцій, які передаються статевим шляхом обумовлює необхідність усім медичним працівникам завжди користуватися засобами індивідуального захисту при контакті з біологічними середовищами організму вагітної, роділлі, породіллі.

Перелік контрольних питань:

- перинатальні інфекції;
- TORCH-інфекції у вагітних;
- методи діагностики інфекції під час вагітності;
- методи діагностики інфекції у плода;
- вірусні інфекції;
- хвороби, що передаються статевим шляхом та вагітність;
- післяпологові гнійно-септичні захворювання I етапу;
- післяпологові гнійно-септичні захворювання II етапу;
- післяпологові гнійно-септичні захворювання III етапу;
- післяпологові гнійно-септичні захворювання IV етапу.

ГЕСТОЗИ ВАГІТНИХ

Гестоз (токсикоз) вагітних — низка патологічних станів, які виникають під час вагітності, ускладнюють її перебіг і зникають після закінчення вагітності. Розрізняють ранній гестоз (блювання, слинотеча), що розвивається у перші 3 місяці, і пізній (гіпертензія, набряки, протеїнурія під час вагітності, прееклампсія, еклампсія), який виникає головним чином в останні 2–3 місяці вагітності. До рідкісних форм гестозів відносять жовтяницю, дерматит, бронхіальну астму, тетанію, остеомаляцію вагітних.

РАННІ ГЕСТОЗИ

Блювання

Блювання є найчастішим проявом гестозу. Слід зауважити, що у перші місяці вагітності у багатьох жінок вранці бувають нудота та блювання, але не щодня і на загальному стані вагітної це не позначається. Про розвиток гестозу вагітних свідчить блювання, яке не тільки виникає вранці, а й повторюється декілька разів на день. Розрізняють легку, помірну (середньої тяжкості) і надмірну (тяжку) форми блювання.

Легка форма блювання. Головними симптомами захворювання є нудота, зниження апетиту і блювання, яке повторюється декілька разів (2–4) на добу, переважно після їди. Загальний стан вагітної залишається задовільним, температура тіла не підвищується, може бути незначне прискорення пульсу (до 90 за 1 хв); артеріальний тиск, результати аналізу крові, діурез у межах фізіологічної норми. Спостерігаються мінливий настрій, сонливість, проте без занепаду сил. Блювання зникає само або легко піддається лікуванню. У 10–15% вагітних воно посилюється, і гестоз переходить у наступну фазу.

Середня форма блювання. Ступінь вегетативних порушень збільшується, з'являються розлади вуглеводного і жирового обмінів, кетоацидоз. Блювання виникає незалежно від приймання їжі і повторюється до 10 разів на добу і більше. Нерідко воно супроводжується значною слинотечею. Вагіт-

на худне, виснажується, стає апатичною. Температура тіла не перевищує 37,5°С, пульс — до 100 за 1 хв, шкіра і язик сухуваті. Діурез знижується, у сечі з'являється ацетон, спостерігаються запори. Можливе зменшення кількості гемоглобіну, еритроцитів і хлоридів у крові. Іноді бувають рецидиви блювання, при яких вагітна потребує повторного стаціонарного лікування. У деяких випадках помірне блювання переходить у надмірне.

Важка форма блювання спостерігається рідко. Це тяжке захворювання, яке характеризується значним порушенням функції нервової системи, залоз внутрішньої секреції, печінки, нирок та інших органів. Порушуються вуглеводний і жировий, а також білковий і сольовий обміни. У крові накопичується багато токсичних продуктів обміну, змінюється кислотно-лужний стан, виникає метаболічний ацидоз. Нерідко розвиваються дистрофічні зміни у печінці, нирках та інших органах. Загальний стан вагітної тяжкий, відзначаються кволість, адинамія, біль голови, відраза до їжі. Не затримується не тільки їжа, а й вода. Часто приєднується слинотеча. Усе це може призвести до різкого виснаження вагітної, зменшення маси її тіла. Шкіра стає сухою, втрачає тургор, підшкірна основа зникає. Слизова оболонка губ суха, язик з нальотом, відзначається запах ацетону із рота. Живіт запалий, інколи болючий при пальпації. Температура тіла субфебрильна, але може підвищуватися до 38°С. Пульс 100–120 за 1 хв, артеріальна гіпотензія. Діурез знижений, у сечі виявляють ацетон, нерідко білок і циліндри. В крові зростає вміст залишкового азоту, зменшується кількість хлоридів, нерідко збільшується концентрація білірубіну. Внаслідок зневоднення організму збільшується кількість гемоглобіну та еритроцитів. Ушкоджується печінка, що зумовлює жовте забарвлення склер і шкіри. У разі несвоєчасного початку лікування зростають ознаки інтоксикації та дистрофії, виникає кома, і вагітна може померти.

Діагностика нескладна. Виключають захворювання, при яких може виникнути блювання (інфекційні хвороби, інтоксикації, захворювання шлунка, головного мозку тощо).

Лікування проводять у стаціонарі. Воно передбачає:

- вплив на нервову систему з метою відновлення її порушених функцій;
- боротьбу з розладами харчування, зневодненням та інтоксикацією організму;
- лікування супровідних захворювань;
- відновлення обміну речовин і функцій найважливіших органів.

У палаті створюють лікувально-охоронний режим. Застосовують методи психо- й рефлексотерапії. Призначають натрію бромід у вигляді мікроклізм (30–50 мл 4 розчину один раз на добу) і кофеїн підшкірно (по 1 мл

10% розчину 2 рази на добу). Якщо хвора утримує їжу, кофеїн призначають усередину (по 0,1 г 1–2 рази на добу). Як сильний протиблювотний і заспокійливий засіб застосовують аміназин, а також інші препарати — етаперазин, який призначають усередину по 0,002–0,004 г 2–3 рази на добу, пропазин (по 0,025 г 1–2 рази на добу), дроперидол (у присутності анестезіолога) внутрішньом'язово (1–2 мл 0,25% розчину) або внутрішньовенно з 20 мл 40% розчину глюкози, новокаїн внутрішньовенно (щоденно по 10 мл 0,5% розчину), кальцію хлорид внутрішньовенно (по 10 мл 10% розчину), гормони кіркової речовини надниркових залоз (АКТГ, преднізолон та ін.), вітаміни, аскорбінову кислоту, тіамін, піридоксин, ціанокобаламін та ін. З успіхом використовують фітопрепарати. Останніми роками у лікуванні гестозів використовують хофітол — рослинний препарат, який є гепатопротектором, антиоксидантом, діуретиком. Цінною є його здатність захищати печінку та нирки від дії аміназину, дроперидолу та інших препаратів, що використовуються для припинення блювання. Переконливим є застосування хофітолу при невпинному блюванні вагітних. З цією метою його призначають по 5 мл внутрішньовенно, розводячи в 200 мл фізрозчину, 5 вливань із наступним вживанням всередину по 2 табл. тричі на день протягом 2–3 тижнів. Існують повідомлення про успішне застосування фізіотерапії (індуктотермія ділянки черевного сплетення, ендоназальна гальванізація, нейтральна електроаналгезія, електрофорез кальцію хлориду на комірцеву ділянку або ділянку черевного сплетення).

Хворим призначають малими порціями різноманітну їжу, добре вітамінізовану, таку, що легко засвоюється. Якщо їжа не засвоюється, то вводять глюкозу внутрішньовенно (30–50 мл 40% розчину з інсуліном і 5 мл 5% розчину аскорбінової кислоти) або призначають крапельні клізми об'ємом 1,5–2 л (на 1 л ізотонічного розчину натрію хлориду 100 мл 40% розчину глюкози). Інколи замість ізотонічного розчину застосовують складніші (Рінгера, Рінгера-Локка). Для ліквідації метаболічного ацидозу внутрішньовенно вливають 100–150 мл 5% розчину натрію гідрокарбонату або вводять його в клізмі. При значному виснаженні хворої переливають внутрішньовенно 100 мл одногрупної крові, плазму, альбумін. Після припинення блювання необхідно продовжити загальнозміцнювальне лікування (вітаміни, ультрафіолетове опромінювання).

Здебільшого лікування блювання вагітних буває успішним. За відсутності ефекту показане переривання вагітності. Показання: невпинне блювання, тривалий субфебрилітет, значна тахікардія, прогресуюче схуднення, протеїнурія, циліндрурія і ацетонурія.

Слинотеча

Досить часто супроводжує блювання вагітних, але може бути самостійним проявом раннього гестозу вагітних. Салівація буває помірною і значною. Помірна слинотеча мало позначається на загальному стані вагітної. При виділенні за добу 1 л слини і більше виникає мацерація шкіри та слизової оболонки губ, знижується апетит, погіршується самопочуття, хвора худне, порушується сон, розвивається зневоднення.

Лікування. Полоскання рота настоями шавлії, ромашки або розчином ментолу. При сильній слинотечі можна застосовувати атропіну сульфат по 0,0005 г усередину або по 0,3–0,5 мл 0,1% розчину підшкірно двічі на день. Шкіру навколо рота змащують вазеліном. Слинотеча піддається лікуванню, вагітність розвивається нормально.

ПІЗНІ ГЕСТОЗИ

Пізні гестози вагітних (ПГВ) — це симптомокомплекс поліорганної та полісистемної недостатності, який виникає під час вагітності, здебільшого в II її половині. Характеризуються тріадою симптомів (ЕРН-гестоз):

- артеріальна гіпертензія (Н — hypertensia);
- протеїнурія (Р — proteinuria);
- набряки (Е — edema).

Пізні гестози вагітних зустрічаються від 7 до 16% серед усіх вагітних.

Головними ланками патогенезу пізніх гестозів є:

1) генералізований спазм судин;

2) гіповолемія;

3) порушення реологічних властивостей крові (зміна в'язкості крові, агрегаційних властивостей клітин крові — гемоконцентрація);

4) розвиток синдрому внутрішньосудинного згортання крові;

5) постгіпоксичні метаболічні порушення;

6) синдром поліорганної функціональної недостатності.

Результатом цих змін є гіпоксія, що призводить до порушення функцій життєво важливих органів (мозок, печінка, нирки). Ці ж зміни сприяють зменшенню матково-плацентарного кровообігу, що є головною причиною розвитку плацентарної недостатності.

За рекомендацією ВООЗ (1989) та вимогами МКХ 10-го перегляду (1995) Асоціацією акушерів-гінекологів України рекомендована та запроваджена МОЗ України наступна ***класифікація гестозів:***

1) гіпертензія під час вагітності;

2) набряки під час вагітності;

3) протеїнурія під час вагітності;

4) прееклампсія легкого ступеня (відповідає поняттю нефропатії I ступеня тяжкості за попередньою класифікацією);

5) прееклампсія середнього ступеня (відповідає поняттю нефропатії II ступеня тяжкості за попередньою класифікацією);

6) прееклампсія тяжкого ступеня (відповідає поняттю нефропатії III ступеня тяжкості, або/і прееклампсії за попередньою класифікацією);

7) еклампсія.

Діагностичні критерії тяжкості прееклампсії/еклампсії

Табл. 15.1

Діагноз	Діаст. АТ, *мм рт.ст.*	Протеїнурія, *г/доб*	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка прееклампсія	90–99	<0,3	—
Прееклампсія середньої тяжкості	100–109	0,3–5,0	Набряки на обличчі, руках Інколи головний біль
Тяжка прееклампсія	≥110	>5	Набряки генералізовані, значні Головний біль Порушення зору Біль в епігастрії або/та правому підребер'ї Гіперрефлексія Олігурія (< 500 мл/доб) Тромбоцитопенія
Еклампсія	≥90	≤0,3	Судомний напад (один чи більше)

Примітка. Наявність у вагітної хоча б одного з критеріїв більш тяжкої прееклампсії є підставою для відповідного діагнозу.

Додаткові клініко-лабораторні критерії прееклампсії

Табл. 15.2

Ознаки	Легка прееклампсія	Прееклампсія середньої тяжкості	Тяжка прееклампсія
Сечова кислота, ммоль/л	<0,35	0,35–0,45	>0,45
Сечовина, ммоль/л	<4,5	4,5–8,0	>8
Креатинін, мкмоль/л	<75	75–120	>120 або олігурія
Тромбоцити, $\cdot 10^9$/л	>150	80–150	<80

Прегестоз (претоксикоз)

Прегестоз (претоксикоз) — комплекс патологічних змін в організмі вагітної, який безпосередньо передує клінічній картині ПГВ і виявляється лише спеціальними методами дослідження. Цю доклінічну форму пізнього гестозу виділяють тільки вітчизняні акушери. Характерні зміни — гіповолемія, спазм судин матково-плацентарного комплексу, периферичний судинний спазм, порушення гемостазу (хронічна чи підгостра стадія синдрому ДВЗ), в той час як клінічні прояви гестозу відсутні.

На даний час розрізняють чисті і поєднані форми ПГВ. Поєднаний гестоз, як правило, розвивається на фоні екстрагенітальних захворювань: гіпертонічної хвороби, захворювань легенів, нирок, серця, печінки, цукрового діабету, гіпоталамічно-нейрообмінно-ендокринного синдрому та іншої патології. Для поєднаних форм пізніх гестозів встановлюють діагноз гестозу залежно від проявів і ступеня тяжкості, а потім додають, на тлі якої екстрагенітальної патології. Наприклад, «прееклампсія важкого ступеня на тлі хронічного пієлонефриту».

Профілактика пізнього токсикозу має ґрунтуватися на ранньому виявленні випадків розвитку гіпертензивного і набряково-нефротичного гестозу та запобіганні пізньому гестозу шляхом корекції виявлених порушень гомеостазу на доклінічному етапі розвитку ускладнень. До груп підвищеного ризику відносять вагітних із:

- хворобами серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, вади і хвороби серця, артеріальна гіпотензія); печінки і жовчовивідних шляхів; нирок; органів системи дихання; центральної і вегетативної нервової систем; ендокринної системи (цукровий діабет, ожиріння);
- токсоплазмозом, лістеріозом;
- професійними та побутовими шкідливостями;
- обтяженим акушерським і гінекологічним анамнезом (наявність токсикозу при попередніх вагітностях, раннього токсикозу в спадковому анамнезі; юний і старший вік жінок, що народжують уперше; анемія вагітних, багатоплідна вагітність, багатоводдя, ізоімунні конфлікти за Rh-фактором і системою АВ0).

Крім дуже складних і дорогих методів діагностики пізнього токсикозу розроблені й ефективно використовуються прості скринінгові тести для виявлення його доклінічних стадій:

1. Гемодинамічні проби:

а) вимірювання артеріального тиску на обох руках у трьох статичних положеннях: лежачи на спині, лежачи на боці, сидячи. У нормальних умовах

систолічний тиск змінюється не більше ніж на 15 мм рт. ст., а діастолічний залишається на попередньому рівні або змінюється на 5–10 мм рт. ст. Більші коливання артеріального тиску свідчать про лабільність гемодинаміки;

б) судинна асиметрія при вимірюванні тиску на обох кінцівках перевищує 10–15 мм рт. ст.;

в) зменшення пульсового тиску до 30 мм рт. ст. і нижче;

г) збільшення артеріального тиску на 30–40% порівняно з вихідним рівнем.

2. Виявлення прихованих набряків:

а) позитивний симптом обручки;

б) збільшення об'єму гомілковостопного суглоба понад 1 см протягом тижня або збільшення об'єму гомілки на 8–10% відносно вихідної величини;

в) щотижневе зростання маси тіла, особливо після 30 тиж. вагітності, більше ніж на 400 г. Складніші тести діагностики субклінічних проявів пізніх гестозів проводять в умовах стаціонару.

Раціональна дієтотерапія має важливе значення у превентивній терапії пізнього токсикозу. Кількість рідини обмежують до 1000 мл (з урахуванням рідини, що міститься в овочах і фруктах), кухонної солі — до 3–5 г. Обов'язково виключають екстрактивні речовини; щотижня проводять розвантажувальні дні: яблучні — 1,5 кг несолодких яблук, сирні — 500 г сиру, яблучно-сирні — 1 кг яблук і 250 г сиру. Профілактика гестозів полягає також у своєчасному виявленні та усуненні так званої фонової патології, на ґрунті якої вони виникають.

Набряки вагітних

У пізні терміни вагітності інколи виникають незначні й несталі гіпостатичні набряки у вигляді пастозності в ділянці ступнів і гомілок. Якщо ця пастозність повністю зникає після відпочинку, то вона не є водянкою вагітних. Для водянки вагітних характерна поява стійких набряків на нижніх кінцівках, зовнішніх статевих органах, а в тяжких випадках — у ділянці тулуба і обличчя. У більшості випадків водянка виникає у другій половині вагітності і набряки розвиваються поступово.

Розрізняють 4 ступені поширення набряків:

- I — набряки нижніх кінцівок;
- II — набряки нижніх кінцівок і стінки живота;
- III — набряки нижніх кінцівок, стінки живота й обличчя;
- IV — загальний набряк.

У другій половині вагітності наростання маси тіла не повинно перевищувати 200–350 г за 1 тиждень. При водянці воно досягає 500–700 г. По-

трібно зважувати вагітну (не рідше ніж 1 раз на тиждень) і вимірювати діурез.

Змін у діяльності серця, печінки, нирок та інших органів не спостерігається. Артеріальний тиск не підвищується. Загальний стан хворої не погіршується, лише при значних набряках з'являються скарги на відчуття важкості, втомлюваність, спрагу. Приблизно у 20% вагітних при недотриманні режиму водянка може перейти у нефропатію.

Лікування полягає в обмеженні споживання рідини (до 700–800 мл на добу) і кухонної солі (3–5 г на добу). Їжа повинна містити велику кількість вітамінів, повноцінні білки (сир, кефір, відварне м'ясо, риба та ін.), вуглеводи (300–500 г на добу); вживання жирів обмежують до 50 г на добу. У разі появи значних або невеликих, але сталих набряків вагітну направляють у стаціонар. При значних набряках хворій показані ліжковий режим, суворе обмеження рідини (до 300–500 мл), розвантажувальні дні один раз на тиждень. Призначають вітаміни, внутрішньовенно глюкозу (20–40 мл 40% розчину), всередину амонію хлорид (5% розчин, по 1 столовій ложці 3–4 рази на день). Застосовують також гіпотіазид по 0,025 г 1–2 рази на день протягом 3–4 днів, після 2–3-денної перерви його призначають повторно у такій самій дозі. У дні приймання гіпотіазиду необхідно вживати калію хлорид по 1 г 3 рази на день. Після відміни гіпотіазиду застосовують амонію хлорид або діакарб (фонурит) по 0,25 г 1–2 рази на день. Хворим показані препарати валеріани, настойка кропиви собачої та інші засоби заспокійливої дії.

Прееклампсія вагітних

Характерна тріада симптомів: набряки, підвищення артеріального тиску, наявність білка в сечі (протеїнурія). Однак нерідко спостерігаються не три, а дві зазначені ознаки. Постійним проявом прееклампсії вагітних є підвищення артеріального тиску, що виникає внаслідок порушення нервової регуляції судинної системи. У хворих на прееклампсію, в яких до вагітності відзначалася артеріальна гіпотензія, підвищення артеріального тиску інколи проявляється тим, що він досягає нормального рівня. У таких випадках симптомом прееклампсії є підвищення артеріального тиску на 20–30 мм рт. ст., порівняно з вихідним, нерівномірно на кожній кінцівці.

Протеїнурія також належить до найхарактерніших ознак прееклампсії. Спочатку в сечі з'являються сліди білка, з наростанням гестозу протеїнурія збільшується. При тривалому спазмі судин нирок відбувається зміна їх трофіки і, крім протеїну, в сечі з'являються гіалінові, зернисті й навіть воскоподібні циліндри.

Розрізняють 3 ступені прееклампсії.

- I ступінь — артеріальний тиск не перевищує 150/90 мм рт. ст., пульсовий — не менший ніж 50 мм рт. ст., рівень білка в сечі — до 1 г/л. Набряки відзначаються тільки на нижніх кінцівках;
- II ступінь — артеріальний тиск до 170/110 мм рт. ст., пульсовий — не менший ніж 40 мм рт. ст., рівень білка в сечі — до 3 г/л, можуть бути гіалінові циліндри. Набряки на нижніх кінцівках, передній черевній стінці. Діурез не менший від 40 мл/год;
- III ступінь — артеріальний тиск перевищує 170/110 мм рт. ст., пульсовий — менший від 40 мм рт. ст., рівень білка в сечі становить понад 3 г/л. З'являються зернисті циліндри. Спостерігаються генералізовані набряки. Величина діурезу менша ніж 40 мл/год. Розрізняють «чисті» й поєднані форми пізнього гестозу. Поєднаний гестоз розвивається на тлі захворювань нирок, гіпертонічної хвороби, хронічних захворювань дихальних шляхів, печінки, ожиріння, ендокринопатій та інших екстрагенітальних захворювань.

Прееклампсія частіше виникає у першовагітних в останні місяці вагітності. Якщо прееклампсія почалася рано і перебіг її тривалий, то можливий перехід у важку прееклампсію та еклампсію. Спостерігається відставання розвитку плода (гіпотрофія). Пологи нормальні або ускладнені (асфіксія плода, аномалії пологової діяльності, кровотечі).

Лікування проводять у відділенні патології вагітних. Терапію набряків вагітних, прееклампсії I та II ступенів проводять у загальних палатах акушерського відділення, а лікування прееклампсії III ступеня і еклампсії — тільки у спеціально обладнаних палатах інтенсивної терапії або в реанімаційному блоці.

Обов'язковим при лікуванні всіх форм токсикозу вагітних є створення лікувально-охоронного режиму: повноцінний відпочинок, сон і лікарські засоби, які призначають залежно від ступеня тяжкості захворювання (мікстури Павлова, Шарко, настойки кропиви собачої, валеріани, тріоксазин, реланіум, дроперидол). Основні принципи дієтотерапії такі ж, як при субклінічних формах гестозів, однак розвантажувальні дні є обов'язковими (2 рази на тиждень з обмеженням рідини до 800–1000 мл на добу).

Легка прееклампсія. Надання допомоги залежить від стану вагітної, параметрів АТ та протеїнурії. У разі відповідності стану вагітної критеріям легкої прееклампсії при терміні вагітності до 37 тижнів можливий нагляд в умовах стаціонару денного перебування. Визначають термін вагітності. Проводять навчання пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку прееклампсії: вимірювання АТ, контроль балансу рідини та набряків, реєстрація рухів плода. Роблять загальний аналіз сечі, визначають добову

протеїнурію, креатинін та сечовину плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограму, АлАТ і АсАТ, визначення стану плода (нестресовий тест за можливості). Медикаментозну терапію не призначають. Не обмежують вживання рідини та кухонної солі.

Показання для госпіталізації:

- термін вагітності більше 37 тижнів;
- поява хоча б однієї ознаки прееклампсії середньої тяжкості;
- порушення стану плода.

У разі стабільного стану жінки у межах критеріїв легкої прееклампсії — тактика ведення вагітності вичікувальна. Пологи ведуть через природні пологові шляхи.

Прееклампсія середньої тяжкості. Такі вагітні підлягають госпіталізації акушеркою ФАПу до пологового будинку. При терміні гестації 37 тижнів і більше показана планова госпіталізація вагітної до стаціонару II рівня для розродження. При терміні вагітності менше 37 тижнів, прогресуванні прееклампсії або порушенні стану плода вагітну госпіталізують до стаціонару III рівня.

У стаціонарі проводять первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ і АсАТ, група крові та резус-фактор (у разі відсутності точних відомостей), загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін, сечовина, сечова кислота плазми, електроліти (натрій та калій), оцінка стану плода.

Обов'язковим є охоронний режим — напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.

Вагітна повинна дотримуватись раціонального харчування: їжа з підвищеним вмістом білків, без обмеження солі та води, вживання продуктів, які не викликають спраги. Комплекс вітамінів та мікроелементів для вагітної, за необхідності призначають препарати заліза.

Якщо діастолічний АТ≥100 мм рт.ст. вагітній призначають гіпотензивні препарати (метилдофа по 0,25–0,5 г 3–4 рази на добу, максимальна доза — 3 г на добу; за необхідності додають ніфедипін по 10 мг 2–3 рази на добу, максимальна добова доза — 100 мг).

За вагітною з гестозом проводять динамічне спостереження:

- контроль АТ — кожні 6 годин першої доби, надалі — двічі на добу;
- аускультація серцебиття плода кожні 8 годин;
- аналіз сечі — щодоби;
- добова протеїнурія — щодоби;
- гемоглобін, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, АлАТ і АсАТ, креатинін, сечовина — кожні три дні;

- моніторинг стану плода: кількість рухів за 1 годину, частота серцевих скорочень — щодня;
- оцінка біофізичного профілю плода (за показаннями);
- кардіотокографія (за показаннями).

При прогресуванні прееклампсії або погіршенні стану плода розпочинають підготовку до розродження. У разі незрілої шийки матки місцево вводять простагландини Е2.

Метод розродження у будь-якому терміні гестації визначається готовністю пологових шляхів або станом плода. За умови неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландинами проводять операцію кесаревого розтину. Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять родостимуляцію та пологи ведуть через природні пологові шляхи.

За умови стабільного стану вагітної та при показниках АТ, що не виходять за межі критеріїв прееклампсії середнього ступеня тяжкості, у процесі пологів утримуються від магнезіальної терапії. У разі погіршення загального стану вагітної, при появі ознак тяжкої прееклампсії, нестабільних або постійно високих показниках АТ на рівні максимальних, характерних для прееклампсії середнього ступеня тяжкості, показане проведення магнезіальної терапії для профілактики судом.

Перехід до ведення вагітної за алгоритмом ***тяжкої прееклампсії*** *здійснюють у випадках наростання хоча б однієї з наступних ознак:*

- діастолічний АТ>110 мм рт.ст.;
- біль голови;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (<25 мл/год);
- тромбоцитопенія ($<100 \cdot 10^9$/л);
- ознаки ДВЗ-синдрому;
- підвищення активності АлАТ та АсАТ.

Тяжка прееклампсія. Хвору госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) стаціонару ІІІ рівня для оцінки ступеня ризику вагітності для матері і плода та вибору методу розродження протягом 24 годин. Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу.

Необхідні негайні консультації *терапевта, невропатолога, окуліста.*

Катетеризують периферичну вену для тривалої інфузійної терапії, за необхідності контролю ЦВТ — центральну вену, для контролю погодинного діурезу — сечовий міхур. За показаннями проводять трансназальну катетеризацію шлунка.

Лікування. Важливим моментом в лікуванні прееклампсії тяжкого ступеня є дотримання суворого ліжкового режиму, виключення фізичного та психічного напруження. У разі необхідності проводять підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів.

Проводять активну тактику з розродженням у найближчі 24 години з моменту встановлення діагнозу. Вичікувальну тактику в усіх випадках тяжкої прееклампсії не рекомендують.

Лікування артеріальної гіпертензії не є патогенетичним, але необхідне для матері та плода. Зниження АТ має на меті попередження гіпертензивної енцефалопатії та мозкових крововиливів. Слід прагнути довести АТ до безпечного рівня (150/90–160/100 мм рт. ст., не нижче!), який забезпечує збереження адекватного мозкового та плацентарного кровотоку.

Швидке і різке зменшення рівня АТ може викликати погіршення стану матері та плода.

Антигіпертензивну терапію проводять при підвищенні діастолічного тиску >110 мм рт.ст. разом з магнезіальною терапією. Попередньо слід відновити ОЦК.

Лабеталол застосовують спочатку внутрішньовенно 10 мг, через 10 хвилин, за відсутності адекватної реакції (діастолічний АТ залишився вище 110 мм рт.ст.) — додатково ще 20 мг препарату. АТ контролюють кожні 10 хвилин, і якщо діастолічний тиск лишається вищим 110 мм рт.ст, вводять 40 мг, а потім 80 мг лабеталолу (максимально до 300 мг).

За відсутності лабеталолу можливе застосування ніфедипіну 5–10 мг під язик. Якщо ефект відсутній, то через 10 хвилин необхідно дати ще 5 мг препарату під язик.

Слід пам'ятати, що на фоні введення сульфату магнію ніфедипін може призвести до швидкого розвитку гіпотензії.

Для зниження АТ при тяжкій прееклампсії застосовують також гідралазин: 20 мг (1 мл) препарату розчиняють у 20 мл 0,9% розчину хлориду натрію, вводять повільно внутрішньовенно по 5 мл (5 мг гідралазину) кожні 10 хвилин, доки діастолічний АТ не знизиться до безпечного рівня (90–100 мм рт.ст). За необхідності повторюють внутрішньовенне введення гідралазину по 5–10 мг щогодини або 12,5 мг внутрішньом'язово кожні 2 години.

Метилдофу для лікування тяжкої прееклампсії застосовують рідше, оскільки препарат має відстрочену дію (ефект настає через 4 години). Як правило, застосовують дози 1,0–3,0 г на добу як монотерапію або у комбінації з ніфедипіном 0,5 мг/кг/доб.

Як антигіпертензивний засіб у хворих з тяжкою прееклампсією можна застосовувати клонідин: 0,5–1 мл 0,01% розчину внутрішньовенно чи внутрішньом'язово або 0,15–0,2 мг під язик 4–6 разів на день.

За умови можливості дослідження типу гемодинаміки, антигіпертензивну терапію проводять з його урахуванням.

У разі *гіперкінетичного типу* доцільно застосовувати комбінацію лабеталолу з ніфедипіном, при *гіпокінетичному* — клонідин + ніфедипін на фоні відновлення ОЦК, при е*укінетичному* — метилдофа + ніфедипін.

Як антиконвульсант з одночасною антигіпертензивною дією використовують сульфат магнію, що є препаратом вибору для профілактики та лікування судом, які у госпіталізованих жінок виникають внаслідок недостатнього лікування тяжкої прееклампсії.

Проводять *магнезіальну терапію* — введення 4 г сухої речовини сульфату магнію з подальшою безперервною внутрішньовенною інфузією зі швидкістю, яка визначається станом хворої. Магнезіальну терапію починають з моменту госпіталізації, якщо діастолічний АТ>130 мм рт.ст. Мета магнезіальної терапії — підтримка концентрації іонів магнію в крові вагітної на рівні, потрібному для профілактики судом.

Стартову дозу (дозу насичення) — 4 г сухої речовини (16 мл 25%-го розчину сульфату магнію) вводять шприцом дуже повільно протягом 15 хвилин (у разі еклампсії — протягом 5 хвилин). Зважаючи на те, що концентрований розчин сульфату магнію може викликати значне подразнення стінки вени, у яку проводиться інфузія (аж до некрозу), стартову дозу сульфату магнію розчиняють в 0,9% розчині хлориду натрію чи розчині Рінгера-Локка. Для цього у стерильний флакон з 34 мл розчину вводять 4 г магнію сульфату (16 мл 25%-го розчину).

Підтримуючу терапію стандартно починають з дози 1 г сухої речовини сульфату магнію на годину. За такої швидкості введення концентрація магнію у сироватці крові досягне 4–8 ммоль/л (терапевтична концентрація) через 18 годин. При введенні зі швидкістю 2 г/год — через 8 годин, а при швидкості 3 г/год — через 2 години.

Наведені швидкості введення сульфату магнію можливі тільки за умови нормального діурезу (не менше 50 мл/год). У разі навіть незначної олігурії швидкість введення необхідно зменшити, постійно проводячи моніторинг рівня магнію у плазмі крові.

Розчин для підтримуючої терапії сульфатом магнію готують таким чином: 7,5 г сульфату магнію (30 мл 25%-го розчину) вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9% розчину хлориду натрію чи розчину Рінгера-Локка. Отриманий 3,33% розчин сульфату магнію необхідно вводити через допоміжну лінію крапельниці (паралельно інфузійній терапії). Швидкість введення розчину підбирають згідно зі станом вагітної — від 1 г/год (10–11крапель) до 2 г/год (22 краплі/хв) або 3 г/год (33 краплі/хв).

Робочий розчин сульфату магнію вводять одночасно з усіма розчинами, необхідними для проведення інфузійної терапії у пацієнтки. Загальна кількість рідини, що вводиться, становить від 75 до 125 мл за годину і не повинна перевищувати 2500–3000 мл за добу (35 мл/кг) (з урахуванням рідини, що вводиться із сульфатом магнію, і випитої рідини).

Для виконання процедури використовують два флакони — один з 250 мл 3,33% розчину сульфату магнію, інший — з інфузійним середовищем. Крапельниці, що виходять з цих флаконів, з'єднують між собою конектором чи голкою. При цьому основною є лінія з інфузійним середовищем, а лінія із сульфатом магнію повинна впадати до неї, а не навпаки.

Рішення щодо зміни швидкості введення сульфату магнію (збільшення або зменшення дози) чи припинення магнезіальної терапії приймають на підставі оцінки показників сироваткового магнію або у разі появи клінічних ознак токсичності сульфату магнію (зниження частоти дихання до 14 і менше за хвилину, пригнічення колінних рефлексів, розвиток AV-блокади).

Достатність дози сульфату магнію визначається рівнем його у сироватці крові у перші 4–6 годин. Якщо немає можливості проводити контроль рівня сироваткового магнію, погодинно ретельно оцінюють наявність/відсутність клінічних симптомів токсичності сульфату магнію, що документується в історії хвороби.

Ознаки магнезіальної інтоксикації можливі навіть на фоні терапевтичних концентрацій магнію у плазмі крові за умови комбінації з іншими препаратами, особливо з блокаторами кальцієвих каналів. З появою ознак токсичності сульфату магнію призначають 1 г глюконату кальцію (10 мл 10%-го розчину) в/в, який завжди повинен знаходитися біля ліжка хворої.

Магнезіальну терапію проводять протягом 24–48 годин після пологів, разом із симптоматичним лікуванням. Слід пам'ятати, що застосування сульфату магнію під час пологів та у ранньому післяпологовому періоді знижує скоротливу активність матки.

Критерії закінчення магнезіальної терапії:

- припинення судом;
- відсутність симптомів підвищеної збудливості ЦНС (гіперрефлексія, гіпертонус, судомна готовність);
- стійке зниження діастолічного артеріального тиску (90–100 мм рт. ст.)
- нормалізація діурезу (>50 мл/год).

Протипоказання до магнезіальної терапії:

- гіпокальціємія;
- пригнічення дихального центру;
- артеріальна гіпотензія;
- кахексія.

За відсутності сульфату магнію можливе використання діазепаму, хоча існує високий ризик неонатального пригнічення дихання (діазепам вільно проходить крізь плацентарний бар'єр).

Схема застосування діазепаму при тяжкій прееклампсії та еклампсії. Спочатку вводять 10 мг (2 мл) внутрішньовенно протягом 2 хвилин в 10 мл 0,9% розчину хлориду натрію.Якщо судоми відновились або не припинилися — повторюють початкову дозу.

При перевищенні дози 30 мг за 1 годину може виникнути пригнічення або зупинка дихання у хворої!

Підтримуюча доза: 40 мг розчиняють у 500 мл 0,9% розчину хлориду натрію або розчині Рінгера і вводять внутрішньовенно зі швидкістю 22 мл/год (6–7 крапель за хвилину).

Можливе внутрішньом'язове введення препарату по 10 мг через кожні 3-4 години. Також можливе введення розчину діазепаму у пряму кишку через катетер.

Необхідно проводити інфузійну терапію дотримуючись суворого контролю об'ємів введеної і випитої рідини та діурезу. Діурез має бути не менше 60 мл/год. Загальний об'єм рідини, що вводиться, має відповідати добовій фізіологічній потребі жінки (у середньому 30–35 мл/кг) з додаванням об'єму нефізіологічних втрат (крововтрата тощо). Швидкість введення рідини не повинна перевищувати 85 мл/год або погодинний діурез + 30 мл/год.

Препаратами вибору інфузійної терапії до моменту розродження є ізотонічні сольові розчини (Рінгера, NaCl 0,9%).

У разі необхідності відновлення ОЦК оптимальними препаратами є розчини гідроксиетилкрохмалю 6% або 10%. Гідроксиетилкрохмаль або декстрани слід вводити разом з кристалоїдами у співвідношенні 2:1.

До інфузійно-трансфузійної програми доцільно включати донорську свіжозаморожену плазму для ліквідації гіпопротеїнемії (показники білка плазми <55 г/л), нормалізації співвідношення антикоагулянти/прокоагулянти, що є профілактикою кровотеч у пологах і післяпологовому періоді.

Тактика розродження. За умови підготовлених пологових шляхів проводять амніотомію з наступною стимуляцією пологової діяльності окситоцином.

Розродження проводять з урахуванням акушерської ситуації. Перевагу віддають пологам через природні пологові шляхи з адекватним знеболюванням (епідуральна анестезія або інгаляція закисом азоту).

За умови непідготовленої шийки матки та відсутності ефекту від підготовки простагландинами, або у разі прогресування гіпертензії, загрози судомного нападу, погіршення стану плода розродження проводять шляхом операції кесаревого розтину.

Показанням до планового кесаревого розтину у разі тяжкої прееклампсії є прогресування прееклампсії або погіршення стану плода у вагітної з незрілими пологовими шляхами. При погіршенні стану вагітної або плода у другому періоді пологів накладають акушерські щипці або проводять вакуум-екстракцію плода на фоні адекватного знеболювання.

У третьому періоді пологів — утеротонічна терапія з метою профілактики кровотечі (окситоцин внутрішньовенно крапельно).

Метилергометрин не застосовують!

Після пологів лікування прееклампсії продовжують залежно від стану жінки, клінічної симптоматики та лабораторних показників. Необхідні моніторинг АТ і антигіпертензивна терапія. Дози антигіпертензивних препаратів поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 годин після пологів. Якщо жінка отримувала два чи більше антигіпертензивних препаратів — один препарат відміняють. Магнезіальна терапія триває не менше 24 годин після пологів або після останнього нападу судом.

Проводять ретельний контроль інволюції матки. *Профілактика кровотечі введенням метилергометрину протипоказана.*

Виписування з пологового стаціонару здійснюють після нормалізації стану хворої. У разі відсутності стабілізації стану жінку переводять до терапевтичного відділення. Під час виписування лікар акушер-гінеколог проводить з породіллею бесіду з питань подальшого спостереження, раціонального харчування, режиму, контрацепції та планування наступної вагітності.

Еклампсія

Еклампсія — найтяжча форма гестозу вагітних, яка виникає на тлі прееклампсії та нефропатії. Найхарактернішим її симптомом є судоми м'язів тіла, які супроводжуються розвитком стану непритомності (кома). Еклампсія може розвинутися 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 артеріального тиску 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 плода.

3. Клонічних судом — проявляється бурхливим хаотичним скороченням м'язів обличчя, тулуба і кінцівок. Триває 20–30 с. Потім судоми 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, хвора нічого не пам'ятає. Тривалість коми різна, інколи декілька годин.

Напади еклампсії нерідко супроводжуються підвищенням температури тіла, артеріального тиску, 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 токсикозу 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 всякі зовнішні подразники (яскраве світло, шум, голосна розмова, біль) призводять до нового її нападу. Під час нападу або після нього жінка може померти.

Головна мета невідкладної допомоги — припинення судом та відновлення прохідності дихальних шляхів.

Перша допомога при розвитку нападу еклампсії. Лікування у разі нападу судом починають на місці. Розгортають палату інтенсивної терапії або госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Хвору укладають на рівну поверхню у положенні на лівому боці, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот і висуваючи вперед нижню щелепу, паралельно евакуюють вміст ротової порожнини. За можливості, якщо збережено спонтанне дихання, вводять повітровід та проводять інгаляцію кисню. За умови розвитку тривалого апное негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судоми повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (суксаметонію бромід 2 мг/кг) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції.

Паралельно з проведеними заходами щодо відновлення адекватного газообміну здійснюють катетеризацію периферичної вени та починають введення протисудомних препаратів (сульфат магнію — болюс 4 г протягом 5 хвилин внутрішньовенно, потім підтримуюча терапія 1–2 г/год) під ретельним контролем АТ і ЧСС. Якщо напади тривають, внутрішньовенно вводять ще 2 г сульфату магнію (8 мл 25% розчину) протягом 3–5 хвилин. Замість додаткового болюсу сульфату магнію можна використовувати діазепам внутрішньовенно (10 мг) чи тіопентал натрію (450–500 мг) упродовж 3 хви-

лин. Якщо напад судом триває понад 30 хвилин, цей стан розглядають як еклампти чний статус. Якщо діастолічний АТ залишається на високому рівні (>110 мм рт.ст.), проводять антигіпертензивну терапію. Катетеризують сечовий міхур. Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські маніпуляції) проводять під загальною анестезією тіопенталом натрію або закисом азоту з киснем. *Не застосовують кетамін!*

Після ліквідації судом проводять корекцію метаболічних порушень, водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану, білкового обміну. Обстеження здійснюють після припинення нападу судом. Моніторинг АТ, визначення погодинного діурезу, оцінку клінічних симптомів проводять з обов'язковою реєстрацією в історії пологів щогодини.

Штучна вентиляція легенів не є основним способом лікування еклампсії, однак усунення гіпоксії (найважливішого патогенетичного чинника розвитку поліорганної недостатності) — обов'язкова умова проведення інших заходів. Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах палати реанімації та інтенсивної терапії, або організовують індивідуальний пост.

Розродження здійснюють терміново. Якщо акушерська ситуація не дозволяє провести негайне розродження через природні пологові шляхи (еклампти чний напад стався у II періоді пологів), виконують операцію кесаревого розтину. Розродження проводять відразу після ліквідації нападу судом на фоні постійного введення сульфату магнію та антигіпертензивної терапії. За умови продовження нападу судом термінове розродження проводять після переведення хворої на ШВЛ. Після закінчення оперативного втручання ШВЛ продовжують до стабілізації стану пацієнтки.

Після пологів лікування продовжують відповідно до стану хворої. Магнезіальна терапія має тривати ще не менше 48 годин.

Проводять спостереження за жінкою, що перенесла прееклампсію/еклампсію після виписки з пологового стаціонару В умовах жіночої консультації за участю терапевта проводять диспансерний нагляд за жінкою, яка перенесла середнього ступеня або тяжку прееклампсію чи еклампсію:

- патронаж на дому,
- консультація профільних спеціалістів (за необхідності),
- комплексне обстеження проводять через 6 тижнів після пологів.

Перелік контрольних питань:

- ранні гестози;
- пізні гестози;
- еклампсія.

БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ

Багатоплідна вагітність — це вагітність, яка завершується народженням двох і більше дітей. Якщо жінка вагітна двома плодами, тоді говорять про двійню, трьома — про трійню і т. д. Частота її складає 0,7–1,5% всіх пологів. На сьогоднішній день відмічається тенденція до збільшення частоти багатоплідної вагітності у зв'язку з проведенням гіперстимуляції овуляції у жінок при використанні новітніх репродуктивних технологій, які застосовують при безплідді. Існує формула, згідно з якою двійні зустрічаються 1 раз на 80 пологів, трійні — 1 раз на 800, четверні — 1 раз на 10000. Дітей, які народилися внаслідок багатоплідної вагітності називають близнятами.

Етіологія та патогенез. Велику роль у розвитку багатоплідної вагітності має спадковість. З вірогідністю майже 50–70% можна прогнозувати багатоплідну вагітність у разі наявності таких чинників:

- випадки багатоплідної вагітності у родоводі подружжя (більше значення при цьому має генотип матері);
- попередні пологи з народженням двійні;
- настання вагітності після гормонального лікування з приводу безплідності;
- використання гормональних контрацептивів.

Частота багатоплідності наростає з віком, а також із кількістю пологів.

Причиною виникнення багатоплідної вагітності може бути підвищення рівня фолікулостимулюючого гормона, який сприяє утворенню декількох фолікулів у одному яєчнику. Овуляція може одночасно відбутися в обох яєчниках. До того ж трапляються випадки, коли в одному фолікулі може бути дві чи більше яйцеклітини. Таких близнят, що розвиваються із кількох яйцеклітин, називають *різнояйцевими* (частіше вони двояйцеві). Якщо відбувається поділ з однієї яйцеклітини навпіл — розвивається *однояйцева* (монозиготна) двійня. За наявності однояйцевої двійні кожен плід має свій амніон — це *біамніотична* двійня. Хоріальна оболонка у них є спільною (монохоріальна двійня). Разом з тим може бути спільна для обох плодів амніотична оболонка — це *монохоріальна, моноамніотична* двійня. Це залежить від того, на якому етапі розвитку вагітності відбувається поділ яйцеклітини після її запліднення. Якщо цей поділ відбувається до 3-го дня —

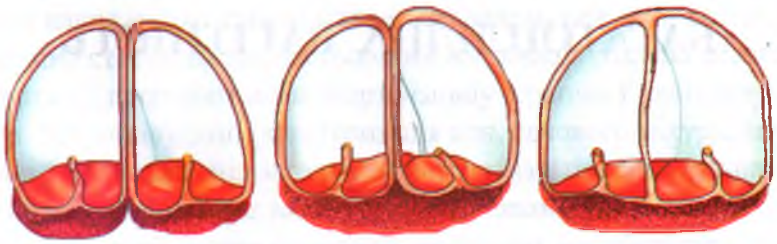


Рис. 16.1. Типи плацентації при багатоплідній вагітності

виникає біамніальна, біхоріальна двійня, між 4 і 8 — біамніотична, монохоріальна і після 8 до 12 — монохоріальна, моноамніотична. Поділ після 12 дня призводить до народження зрощених близнят. Однояйцеві близнята дуже схожі між собою, завжди однієї статі, з однаковою групою крові.

При різнояйцевій багатоплідній вагітності кожна яйцеклітина занурюється у децидуальну оболонку окремо і в процесі розвитку плодового яйця для кожного плода утворюється окрема хоріальна оболонка, з яких утворюються окремі плаценти. Якщо яйцеклітини імплантувались недалеко одна від одної, то в процесі росту їх плаценти і хоріальні оболонки щільно прилягають одна до одної, на перший погляд може здаватись, що плацента спільна. Амніотична оболонка окрема у кожного плода. При різнояйцевій багатоплідній вагітності близнюки менш схожі між собою, вони можуть бути як однієї статі, так і різних, група крові у них може бути також різною.

В монохоріальних плацентах іноді може виникнути артеріо-артеріальний або артеріо-венозний анастомоз. Внаслідок такого анастомозування порушується кровообіг плодів. Якщо в судинній системі плаценти кров'яний тиск і відповідно кровообіг симетричний, плоди розвиваються однаково. Якщо розвивається асиметричне кровопостачання обох плодів, один плід отримує більше крові, ніж інший, виникає так звана *дисоційована* двійня.

Залежно від ступеня перерозподілу крові, один плід розвивається краще за інший аж до значної гіпотрофії і навіть внутрішньоутробної загибелі другого. При вираженому порушенні кровопостачання серце одного близнюка бере на себе функції як свого кровообігу, так і кровообігу другого плода. Серце другого плода атрофується (акардія). В інших випадках виникає загальна гіпотрофія, гіпотонія, тоді як у першого плода гіпертонія, гіперволемія, гіпертрофія серця, гідрамніон, поліцитомія. Це може проявитись ускладненим перебігом неонатального періоду.

За даними літератури і ультразвукового дослідження в ранні терміни вагітності значна частина вагітностей закладається як багатоплідна, але один з ембріонів завмирає на ранній стадії розвитку і не виявляється після народження плода і плаценти зовсім, або виявляється у вигляді придатка, муміфікованого («паперового») плода (синдром «зниклого близнюка»).

Рис. 16.2. Варіанти розміщення плодів у матці

Вади розвитку при багатоплідній вагітності спостерігаються удвічі частіше, ніж при одноплідній, і поділяються на дві групи:

1) Властиві тільки багатоплідній вагітності: близнята, що зрослися; наслідки дисоціації кровообігу;

2) Такі, що зустрічаються і при одноплідній, і при багатоплідній вагітності: гідроцефалія, асиметрія черепа, дефекти нервової системи, вади серця.

Близнят, що зрослися, поділяють залежно від місця зростання на: *торакопагів* (зростання в ділянці грудної клітки), *краніопагів* (зростання в ділянці черепа), *омфалопагів* (зростання в ділянці пупка, мечоподібного відростка та черевної стінки) та *пігопагів* (зростання в ділянці куприка та крижів) *(рис. 16.3)*. Усі види зростання близнят спричиняють більш чи менш серйозні ускладнення під час пологів аж до повної неможливості їх народження природними пологовими шляхами.

30% близнят, що зрослися, народжуються мертвими, іще понад 30% вмирають в першу добу життя внаслідок внутрішніх аномалій, несумісних з позаутробним існуванням. Можливість виживання таких близнят і наступного оперативного роз'єднання їх залежить від типу зростання і наявності чи відсутності спільних органів.

При народженні двійні маса плодів зазвичай менша, ніж при одноплідній вагітності і складає в 50–60% менше 2500 г. Різниця в масі буває невеликою — 200–300 г. При дисоційованій двійні вона може досягати 1000 г і більше.

Клініка і діагностика. Багатоплідна вагітність характеризується такими ознаками:

- швидке збільшення розмірів матки і невідповідність їх терміну вагітності, особливо у 14–17 тижнів;
- низьке стояння передлеглої частини плода над входом у таз у поєднанні з високим стоянням дна матки;

Рис. 16.3. Типи близнят, які зрослись між собою:
а)–б) — краніопаги, г)–є) — торакопаги, ж)–з) — пігопаги

- раннє відчуття рухів плода (з 15–16-го тижня) в різних місцях матки;
- при об'єктивному обстеженні пальпується більше двох великих частин плода і багато дрібних;
- серцебиття плода вислуховується в двох (і більше) точках, між якими є «зона мовчання»;
- надлишкова маса тіла жінки за відсутності ендокринних порушень і ознак гестозу вагітних;
- частий розвиток недокрів'я, пізнього гестозу.

До появи ультразвукового дослідження багатоплідну вагітність діагностували у другій її половині або навіть вже під час пологів. За сучасних умов багатоплідця зазвичай виявляють рано. При рутинному УЗД можливо виявити багатоплідну вагітність у 8–10 тижнів. З використанням вагінального датчика результат можна отримати уже на 5–6-му тижні вагітності з майже

100% вірогідністю. У пізні терміни вагітності ультразвукове дослідження дозволяє встановити:

- факт багатоплідної вагітності;
- фізіологічний розвиток обох близнят чи наявність дисоційованого розвитку;
- вроджену патологію плодів;
- зрощення плодів;
- антенатальну загибель одного з плодів;
- положення, передлежання, особливості розміщення пуповин плодів, особливо при трійні та більшій кількості плодів.

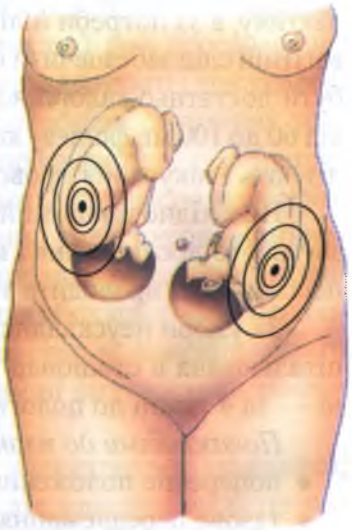


Рис. 16.4. Два фокуси вислуховування серцебиття у плодів при двійні

Багатоплідну вагітність можна діагностувати також за допомогою додаткових методів дослідження. В пізні терміни на ЕКГ і ФКГ визначають два (і більше) серцебиття плодів *(рис. 16.4)*. Результати дослідження підвищеної екскреції хоріонічного гонадотропіну з 10-го тижня свідчать про багатоплідну вагітність. Вищим буде також рівень α-фетопротеїну та плацентарного лактогену. Іноді буває непросто діагностувати розміщення плодів у матці через наявність великої кількості дрібних частин, особливо при трійнятах чи більшій кількості плодів.

Варіанти розташування плодів у матці можуть бути різноманітними: обидва плоди в поздовжньому положенні і головному передлежанні, чи один з них у головному, другий — у тазовому передлежанні. Може бути поперечне положення обох чи одного плода. Від варіантів розміщення плодів у великій мірі залежить перебіг пологів.

Ведення вагітності

При багатоплідній вагітності часто спостерігаються загроза її переривання і невиношування — майже в половині всіх випадків. Чим більше близнят виношує жінка, тим раніше настають пологи, тому жінка з багатоплідною вагітністю належить до групи підвищеного ризику з невиношування і потребує профілактичної госпіталізації в стаціонар у термін 18–22 і 31–34 тижні.

Діти нерідко народжуються незрілими, особливо у разі наявності трьох і більше близнят. Частіше виникають анемія і пізній гестоз вагітних, багатоводдя, гіпоксія плодів. Вагітна потребує медичного нагляду з часу діагностування багатоплідної вагітності. Вже з 16–20-го тижня проводять профі-

лактику, а за потреби й лікування залізодефіцитної анемії. Враховуючи це, вагітній слід забезпечити повноцінне збалансоване харчування. Їжа повинна бути достатньо калорійною. Також додатково необхідно призначати залізо від 60 до 100 мг, фолієву кислоту, полівітаміни. У разі потреби жінку госпіталізують і лікування проводять у стаціонарі.

Необхідно також здійснювати контроль в динаміці з допомогою ультразвукового дослідження і кардіотахографії за станом плода та матки і у разі необхідності проводити госпіталізацію незалежно від терміну вагітності.

За умови неускладненого перебігу вагітності жінка повинна бути госпіталізована в стаціонар у 37–38 тижнів вагітності, а при наявності трійні — за 4 тижні до пологів для вирішення питання про шлях розродження.

Показаннями до планового кесаревого розтину є:

- поперечне положення обох плодів або одного з них;
- тазове передлежання першого плода у жінки, що народжує вперше;
- зрощення близнят;
- гіпоксія плодів;
- індукована вагітність;
- наявність екстрагенітальних захворювань чи тяжкої форми гестозу, при яких пологи природними пологовими шляхами небезпечні.

Перебіг та ведення пологів

Перший період пологів нерідко ускладнюється слабкістю пологової діяльності. Вона є результатом перерозтягнення м'яза матки. Слабкість може супроводжуватись несвоєчасним відходженням навколоплодових вод. Ці ускладнення можуть сприяти виникненню інфікування і розвитку ендометриту. Слабкість пологової діяльності може проявлятись і в II періоді пологів, вигнання плодів затримується. Цьому сприяє ще й той факт, що в нижньому сегменті матки знаходяться дві передлеглі частини; одна з них має зміститися догори, а друга — опуститися до входу в таз. На це затрачається тривалий час і енергійна робота мускулатури матки.

Можлива дискоординація пологової діяльності, випадання дрібних частин плода і пуповини, передчасне відшарування плаценти другого плода або спільної плаценти, кровотечі в послідовий і ранній післяпологовий періоди. Одним із небезпечних ускладнень є зміна після народження першого плода положення другого плода з поздовжнього на поперечне, а також зчеплення близнят. Пологи часто ускладнюються гіпоксією одного чи обох плодів, що значно підвищує перинатальну смертність.

Лікування. Коли немає ускладнень, пологи ведуть через природні пологові шляхи. Проте ведення їх має свої особливості, а саме: якщо пологова

діяльність розпочалася при недоношеній вагітності і цілому плодовому міхурі, то вживають заходів щодо збереженні вагітності. У разі передчасного відходження навколоплодових вод, при недоношеній вагітності і відсутності пологової діяльності, з метою запобігання післяпологових септичних ускладнень призначають антибіотики та проводять профілактику респіраторного дистрес-синдрому (дексаметазон, мукосольван). Одночасно проводять ретельне спостереження за станом жінки (загальний аналіз крові, вимірювання температури, пульсу) та плодів. За наявністю показань (непідготовлені пологові шляхи, гіпоксія плода, тазове передлежання обох плодів або першого плода, обтяжений акушерський анамнез, поперечне положення одного з плодів, неефективність стимуляції пологів) і терміні вагітності 38 тижнів і більше проводять операцію кесаревого розтину.

У першому періоді пологів має проводитися адекватне знеболювання, проте спазмолітичних засобів та анальгетиків слід уникати, щоб не послабити пологову діяльність, тому перевагу надають епідуральній анестезії. Після народження першої дитини необхідно зразу ж перев'язати кінець пуповини у плода і матері, оскільки за наявності однієї плаценти другий плід може загинути від кровотечі ще до народження. Слід запобігати стрімким пологам чи передчасному відходженню навколоплодових вод, щоб уникнути випадання дрібних частин плода чи петель пуповини, а також відшарування плаценти, яка може належати і другому плодові. При стрімких пологах як результат швидкого зменшення об'єму матки та внутрішньоматкового тиску можуть виникати значні кровотечі.

Після народження першого плода, якщо немає ускладнень, при яких необхідне негайне завершення пологів, очікують 10–15 хвилин. За цей час матка пристосовується до зменшеного об'єму, покращується скоротлива діяльність її м'яза. Якщо скоротлива діяльність матки не відновлюється протягом 10–15 хвилин, проводять внутрішньовенне введення окситоцину (5 ОД на 200 мл 5% розчину глюкози). Якщо за цей час не відійдуть навколоплодові води, плодовий міхур розривають. Для запобігання швидкому виливу вод та випаданню пуповини це роблять під контролем руки. Крім того, рекомендують дещо натискати на дно матки для фіксації передлеглої частини у вході до таза. У разі поздовжнього положення II плода пологи ведуть очікувально. У випадку неправильного положення плода роблять поворот за ніжку та екстракцію його. Проте ця операція може бути виконана лише висококваліфікованим акушером, за умови повного розслаблення матки. У разі виникнення гіпоксії II плода чи відсутності необхідного досвіду у лікаря перевагу слід надавати кесаревому розтину.

Дуже небезпечним ускладненням є колізія близнят — патологічний стан зчеплення голівок плодів, якщо після народження тулуба першого плода

у тазовому передлежанні голівка другого, що знаходиться у головному передлежанні, знаходиться нижче, в порожнині малого таза. Пологи зупиняються, самостійне народження плодів у такому випадку неможливе. Розродження проводять шляхом плодоруйнівної операції.

Іще одним небезпечним ускладненням після народження першого плода є передчасне відшарування плаценти другого плода, що може призвести до його загибелі. Причиною цього ускладнення є швидке зменшення об'єму матки і зниження внутрішньоматкового тиску. Для профілактики цього ускладнення рекомендується рання амніотомія.

Вже при прорізуванні передлеглої частини другого плода починають проводити профілактику внутрішньовенним крапельним введенням окситоцину (5 ОД на 200 мл 5% розчину глюкози) в III та ранньому післяпологовому періодах.

Пологи ведуть обов'язково в присутності неонатолога та анестезіолога. Завчасно готують засоби реанімації та інтенсивної терапії новонароджених. З метою попередження травматизації плодів при недоношеній вагітності пологи ведуть без захисту промежини. Проводять пудентальну анестезію та профілактичну епізіотомію. Первинний туалет проводять дуже обережно. Після народження плодів визначають, якими є ці близнята — однояйцевими чи різнояйцевими, і проводять старанне спостереження за їх станом, оскільки такі немовлята належать до групи підвищеного ризику. Новонароджених з малою масою тіла, а також недоношених, розміщують у кювезі і проводять відповідний догляд.

Ведення III періоду пологів вимагає від лікаря особливої уваги, оскільки недостатність скоротливої діяльності перерозтягненого м'яза матки призводить до порушення відшарування плаценти. З цієї ж причини можуть виникати кровотечі і в ранньому післяпологовому періоді. Інволюція матки проходить повільніше, частіше виникають лохіометра, ендометрит. З метою їх профілактики призначають утеротоніки, антибіотики.

Перелік контрольних питань:

- причини багатоплідності;
- діагностика багатоплідності;
- значення УЗД в діагностиці багатоплідності;
- перебіг вагітності при багатоплідності;
- перебіг пологів при багатоплідності;
- принципи ведення пологів при багатоплідній вагітності;
- профілактика ускладнень при багатоплідній вагітності.

ПАТОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ ОПЕРАТИВНІ ПОЛОГИ ДОГЛЯД ЗА ПОРОДІЛЛЯМИ

Існує ціла низка акушерських ситуацій, за яких пологи набувають патологічного перебігу і часто завершуються оперативними втручаннями. Зокрема, це аномалії пологової діяльності, пологи при вузьких тазах, неправильних положеннях плода, розгинальних та тазових передлежаннях.

АНОМАЛІЇ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Порушення скоротливої діяльності матки в пологах — одне з найчастіших ускладнень, зустрічаються в 15–20% всіх пологів.

Аномалії пологової діяльності — стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів та потуг не забезпечують динамічного, у межах фізіологічних параметрів часу, просування плода та вигнання його без порушення біомеханізму пологів. При цьому можливі розлади кожного із показників скоротливої діяльності матки — *тонусу матки, ритму, частоти і координації скорочень, інтервалів між переймами, потугами, тривалості пологів.*

Етіологічні чинники аномалій пологової діяльності надзвичайно різноманітні. Основними причинами вважають:

- нервово-психічне перенапруження;
- ендокринні та обмінні порушення;
- патологічні зміни міометрія в результаті перенесеного метроендометриту, наявності рубців на матці, вади розвитку матки, недорозвиток матки;
- зниження збудливості міометрія як результат вродженої патології міоцитів;
- перерозтягнення матки великим плодом при багатоводді, механічні перепони на шляху просування плода;
- необгрунтоване чи неправильне застосування окситоцичних речовин, препаратів, що стимулюють скоротливу діяльність матки, токолітиків, препаратів, що гальмують скоротливу діяльність матки, анальгетиків.

Нормальна скоротлива діяльність матки зумовлена нейроендокринною регуляцією (взаємодією центральної, периферичної нервової системи та ендокринної системи), морфофункціональним станом ендометрію.

Порушення нейроендокринної регуляції призводить до зниження активності біохімічних процесів у міометрії, що призводить до зменшення енергетичних запасів, а також синтезу скоротливих білків, зниження інтенсивності окисно-відновних процесів та інших біохімічних реакцій, що забезпечують механічну роботу матки.

Порушення ендокринної регуляції призводять до зниження естрогенної насиченості організму, результатом чого є сповільнене дозрівання шийки матки, зменшення утворення α-адренорецепторів та зниження чутливості м'язових волокон до окситоцину. Синтез простагландинів та окситоцину також знижується, змінюється співвідношення між ними, а також між плодовими (E_2) та материнськими (2α) простагландинами.

Ще до початку пологів можна виділити групу ризику жінок, в яких можна очікувати виникнення слабкості пологової діяльності і проводити відповідну профілактику. Сюди належать жінки з екстрагенітальними захворюваннями, жінки, які вперше народжують у віці до 18 та поза 30 років, жінки з генітальним інфантилізмом, пізнім менархе, безплідністю та абортами в анамнезі, аномаліями розвитку статевих органів, обтяженим акушерським анамнезом, також із акушерською патологією: гестозами, багатоводдям, багатоплідною вагітністю, великим плодом, розміщенням плаценти у дні матки, переношуванням.

Залежно від часу виникнення розладів пологової діяльності і відповідно до їхніх проявів розрізняють:

Патологічний прелімінарний період.

Первинну слабкість пологової діяльності:

- відсутність прогресуючого розкриття шийки матки;
- первинна гіпотонічна дисфункція матки.

Вторинну слабкість пологової діяльності:

- припинення перейм у активній фазі пологів;
- вторинна гіпотонічна дисфункція матки.

Інші види аномалій пологової діяльності:

- атонія матки;
- хаотичні перейми;
- слабкі перейми.

Стрімкі пологи.

Гіпертонічні, некоординовані і затяжні скорочення матки:

- дистоція шийки матки;
- дискоординована пологова діяльність;
- гіпертонічна дисфункція матки;

Характеристика першого і другого періодів пологів

Табл. 17.1

Період пологів	Перші пологи	Повторні пологи
Перший період пологів		
Латентна фаза (від початку регулярних перейм до розкриття шийки матки до 3–4 см)		
Середня тривалість (год)	6,4	4,8
Максимально допустима тривалість (год)	8	8
Швидкість розкриття (см/год)	0,3	0,35
Частота перейм (за 10 хвилин)	Не менше двох	
Тривалість переймів (с)	20 – 25	
Активна фаза (розкриття шийки матки від 3–4 см до 10 см)		
Середня тривалість (год)	4,6	2,4
Максимально допустима тривалість (год)	11,7	5,2
Мінімально допустима швидкість розкриття (см/год)	1,0	1,0
Частота переймів (за 10 хвилин)	3–5 перейм	
Тривалість переймів (с)	40–50	
Другий період пологів		
Максимально допустима тривалість (год)	2	1

- тетанічні скорочення.

У нормі після передвісників пологів настає ***прелімінарний фізіологічний період*** тривалістю до 6–8 год. Характеризується нерегулярними слабкими переймоподібними болями унизу живота та у попереку, які виникають при зрілій шийці матки на тлі нормального її тонусу. Прелімінарний фізіологічний період поступово переходить у регулярні пологові перейми.

Патологічний прелімінарний період

Патологічний прелімінарний період триває довше 6–8 год, можливо до 24–48 год. При цьому виникає нерегулярний, різної тривалості та інтенсивності переймоподібний біль унизу живота, в ділянці попереку і крижів. Жінка тривалий час не спить, виснажується. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка у розкритті шийки матки. Вона залишається «незрілою», а передлегла частина плода розта-

шована високо над входом у малий таз. Патологічний прелімінарний період спостерігається у жінок з функціональними змінами регуляції центральної нервової системи (страх перед пологами, невроз), нейроциркуляторною дистонією, порушеннями функції ендокринної системи, вегетативними розладами. Крім того, він може відзначатися при гестозах, за наявності у роділлі супровідної патології, а також у жінок старшого віку, що народжують уперше. Патологічний прелімінарний період може безпосередньо переходити в слабкість пологової діяльності.

Лікування полягає в нормалізації кірково-підкіркових і нейроендокринних взаємовідносин та корекції скоротливої діяльності матки. Для нормалізації цих процесів можна призначити:

- електроаналгезію з попередньою премедикацією шляхом введення

Діагностика незадовільного прогресу пологів

Табл. 17.2

Об'єктивні дані	Діагноз
Відсутні регулярні скорочення матки або нерегулярні різної тривалості та інтенсивності перейми. Шийка матки зріла (> 5 балів за шкалою Бішопа)	Патологічний прелімінарний період
Після 8 годин регулярних перейм шийка матки розкрита менше ніж на 4 см	Уповільнена латентна фаза пологів
Менше, ніж три перейми за 10 хвилин, тривалість кожної менше 40 секунд. Уповільнене розкриття шийки матки (менше 1 см/год). Крива розкриття шийки матки на партограмі розташована справа від лінії тривоги.	Затягнута активна фаза пологів Неадекватна активність матки (слабкість пологової діяльності)
Вторинна зупинка розкриття шийки матки і опускання передлеглої частини за умови наявності активної пологової діяльності	Диспропорція голівки плода і тазу матері
Активна пологова діяльність. Шийка матки повністю розкрита. Голівка в площині входу в малий таз, просування голівки відсутнє.	Клінічно вузький таз
Шийка матки розкрита повністю. Голівка плода в широкій або вузькій частині площини малого тазу. Тривалість періоду вигнання більше 2 годин (1 години у повторнонароджуючих).	Затягнутий період вигнання

1 мл 2% розчину промедолу і 2 мл 2,5% розчину піпольфену;

- заспокійливі засоби (0,02 г седуксену), анальгетики (баралгін, но-шпа);
- за умови неефективності — однократне застосування токолітичної терапії β_2-адреноміметиками (25 мкг (5 мл) гексопреналіну розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно — 10–15 крапель на хвилину) з урахуванням протипоказань.
- підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину E_2.

У разі виникнення тахікардії у роділлі (>100 уд/хв) показано введення верапамілу та препаратів калію. Обсяг інфузійної терапії не має перевищувати 1,5 л/добу. Введення глюкортикоїдів на тлі інфузії гексопреналіну може спричинити набряк легень у роділлі.

Не використовувати естрогени та простагландин F2-α з метою підготовки до розродження.

У разі неефективності цих заходів, якщо прелімінарний період триває більше 10–12 год, призначають медикаментозний сон.

Тактика ведення пологів визначається наявністю або відсутністю ознак «зрілості» шийки матки. При «зрілій» шийці проводять стимуляцію пологової діяльності. Добрий ефект дає амніотомія, особливо при мало- чи багатоводді. Якщо ж шийка матки «незріла», то призначають простагландини (E_2 в заднє склепіння піхви, препідил-гель). За наявності показань з боку матері та плода і відсутності ефекту лікування виконують операцію кесаревого розтину.

Діагноз **аномалій пологової діяльності** встановлюється після динамічного спостереження за роділлею протягом 8 годин у латентній фазі і 4 годин у активній фазі і порівняння даних цих спостережень із даними нормальної партограми.

СЛАБКІСТЬ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Слабкістю пологової діяльності називається такий характер пологової діяльності, при якому перейми мають недостатню силу і тривалість, а проміжок часу між ними збільшується, при цьому сповільнюються згладжування і розкриття шийки матки та просування голівки плода по пологових шляхах у першому або другому періоді пологів. *Первинна слабкість* пологової діяльності виникає у першому періоді пологів і може тривати весь їх час. *Вторинна слабкість* з'являється вже після нормальної пологової діяльності, частіше після того, як відбулось розкриття шийки матки на 5–6 см.

Первинна слабкість пологової діяльності

Клінічна картина слабкості пологової діяльності різноманітна: перейми можуть бути задовільної сили, але рідкими, чи частими, але короткими й слабкими. При цьому дуже повільно відбувається розкриття шийки матки, що можна відмітити на партограмі. Більш сприятливим для пологів є варіант, коли перейми задовільної сили, але з тривалими паузами, позаяк під час паузи нормалізуються метаболічні процеси в м'язі матки. В результаті недостатньої сили перейм передлегла частина довго залишається притиснутою до входу в таз, незважаючи на відповідність між розмірами таза та голівки. Наслідком цього можуть бути внутрішньочерепна травма плода та сечостатеві нориці. Тривалість пологів відчутно збільшується, роділля стомлюється. Як наслідок тривалої непродуктивної роботи м'яза виникає метаболічний ацидоз, результатом якого є порушення функції фетоплацентарного комплексу, гіпоксія плода. Нерідко трапляється несвоєчасне відходження навколоплодових вод, що сприяє інфікуванню матки і погіршує стан плода. Наслідками зниження скоротливої діяльності матки можуть бути порушення відшарування плаценти, затримка частин посліду в матці та гіпотонічна кровотеча.

Діагностика. Діагностувати слабкість пологової діяльності необхідно якомога раніше, оскільки вона сприяє виникненню ускладнень (гіпоксія плода, ендометрит у пологах, кровотечі у послідовий і ранній післяпологовий періоди). Діагноз встановлюють на основі клінічного спостереження за характером пологової діяльності, оцінки партограми та просування голівки пологовим каналом.

Проводиться пальпаторна оцінка скоротливої діяльності матки — інтенсивності та тривалості перейм, їх частоти, тривалості пауз. При пальпаторному визначенні тривалість перейм в активній фазі складає 45–60 с, а інтервал між ними — не більше 5 хв. Інтенсивність перейми, що визначається зовнішньою гістерографією, повинна бути не менше 30 мм рт. ст. Зменшення тривалості та інтенсивності перейм та збільшення пауз свідчать про наявність слабкості пологової діяльності. Якщо паузи зменшуються до 3–4 хвилин, а перейми короткочасні — це також ознака слабкості, неефективності пологової діяльності. Первинна слабкість пологової діяльності найчастіше виникає в активну фазу пологів, темп розкриття шийки матки менше 1 см/год. Діагноз слабкості пологової діяльності можна встановлювати при динамічному спостереженні за роділлею впродовж 2–3 год. При моніторному спостереженні діагноз можна встановлювати через 1–2 год.

Перед встановленням діагнозу слабкості пологової діяльності і вирішенням питання тактики необхідно виключити патологічний прелімінарний

Діагностика незадовільного перебігу пологів

Табл. 17.3

Характер пологової діяльності	Діагностичні критерії		Засоби лікування
	перші пологи	повторні пологи	
Латентна фаза			
1.Збільшення тривалості (уповільнена латентна фаза)	>8 годин	>8годин	1. Амніотомія. 2. Родопосилення в/венним крапельним введенням окситоцину або простагландину E_2. 3. Оцінка ефективності через 6–8 год. з переглядом за показаннями подальшої тактики ведення пологів: — визначення динаміки розкриття шийки матки і просування голівки кожні 2 години зовнішніми методами; — внутрішнє акушерське дослідження через 4 години. 4. При відсутності переходу в активну фазу пологів після 8 год родопосилення окситоцином — розродження операцією кесаревого розтину
Активна фаза			
1.Уповільнення розкриття шийки матки	<1 см/год	<1 см/год	1. Амніотомія і спостереження протягом 2-х годин при активній поведінці роділлі.
2.Уповільнення просування голівки плода відносно площини входу у малий таз	Відповідно до партограми >2 год	Відповідно до партограми >1 год	2. Родопосилення в/венним краппельним введенням окситоцину або простагландину F2α. Кесарів розтин за умови клінічної невідповідності розмірів голівки та таза
Збільшення тривалості періоду вигнання			1. Виключення клінічної невідповідності розмірів голівки і таза. При клінічній невідповідності — розродження операцією кесаревого розтину. 2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину. 3. Залежно від місця розташування передлеглої частини плода — вакуум-екстракція плода або накладання акушерських щипців.

період, дистоцію шийки матки, дискоординовану пологову діяльність, а також клінічно вузький таз.

Лікування. Якщо в першому періоді пологів жінка втомлена, то їй призначають медикаментозний сон з попередньою амніотомією (за наявності показань). Можна також застосувати електроаналгезію (імпульсний струм силою 8–10 мА, частотою 160–750 Гц) з премедикацією промедолом, піпольфеном. Останніми роками успішно використовують введення простагландинів у заднє склепіння піхви та цервікальний канал (цервіпрост, дінопрост). Якщо після сну у роділлі не відновлюється нормальна пологова діяльність, за відсутності протипоказань застосовують медикаментозні схеми стимуляції пологової діяльності. Одночасно призначають спазмолітичні засоби, особливо у разі стимуляції окситоцином, оскільки він підвищує внутрішньоматковий тиск і погіршує матково-плацентарний кровообіг.

Умови призначення утеротонічних засобів:

- відсутність плодового міхура;
- відповідність розмірів плода і таза матері.

Зазвичай стимуляцію проводять окситоцином. З цією метою 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Обов'язкове проведення катетеризації ліктьової вени для забезпечення активної поведінки роділлі. Починається введення зі швидкістю 6–8 крапель/хв (0,5–1,0 мОД/хв. При досягненні ефекту через 30 хвилин швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожні 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мОД/хв). Максимальна швидкість введення не має перевищувати 40 крапель за одну хвилину.

Критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності без гіперстимуляції матки вважається наявність 4–5 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40–50 с. Родопосилення проводиться зі спостереженням за станом плода.

Методика введення простагландинів з метою лікування слабкості пологової діяльності

Простагландин E_2 — латентна фаза пологів. Для внутрішньовенної інфузії 0,75 мл (1 ампула) простагландину Е2 (випускається у вигляді концентрату для інфузій) розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вводять крапельно. Початкова швидкість інфузії, яку підтримують не менше 30 хв, складає 5–8 крапель/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожну годину до отримання ефекту (не більше 25–30 крапель/хв.).

Простагландин $F_{2\alpha}$ *— активна фаза пологів.* Для внутрішньовенної інфузії 5 мг простагландину $F_{2\alpha}$ розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію і вводять крапельно зі швидкістю 6–8 крапель за хвилину. Початкова швидкість інфузії, яку підтримують не менше 30 хв, складає 5–8 крапель/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньою. При відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожну годину до отримання ефекту (не більше 25–30 крапель/хв).

Стимуляцію проводять 2–3 год, спостерігаючи за характером пологової діяльності (може виникнути дискоординація пологової діяльності), після цього проводять вагінальне дослідження для оцінки ефекту. Вводити повторні дози окситоцину в разі відсутності ефекту недоцільно.

Дія простагландину E_2 має особливості, що важливі для плода: викликає синхронні координовані маткові скорочення, що не порушує матково-плацентарного кровотоку, не викликає гіпертонусу матки та дистоції шийки, його дія не залежить від ступеня естрогенної насиченості, при гіпоестрогенії та незрілій шийці він у десятки разів прискорює цей процес. Велике значення має його гіпотензивний та антидіуретичний ефект.

Слід пам'ятати, що введення окситоцину може призводити до порушення матково-плацентарного кровотоку та гіпоксії плода, тому необхідно проводити ретельний нагляд за роділлею та станом плода. Одночасно з проведенням стимуляції проводять профілактику гіпоксії плода введенням концентрованого розчину глюкози (40% 20 мл) та сигетину або рибоксину.

З метою профілактики гіпотонічної кровотечі необхідно продовжувати введення окситоцину в послідовому та ранньому післяпологовому періоді.

Оптимальний ефект дає поєднання медикаментозної стимуляції з епідуральною анестезією.

У разі неефективності лікування і наявності протипоказань до стимуляції пологів проводять операцію кесаревого розтину.

Протипоказаннями до стимуляції пологової діяльності є:

- втома роділлі;
- клінічно та анатомічно вузький таз;
- оперована матка;
- аномальні положення та передлежання плода;
- дистрес плода;
- повне передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально та низько розташованої плаценти;
- структура піхви;
- відновлений розрив промежини III ступеня;
- дистоція, атрезія, рубцеві зміни шийки матки;
- гіперчутливість.

Вторинна слабкість пологової діяльності

Вторинна слабкість пологової діяльності спостерігається зазвичай на фоні нормотонусу матки. В основі виникнення вторинної слабкості лежить утома міометрію в результаті його перерозтягнення, тривалих болючих перейм, невідповідності між розмірами таза та плода, нераціонального застосування спазмолітиків та анальгетиків, виснаження енергетичних запасів міометрію. Перейми спочатку мають регулярний характер, достатню силу, вони продуктивні: настає згладжування та розкриття шийки матки, а потім перейми ослаблюються, стають рідшими; розкриття, досягши 6 см далі не прогресує. Вторинна слабкість трапляється рідше, ніж первинна, проявляється як у першому (після розкриття шийки матки на 6 см), так і у другому періоді пологів.

Діагностика вторинної слабкості пологової діяльності полягає в ретельному спостереженні за характером перейм чи потуг упродовж 1–2 годин, за просуванням голівки по пологовому каналу в період вигнання плода.

Лікування в разі вторинної слабкості пологової діяльності в першому періоді пологів має бути комплексним. Якщо немає показань до невідкладного розродження, роділлі надають медикаментозний відпочинок. Після сну проводять амніотомію та медикаментозну стимуляцію пологової діяльності. Використовують ті ж схеми, що й при первинній слабкості. Одночасно поповнюють енергетичні запаси організму, проводять профілактику гіпоксії плода. Якщо слабкість розпочинається в другому періоді пологів, коли голівка пройшла через вхід у таз, одразу приступають до стимуляції. При погіршенні стану плода завершують пологи накладанням акушерських щипців.

Надмірно сильна пологова діяльність

Надмірно сильна пологова діяльність розвивається раптово. Сильні перейми відбуваються через короткий проміжок часу, частота скорочень матки — більше 5 протягом 10 хвилин, що сприяє швидкому та повному розкриттю маткового вічка.

Такий тип аномалії пологової діяльності спостерігається у жінок із збудливим типом вищої нервової діяльності. Ймовірно, виникнення цієї аномалії пов'язане з порушеннями кортико-вісцеральної регуляції. Перейми йдуть одна за одною, нерідко по 5 за 1 хв. Роділля скаржиться на сильний біль у животі, попереку, тенезми. Розвивається гіпоксія плода. Іноді відмічаються судомні перейми, в деяких випадках відсутня фаза розслаблення між переймами (тетанус матки). Нерідко гине плід. *Швидкими* вважають пологи, що тривають менше 6 годин у першороділь і менше 4 годин у повторнороділь,

стрімкими — відповідно менше 4 та 2 годин. Вони призводять до виникнення травм у матері й плода (глибокі розриви шийки матки, піхви, промежини, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, гіпотонічна кровотеча, розрив пуповини, крововилив у головний мозок, ушкодження черепа).

Лікування полягає в ослабленні перейм. Роділля повинна лежати на боці, протилежному позиції плода. При розкритті шийки матки менше 6 см та відсутності протипоказань, для зменшення інтенсивності пологової діяльності можливе застосування токолізу β_2-адреноміметиками, які покращують матково-плацентарний кровотік та стан плода. Обов'язково проводять профілактику гіпоксії плода та гіпотонічної кровотечі.

Прогнозовані ускладнення залежно від типу порушень пологової діяльності

Табл. 17.4

Гіподинамічна пологова діяльність	Гіпердинамічна пологова діяльність
Передчасний розрив плодового міхура	Передчасний розрив плодового міхура
Випадання пуповини та дрібних частин плода	Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
Дистрес плода	Гостре порушення матково-плацентарного кровообігу
Аспірація плодом навколоплодових вод	Гостра гіпоксія плода
Амніохоріоніт у пологах	Емболія навколоплодовими водами, ДВЗ-синдром, кровотеча.
Підвищена частота кесаревого розти-ну й інших втручань для розродження	Підвищена частота кесаревого розтину й інших втручань для розродження
Пологова травма	Пологова травма
Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді	Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді

Дискоординована пологова діяльність

Дискоординована пологова діяльність — порушення координації скорочень різних відділів матки. Найчастіше дискоординовану пологову діяльність спричинюють аномалії розвитку матки (дворога, сідлоподібна), новоутворення, перенесені запальні захворювання та операції, великий плід, пізній розрив плодових оболонок. Її клінічна картина характеризується гіпертонусом нижнього сегмента, нерегулярними, сильними, різко болючими переймами і нагадує таку при загрозі розриву матки. Пологи затягуються, пологова діяльність не прогресує, виникає дистоція шийки — відсутність її розслаблення при скороченні матки. Передлегла частина при цьо-

му рухома, або притиснена до входу в таз. Якщо пологова діяльність залишатиметься дискоординованою протягом тривалого часу, то перейми можуть ослабнути, стати малоболючими, тобто виникне клінічна картина, що нагадуватиме картину вторинної слабкості пологової діяльності, під час пологів можлива гіпоксія плода, в послідовому і ранньому післяпологовому періодах часто спостерігається кровотеча.

Лікування проводять залежно від причини дискоординації пологової діяльності. При плоскому плодовому міхурі показана амніотомія з попереднім введенням промедолу і атропіну сульфату. Якщо роділля стомлена, їй надають медикаментозний відпочинок на 2–3 год, після пробудження пологова діяльність може самостійно відновитись. При нез'ясованій причині розладу пологової діяльності використовують психотерапію, електроаналгезію, спазмолітичні й знеболювальні препарати, пролонговану епідуральну анестезію. Проведення токолізу: гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводять у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводять внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв до 10–15 крапель/хв, не перевищуючи 15–20 крапель/хв під спостереженням за активністю перейм. У випадках, коли підтверджене існування перешкоди народженню плода, проводять операцію кесаревого розтину. Його проводять також у разі відсутності ефекту від лікування, чи при появі ознак гіпоксії плода.

На всіх етапах лікування аномалій пологової діяльності має проводитись спостереження за станом плода та здійснюватись немедикаментозна профілактика гіпоксії плода (зміна положення тіла роділлі, регуляція дихання). У третьому періоді пологів застосовують активну тактику ведення.

Профілактика аномалій пологової діяльності повинна проводитись в дитячому віці і має бути спрямована на гармонійний психо-емоційний та фізичний розвиток дівчини. Велика роль у цьому належить фельдшерам та акушеркам, які повинні здійснювати заходи, спрямовані на нормальний розвиток дівчаток.

Важливу роль відіграє правильне ведення вагітних у жіночій консультації — профілактика та своєчасне лікування акушерської та екстрагенітальної патології, профілактика переношування. В групі ризику потрібно проводити медикаментозну профілактику цих аномалій та акцентувати особливу увагу на проведенні психопрофілактичної підготовки до пологів. З медикаментозних засобів доцільно призначати вітаміни, особливо піридоксину гідрохлорид, фолієву кислоту. Є рекомендації щодо застосування в групі ризику тренталу, курантилу. Ці засоби призначають починаючи з 36 тижня вагітності. Профілактика аномалій пологової діяльності полягає також у раціональному веденні пологів, уникненні необґрунтованого та невчасного введення спазмолітиків та анальгетиків.

ПОЛОГИ ПРИ ВУЗЬКОМУ ТАЗІ

Жіночий таз умовно поділяють на дві частини: *великий* і *малий* таз. В акушерстві важливе значення має малий таз, оскільки він являє собою суцільне кісткове кільце і майже не змінює своїх розмірів під час пологів. Безпосередньо виміряти розміри малого таза неможливо, тому їх визначають, виходячи з розмірів великого таза.

Розрізняють анатомічно й функціонально вузький таз.

Анатомічно вузький таз — це таз, у якого всі або хоча б один з розмірів зменшений на 1,5–2 см і більше. Діагноз «анатомічно вузький таз» встановлюють на підставі вимірювання розмірів таза.

Поняття «анатомічно вузький таз» і «функціонально вузький таз» запроваджені М. С. Малиновським. Якщо зовнішні розміри таза є нормальними, але пологи ускладнюються тими чи іншими невідповідностями, вживають термін «клінічно вузький таз».

Клінічно або *функціонально вузький таз* — це таз нормальних розмірів або анатомічно вузький таз, який чинить перешкоди для народження плода. Основною ознакою клінічно вузького таза є невідповідність розмірів таза і передлеглої голівки плода. При цьому пологи через природні пологові шляхи неможливі.

Діагноз клінічно вузького таза встановлюють під час пологів. Умови діагностики клінічно вузького таза: розкриття шийки матки більше 8 см, відсутність плодового міхура, випорожнений сечовий міхур, нормальна скоротлива діяльність матки.

Діагностичні ознаки клінічно вузького таза:

1) відсутність поступального руху голівки при повному розкритті шийки матки та нормальній пологовій діяльності;

2) симптом Вастена врівень або позитивний (розмір Цангемейстера більше, ніж кон'югата екстерна;

3) недостатнє прилягання шийки матки до передлеглої голівки плода;

4) високе розташування контракційного кільця;

5) поява потуг при високому розташуванні голівки плода;

6) набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи;

7) симптоми стискання сечового міхура.

За наявності двох чи більше ознак встановлюють ***діагноз клінічно вузького таза.***

Акушерська тактика. Діагноз клінічно вузького таза є показанням до негайного розродження шляхом операції кесаревого розтину. За умови загибелі плода розродження проводиться шляхом плодоруйнівної операції.

Акушерські щипці та вакуум-екстракція плода при клінічно вузькому тазі протипоказані.

Слід зазначити, що анатомічно і клінічно вузький таз не є тотожними поняттями. Анатомічно вузький таз не завжди може бути перешкодою для пологів, тобто функціонально вузьким тазом. Якщо звуження таза незначне, пологова діяльність добра, плід невеликих розмірів, голівка здатна до конфігурації, то пологи здебільшого завершуються сприятливо для матері й плода. При значному звуженні анатомічно вузький таз завжди буде вузьким і у функціональному (клінічному) відношенні. Вузький таз спостерігають у 3–5% випадків.

Етіологія. На розвиток кісткової системи і процес формування таза під час внутрішньоутробного розвитку плода можуть негативно впливати захворювання матері під час вагітності, її неповноцінне харчування (дефіцит білків, вітамінів, мікроелементів, фосфору, кальцію тощо). Формування таза також порушується при інфантилізмі, несприятливих умовах життя і перенесених захворюваннях у дитячому віці (рахіт, туберкульоз кісток і суглобів, особливо при ураженні хребта, кульшового і колінного суглобів), пухлинах, переломах кісток таза, вивихах і неправильному зрощенні переломів нижніх кінцівок тощо.

Класифікація вузького таза за ступенем звуження

Ступінь звуження таза визначають за величиною справжньої кон'югати. Розрізняють чотири ступені звуження таза:

1-й — розмір справжньої кон'югати дорівнює 11–9 см. Пологи здебільшого відбуваються самостійно.

2-й — розмір справжньої кон'югати становить 9–7,5 см. Пологи можливі, але часто виникають ускладнення і постає необхідність в оперативному розродженні.

3-й — справжня кон'югата сягає 7,5–5,5 см. Пологи при доношеному плоді неможливі. При живому доношеному плоді здійснюють операцію кесаревого розтину, а при мертвому — плодоруйнівну операцію.

4-й — розмір справжньої кон'югати становить менше, ніж 5,5 см (абсолютно вузький таз). Єдиний метод пологів — кесарів розтин.

При I і II ступенях анатомічно вузький таз у клінічному відношенні може бути вузьким або достатнім для проходження плода (залежно від величини плода, здатності голівки до конфігурації, активності родових сил). При III і IV ступенях анатомічно вузький таз завжди буде вузьким і в клінічному відношенні. Ці два ступені звуження в наш час трапляються рідко.

Діагностика вузького таза

Діагноз вузького таза встановлюють на підставі анамнезу, огляду будови тіла, вимірювання таза, піхвового дослідження.

З анамнезу з'ясовують відомості про перенесені захворювання (рахіт, туберкульоз кісток, суглобів, переломи кісток таза, нижніх кінцівок тощо). Важливе значення для оцінки стану таза має акушерський анамнез і, зокрема, початок та ритм місячних, перебіг попередніх пологів, маса тіла новонародженого, тривалість пологів (зі слабкістю пологової діяльності, народження травмованих дітей), перенесені акушерські операції тощо.

Під час об'єктивного обстеження жінки звертають увагу на зріст (при зрості 145 см і менше таз часто буває вузьким), будову тіла, відсутність наслідків ушкоджень кісток таза і нижніх кінцівок, форму і розміри ромба Міхаеліса, форму живота, променевозап'ястковий індекс (індекс Соловйова).

Форма живота. При звуженні таза голівка не може вставитися у площину входу, і тому в першовагітних з пружною передньою черевною стінкою живіт гострокінцевий, у повторновагітних — відвислий.

Форма і розміри ромба Міхаеліса. За нормальної будови і розмірів таза ромб має правильну форму. Вертикальний розмір дорівнює 11 см (що відповідає розміру справжньої кон'югати), поперечний — 11 см.

При загальнорівномірнозвуженому тазі ромб витягнутий у довжину (верхній і нижній кути гострі, бічні — тупі), при плоскорахітичному — верхня половина менша від нижньої, верхній кут тупий. У разі наявності косозміщеного таза форма ромба неправильна, він асиметричний.

Променевозап'ястковий індекс *(індекс Соловйова)* визначають за допомогою вимірювання обводу руки в ділянці променевозап'ясткового суглоба. У нормі він дорівнює 14–16 см. При нижній межі індексу кістки таза тонкі, при верхній межі — товсті. За допомогою цього індексу можна вирахувати величину справжньої кон'югати. Якщо індекс Соловйова менший 14 см, тоді від зовнішньої кон'югати віднімають 8 см, якщо більший 16 см, слід відняти 10 см.

Вимірювання розмірів таза дає можливість визначити форму та тип звуження. У разі підозри на звуження таза слід провести додаткові вимірювання, а саме — виміряти прямий та поперечний розміри площини виходу з таза. У разі підозри на косозміщений таз слід виміряти його косі та латеральні кон'югати.

Додаткові розміри таза:

- *бокові кон'югати* — розмір від передньоверхньої ості до задньоверхньої ості тієї самої клубової кістки. У нормі вони дорівнюють 14,5–15 см. При плоскому тазі вони зменшуються;

- *косі розміри* — це відстань між передньоверхньою остю правої клубової кістки і задньоверхньою остю лівої клубової кістки таза і навпаки. У нормі ці розміри однакові й дорівнюють 20–21 см. При косозміщеному тазі вони різні;
- *прямий розмір виходу з таза* — відстань від верхівки куприка до середини нижнього краю лобкового симфізу. В нормі він дорівнює 9 см, а за рахунок розгинання куприка сягає 11–11,5 см;
- *поперечний розмір виходу з таза* — відстань між сідничними горбами — 11 см.

Піхвове дослідження. При піхвовому дослідженні й досягненні мису визначають діагональну кон'югату, місткість таза, наявність деформацій, екзостозів тощо. За величиною діагональної кон'югати визначають справжню.

Для діагностики звуженого таза використовують також рентгенопельвіометрію, проте з огляду на можливий шкідливий вплив рентгенівського випромінювання на плід цей метод доцільніше використовувати поза вагітністю. Слід застосовувати ультразвукове дослідження, за допомогою якого отримують також інформацію про розмір істинної кон'югати, форму таза, величину голівки плода, різновид передлежання. Знаючи форму та розміри таза можна передбачити перебіг пологів та планувати їх ведення.

Особливості перебігу вагітності та пологів при вузькому тазі

Перша половина вагітності перебігає без особливостей. У другій половині вагітності можуть виникати ускладнення: тазове передлежання, косе і поперечне положення плода, розгинальні (передньоголовне, лобне, лицеве) передлежання, асинклітичне вставлення голівки, передчасне відходження вод. За 2–3 тижні до пологів вагітну направляють у пологовий будинок.

Перебіг пологів при вузькому тазі. При III і IV ступенях звуження таза пологи живим доношеним плодом неможливі, тому їх завершують оперативним шляхом.

При I і II ступенях звуження наслідки пологів залежать від величини плода (голівки), виду передлежання і вставлення, здатності голівки до конфігурації та інтенсивності пологової діяльності. У випадку сприятливого поєднання зазначених умов пологи відбуваються нормально.

При вузькому тазі нерідко відбувається передчасне і раннє відходження навколоплодових вод, випадання пуповини та дрібних частин плода, розвиваються первинна і вторинна слабкість пологової діяльності, гіпоксія плода, настає інфікування роділлі та внутрішньоутробного плода.

Поява кров'янистих виділень зі статевих шляхів, частих і болючих перейм, болючості нижнього сегмента матки свідчить про загрозу розриву матки. При значній перешкоді до зганяння плода, бурхливій пологовій діяльності настає перероздягнення нижнього сегмента і розрив матки. Можуть виникнути й інші смертельно небезпечні ускладнення для матері й плода.

За тривалого стояння голівки у вході в таз або в одній із площин малого таза настає змертвіння тканин і на 5–7 добу після пологів можуть утворитися сечостатеві або прямокишково-піхвові фістули. Іноді відбувається розрив лобкового симфізу з появою болю в його ділянці. На ґрунті гіпоксії у плода виникають крововиливи (кефалогематоми) під окістя однієї або обох тім'яних кісток, в мозок та інші органи плода. При виведенні плечового поясу може відбутися перелом ключиці або руки. При вузькому тазі спостерігається підвищена мертвонароджуваність.

Класифікація вузького таза за формою звуження

Існує класифікація вузького таза за формою звуження. Деякі форми звуження таза трапляються часто, інші — рідко.

Форми звуження таза, які зустрічаються часто:

- загальнорівномірнозвужений (інфантильний, чоловічого типу, карликовий);
- плоский (простий і плоскорахітичний);
- загальнозвужений плоский.

Загальнорівномірнозвужений таз *(рис. 17.1)* характеризується тим, що в ньому всі розміри (прямі, поперечні, косі) зменшені на однакову величину (найчастіше на 1–2 см) і лобковий кут гострий (до 90°). Ця форма таза трапляється найчастіше (40–60%). Такий таз буває у невисоких на зріст жінок з правильною, але тендітною будовою тіла. Середні розміри загальнорівномірнозвуженого таза: d.spinarum — 23 см; d.cristarum — 26 см; d.trochanterica — 29 см; conjugata externa — 18 см; con.diagonalis — 11 см, con.vera — 9 см.

Інфантильний таз буває у жінок з морфологічними та функціональними ознаками інфантилізму (недорозвиненість вторинних ознак, розлади менструальної функції тощо). Такий таз зберігає деякі ознаки, властиві дитячому вікові: крижі вузькі й недосить зігнуті, мис стоїть високо, лобкова дуга вузька, вхід у таз має форму кола або овала, витягнутого у прямому розмірі.

Таз чоловічого типу буває у високих на зріст жінок і за будовою наближається до чоловічого: висока лійкоподібна форма порожнини, вузька

лобкова дуга. Кістки у таких жінок масивні, тому місткість таза часто буває меншою, ніж у тендітних жінок з такими ж розмірами таза.

Карликовий таз спостерігається надзвичайно рідко у жінок, дуже низьких на зріст (120–145 см), але з пропорційною будовою тіла. В практичному акушерстві цей таз має менше значення, оскільки карлиці здебільшого безплідні.

Плоский таз — це такий таз, у якого вкорочені прямі розміри, а поперечні й косі — звичайної величини. Плоский таз буває трьох видів:

- *простий плоский* (вкорочені всі прямі розміри);
- *плоскорахітичний* (вкорочений тільки прямий розмір входу);
- *загальнозвужений плоский* (зменшені усі розміри таза, але прямі найбільше).

Простий плоский таз *(рис. 17.2)* характеризується тим, що крижова кістка наближена до лобкового симфізу. У цих жінок будова тіла звичайна. Приблизні розміри простого плоского таза: d.spinarum — 26 см, d.cristarum — 29 см, d.trochanterica — 31 см, conjugata externa — 18 см, con.diagonalis — 11 см, con.vera — 9 см.

Рис. 17.1. Загальнорівномірнозвужений таз

Рис. 17.2. Простий плоский таз

Плоскорахітичний таз *(рис. 17.3, 17.4 в)* має ряд деформацій. Для нього характерні такі особливості:

1) зменшення прямого розміру площини входу в малий таз (справжньої кон'югати) внаслідок значного виступу мису вперед;

2) іноді на передній поверхні плоских крижів внаслідок скостеніння хряща між 1 і 2 крижовими хребцями утворюється додатковий (несправжній) мис;

3) значно розгорнуті крила клубових кісток, тому d.spinarum і d.cristarum стають майже однаковими за величиною;

4) сідничні горби також розходяться, тому лобковий кут стає тупим (понад 90°);

Рис. 17.3. Плоскорахітичний таз

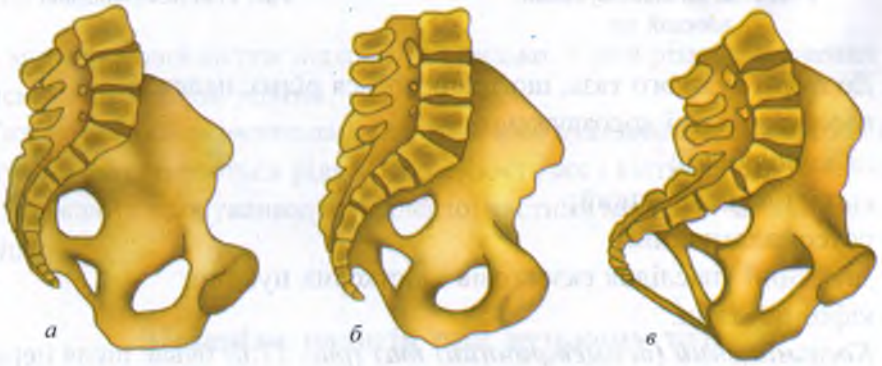


Рис. 17.4. Сагітальний розріз таза:
а) — нормальний таз; б) — простий таз; в) — плоскорахітичний

5) куприк плоский, тонкий і широкий, іноді разом з нижнім крижовим хребцем загнутий допереду (гакоподібно);

6) верхівка крижів відхилена назад, тому розміри виходу з таза нормальні або збільшені. Приблизні розміри плоскорахітичного таза: d.spinarum — 26 см, d.cristarum — 26 см, d.trochanterica — 31 см, conjugata externa — 17 см, con.diagonalis — 10 см, con.vera — 8 см.

Під час огляду жінки привертає увагу зміна форми попереково-крижового ромба (ромба Міхаеліса): вкорочена вертикальна діагональ на 2–3 см і більше, надкрижова ямка розміщена нижче, верхній кут ромба тупий.

У жінок, які хворіли на рахіт, можуть бути й інші зміни кісткової системи: деформація голови, S-подібні ключиці, викривлення ніг, хребта, груднини тощо.

Загальнозвужений плоский таз *(рис. 17.5)* — це такий таз, у якого зменшені всі, але найбільше прямі розміри. Такий таз буває при поєднанні у жінки інфантилізму й рахіту. Приблизні розміри загальнозвуженого таза: d.spinarum — 24 см, d.cristarum — 25 см, d.trochanterica — 28 см, conjugata externa — 16 см, con.diagonalis — 9 см, con.vera — 7 см.

Рис. 17.5. Загальнозвужений плоский таз

Рис. 17.6. Косозміщений таз

До форм вузького таза, що трапляються рідко, належать:

- косозміщений і косозвужений;
- лійкоподібний;
- спондилолістетичний;
- остеомалятичний;
- звужений унаслідок екзостозів і кісткових пухлин;
- кіфозний та ін.

Косозміщений (асиметричний) таз *(рис. 17.6)* буває після перенесеного рахіту і гоніту, а також після вивиху кульшового суглоба чи перелому стегна або кісток гомілки, що неправильно зрослися. Причиною косозміщеного таза є також сколіоз (рахітичної етіології). При косозміщеному тазі (коксалгічний, сколіотичний) звуження буває незначним і не завжди є перешкодою для перебігу пологів.

Поперечнозвужений таз *(рис. 17.7)* характеризується недорозвитком крил клубових кісток і деформацією крижово-клубових зчленувань. Унаслідок зрощення крижових кісток різко вкорочуються поперечні розміри таза (роберівський таз) і пологи неможливі.

Лійкоподібний таз буває рідко й виникає внаслідок ендокринних розладів. Таз звужується у напрямку згори вниз і порожнина таза набуває вигляду лійки. Крижові кістки видовжені, лобкова дуга вузька, поперечний розмір виходу з таза дуже малий. Пологи можуть відбутись самостійно, якщо плід невеликий.

Спондилолістетичний таз спостерігається рідко і формується внаслідок зісковзування тіла V-поперекового хребця з основи крижів.

Остеомалятичний таз спостерігається дуже рідко *(рис. 17.8)* і проявляється розм'якшенням кісток унаслідок втрати кальцію. Цьому сприяє нестача сонячного світла, вітамінів (особливо Д), фосфору та інших мінеральних речовин у їжі. В остеомалятичному тазі лобковий симфіз має форму дзьоба, сідничні горби зближені, укорочені всі розміри таза і особливо попе-

Рис. 17.7. Поперечнозвужений таз

Рис. 17.8. Остеомалятичний таз

речні, мис крижової кістки знаходиться низько. У разі різкого звуження таза рекомендують кесарів розтин.

Таз, звужений екзостозами і кістковими пухлинами. Екзостози і кісткові пухлини трапляються рідко. При екзостозах і кісткових пухлинах, які перешкоджають просуванню передлеглої частини плода, показаний кесарів розтин.

Механізм пологів при вузькому тазі

Механізм пологів залежить від особливостей будови таза. ***Механізм пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі*** має свої особливості.

Перша особливість — максимальне згинання голівки і вставлення її найменшим розміром в один з косих розмірів таза залежно від позиції плода. Мале тім'ячко розміщується на провідній лінії таза (асинклітизм Редерера).

Друга особливість — значна конфігурація голівки внаслідок зменшення усіх розмірів таза (доліхоцефалічна голівка). У ділянці малого тім'ячка утворюється велика родова пухлина.

Третя особливість — відхилення голівки до промежини внаслідок малих розмірів площини виходу з малого таза й вузького лобкового кута. Це призводить до глибоких розривів промежини.

Механізм пологів при простому плоскому тазі. Перша особливість — тривале високе стояння голівки стрілоподібним швом у поперечному розмірі площини входу в малий таз. Друга особливість — розгинання голівки доти, доки її малий поперечний розмір не сягне прямого розміру площини входу в малий таз. Велике тім'ячко розташовується нижче від малого і стає провідною точкою. Третя особливість — асинклітичне вставлення голівки.

Розрізняють передньотім'яне вставлення голівки (асинклітизм Негеле). При цьому передня тім'яна кістка опускається глибше у порожнину малого таза, а задня затримується над мисом. Унаслідок цього стрілоподібний шов

наближається до мису. На висоті однієї з перейм голівка зісковзує з мису в порожнину малого таза. Іноді у таз першою заходить задня тім'яна кістка, а передня затримується лобковими кістками, стрілоподібний шов наближається до симфізу, і створюється задній асинклітизм Літцмана.

Пологи при задньому асинклітизмі неможливі, тому що разом з голівкою в площину входу в таз вклинюється заднє плече.

Четверта особливість — різка конфігурація голівки.

Механізм пологів при плоскорахітичному тазі в перший момент такий самий, як і при простому плоскому тазі. Після проходження голівки через звужену площину входу в таз пологи відбуваються дуже швидко, тому що розміри порожнини і виходу з таза нормальні або навіть дещо збільшені. Пологи супроводжуються травмами м'яких тканин промежини. Пологова пухлина утворюється на передній тім'яній кістці.

Механізм пологів при загальнозвуженому плоскому тазі такий же, як і механізм пологів при загальнорівномірнозвуженому або плоскому тазі, залежно від того, яка форма таза переважає. Пологи доцільно завершувати операцією кесаревого розтину.

Ведення пологів при вузькому тазі

Ведення пологів при вузькому тазі — відповідальне і складне завдання. Тому однією з умов сприятливого завершення пологів є своєчасна діагностика вузького таза в жіночій консультації і ретельне спостереження за вагітною. За 2 тижні до пологів вагітну направляють в акушерський стаціонар для обстеження й індивідуального прогнозування пологів.

При першому і другому ступенях звуження таза пологи ведуть через природні пологові шляхи. Необхідність у застосуванні кесаревого розтину виникає в тому разі, коли плід великий, переношений, наявні аномалії положення плода, є рубець на матці, передлежання плаценти тощо.

Для запобігання ранньому відходженню вод роділлі не дозволяють вставати, рекомендують лежати на тому боці, де міститься потилиця і спинка плода. Таке положення сприяє опусканню потилиці.

При аномаліях пологових сил і втомі роділлі їй надають медикаментозний відпочинок. Потім доволі обережно проводять стимуляцію пологової діяльності. Якщо у період зганяння плода виникає бурхлива пологова діяльність і настає загроза розриву матки, застосовують глибокий ефірний або фторотановий наркоз і пологи завершують оперативним втручанням.

Під час пологів слід уважно стежити за характером пологової діяльності, вставленням і просуванням голівки, станом внутрішньоутробного плода, наявністю виділень зі статевих шляхів (слиз, кров'янисті, гноєподібні),

станом статевих органів (набряк, ціаноз) і сечових шляхів. При затримці сечі роблять катетеризацію. За допомогою деяких ознак з'ясовують відповідність розмірів таза голівки плода.

Ознака Цангемейстера. Визначають наявність і ступінь підняття передньої поверхні голівки над лоном. Роділлю кладуть на бік, тазоміром вимірюють зовнішню кон'югату, верхній ґудзик тазоміра переносять з лобкового симфізу на найбільш виступаючу ділянку передньої поверхні голівки (задній ґудзик залишається на місці). При відповідності розмірів голівки і таза зовнішня кон'югата на 3–4 см довша, ніж відстань між голівкою та надкрижовою ямкою. Якщо зовнішня кон'югата коротша, то це свідчить про те, що розміри голівки не відповідають розмірам таза. Коли обидва розміри однакові, то це вказує на незначну невідповідність розмірів голівки і таза. Прогноз пологів у даному випадку сумнівний.

Ознака Вастена визначається після відходження вод і фіксації голівки у вході в таз *(рис. 17.9)*.

Долоню кладуть на лобковий симфіз і ковзають нею вгору на ділянку передлеглої голівки. *Ознака Вастена позитивна* — передня поверхня голівки розміщена вище від площини лобкового симфізу, і пологи самостійно завершитися не можуть. Потрібне хірургічне втручання. *Ознака Вастена врівень* — передня поверхня голівки розміщена на одному рівні з лобковим симфізом. Якщо пологова діяльність енергійна і голівка добре конфігурується, пологи завершуються самостійно. У разі слабкої пологової діяльності, а також при великій голівці, аномаліях передлежання і вставлення самостійні пологи неможливі.

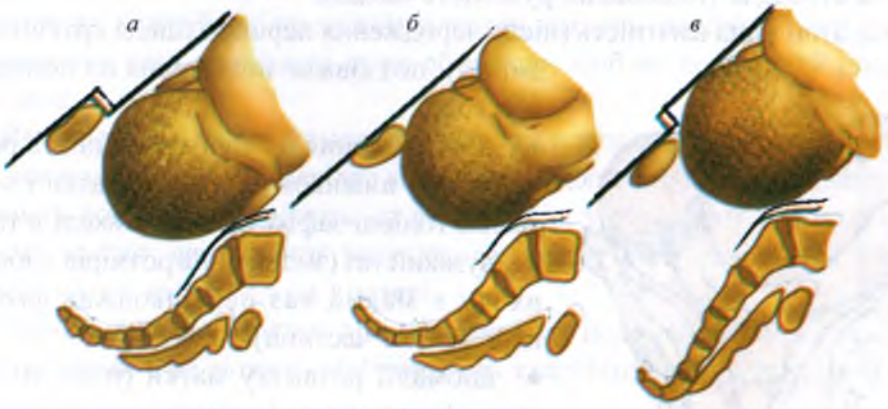


Рис. 17.9. Ознака Вастена

а) — негативна (відповідність між розмірами таза і голівки);
б) — врівень (незначна невідповідність між розмірами таза і голівки);
в) — позитивна (явна невідповідність між розмірами таза і голівки)

Ознака Вастена негативна — передня поверхня голівки лежить нижче від площини лобкового симфізу, в цьому випадку є повна відповідність між тазом і голівкою плода. Пологи завершуються самостійно.

При вторинній слабкості пологових сил, ознаках гіпоксії або інших ускладненнях і наявності умов (голівка розміщена в порожнині малого таза або виході з нього) пологи завершують накладанням акушерських щипців. У випадках невідповідності розмірів голівки і таза пологи завершують оперативним розродженням.

ПОЛОГИ ПРИ НЕПРАВИЛЬНИХ ПОЛОЖЕННЯХ ПЛОДА (косе та поперечне)

Неправильним називають таке положення плода, при якому його поздовжня вісь не співпадає з поздовжньою віссю матки. Неправильні положення зустрічаються відносно рідко — у 0,2–0,4% усіх пологів.

У разі поперечного положення плода його вісь розташовується перпендикулярно до осі матки, при косому положенні між поздовжньою віссю плода і матки утворюється гострий кут. Практично про поперечне положення плода говорять тоді, коли голівка чи тазовий кінець знаходяться вище від гребеня клубової кістки, про косе — нижче *(рис. 17.10)*.

Чинники, що впливають на виникнення неправильних положень плода:

- зниження тонусу м'язів передньої черевної стінки та матки у жінок, що багато разів народжували (релаксація м'язів сприяє відхиленню осі плода від поздовжньої осі матки);
- багатоводдя (підвищена рухомість плода),
- багатоплідна вагітність (після народження першого плода другий може змінити поздовжнє положення на поперечне або косе);
- передлежання плаценти (плацента розміщується у нижньому сегменті матки і не дозволяє голівці зафіксуватися у вході в таз);
- вузький таз (зменшення розмірів площини входу в малий таз перешкоджає фіксації передлеглої частини);
- аномалії розвитку матки (плід підкоряється формі матки і займає таке положення, до якого спонукає його аномальна будова).

Рис. 17.10. Поперечне положення плода, I позиція, передній вид

Частіше неправильні положення плода зустрічаються при передчасних пологах.

Діагностика. Розпізнавання поперечного та косого положення плода грунтується на даних, отриманих при огляді вагітної, зовнішньому і внутрішньому акушерському дослідженнях. Велике діагностичне значення має ультразвукове дослідження.

При огляді вагітної привертає увагу незвичайна форма живота — він не має характерного вигляду овоїду, а розтягнутий упоперек. При вимірюванні висоти дна матки отримують нижчі показники, ніж ті, яких очікують у цьому терміні вагітності при поздовжньому положенні плода.

Прийоми Леопольда:

- I прийом — дно матки розміщене нижче, ніж зазвичай у такому терміні вагітності, в дні матки не вдається визначити якусь із частин плода;
- II прийом — пальпується тазовий кінець і голівка плода. Позиція плода в цих випадках визначається за розташуванням голівки — якщо вона ліворуч — перша позиція, праворуч — друга. Вид, як і при поздовжніх положеннях, визначають за спинкою: якщо вона обернена наперед — передній вид, якщо назад — задній.
- III прийом — передлеглу частину пропальпувати не вдається.

Серцебиття плода при поперечному положенні вислуховується на рівні пупка, залежно від позиції: при першій позиції, коли голівка знаходиться ліворуч, серцебиття вислуховується зліва від пупка, при другій позиції — з правого боку. В деяких випадках (ожиріння, багатоводдя, багатоплідність, напружена матка) діагностувати неправильне положення можна лише за допомогою ультразвукового дослідження.

Вагінальним дослідженням неправильні положення можна діагностувати лише під час пологів, при відкритті вічка не менше 4 см. Пальпують ребра плода, міжреберні проміжки, лопатку, пахвову западину, іноді ручку. Дослідження слід проводити дуже обережно, щоб не пошкодити плодові оболонки.

Вагітність при неправильних положеннях плода частіше ускладнюється передчасними пологами. Нерідко відбувається допологове вилиття навколоплодових вод, що призводить до виникнення ускладнень — випадання дрібних частин, виникнення запущеного поперечного положення плода, розриву матки, смерті плода і матері.

Перебіг пологів. Пологи при поперечному положенні плода завжди є патологічними і не можуть відбутися без кваліфікованої акушерської допомоги.

При активній пологовій діяльності теоретично можливий самоповорот плода (versio spontanea). У рідкісних випадках, коли плід дуже малий, глибоко недоношений або мертвий, мацерований і тканини його патологічно розм'якшені, можуть відбутися пологи «здвоєним тулубом» (conduplicato

corpore). При цьому голівка вдавлюється у грудну клітку, тулуб плода ніби складається навпіл і таким чином народжується. Плід при цьому завжди гине. Проте пологи доношеним плодом у такий спосіб неможливі.

Небезпека при поперечному положенні плода полягає у тому, що немає поділу вод на передні й задні, тому при перших же переймах відбувається вилиття вод. Внаслідок їх передчасного вилиття матка щільно охоплює плід. Формується запущене поперечне положення, основною ознакою якого є повна нерухомість плода. За умови сильної пологової діяльності з огляду на відсутність передлеглої частини у порожнину малого таза опускається і вклинюється плічко плода. Далі плід просуватися не може. Нижній сегмент перерозтягується, контракційне кільце піднімається вгору і займає косе положення. З'являються ознаки загрози розриву матки. Якщо не надати негайної допомоги, може настати її розрив. У випадку, коли запущене поперечне положення супроводжується випаданням ручки, внаслідок інтенсивних скорочень матки ручка, що випала, набрякає і синіє. Порушується кровообіг плаценти, тому плід зазвичай гине.

Прогноз для матері і плода значно погіршується через наступні чинники:

- часте поєднання поперечного положення плода з передлежанням плаценти;
- підвищення ймовірності випадання пуповини;
- дуже високу частоту передчасного розриву навколоплодової мембрани, що підвищує ризик висхідної інфекції в пологах аж до ендометриту і сепсису включно;
- високу частоту оперативних втручань.

Ведення вагітності. Основне завдання — своєчасно запобігти небезпеці, яка може виникнути. Якщо поперечне положення виявлене до 30 тижнів вагітності, вдаватися до госпіталізації та якихось радикальних заходів щодо виправлення полодження плода недоцільно, оскільки в цьому терміні плід занадто рухомий внаслідок відносно великої кількості навколоплодових вод і навіть після виправлення його положення може легко змінитися знову на поперечне. З 30-ти тижнів вагітності можна призначити коригуючу гімнастику за методикою В.І.Грищенко та Я.В.Шулешової, І.Ф.Диканя. Вагітних із сільської місцевості для цього краще направити в стаціонар.

Якщо шляхом коригуючої гімнастики змінити положення не вдалось, можна застосувати зовнішній поворот плода на голівку. Цей поворот здійснюють при терміні вагітності 32–36 тижнів, обов'язково у стаціонарі.

Показання до зовнішнього повороту плода:

- наявність поперечного положення плода.

Протипоказання:

- невідповідність між розмірами плода і таза вагітної. В такому випадку проведення повороту позбавлене сенсу, оскільки за умов клінічно вузького таза пологи все одно не зможуть відбутися через природні пологові шляхи;
- поєднання неправильного положення і передлежання плаценти чи міоми матки;
- аномалії розвитку матки;
- порушення стану внутрішньоутробного плода;
- у жінок, що народжують уперше після 30 років, після тривалого періоду безпліддя, після екстракорпорального запліднення.

Умови, за яких можливе проведення повороту:

- задовільний стан матері та плода;
- термін вагітності 32–36 тижнів;
- нормальний тонус матки;
- податливість і нормальна товщина передньої черевної стінки;
- нормальна кількість навколоплодових вод, яка забезпечує достатню рухомість плода.

Техніка повороту. Перед операцією вагітній вводять спазмолітики для зниження тонусу матки. Вислуховують серцебиття плода. Ще раз визначають положення плода, вид, позицію. Обов'язково проводять ультразвукове дослідження для чіткої орієнтації у розміщенні плода в матці.

Основний принцип повороту — провести його таким чином, щоб не відбулося розгинання голівки. Тому поворот проводять, згинаючи голівку у бік грудної клітки. Тазовий кінець відводять у бік дна матки. Після того, як голівка опиниться над входом у таз, поворот вважають закінченим. Закінчивши операцію вислуховують серцебиття плода, щоб переконатися в його задовільному стані. Після повороту плід фіксують у поздовжньому положенні двома валиками з тканини, які закріплюють еластичним поясом для вагітних. Жінка повинна 3–5 днів обмежити рухову активність, щоб не сталося зміни положення плода.

Якщо під час повороту виникають бодай найменші ускладнення, якот: скарги вагітної на біль в ділянці матки, підвищення рухової активності плода, погіршення загального стану жінки, порушення серцебиття плода, операцію слід негайно припинити, оскільки ці ознаки можуть свідчити по початок передчасного відшарування плаценти.

Оскільки такі ускладнення під час зовнішнього повороту трапляються відносно часто, операція зовнішнього повороту плода вважається небезпечною в сучасному акушерстві і застосовується рідко.

Якщо поперечне положення зберігається до пологів, вагітну необхідно завчасно госпіталізувати у стаціонар — не пізніше ніж за 3 тижні до очікуваного терміну розродження. У сільській місцевості вагітну слід госпіталізувати у пологовий стаціонар центральної районної лікарні не пізніше 36 тижня вагітності. У стаціонарі вагітну попереджають, що вона негайно повинна повідомити лікаря або чергову акушерку про будь-які зміни самопочуття — початок перейм чи відходження вод. Одразу після госпіталізації вагітну обстежують та готують до оперативного розродження.

Рис. 17.11. Запущене поперечне положення

Ведення пологів. Оптимальним, найбільш обґрунтованим методом розродження при живому плоді слід вважати кесарів розтин. Саме цей метод розродження забезпечує мінімальний ризик для матері і плода.

Ведення пологів через природні пологові шляхи з поворотом та екстракцією плода за тазовий кінець допустиме лише у жінок, що багато разів народжували, чи у тих, хто відмовляється від кесаревого розтину, і є небезпечним, оскільки супроводжується високим травматизмом плода і небезпекою розриву матки.

Якщо роділлю доправили в стаціонар із ознаками запущеного поперечного положення *(рис. 17.11)* і мертвим плодом, проводять плодоруйнівну операцію — декапітацію. Будь-які спроби проведення акушерського повороту категорично протипоказані, оскільки повна нерухомість плода, яка настає при запущеному поперечному положенні, позбавляє акушера умов для проведення цієї операції. Навіть спроба введення руки у матку неминуче призводить до її розриву і є грубою акушерською помилкою.

РОЗГИНАЛЬНІ ПЕРЕДЛЕЖАННННЯ

Приблизно 0,5–1% усіх пологів відбуваються при розгинальних передлежаннях. Особливістю цієї групи передлежань є те, що замість згинання голівки наявне різною мірою виражене розгинання.

До розгинальних передлежань відносять *передньоголовне, лобне* та *лицеве* передлежання *(рис.17.12).*

До акушерських ситуацій, які сприяють виникненню цих передлежань, належать:

Рис. 17.12. Розгинальні передлежання:
а) — передньоголовне; б) — лобне; в) — лицеве

з боку матері:

- вузький таз (особливо плоский таз);
- зниження тонусу матки, передньої черевної стінки (відвислий живіт), м'язів тазового дна;

з боку плода:

- малі чи надміру великі розміри голівки плода;
- уроджені пухлини в ділянці шиї плода (пухлини щитоподібної залози);
- зниження рухомості шийного відділу хребта дитини;
- аномалії розвитку плода (гідроцефалія, аненцефалія).

Передньоголовне передлежання

Це перший ступінь розгинання голівки.

Діагностика грунтується передовсім на даних внутрішнього акушерського дослідження: пальпуються обидва тім'ячка, і мале, і велике, причому велике знаходиться дещо нижче малого і є провідною точкою.

Біомеханізм пологів при передньоголовному передлежанні.

І момент — помірне розгинання голівки. Стрілоподібний шов пальпується у поперечному чи трохи косому розмірі входу у малий таз. Голівка фіксується до входу в таз не великим поперечним розміром, як при згинальних передлежаннях, а малим (особливо це виражено при вузьких тазах), тому при дії скорочень матки настає незначне розгинання голівки. Внаслідок розгинання голівка проходить через таз своїм обводом, який відповідає прямому розміру (diameter frontooccipitalis — 12 см, обвід голівки по цьому розмірі — 34 см). Провідною точкою стає велике тім'ячко.

ІІ момент — внутрішній поворот голівки. Голівка опускається у порожнину таза, розпочинаючи, разом із поступальним, обертальний рух. Поворот голівки завершується на тазовому дні, причому голівка обертається обличчям до лона, а потилицею — до крижів. Пологи відбуваються у задньому виді.

III момент — згинання голівки. Провідною точкою при передньоголовному передлежанні є велике тім'ячко, тому ця ділянка першою з'являється з пологових шляхів. Після прорізування тім'яних та лобних горбів голівка фіксується до нижнього краю симфізу ділянкою надпереніссся, створюється перша точка фіксації, навколо якої голівка згинається. Згинання триває доти, поки потиличний горб не підійде до ділянки крижово-куприкового зчленування.

IV момент — розгинання голівки. Після утворення другої точки фіксації (ділянка потиличного горба фіксується до крижово-куприкового з'єднання) відбувається розгинання голівки. З-під лона народжується обличчя плода.

V момент — внутрішній поворот тулуба і зовнішній поворот голівки. Цей момент відбувається так само, як при передньому виді потиличного передлежання.

Особливості перебігу пологів при передньоголовному передлежанні: другий період є тривалішим, оскільки народження плода розміром, обвід якого значно більший, ніж при згинальних передлежаннях, потребує сильної пологової діяльності, просування плода сповільнюється, часто виникає гіпоксія плода. Прорізування голівки у задньому виді і значне перерозтягнення промежини при цьому призводить до частих травм матері.

Пологи при передньоголовному передлежанні ведуть здебільшого консервативно, але велика частота ускладнень зумовлює необхідність застосування акушерських операцій — накладання акушерських щипців, кесарського розтину, при мертвому плоді — плодоруйнівних операцій.

Лобне передлежання — II ступінь розгинання голівки

Зустрічається дуже рідко — 0,02%, але є тяжким ускладненням, оскільки пологи доношеним плодом при такому ступені розгинання неможливі.

Діагностика. При зовнішньому акушерському дослідженні над входом у таз пальпується голівка великих розмірів, можна пропальпувати підборіддя, кут між спинкою та потиличною частиною голівки плода. Серцебиття плода краще прослуховується з боку грудної клітки, яка у такому положенні виявляється притиснутою до стінки матки, а не з боку спинки.

При внутрішньому акушерському дослідженні визначають лоб, лобний шов, передній кут великого тім'ячка, корінь носа, надбрівні дуги. При лобному передлежанні, на відміну від лицевого, ні обличчя, ні рот, ні підборіддя плода не пальпуються.

Біомеханізм пологів при лобному передлежанні.

I момент — розгинання голівки. Голівка вставляється у вхід в малий таз так, що лобний шов пальпується у поперечному чи трохи косому розмірі

входу у малий таз і розгинається. Голівка проходить через таз своїм обводом, який відповідає великому косому розміру (13 см, обвід голівки по цьому розміру — 36 см). Провідною точкою є середина лобного шва. Голівка витягується у вигляді клина, родова пухлина утворюється в ділянці лоба.

У випадку пологів доношеним плодом подальше просування плода неможливе, оскільки розміри розігнутої голівки значно більші, ніж розміри порожнини малого таза. Лише при передчасних пологах, маленьких розмірах голівки та добрій її здатності до конфігурації, достатній пологовій діяльності пологи можуть продовжуватися.

II момент — внутрішній поворот голівки. Поворот голівки відбувається на тазовому дні, причому голівка обертається обличчям до лона, а потилицею — до крижів. Пологи відбуваються у задньому виді.

III момент — згинання голівки. Утворюється перша точка фіксації — ділянка верхньої щелепи, навколо якої голівка згинається.

IV момент — розгинання голівки. Потиличний горб підходить до крижово-куприкового зчленування, утворюється друга точка фіксації, навколо якої відбувається незначне розгинання голівки. Народжується нижня частина обличчя плода.

V момент — внутрішній поворот тулуба і зовнішній поворот голівки відбуваються так само, як при передньому виді потиличного передлежання.

Особливості перебігу пологів при лобному передлежанні. Пологи завжди є патологічними. При невчасній діагностиці голівка вколочується в малий таз, другий період затягується, можуть виникнути такі ускладнення як утворення сечостатевої фістули у матері внаслідок тривалого перебування голівки в одній площині і стиснення м'яких тканин з їх наступним некрозом, важкі травми родових шляхів, розрив матки. З боку плода виникає тяжка гіпоксія, можливі черепномозкові травми.

З огляду на такі небезпечні ускладнення пологи краще завершити шляхом кесарського розтину одразу після встановлення діагнозу. У випадку аномалій розвитку плода чи при його антенатальній загибелі показана плодоруйнівна операція.

Лицеве передлежання — III ступінь розгинання голівки

Це передлежання зустрічається частіше, ніж два попередніх.

Лицеве передлежання *(рис. 17.13)* може створюватися первинно, внаслідок пухлини в ділянці шиї плода і вторинно, коли лобне вставлення голівки переходить в подальшому, в порожнині таза, внаслідок максимального розгинання, у лицеве.

Рис. 17.13. Лицеве передлежання голівки плода

Діагностика. При зовнішньому акушерському дослідженні можна пропальпувати підборіддя, кут між спинкою та голівкою плода. Серцебиття плода краще прослуховується з боку грудної клітки.

При внутрішньому акушерському дослідженні визначають підборіддя, ротик, ніс, очі. Провідною точкою при лицевому передлежанні є підборіддя.

При утворенні родової пухлини на обличчі плода при вагінальному дослідженні можуть виникнути труднощі при дифдіагностиці лицевого і сідничного передлежання. При лицевому передлежанні пальпують носик, ротик, очі плода, при сідничному — куприк, сідничні горби, анус, статеві органи. Слід бути дуже обережним при дослідженні, особливо при пальпації очних западин, щоб не завдати дитині травми, не варто також вводити палець у ротик плода, щоб не спричинити передчасних дихальних рухів.

Біомеханізм пологів при лицевому передлежанні.

І момент — максимальне розгинання голівки. Лицева лінія (лінія, що йде від лобного шва до підборіддя) вставляється у площину входу в малий таз у поперечному чи трохи косому розмірі. Розігнута голівка проходить через таз своїм обводом, який відповідає вертикальному розміру (diameter verticalis s. trachelobregmatica — 10 см, обвід голівки по цьому розміру — 33 см). Провідною точкою є підборіддя.

ІІ момент — внутрішній поворот голівки. Голівка опускається у порожнину таза, розпочинаючи, разом із поступальним, обертальний рух. Поворот голівки завершується на тазовому дні. Голівка обертається обличчям до лона, а потилицею — до крижів. Пологи відбуваються у задньому виді. У випадку створення переднього виду лицевого передлежання, коли підборіддя обертається до крижів, пологи природними пологовими шляхами

відбутися не можуть, оскільки обвід тулуба плода разом із розігнутою голівкою занадто великий.

III момент — згинання голівки. Голівка фіксується до нижнього краю симфізу ділянкою під'язикової кістки, навколо якої голівка згинається і народжується. Родова пухлина розміщується на обличчі плода, тому личко дитини набрякле, синюшне.

IV момент — внутрішній поворот тулуба і зовнішній поворот голівки. Цей момент відбувається так само, як при передньому виді потиличного передлежання.

Особливості перебігу пологів при лицевому передлежанні. Значно частіше виникає передчасне та раннє вилиття навколоплодових вод. Зростає тривалість пологів, майже удвічі вища кількість ускладнень у вигляді гіпоксії плода, пологових травм. Через значне розтягнення промежини часто доводиться вдаватися до епізіотомії або перінеотомії.

Створення переднього виду лицевого передлежання є показанням до кесаревого розтину. Якщо ця патологія діагностована надто пізно, коли голівка вже вколотилася в малий таз, у випадку важкої гіпоксії та внутрішньоутробної загибелі плода вдаються до краніотомії.

Аномалії вставлення голівки

При згинальних та розгинальних передлежаннях голівка завжди вставляється у вхід в малий таз таким чином, що її стрілоподібний шов стоїть у поперечному або косому розмірі входу в малий таз. Відхилення від цього правила є явищем патологічним.

Положення голівки, коли стрілоподібний шов стоїть у прямому розмірі входу в малий таз, називається високим прямим стоянням голівки. Розрізняють *передній* — коли мале тім'ячко знаходиться ближче до лона, та *задній* вид — потилиця обернена до мису крижів.

Основною причиною такого положення голівки є вузький таз (зокрема поперечнозвужений, коли прямі розміри таза переважають поперечні). Якщо форма таза дозволяє, у деяких випадках голівка не здійснює внутрішній поворот і народжується у такому ж положенні. Проте частіше народження плода затруднене, або й неможливе. Тоді виникають показання до оперативного втручання.

Діагностика. При зовнішньому акушерському дослідженні привертають увагу невеликі розміри голівки, оскільки поперечні розміри її менші, ніж поздовжні. При внутрішньому — сагітальний шов пальпується у прямому розмірі входу в малий таз. Голівка сильно зігнута. Крижова западина вільна.

Перебіг пологів. Другий період пологів при високому прямому стоянні голівки здебільшого дуже тривалий. Голівка довго стоїть в одній площині, чим створює передумови для виникнення сечостатевих фістул. Можливий розрив матки. Розвивається тяжка гіпоксія плода. Лікар повинен вчасно діагностувати це відхилення від нормального біомеханізму пологів і вирішити питання про необхідність застосування операції кесарського розтину чи плодоруйнівної операції (при мертвому плоді).

Низьке поперечне стояння голівки

Так називають положення голівки, коли стрілоподібний шов у площині виходу з малого таза знаходиться у поперечному розмірі. Розрізняють *середнє поперечне стояння голівки* (поперечне стояння стрілоподібного шва діагностують у порожнині таза) і *низьке* або *глибоке,* коли таке положення зберігається аж до площини виходу з таза.

Причиною такого відхилення від нормального біомеханізму пологів є вузький таз. Зокрема, однією з особливостей біомеханізму пологів при простому плоскому тазі є те, що голівка не здійснює внутрішній поворот, оскільки усі площини плоского таза витягнуті у поперечному розмірі, тому голівка доходить до тазового дна, не здійснюючи поворот.

Діагностика ґрунтується на даних внутрішнього акушерського дослідження.

Перебіг пологів. В деяких випадках, за умови активної пологової діяльності, поворот голівки може відбутися уже на тазовому дні, тоді пологи завершуються самостійно. Якщо тенденції до повороту немає, не слід допускати тривалого перебування голівки у площині виходу з таза, потрібно завершити пологи шляхом накладання акушерських щипців або вакуум-екстракцією. Кесарський розтин у цій ситуації неприйнятний, оскільки положення голівки не дозволяє проведення цієї операції.

Перелік контрольних питань:

- аномалії пологової діяльності;
- догляд за породіллями з аномаліями пологової діяльності;
- пологи при вузькому тазі;
- пологи при неправильних положеннях плода;
- розгинальні передлежання.

ПОЛОГОВИЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРІ ТА ПЛОДА

Під час пологів нерідко виникають ушкодження промежини, піхви, шийки матки, а іноді навіть матки. Пошкодження м'яких тканин пологових шляхів матері трапляється частіше у випадку патологічного перебігу пологів за умови невчасної або некваліфікованої акушерської допомоги.

Розриви промежини, вульви і піхви виникають у результаті перерозтягнення тканин у періоді зганяння плода, найчастіше під час прорізування голівки. Сприяють цьому ригідність тканин промежини, особливо у жінок, які народжують уперше в немолодому віці, швидке прорізування голівки, неправильне її вставлення, розгинальні передлежання, тазові передлежання плода, вузький таз, зокрема плоскорахітичний, великий плід. Вкрай несприятливими чинниками є запальні та рубцеві зміни тканин піхви, вульви та промежини, які знижують можливості розтягнення тканин і їх опірність до розриву. Часто трапляються розриви при оперативному розродженні — операції накладання акушерських щипців, екстракції плода за тазовий кінець.

РОЗРИВИ ПРОМЕЖИНИ

Розрив промежини виникає під час прорізування голівки або при виведенні плічок. Ушкодженню промежини, зазвичай, передують ознаки загрози її розриву:

- ціаноз тканин, який виникає внаслідок розтягнення промежини голівкою і порушення венозного відтоку;
- набряк тканин, промежина стає блискучою;
- блідість шкіри. Це свідчить про знекровлення тканин.

Шкіра, позбавлена кровопостачання, не може протидіяти подальшому розтягуванню, на ній виникають дрібні тріщини, після чого відбувається розрив.

У випадку загрози розриву промежини слід зробити розтин її (перинео- або епізіотомію), тому що краї різаної рани загоюються краще, ніж краї рваної.

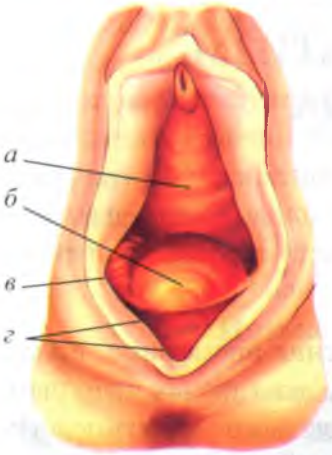


Рис. 18.1. Розрив промежини I ступеня:
а — передня стінка піхви;
б — задня стінка піхви;
в — задня спайка, краї розриву;
г — шкіра промежини

Розрізняють три ступені розриву промежини.

I ступінь — розрив задньої спайки, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2 см), м'язи промежини лишаються цілими. *(рис. 18.1).*

II ступінь — ушкодження шкіри промежини, стінок піхви та м'язів промежини. Сфінктер та пряма кишка залишаються цілими. *(рис. 18.2).*

III ступінь — крім розривів шкіри та м'язів промежини відбувається розрив зовнішнього сфінктера прямої кишки (неповний розрив III ступеня), у разі розриву слизової оболонки прямої кишки – повний розрив III ступеня. *(рис. 18.3).*

Іноді зустрічається так званий центральний розрив промежини, при якому задня спайка залишається цілою, а плід народжується не через піхву, а через отвір, що утворився в результаті розриву в центрі промежини.

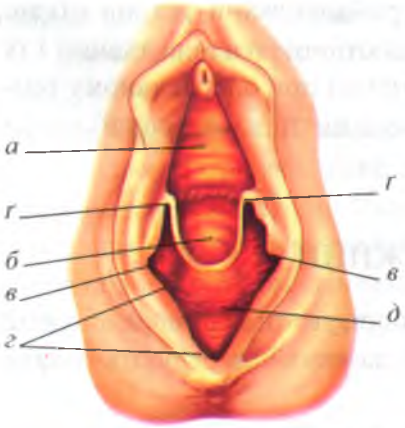


Рис. 18.2. Розрив промежини II ступеня:
а — передня стінка піхви;
б — задня стінка піхви;
в — задня спайка;
г — шкіра промежини;
′ — верхній край розриву;
д — м'язи промежини

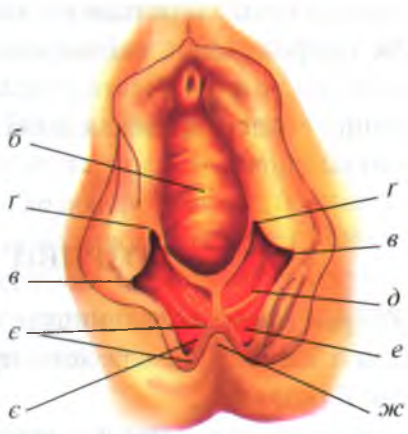


Рис. 18.3. Розрив промежини III ступеня:
а — передня стінка піхви;
б — задня стінка піхви; в — задня спайка;
г — шкіра промежини; ′ — верхній край розриву; д — м'язи промежини;
е — стінка прямої кишки; є — сфінктер прямої кишки; ж — анус

Лікування розривів промежини полягає у пошаровому відновленні цілості тканин. Розриви I та II ступенів зашивають під місцевим знеболюванням, III — під загальним наркозом.

Для правильного відновлення тканин при зашиванні розриву на бічні кути рани в ділянці переходу слизової вагіни в шкіру промежини накладають затискачі — тут надалі буде сформована задня спайка. Потім накладають кетгутовий (дексоновий або вікриловий) шов на верхній край рани дещо вище від краю розриву і через кожні 1–1,5 см — наступний шов, стежачи за тим, щоб захоплювати дно рани. Дійшовши до місця, де накладені затискачі, накладають останній кетгутовий шов. Далі повторно обробляють шкіру промежини дезінфектантом і накладають шовкові чи лавсанові шви на шкіру, захоплюючи дно рани. Якщо не дотримуватись цього правила, між дном рани та швами буде накопичуватись кров, що перешкоджатиме загоєнню рани.

Зашивання розриву промежини II ступеня розпочинають так само, як першого. Якщо краї рани нерівні, їх підрівнюють ножицями. Після накладання шва дещо вище верхнього кута рани, його підтягують догори і накладають шви на м'язи промежини, слідкуючи за тим, щоб не проколоти ні слизової, ні шкіри промежини. Далі зашивають стінку піхви, накладаючи шви нижче від першого з проміжками 1–1,5 см. Дійшовши до затискачів, що були накладені на бокові кути рани, зав'язують кетгутовий шов, формуючи задню спайку. На шкіру промежини накладають шовкові або лавсанові шви.

Розрив промежини III ступеня може зашивати лише висококваліфікований лікар. Слід пам'ятати, що розрив промежини III ступеня є важкою травмою, якій немає місця в сучасній акушерській практиці. Наслідки погано відновленого розриву призводять до глибокої інвалідизації жінки — нетримання газів та калових мас — і роблять її існування нестерпним, тому якщо вже таке пошкодження трапилося, цілість м'яких тканин повинна бути відновлена з максимальним збереженням анатомічних співвідношень тканин. Для кращої орієнтації в топографії на краї рани накладають затискачі.

Розрив III ступеня зашивають у такій послідовності:

- зашивають стінку прямої кишки. Зашивання розпочинають з верхнього кута розриву кишки. Перший ряд швів накладають на стінку прямої кишки, вколюючи голку з боку м'язового шару. Зав'язують шви так, щоб вузли виходили у просвіт прямої кишки;
- відшукують і зашивають краї розірваного сфінктера прямої кишки. Цілість сфінктера відновлюють, використовуючи хромований кетгут, дексон, вікрил;
- проводять зміну інструментів, повторну обробку рук хірурга;
- зашивають м'язи промежини;
- зашивають слизову піхви і шкіру промежини.

У разі *центрального розриву промежини* ножицями розтинають шкіру в ділянці задньої спайки, перетворюючи його у розрив II ступеня, а потім зашивають за загальними правилами.

Догляд за швами полягає у тому, що стежать, щоб промежина була сухою, шви обробляють 1% розчином йоду або 1% розчином діамантового зеленого під час ранкового та вечірнього туалету, а також після сечовипускання та дефекації. На 4-й день роблять очисну клізму, на 5-й — знімають шви. Після цього дозволяють ходити. Звертають увагу жінки на те, щоб вона вставала з положення на боці чи на животі. Сідати дозволяють через 2–3 тижні після пологів. При розривах III ступеня породілля повинна одержувати таку їжу, щоб 6 діб не було випорожнення і не формувалися тверді калові маси. На 6-й день ставлять клізму чи дають послаблювальні засоби, домагаються спорожнення кишечника. На 7-й день знімають шви. Загальний догляд за раною такий же, як і при I та II ступенях розривів.

Профілактика розривів промежини полягає у раціональному веденні пологів, правильному використанні прийомів захисту промежини. При появі ознак загрози розриву промежини слід своєчасно виконати епізіо- чи перінеотомію, оскільки рівні краї різаної рани загоюються значно краще, ніж краї рваної.

РОЗРИВИ ВУЛЬВИ ТА ПІХВИ

Розриви вульви та піхви трапляються при ригідності тканин, великих плодах, розгинальних передлежаннях, оперативному розродженні.

Розриви та тріщини вульви діагностують при огляді. Їх зашивають вузловими чи безперервним кетгутовим швом. Особливо ретельно слід оглядати вульву в ділянці клітора і при виявленні пошкоджень ретельно їх зашивати, оскільки розриви клітора нерідко супроводжуються значною крововтратою.

Розриви піхви у більшості випадків поєднуються з розривами промежини, проте бувають і ізольованими. Діагностувати їх можна при огляді піхвовими дзеркалами, а також розводячи тканини середнім та вказівним пальцем, увівши їх у вагіну. Поступово виводячи розведені пальці, оглядають стінки вагіни. У разі виявлення розриву, його зашивають вузловими кетгутовими швами. Якщо є розрив передньої стінки піхви, що межує із сечівником, перед його зашиванням необхідно ввести в сечівник катетер, який видаляють лише після того, як розрив повністю зашитий.

ГЕМАТОМА ВУЛЬВИ ТА ПІХВИ

В деяких випадках виникають травми тканин пологового каналу без пошкодження слизової оболонки піхви чи шкіри вульви — крововиливи у клітковину, гематоми. Вони можуть бути як підшкірними, так і глибоки-

ми — у паравагінальній клітковині. Клінічно гематома вульви проявляється болем у ділянці статевої губи, що наростає. При огляді можна побачити припухлість статевої губи, синюшне забарвлення, пальпація цього утвору болюча. У разі крововиливу в паравагінальну клітковину породілля відчуває тиск і розпирання у тазі.

Лікування. При гематомах вульви, якщо вони не наростають, можна прикладати міхур з льодом, через декілька днів призначають розсмоктувальну терапію.

У разі гематоми вагіни, якщо вона не наростає, призначають кровоспинні препарати. Якщо ж гематома наростає, тканини над нею розтинають, видаляють згустки і перев'язують судини, що кровоточать. Якщо їх відшукати неможливо, ушивають ложе гематоми Z-подібним швом, або виконують обшивання гематом безперервним швом.

При великих за розміром гематомах:

- стежать за верхнім рівнем гематоми через черевну стінку методом глибокої пальпації при швидко зростаючих гематомах .
- при її зростанні та збільшенні анемізації, появі ознак геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язування внутрішньої клубової артерії.

Через 5–6 днів виконують розтинання гематоми та її дренування для профілактики інфікування. Недоцільно розтинати світлу гематому, випорожняти її (відрив тромбів при затромбованих судинах відновить кровотечу). При інфікуванні гематоми показані розтинання, дренування, призначення антибіотиків.

РОЗРИВИ ШИЙКИ МАТКИ

Розриви шийки матки можуть бути спонтанними та насильними. Спонтанні розриви виникають за наявності рубців після перенесених втручань на шийці матки (діатермокоагуляція), запальних процесів, при інфантилізмі, а також при неправильному веденні пологів, коли жінка починає тужитись до того як настане повне розкриття. Насильні розриви виникають при оперативному розродженні — накладанні акушерських щипців, екстракції плода.

Розриви шийки матки поділяють на три ступені.

При *I ступені* довжина розриву не більше 2 см, при *II* — більше 2 см, але розрив не доходить до склепіння, при *III ступені* — розрив доходить до склепіння піхви або переходить на склепіння.

Незначні пошкодження шийки матки трапляються при всіх пологах, але здебільшого вони загоюються самостійно. Глибокі рани шийки матки можуть бути джерелом кровотечі у III періоді та ранньому післяпологовому

періоді, вхідними воротами інфекції. Загоєння цих розривів, якщо вони не зашиті, призводить до деформації шийки, виникнення ектропіонів, істмікоцервікальної недостатності. Саме тому шийку матки у післяпологовому періоді слід ретельно оглянути, всі травми своєчасно виявити і зашити.

Огляд проводять за допомогою широких піхвових оглядових дзеркал та вікончастих щипців. Після введення дзеркал у піхву їх передають акушерці, а шийку матки захоплюють за передню губу двома вікончастими щипцями, відстань між якими має бути 2,5–3 см. Оглянувши ділянку між щипцями, почергово перекладають їх по всьому обводу шийки і оглядають її по всьому периметру.

Лікування полягає у зашиванні розривів. Шийку захоплюють кульовими щипцями і відтягують у протилежний від розриву бік. Зашивання починають з верхнього кута рани, причому перший шов повинен лягти вище від розриву. Якщо верхній кут рани недосяжний, то перший шов накладають дещо нижче від нього, потім, підтягуючи за лігатуру, накладають шов вище верхнього кута рани. Якщо не дотримуватись цього правила, судини, завдяки еластичності, скорочуються, зміщуються догори і можуть не потрапити в шов. У такому разі буде продовжуватись кровотеча або виникне гематома.

Розрив зашивають однорядними вузловими кетгутовими швами. Слизову з метою профілактики ендометріозу не прошивають.

РОЗРИВИ МАТКИ

Найважчою пологовою травмою є розрив матки. Ця патологія трапляється в сучасній акушерській практиці дуже рідко, частота складає 0,1–0,005% від загальної кількості пологів. Проте материнська і, особливо, перинатальна смертність при цьому надзвичайно високі і складають відповідно 3–4 і 40%.

Розрив матки — це порушення цілісності стінки її тіла у будь-якому відділі під час вагітності або пологів. За Репіною М.А., (1984) розриви класифікують наступним чином:

І. За патогенезом:

1.Спонтанний розрив матки:

- при морфологічних змінах міометрію;
- при механічній перешкоді народженню плода;
- при поєднанні морфологічних змін міометрію та механічній перешкоді народженню плода.

2. Примусовий розрив матки:

- чистий (при розроджувальних піхвових операціях, при зовнішній травмі);

- змішаний (при різних поєднаннях грубого втручання, морфологічних змінах міометрію та механічній перешкоді народженню плода).

II. За клінічним перебігом:

1. Ризик розриву матки.
2. Загрожуючий розрив матки.
3. Розрив матки, що відбувся.

III. За характером пошкодження:

1.Неповний розрив матки (не проникаючий у черевну порожнину).
2. Повний розрив матки (проникаючий у черевну порожнину).

IV. За локалізацією:

1. Розрив у нижньому сегменті матки:

- розрив передньої стінки;
- боковий розрив;
- розрив задньої стінки;
- відрив матки від піхвових склепінь.

2. Розрив у тілі матки:

- розрив передньої стінки;
- розрив задньої стінки.

3. Розрив у дні матки.

Розрив матки частіше виникає у жінок, що вже народжували. Під час перших пологів це ускладнення трапляється рідко.

Розриви матки під час вагітності виникають за умови морфологічної неповноцінності міометрію і складають всього 9–10% усіх розривів, 90% трапляється під час пологів. Найбільшою небезпекою при розриві матки є кровотеча, в результаті якої розвивається геморагічний шок, який поглиблюється травматичним. Виникає небезпека і для плода — частіше він гине. Якщо йому вдається вижити, завжди проявляються наслідки важкої гіпоксії.

Етіологія та патогенез розриву матки. Причини виникнення цього ускладнення різноманітні. Існують два основні напрями, які пояснюють механізм розвитку цієї патології. Згідно з механічною теорією Бандля (1875), розрив матки спричиняється невідповідністю розмірів плода і таза жінки.

Теорія патологічних змін матки (Вербов) пояснює виникнення розриву матки неповноцінністю міометрію внаслідок рубцевих, запальних, дегенеративних, пухлинних процесів. За наявності таких змін розриви можуть відбутися ще до початку пологів.

Сучасне акушерство розглядає дегенеративні зміни в м'язі матки як чинник, що сприяє розриву, а перерозтягнення матки — як безпосередньо діючий. Отже, обидва етіопатогенетичні фактори впливають на виникнення розриву матки, проте в кожному конкретному випадку кожен з них проявляється тією чи іншою мірою.

Провідними в патогенезі розриву матки вважають такі чинники:

- механічні перешкоди народженню плода;
- гістопатичні зміни міометрію;
- насильний вплив при розроджувальних операціях;
- поєднання цих чинників.

Діагностичні критерії. *До групи вагітних, у яких можливий розрив матки під час вагітності та пологів, належать:*

- вагітні з рубцем на матці, які перенесли операції на матці: кесарів розтин, енуклеацію міоматозних вузлів з ушиванням ложа, енуклеацію вузлів з коагуляцією ложа після ендоскопічного втручання, ушивання стінки матки після перфорації, тубектомію з приводу інтрамуральної трубної вагітності;
- вагітні після численних абортів, особливо ускладнених запальними процесами матки;
- вагітні, що народжували багато разів.

До групи вагітних з ризиком розриву матки під час пологів належать:

- перераховані в попередніх пунктах;
- вагітні з плодом великої маси;
- при патологічному вставленні голівки плода (лобному, високому прямому стоянні);
- при патологічному положенні плода (поперечному, косому);
- при звуженому (вузькому) тазі роділлі;
- при поєднанні звуженого тазу та збільшеної маси плода;
- при застосуванні засобів, що скорочують матку (окситоцину, простагландинів) у вагітних: з рубцем на матці, на тлі морфологічних змін стінки матки, на тлі цілого навколоплодового міхура, при багатоводді, багатоплідній вагітності, після численних абортів, пологів;
- при анатомічних змінах шийки матки внаслідок рубців після діатермокоагуляці, кріодеструкції, пластичних операцій;
- при пухлинах матки, що блокують вихід з малого таза.

Якщо у вагітних з рубцем на матці пологи закінчились через природні пологові шляхи, проводиться ручна ревізія порожнини матки на предмет її цілісності відразу після виділення посліду. При ревізії матки особлива увага приділяється ревізії лівої стінки матки, де найчастіше пропускаються розриви при ручному обстеженні порожнини матки.

Клінічні симптоми загрожуючого розриву матки при диспропорції між розмірами плода та таза матері:

1. Надмірна пологова діяльність.
2. Недостатнє розслаблення матки після перейм.

3. Різко болючі перейми, неспокій роділлі, зберігання болю між переймами в ділянці нижнього сегмента матки.

4. Болючість при пальпації нижнього сегмента матки.

5. Відсутність або надмірна конфігурація голівки плода.

6. Аномалії вставлення та передлежання голівки (включаючи задній вид потиличного передлежання).

7. Передчасне, раннє відходження навколоплодових вод.

8. Непродуктивна потужна діяльність при повному або близькому до повного розкритті шийки матки, мимовільні потуги при високо розташованій голівці плода.

9. Набряк шийки матки, піхви та зовнішніх статевих органів.

10. Родова пухлина на голівці плода, яка поступово заповнює порожнину малого таза.

11. Утруднене сечовипускання; при тривалому перебігу пологів — поява крові у сечі.

12. Матка у вигляді «пісочного годинника».

13. Погіршення стану плода.

14. Кров'янисті виділення із порожнини матки.

15. Позитивний симптом Генкель-Вастена.

Гістопатичні розриви матки відрізняються відсутністю чітких симптомів, «мовчазним» перебігом.

Клінічні симптоми загрожуючого розриву матки при морфологічних змінах міометрію (гістопатичного):

1. Патологічний прелімінарний період.

2. Слабкість пологової діяльності, відсутність ефекту від пологостимуляції.

3. Надмірна пологова діяльність після слабкості пологових сил у відповідь на пологостимулюючу терапію.

4. Можливий больовий синдром: поява постійного болю та локальна болючість після переймів у ділянці рубця на матці або її нижнього сегмента, постійні болі неясної локалізації після переймів, які віддають у крижі; частіше — відсутність насторожуючого болю.

5. Передчасне, раннє відходження навколоплодових вод.

6. Клінічні прояви інфекції в пологах (хоріонамніоніт, метрит).

7. Інтранатальна гіпоксія, антенатальна загибель плода.

Клінічні симптоми розриву матки:

1. Припинення пологової діяльності.

2. Зміна контурів та форми матки.

3. Больовий синдром: болі різноманітного характеру (ниючі, переймоподібні внизу живота та крижах; різкий біль, який виникає на висоті перей-

мів; потуги, на тлі тривалих непродуктивних переймів при повному розкритті маткового зіву; при зміні положення тіла; розпираючі болі в животі; болі в епігастральній ділянці при розриві матки в ділянці дна та труб, які нерідко супроводжуються нудотою, блюванням).

4. При пальпації живота відмічається різка загальна та локальна болючість, здуття.

5. Різкий біль при пальпації та зміщенні матки.

6. Поява різкоболючого утворення по ребру або над лоном (гематома).

7. Симптом «перекритого дна» матки.

8. Народження плода в черевну порожнину — пальпація його частин через черевну стінку.

9. Симптоми подразнення очеревини.

10. Зовнішня, внутрішня або комбінована кровотеча.

11. Зростання симптомів геморагічного шоку.

12. Внутрішньоутробна загибель плода.

Симптоми розриву матки, що діагностується в ранньому післяпологовому періоді:

1. Помірна або надмірна кровотеча із статевих шляхів.

2. Інколи відсутні ознаки відділення плаценти.

3. Виразна болючість усіх ділянок живота, сильні болі при пальпації матки.

4. Можливі здуття живота, нудота, блювання.

5. Дно матки не контурується (симптом «перекритого дна матки»), оскільки перекрите здутими петлями кишечника.

6. Симптоми геморагічного шоку різного ступеня.

7. Пальпація по ребру матки болісного утворення (гематома).

8. Гіпертермія.

Лікування. У вагітних з групи ризику розриву матки протягом спостереження за перебігом вагітності розробляється план розродження (може змінюватись у процесі спостереження) і до 38–39 тижнів вагітності приймається рішення щодо способу розродження (абдомінальний або через природні пологові шляхи).

При гістопатичних змінах міометрію (рубець на матці) через природні пологові шляхи можуть народжувати жінки, у яких:

- показання, що були при першому кесаревому розтині, не повторюються;
- в анамнезі один кесарів розтин;
- попередній кесарів розтин проведений у нижньому сегменті матки;
- в анамнезі — попередні пологи через природні пологові шляхи;
- нормальне потиличне передлежання плода;

- при пальпації через передне піхвове склепіння ділянка нижнього сегмента відчувається однорідною, без занурень, безболісною;
- при ультразвуковому дослідженні нижній сегмент має V-подібну форму, товщину більше 4 мм, ехопровідність така, як і в інших ділянках міометрію;
- є можливість ургентного оперативного розродження у випадку виникнення ускладнень;
- є можливість проведення моніторування пологів;
- отримано згоду жінки на розродження через природні пологові шляхи.

Пологи у таких жінок проводяться при ретельному спостереженні за станом жінки (дивись *симптоми загрожуючого розриву при гістопатичних змінах міометрію*).

У жінок з анатомо-функціональною неповноцінністю рубця розродження проводять шляхом кесаревого розтину на 40 тижні вагітності при зрілих пологових шляхах.

Симптоми анатомо-функціональної неповноцінності рубця:

- відчуття болю в ділянці нижнього сегмента;
- біль при пальпації нижнього сегмента через передній піхвове склепіння, його неоднорідність, занурення (заглиблення);
- при ультразвуковому дослідженні: товщина нижнього сегмента менше 4 мм, різна звукопровідність та товщина, балоноподібна форма.

Кесарів розтин у жінок із ризиком розриву матки виконують:

- при поєднанні вузького таза I–II ст. та великої маси плода (3800 і більше);
- при лобному вставленні, високому прямому стоянні стрілоподібного шва;
- при поперечному, косому положеннях плода;
- при вузькому тазі III–IV ст.;
- при блокуванні пологових шляхів пухлинами;
- при рубцевих змінах шийки матки, піхви.

У інших вагітних із групи ризику розриву матки в пологах проводять ретельне спостереження за розвитком пологової діяльності та станом плода. При появі ускладнень тактику ведення пологів переглядають на користь оперативного розродження.

При ознаках загрожуючого розриву матки:

- припиняють пологову діяльність (токолітики, наркотичні або ненаркотичні анальгетики), вагітну транспортують в операційну;
- пологи завершуються оперативним шляхом:

1) при диспропорції таза та передлеглої частини тільки кесаревим розтином;

2) при гістопатичному розриві найчастіше кесарським розтином, проте у випадках опущення (знаходження) передлеглої частини плода у площину вузької частини таза або виходу з таза можливе розродження через природні пологові шляхи.

Особливості кесарського розтину: обов'язково вивести матку з порожнини таза для детальної ревізії цілісності її стінок.

Лікування розриву матки, що відбувся:

- роділля негайно транспортується в операційну; якщо стан жінки дуже тяжкий, операційна розгортається в пологовій залі;
- термінове проведення протишокової терапії з мобілізацією центральних вен;
- здійснюються лапаратомія та втручання, адекватне травмі, ревізія органів малого таза та черевної порожнини, дренування черевної порожнини;
- забезпечується інфузійно-трансфузійна терапія, адекватна розміру крововтрати та корекція порушень гемокоагуляції.

Оперативне втручання проводиться в наступному об'ємі: зашивання розриву, надпіхвова ампутація або екстирпація матки з додатками або без них. Об'єм втручання залежить від розміру та локалізації розриву, ознак інфікування, часу, що пройшов після розриву, рівня крововтрати, стану жінки.

Показання до органозберігаючої операції:

- неповний розрив матки;
- невеликий повний розрив;
- лінійний розрив з чіткими краями;
- відсутність ознак інфекції;
- невеликий безводний проміжок;
- збережена скоротлива спроможність матки.

Показання до надпіхвової ампутації матки: свіжі розриви тіла матки з нерівними розчавленими краями, із збереженим судинним пучком, з помірною крововтратою без ознак синдрому ДВЗ та інфекції.

Показання до екстирпації матки:

- розрив тіла або нижнього сегмента матки, який перейшов на шийку, з розчавленими краями;
- травма судинного пучка;
- неможливість визначення нижнього кута рани;
- розрив шийки матки з переходом на тіло.

Показання до екстирпації матки з матковими трубами:

- попередні показання при тривалому безводному проміжку (понад 10–12 годин);
- прояви хоріоамніоніту, ендометриту;
- наявність хронічної інфекції.

У всіх випадках оперативного лікування з приводу розриву матки або при операції кесаревого розтину з приводу загрожуючого розриву матки проводиться дренування черевної порожнини. Наприкінці операції проводять ревізію сечового міхура, кишечника, бажано сечоводів.

При підозрі на травму сечового міхура: у сечовий міхур вводять 200 мл підфарбованого розчину з метою визначення надходження його у рану, контролюють кількість виведеного з міхура розчину (при цілому міхурі — 200 мл).

При підозрі на травму сечовода внутрішньовенно вводиться метиленовий синій та простежується його надходження в черевну порожнину або в сечовий міхур при цистоскопії.

При масивній крововтраті виконується перев'язування внутрішніх клубових артерій. При великій травмі та значній крововтраті перев'язування внутрішніх клубових артерій виконується до початку основного об'єму операції.

За умови відсутності досвідченого спеціаліста, який може виконати перев'язування внутрішніх клубових артерій, операцію починають з клемування основних судин по ребру матки.

Дренування черевної порожнини проводиться через отвір у задньому склепінні після екстирпації та через контрапертури на рівні клубових кісток:

- при утворенні позачеревних гематом очеревина над ними не зашивається, здійснюється дренування.
- у післяопераційному періоді проводиться протишокова, інфузійно-трансфузійна та антибактеріальна терапія, профілактика тромбоемболічних ускладнень.

Профілактика. Усіх жінок, у яких можливий розрив матки, госпіталізують за 2–3 тижні до пологів. Виділяють групи ризику розриву матки:

- жінки з рубцями на матці після кесаревого розтину чи після видалення міоматозних вузлів;
- жінки, що багато разів народжували;
- з ускладненим перебігом попередніх пологів;
- з ускладненим перебігом післяпологового періоду (ендометрити) після попередніх пологів;
- за наявності в анамнезі багатьох абортів, особливо ускладнених;
- вагітні з великим плодом, у разі анатомічно звуженого таза.

За ці 2 тижні вагітну потрібно ретельно обстежити і скласти раціональний план ведення пологів. Пологи у цієї групи жінок повинен вести досвідчений лікар в акушерському стаціонарі, де забезпечена цілодобова акушерська і анестезіологічна служба.

До заходів профілактики належить також раціональне ведення пологів у жінок, що не належать до групи ризику, вміле і виправдане застосування утеротонічних препаратів.

ПІСЛЯПОЛОГОВІ НОРИЦІ

Сечостатеві та кишково-статеві нориці є надзвичайно важкими ускладненнями пологів. Їх наявність призводить до втрати працездатності, порушення менструальної та репродуктивної функцій жінки, вкрай несприятливо відображається на психоемоційному стані хворої.

Найчастіше зустрічаються міхурово-піхвові нориці, вони виникають між сечовим міхуром та піхвою, а також кишково-вагінальні нориці — між прямою кишкою та піхвою, рідше — уретровагінальні.

Розрізняють *мимовільні* та *насильні* нориці. Причиною утворення мимовільних післяпологових нориць є порушення кровообігу в тканинах, що стискаються між стінками таза та голівкою, у разі тривалого її стояння в одній площині. Це трапляється при вузьких тазах, розгинальних передлежаннях, великих плодах. Як наслідок порушення кровообігу в тканинах виникає їх некроз і відторгнення. Така нориця проявляється зазвичай на 4–6 день після пологів.

Насильні нориці виникають при пошкодженні тканин в результаті проведення оперативних втручань (накладання акушерських щипців, виконання плодоруйнівних операцій). Травма м'яких тканин виникає, наприклад, внаслідок зісковзування перфоратора з передлеглої частини при проведенні краніотомії, внаслідок защемлення тканин між голівкою і ложкою щипців тощо.

Клінічні прояви нориць типові — мимовільне виділення сечі через піхву при сечостатевій нориці та калу і газів у разі прямокишково-піхвової нориці.

За наявності мимовільної нориці ці ознаки з'являються на 6-8 день після пологів. Якщо вони з'являються у першу добу після оперативного розродження, то слід вважати, що виникла насильна (травматична) нориця.

Діагноз. Враховуються клінічні дані, описані вище. Слід мати на увазі, що процес утворення мимовільної нориці супроводжується субфебрилітетом, набряком тканини, в перші дні затримкою виділення сечі. Уточнюють наявність нориці при огляді дзеркалами: в ділянці отвору нориці почервоніння, може бути випинання тканини (слизова оболонка сечового міхура), виділення сечі з нориці. Можна ввести в сечовий міхур та пряму кишку метиленовий синій і в разі наявності нориці барвник потрапить у вагіну. Використовують також цистоскопію, цистографію, ректоскопію.

Насильні нориці повинні бути виявлені одразу після оперативного втручання ретельним оглядом, а при необхідності додатковими методами: введенням у сечовий міхур чи пряму кишку барвника, катетеризацією (поява крові у сечі), цистоскопією.

Лікування нориць. Як вимушені, так і мимовільні нориці лікують хірургічними методами. Насильні фістули повинні бути зашитими одразу після їх виявлення, а ті, що виникли під час операції кесаревого розтину — до зашивання операційної рани. Якщо був травмований сечовий міхур, його зашивають трирядним швом (без проколювання слизової оболонки). Після зашивання в сечовий міхур вводять постійний катетер на 7-8 днів. Якщо травмована пряма кишка, її також зашивають трирядним швом, не захоплюючи слизової оболонки.

Мимовільні сечостатеві та ректально-вагінальні фістули теж лікують хірургічним шляхом, але не раніше 4–6 місяців після пологів. До цього слід ретельно дотримуватись правил гігієни, обмивати статеві органи, змащувати шкіру нейтральними кремами, вазеліновою олією, синтоміциновою емульсією, маззю календули. Щоб запобігти висхідній інфекції, доцільно призначати уросептики, антибіотики.

Профілактика післяпологових нориць. Післяпологові нориці — надзвичайно серйозне ускладнення, оскільки воно призводить до інвалідизації жінок. Через постійне виділення калу, газів, сечі, вони незручно почуваються серед оточуючих. Нерідко у зв'язку з цим виникають проблеми в сім'ї, більшість таких жінок не живуть статевим життям. В деяких випадках виникає психогенна аменорея.

Саме з цих причин профілактика нориць є надзвичайно важливим питанням і зводиться до раціонального ведення пологів. Слід пам'ятати, що після повного відкриття і відходження вод голівка не повинна стояти в одній площині більше 2-х годин, тому що це свідчить про клінічну невідповідність між розмірами таза та голівки. В такому випадку необхідно з'ясувати акушерську ситуацію і змінити план ведення пологів. Необхідно ретельно стежити за актом сечовипускання, в разі затримки сечі проводити катетеризацію сечового міхура (обережно!). Поява у сечі крові може свідчити про загрозу виникнення нориці і повинна спонукати лікаря до перегляду плану розродження.

При виконанні акушерських операцій необхідно вдумливо оцінювати показання та протипоказання до них, а також чітко дотримуватись техніки виконання.

ТРАВМИ ЗЧЛЕНУВАНЬ ТАЗА

Рідкісним, але тяжким ускладненням є травми зчленувань таза, найчастіше — лобкового зчленування у вигляді розходження чи розривів у ділянці симфізу.

Під час вагітності під впливом релаксину та гормонів відбувається розпушення, розтягнення зв'язкового апарату та з'єднанань таза, що полегшує проходження плода пологовим каналом.

У разі наявності великого плода, розгинальних передлежань, коли пологи завершуються через природні пологові шляхи, можуть виникати розриви чи розходження симфізу. Таке ускладнення може виникнути в результаті накладання акушерських щипців при недооцінці протипоказань до цієї операції чи при порушенні техніки виконання її.

Для оцінки тяжкості ушкоджень зчленувань таза використовують класифікацію фізіологічних та патологічних станів кісткового таза Л.В.Ваніної (1954):

1) *розширення лобкового та крижово-клубового з'єднань* — фізіологічне явище, характерне для останніх тижнів вагітності. Перебіг безсимптомний;

2) *симфізеопатія та сакроілеопатія* — надмірна рухомість та послаблення зчленувань таза. В другій половині вагітності, частіше в III триместрі з'являються клінічні ознаки у вигляді болю в ділянці симфізу, крижів. Біль іррадіює в пахові ділянки і зовнішні статеві органи. Рентгенологічно зміни не виявляються;

3) *розриви зчленувань таза* — відбуваються під час пологів;

4) *симфізит та сакроілеїт* — зміни, зумовлені запальними процесами в зчленуваннях таза.

Фізіологічним явищем є наявність щілини між лобковими кістками на завширшки 1,5 мм, як видно на рентгенограмі.

Розриви та розходження лобкових кісток за величиною поділяють на 3 ступені:

- I ступінь — розходження на 5–9 мм;
- II ступінь — розходження на 10–20 мм;
- III ступінь — розходження більше 20 мм.

Клінічні прояви. При травмі симфізу на кінець першої чи на другу добу при спробі встати породілля відчуває біль. У разі оперативного розродження біль може виникати одразу після операції. Жінка приймає вимушене положення — з відведеними стегнами та зігнутими колінами (симптом Волковича). При пальпації ділянка симфізу болюча, визначається також проміжок між кістками.

Розриви та розходження лобкового зчленування можуть супроводжуватись травмами сечового міхура, сечівника, клітора, гематомами.

Якщо виникають симфізити, біль починає турбувати жінку на 3-10 день пуерперію. Крім болю з'являється порушення ходи — «хода качки». При спробі підняти одну чи обидві ноги з'являється біль у попереку, стегнах

(симптом Гурвіча). Підвищується температура тіла, в крові з'являються лейкоцитоз, підвищується ШОЕ.

Діагноз розходження та розриву лобкового зчленування підтверджується рентгенологічно. Слід обстежити жінку на наявність остеопорозу.

Лікування полягає у фіксації тазових кісток з допомогою «гамака» впродовж 3-4 тижнів, потім жінка повинна не менше 6 місяців носити корсет.

Доцільно призначати препарати кальцію, вітаміну Д, ультрафіолетове опромінення ділянки симфізу. Породілля має споживати їжу, збагачену кальцієм, фосфором та мікроелементами.

Профілактика повинна розпочинатися із виділення групи ризику акушерських травм таза. В цю групу повинні ввійти жінки з остеопорозом, звуженим тазом, великим плодом, переношуванням, пізнім гестозом, захворюваннями кісткової системи. Медикаментозна профілактика включає призначення вагітним вітамінів, дієти, збагаченої кальцієм, фосфором, мікроелементами. Ці жінки повинні бути госпіталізовані за 2 тижні до передбачуваного терміну пологів, їх необхідно ретельно обстежити і скласти план ведення пологів.

До заходів профілактики належить також раціональне ведення пологів у разі вузького таза, великого плода, обґрунтоване застосування стимуляції пологової діяльності та оперативного вагінального розродження.

ВИВОРІТ МАТКИ

Виворотом матки називається рідкісний вид акушерської травми, коли дно матки вдавлюється в її порожнину. Результатом є ситуація, коли матка вивертається, і опиняється в піхві або за її межами, слизова оболонка матки розміщується назовні, а зовнішня, серозна — всередині цього утворення.

Це рідкісне ускладнення зустрічається в сучасному акушерстві як результат неправильного ведення пологів у III періоді.

Існує дві речі, категорично заборонені у процесі ведення III періоду пологів:

- *не можна тягнути за пуповину до відшарування плаценти;*
- *не можна натискати на дно матки!*

Порушення кожної з цих вимог може призвести до вивороту матки.

Спричинити це ускладнення може також неграмотне використання прийому Креде-Лазаревича без попереднього масажу матки, коли вона розслаблена. В основі вивороту лежить втрата тонусу міометрію.

Клініка вивороту матки типова: виникає гострий біль унизу живота, розвивається картина шоку, шкіра бліда, вкрита холодним липким потом,

свідомість затьмарена, розширені зіниці, пульс частий, знижується артеріальний тиск.

Діагностують виворіт при огляді — за межами вагіни визначається утвір червоного кольору з кровоточивою поверхнею, на якій може бути розміщена плацента плодовою поверхнею назовні. При пальпації через передню черевну стінку матка не визначається, на її місці пальпується лійкоподібне заглиблення.

Виворіт матки — надзвичайно небезпечне ускладнення. Смерть роділлі може настати від шоку і гострої крововтрати, у віддаленому періоді — від сепсису чи перитоніту. Чим довше матка перебуває у вивернутому стані, тим більше порушується мікроциркуляція і утворюється в її судинах мікротромбів, які потім, після репозиції матки, можуть викликати порушення коагуляції і ДВЗ-синдром. Тому одразу після виявлення цього ускладнення розпочинають лікування.

Лікування полягає у проведенні протишокових заходів, боротьбі з крововтратою та репозиції матки. Репозицію проводять обов'язково під загальним наркозом.

Якщо плацента не відшарувалась, її перед цим відділяють рукою. Проводити масаж матки на кулаці після репозиції не рекомендують, щоб не видавлювати з її судин тромбопластичні речовини і не активувати протизгортальну систему крові.

Після репозиції призначають холод на низ живота, утеротонічні препарати та антибіотики.

Якщо не вдається вправити матку, при некрозі та у разі кровотечі здійснюють екстирпацію матки, переважно через вагіну.

Профілактика полягає у раціональному веденні послідового періоду.

ПОЛОГОВИЙ ТРАВМАТИЗМ ПЛОДА

Для визначення походження травм плода під час народження існують поняття: *пологова травма* та *акушерська травма.*

Пологовою називають травму, що виникла мимовільно під час проходження плода через природні родові шляхи.

Пологова травма плода найчастіше зумовлена наявністю клінічно вузького таза, незрілістю плода, його адаптаційних механізмів. Важливу роль відіграє наявність екстрагенітальної та акушерської патології — серцево-судинної, діабету, гестозу, переношування, тощо.

Чинником, який збільшує вірогідність пологової травми, є хронічна та гостра внутрішньоутробна гіпоксія. Останнім часом вважають, що гіпоксичний компонент є провідним у патогенезі пологової травми.

Акушерською називають травму, що виникла через маніпуляції акушерки чи лікаря під час прийому пологів чи під час акушерських операцій.

Найнебезпечнішими є пошкодження голівки плода.

Кефалогематома — кровивилив під окістя однієї чи обох тім'яних чи потиличної кісток. Окістя щільно скріплене з кісткою в ділянці швів, тому кефалогематома чітко обмежена швами і не розповсюджується за межі кістки, на якій виникла, чим відрізняється від родової пухлини. Кефалогематома неболюча, не пульсує. Упродовж першого тижня після пологів може наростати, потім поступово зменшується в розмірах, розсмоктується за 6–8 тижнів.

Лікування зазвичай не потребує, при великих кефалогематомах інколи роблять пункцію.

Внутрішньочерепні пологові травми супроводжуються пошкодженням тканин мозку з їх набряком. Виникають порушення гемодинаміки. У важких випадках смерть дитини може настати в перші години після народження.

Залежно від локалізації розрізняють епідуральні, субдуральні, субарахноїдальні, внутрішньомозкові та змішані крововиливи.

Клініка. Клінічні прояви визначаються набряком, набуханням та ішемією мозку, їх вираженість залежить від ступеня порушення гемоліквородинаміки. *У перебігу внутрішньочерепної травми розрізняють три стадії. У І стадії* стан новонародженого зазвичай тяжкий: порушене смоктання і ковтання, спостерігаються анізокорія, ністагм, іноді судоми. Симптоми зумовлені порушенням мозкового кровообігу та набряком мозку: атонія м'язів, порушення рефлексів, пригнічення дихання та серцевого ритму. При важких крововиливах наростають розлади дихання, кровообігу, дитина гине.

Якщо немовля переживає гострий період, настає *друга стадія.* Цей період характеризується станом збудження: розлади сну, тремор кінцівок, судоми, порушення терморегуляції, неспокій, неадекватна реакція на подразник. В цьому періоді м'язова гіпоксія змінюється гіпертонусом. Нерідко виникає ціаноз кінцівок та носогубного трикутника. Часто трапляється тахікардія та пригнічення дихання.

Третя стадія — повільне відновлення функцій організму немовляти. Проте часто перенесена пологова травма не минає без сліду — виникають синдроми моторних порушень, вегетовісцеральних дисфункцій, м'язової гіпертонії, судомний та гідроцефальний синдроми.

Лікування у І стадії спрямоване на забезпечення повного спокою, проводять оксигенотерапію, інфузійну терапію, спрямовану на дегідратацію та покращення мікроциркуляції. Вводять препарати, що зменшують судомну готовність мозку. У ІІ стадії застосовують препарати, що зменшують збудження, продовжують дегідратаційну терапію, вводять препарати, що

Рис. 18.4. Помірна конфігурація голівки при потилочному передлежанні

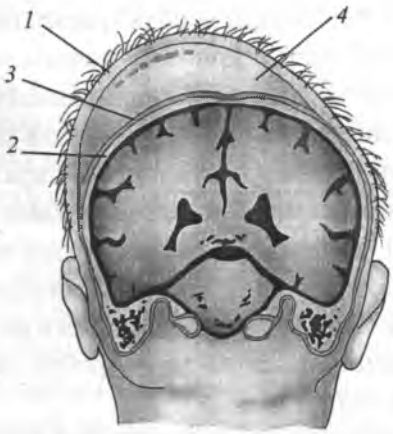


Рис. 18.5. Родова пухлина на голівці новонародженого:
1 — шкіра; 2 — кістка, 3 — надкісниця,
4 — набряк клітковини (родова пухлина)

покращують мікроциркуляцію: альбумін, плазму. В III стадії застосовують загальностимулюючі засоби та симптоматичну терапію.

Пологова травма спинного мозку може виникнути у випадку прикладання надмірних зусиль при наданні акушерської допомоги при головних передлежаннях у разі фіксації плічок, а також при затрудненому звільненні голівки прийомом Морісо-Левре при тазових передлежаннях (травми шийного відділу).

Клінічна картина залежить від рівня ураження спинного мозку.

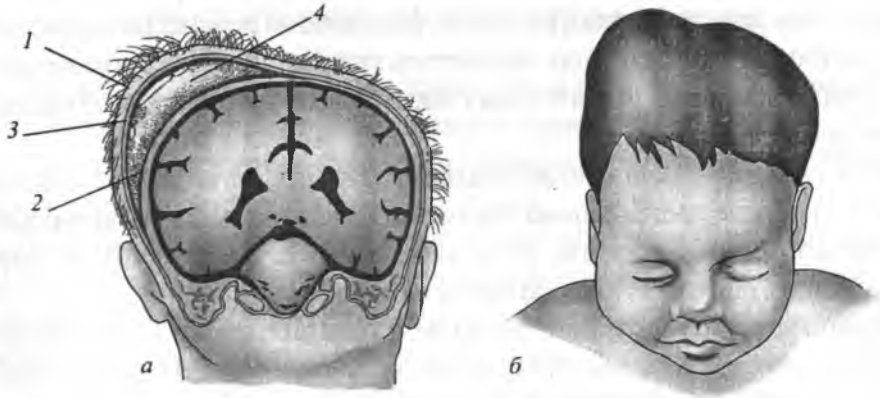


Рис. 18.6. Кефалогематома новонародженого:
а) — схема: 1 — шкіра, 2 — кістка, 3 — надкісниця, 4 — гематома;
б) — загальний вид

Верхній парез і параліч Дюшенна-Ерба розвивається при пошкодженні спинного мозку на рівні C_V-C_{VI}. У випадку такої травми ручка новонародженого приведена до тулуба, розігнута в ліктьовому суглобі, ротована в плечовому суглобі, пронована у передпліччі. Рухи кисті та пальців вільні.

Лікування полягає в імобілізації голови та шиї з використанням ватно-марлевих комірців на кінцівки дитини у фізіологічному положенні на 2 тижні, після цього застосовують масаж для відновлення функцій.

Нижній параліч Дежерін-Клюмпке зустрічається при ураженні C_{VII} C_{VIII} і I грудного сегментів. Рука дитини звисає, відсутні рухи кисті і пальців. Рухи в ліктьовому та плечовому суглобах збережені, чутливість порушена.

Лікування полягає у накладанні шини або гіпсової лангети на кінцівку дитини у фізіологічному положенні на 2 тижні, після чого проводять реабілітаційну терапію: пасивні рухи в усіх суглобах, масаж для відновлення функцій.

Пологова травма спинного мозку в попереково-крижовому відділі: виникає в'ялий парапарез нижніх кінцівок при збереженні нормальних рухів верхніх.

Травми кінцівок — перелом ключиці, перелом плечової та стегнової кісток виникають при затрудненні виведенні ручок, плечиків чи при виконанні акушерських поворотів.

Перелом ключиці виникає у разі крупного плода, коли затруднене виведення плічок. Слід пам'ятати, що особливо небезпечним є намагання виведення плічок до того, як вони зробили внутрішній поворот.

При переломі ключиці зміщення уламків зазвичай відсутнє. В перші години і дні при пальпації визначається крепітація, до другого тижня формується кісткова мозоля. Загальний стан дитини не порушений, рухи ручкою не обмежені.

Лікування — фіксуюча пов'язка на плечовий пояс та руку.

Перелом плеча трапляється при спробах передчасно вивести заднє плече у разі головного передлежання чи під час виведеня ручок при наданні допомоги у разі тазового передлежання чи при витягуванні плода за тазовий кінець. У випадку наявності перелому плечової кістки новонароджений самостійно не рухає рукою, реагує на пальпацію місця перелому. Його можна розпізнати пальпаторно і підтвердити рентгенологічно.

Лікування полягає у накладанні гіпсової пов'язки на три тижні.

Перелом стегна та кісток гомілки. Виникає дуже рідко в результаті грубих маніпуляцій лікаря при виконанні екстракції плода за тазовий кінець, неправильному захопленні ніжок, надмірному використанню сили. Діагностують переломи пальпаторно, підтверджують рентгенологічно.

Лікування полягає у накладанні гіпсової пов'язки. У разі перелому зі зміщенням проводять спеціальне ортопедичне лікування із витяганням.

Перелік контрольних питань:

- розрив промежини;
- розрив вульви та піхви;
- розрив шийки матки;
- розрив матки;
- післяпологові нориці;
- травми зчленувань таза;
- виворіт матки;
- пологовий травматизм плода.

КРОВОТЕЧІ У ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ ВАГІТНОСТІ, ПІД ЧАС ПОЛОГІВ ТА У РАННЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Акушерські кровотечі є одним із серйозних і небезпечних ускладнень другої половини вагітності, пологів та післяпологового періоду. Їх частота становить від 8 до 11% усіх пологів, вони посідають перше місце серед причин материнської смертності. Особливістю акушерських кровотеч є їх масивність та раптовість. Для масивних кровотеч характерний дефіцит об'єму циркулюючої крові (ОЦК) в результаті невідповідності між ним та ємністю судинного русла. Внаслідок зменшення ОЦК розвиваються порушення роботи серця, анемічна та циркуляторна форми гіпоксії, що супроводжується змінами окисно-відновних процесів, водно-електролітного балансу. Зміни ферментативних процесів, що завжди супроводжують гіпоксію, призводять до порушення утилізації кисню і, врешті-решт, виникає «хибне коло», результатом якого є глибокі метаболічні порушення в органах. Відомо, що механізм саногенезу при кровотечах полягає, перш за все, в аутогемодилюції та мобілізації крові із депо. Проте, можливості організму не безмежні: при крововтраті, що перевищує 20% об'єму циркулюючої крові, вона не може відновитися за рахунок цих механізмів. Отож, таку крововтрату називають масивною. І в такому разі виникає генералізований спазм судин, внаслідок якого відбувається централізація кровообігу з виникненням у органах шокових змін із розвитком гострої поліорганної недостатності — ниркової, печінкової та дихальної.

Кровотечі у II половині вагітності можуть виникати внаслідок:

- передлежання плаценти;
- передчасного відшарування нормально розташованої плаценти;
- розриву матки.

Причини кровотечі під час пологів:

у I періоді:

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

У II періоді:
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.

У III періоді:
- патологія прикріплення плаценти;
- затримка, защемлення плаценти;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів.

Післяпологові кровотечі:
- гіпотонічна кровотеча;
- затримка частин посліду;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів;
- розрив матки;
- емболія навколоплодовими водами;
- коагулопатична кровотеча.

Кровотечі, що не пов'язані з вагітністю:
- поліп шийки матки;
- рак шийки матки.

Необхідно зауважити, що напередодні пологів зі слизовою пробкою (пробкою Кристеллера) із шийки матки може виділитись від 10 до 20 мл крові. Під час пологів та раннього післяпологового періоду фізіологічна крововтрата не може перевищувати 0,5% маси тіла жінки. Кровотечу вважають патологічною, якщо вона перевищує вказані показники. Особливістю акушерських кровотеч є їх раптовість, протягом декількох хвилин може виникнути термінальний стан з глибокими порушеннями гемодинаміки.

СИНДРОМ ДИСЕМІНОВАНОГО ВНУТРІШНЬОСУДИННОГО ЗГОРТАННЯ КРОВІ

(ДВЗ-СИНДРОМ) В АКУШЕРСТВІ

ДВЗ-синдром — дифузне внутрішньосудинне згортання крові, що призводить до порушення мікроциркуляції в тканинах із розвитком дисфункції в органах. Процес розпочинається із активації прокоагулянтної ланки гемостазу: кров'яного або тканинного тромбопластину. Поряд із цим відбувається активація тромбоцитарної ланки, що проявляється виділенням у кров'яне русло біологічно активних речовин: гістамінів, кінінів, катехоламінів, тощо. Активація внутрішньосудинного згортання призводить до виділення в кров біологічно-активних речовин із лейкоцитів, тромбоцитів, епітелію судин. Це призводить до спазму судин, що ще більше погіршує мікроциркуляцію

в тканинах, виникає гіпоксія, метаболічний ацидоз. Поряд із спазмом судин відбувається розкриття артеріо-венозних шунтів, розвивається слаж-синдром, депонування та перерозподіл крові, утворення тромбів. Одночасно із порушенням прокоагулянтної ланки гемостазу відбувається активація захисних механізмів, спрямована на відновлення кровопостачання тканин — система фібринолізу. Результатом активації прокоагулянтної системи та підвищення фібринолізу є розвиток тромбогеморагічного синдрому.

В акушерстві ДВЗ-синдром виникає при передлежанні плаценти, передчасному відшаруванні нормально розміщеної плаценти, резус-несумісності крові матері й плода, емболії навколоплодовими водами, мертвому плоді, екстрагенітальних захворюваннях роділлі.

За клінічним перебігом прийнято розрізняти *гостру, підгостру* та *хронічну форми* ДВЗ-синдрому.

Гостра та підгостра форми ДВЗ-синдрому частіше спостерігаються при широкій травматизації тканин під час оперативного розродження, переливанні несумісної крові, геморагічному, анафілактичному шоку, септичних станах, емболії навколоплодовими водами. У результаті порушення мікроциркуляції і тромбоутворення в судинах розвивається легенево-серцева недостатність, що проявляється задишкою, ціанозом, набряком легень, набряком мозку. Розвивається гостра печінкова і ниркова недостатність, з'являються генералізовані геморагії. При підгострій формі геморагічні й тромботичні ускладнення менш виражені.

Хронічна форма ДВЗ-синдрому рідко проявляється яскравими клінічними ознаками. Вона виникає при ізоімунній несумісності, мертвому плоді, важких формах гестозів.

Розрізняють декілька стадій ДВЗ-синдрому: I стадія (або фаза) — *гіперкоагуляція;* II, III і IV — *гіпокоагуляція* (у II стадії знижена активність факторів згортання без активації фібринолізу, в III — з активацією фібринолізу і у IV — повне незгортання крові з високою антикоагулянтною та антифібринолітичною активністю). Умовно можна виділяти 2 фази*: гіпер-* та *гіпокоагуляції.*

Клінічними ознаками гострої форми ДВЗ-синдрому у фазі гіперкоагуляції є ознаки шоку: почуття страху, пригнічення свідомості, холодний піт, ціаноз, тахікардія (120-130/хв), аритмія, зниження АТ до 70/30 мм рт. ст., задишка, явища набряку легень. Надалі з'являються ознаки гіпокоагуляції — значна маткова кровотеча при добре скороченій матці. Спочатку кров, що витікає, утворює нестійкі згустки, а потім і ця здатність зникає. Матка розслабляється. На місці ін'єкцій виникають крововиливи. Вони з'являються також на очеревині, вісцеральній плеврі, передміхуровій клітковині та в

інших місцях. Олігурія, що виникає спочатку, переходить в анурію, в результаті набряку мозку порушується свідомість.

Ступінь вираженості клінічних ознак залежить не лише від стадії ДВЗ-синдрому, але й від патології, на фоні якої він розвивається, і саме тому симптоматика його надзвичайно різноманітна і не є специфічною для цього стану. З огляду на це, в основу діагностики стадій ДВЗ-синдрому покладені результати лабораторних досліджень системи гемостазу.

Лабораторна діагностика ДВЗ-синдрому грунтується на виявленні ознак споживання тромбоцитів і плазмових факторів згортання, що опосередковано свідчить про посилений тромбіногенез і активацію фібринолізу.

Табл. № 19.1

Стадії ДВЗ-синдрому	Основні лабораторні показники						
	час згортання крові	**мимовільний лізис згустка**	**тромбіновий тест**	**число тромбоцитів, (10^9 г/л)**	**тромбіновий час, (с)**	**тест на фібринометр. тромбоц.**	**тест фрагментації**
I. Гіперкоагуляція	<5хв (норм.)	немає (норм.)	7–11 (норм.)	175–425 (норм.)	<24	++	негат.
II. Гіпокоагуляція без генералізованого фібринолізу	5–12 хв	немає	11–20	< 120	>60	+	+
III. Гіпокоагуляція із генералізованою активацією фібринолізу	12 хв	швидкий	20-60	<100	100	негат.	+
IV. Повне незгортання крові	>60 хв	згусток не утворюється	>60	<60	>180	негат.	негат.

Лікування ДВЗ-синдрому проводять лікарі акушер-гінеколог та анастезіолог. На початку лікують основне захворювання, що спричинило розвиток ДВЗ-синдрому.

Медикаментозна терапія полягає у внутрішньовенному струминному введенні 700–1000 мл підігрітої до 37° С свіжозамороженої плазми, яка

містить антитромбін III. Якщо кровотеча не зупиняється — необхідно додатково ввести 1000 мл свіжозамороженої плазми. У наступну другу– третю добу свіжозаморожену плазму використовують у дозі 400–600 мл/добу. За можливості здійснюють введення антитромбіну III у дозі 100 ОД/кг кожні 3 години.

При проведенні лікування враховують швидкість переходу стадії гіперкоагуляції у стадію гіпокоагуляції. При відсутності можливості чіткої лабораторної діагностики стадії ДВЗ-синдрому (у більшості випадків з причин ургентної ситуації) від рутинного застосування гепарину слід відмовитися.

Починаючи з II стадії показано введення інгібіторів протеолізу. Контрикал (або інші препарати у еквівалентних дозах) вводять залежно від стадії ДВЗ-синдрому шляхом краплинної внутрішньовенної інфузії за 1–2 години.

Відновлення факторів згортання крові проводять шляхом введення кріопреципітату плазми (200 ОД — II стадія, 400 ОД — III стадія, 600 ОД — IV стадія). За можливості рекомендовано внутрішньовенне введення чоловічого рекомбінантного VIIa фактора (новосевен) — 60–90 мкг/кг (1–2 дози).

Тромбоконцентрат використовують у разі зниження тромбоцитів менше 50×10^9/л. Дозу тромбоконцентрату обирають залежно від клінічної ситуації.

Акушерська тактика визначається конкретною патологією. При гострій формі ДВЗ-синдрому, що призводить до масивної крововтрати, виконують операцію екстирпації матки. Одночасно необхідно проводити заходи, спрямовані на боротьбу з геморагічним шоком (див. «Геморагічний шок в акушерстві»).

Лікування синдрому поліорганної недостатності. У крайніх невідкладних випадках (подальше прогресування гіпокоагуляції, кровотечі (Hb < 60 г/л, Ht < 0,25 л/л), тільки за життєвими показаннями і у відповідності до рішення консиліуму, згоди хворої або її родичів (за наявності умови) та у разі відсутності препаратів чи компонентів крові у медичній установі і на станції (пункті) переливання крові, можливе введення теплої донорської крові у половинній дозі від обсягу крововтрати, що є найефективнішим методом лікування при гострому ДВЗ-синдромі.

Профілактика ДВЗ-синдрому. Адекватне своєчасне лікування та профілактика станів, які спричинюють розвиток ДВЗ-синдрому.

Для повноцінної профілактики важливі своєчасна оцінка крововтрати, адекватне відновлення ОЦК кристалоїдними і колоїдними розчинами. З колоїдних розчинів перевагу віддають препаратам желатини, за їх відсутності — похідним гідроксиетилкрохмалю.

Системно не використовують препарати, які підвищують коагуляційний потенціал крові (етамзилат, епсилон-амінокапронова кислота та ін.).

Без суворих показань не застосовують препарати, які викликають тромбоцитопенію або порушують функцію тромбоцитів (гепарин, реополіглюкін, дипіридамол, напівсинтетичні пеніциліни).

За показаннями хірургічне втручання виконують своєчасно і у повному обсязі (екстирпація матки) та в максимально короткі строки. При продовженні кровотечі перев'язують внутрішні клубові артерії.

ЕМБОЛІЯ НАВКОЛОПЛОДОВИМИ ВОДАМИ

Емболія навколоплодовими водами — процес, зумовлений потраплянням навколоплодових вод у судинне русло матері — спочатку в кровоносні судини малого таза, а потім у легеневі судини. Така патологія виникає, коли відкриваються міжворсинчасті простори. Цьому сприяють передчасне відшарування, передлежання плаценти, а також бурхливі перейми, кесарів розтин, розриви шийки матки, розриви матки, багатоплідна вагітність, багатоводдя, смерть плода, ручне відшарування плаценти, грубі маніпуляції під час розродження (прийом Крістеллера та ін.). Слід пам'ятати, що емболія навколоплодовими водами може виникнути лише тоді, коли тиск усередині амніотичної порожнини буде перевищувати тиск у міжворсинчастому просторі та венах матки. Виходячи з цього, у деяких випадках можна запобігти виникненню такої грізної патології. У жодному разі *не можна завчасно розривати плодовий міхур при надмірній пологовій діяльності, при можливості слід нормалізувати надмірну чи дискоординовану пологову діяльність. При підозрі на передчасне відшарування чи передлежання плаценти акушерка негайно повинна викликати лікаря, який вирішить питання про найдоцільніший метод розродження.* Це, до певної міри, дасть можливість запобігти емболії навколоплодовими водами.

Клініка емболії навколоплодовими водами проявляється шоком, який розвивається раптово і починається з ознобу. Одразу ж за ним виникають ядуха, ціаноз, блювання, тривога з відчуттям страху смерті, з'являється холодний піт. Дуже швидко знижується артеріальний тиск, пульс стає частим і слабким. На цьому фоні може розвинутись набряк легень і швидко настати смерть. В інших випадках виникає кровотеча, пов'язана з порушенням згортання крові.

Діагноз встановлюють на основі описаної клінічної картини. Іноді в легенях вислуховують крепітуючі хрипи, під час рентгенологічного дослідження виявляють дифузне чи вогнищеве затемнення. Додатковим діагнос-

тичним методом може слугувати ретельне гістологічне дослідження плаценти — наявність лусочок, меконію у міжворсинчастих просторах, що може свідчити про можливість проникнення навколоплодових вод у кров'яне русло матері. Тому у випадках, коли є підозра на емболію навколоплодовими водами, обов'язково слід відсилати плаценту з оболонками на гістологічне дослідження.

У разі смерті жінки діагноз може бути встановлений безпомилково.

Лікування емболії навколоплодовими водами полягає у якомога швидшому розродженні через природні пологові шляхи чи шляхом кесаревого розтину. Слід одразу ж дати хворій вдихати кисень.

Проводять лікування кардіопульмонального шоку, корекцію коагулопатії. Здійснюють своєчасне і в повному обсязі хірургічне втручання при кровотечі, профілактику та лікування поліорганної недостатності.

При наростанні ознак дихальної недостатності проводять інтубацію трахеї та ШВЛ 100% киснем.

Пункція та катетеризація підключичної або внутрішньої яремної вени з обов'язковим контролем ЦВТ. Набрати 5 мл крові для дослідження коагулограми та виявлення наявності елементів навколоплодових вод.

Акушерка проводить катетеризацію сечового міхура постійним катетером та моніторинг життєвоважливих функцій, який повинен включати: вимірювання АТ кожні 15 хв, ЦВТ, ЧСС, ЧД, пульсоксиметрію, ЕКГ, погодинний діурез та загальний аналіз сечі, термометрію, рентгенографію органів грудної порожнини, загальний аналіз крові, Ht, тромбоцити, коагулограму, кислотно-основний стан та гази крові, біохімічне дослідження крові та вміст електролітів.

Подальша лікувальна тактика полягає у наступному:

1. Якщо ЦВТ<8 см вод. ст. — корекція гіповолемії шляхом введення колоїдів та кристалоїдів у співвідношенні 2:1 зі швидкістю 5–20 мл/хв залежно від рівня АТ. У випадку виникнення кровотечі у склад інфузійної терапії включають свіжозаморожену плазму. *Не використовувати 5% альбумін.*

2. При ЦВТ>8 см вод. ст. проводять інотропну підтримку: дофамін (5–10 мкг/кг/хв). Починають терапію з мінімальних доз, а при відсутності ефекту поступово їх збільшують. Бажано використовувати поєднане введення дофаміну (2–5 мкг/кг/хв) та добутаміну (10 мкг/кг/хв).

3. Одночасно з симпатоміметичною терапією застосовують глюкокортикоїди: преднізолон до 300–400 мг або гідрокортизон — 1000–1500 мг.

4. Боротьба з коагулопатією (див. лікування ДВЗ-синдрому).

5. Запобігання розвитку інфекційних ускладнень.

Критерії ефективності інтенсивної терапії:

- підвищення серцевого викиду;
- ліквідація артеріальної гіпотензії;
- усунення ознак периферичної вазоконстрикції;
- нормалізація діурезу >30 мл/год.;
- нормалізація показників гемостазу;
- зменшення ознак дихальної недостатності.

Прогноз при цій патології надзвичайно серйозний. Результати нерідко залежать від швидкої і раціональної допомоги, правильної організації роботи. У пологовій залі обов'язково повинні бути набори з перерахованими препаратами, передбачені інструкціями набори лікарських засобів для надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах, списки резервних донорів. Відповідальність за це несуть завідувач відділення та старша акушерка.

ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛАЦЕНТИ

Передлежання плаценти (placenta praevia) — патологічне розташування її в ділянці нижнього маткового сегмента, нижче від передлеглої частини плода з повним чи частковим перекриттям вічка шийки матки. Частота цього ускладнення — 0,3–0,8% від загального числа пологів.

Плацента в нормі розміщена в ділянці тіла матки і своїм нижнім краєм не доходить на 7–8 см та більше до внутрішнього вічка шийки матки.

При передлежанні плаценти часто виникають ускладнення:

- *у ранніх термінах вагітності* — великий відсоток самовільних абортів;
- *у пізніх термінах вагітності* — передчасні пологи в 60%, перинатальна смертність в 17–26%, а материнська смертність в 0,2–2% випадків.

Класифікація. Розрізняють наступні варіанти передлежання плаценти *(рис. 19.1)*:

- *повне (центральне) передлежання (placenta praevia totalis)* — плацента розміщена в нижньому сегменті, повністю перекриває внутрішнє маткове вічко;
- *часткове (неповне) передлежання (placenta praevia partialis)* — плацента частково перекриває внутрішнє маткове вічко;
- *крайове передлежання (placenta praevia marginalis)* — біля внутрішнього маткового вічка визначається тільки край плаценти;
- *низьке прикріплення плаценти* — коли плацента розміщена у нижньому сегменті, її край знаходиться ближче, ніж на 5 см від внутрішнього вічка шийки матки, але не пальпується навіть при повному відкритті.

Рекомендована класифікація є умовною, так як ступінь передлежання плаценти залежить від величини розкриття шийки матки на момент дослідження.

Етіологія і патогенез. У більшості випадків конкретну причину низької імплантації плодового яйця встановити важко. Умовно їх можна розділити на дві групи:

- *з боку матері* — багатоплідна вагітність, кесарський розтин, аборти, велика кількість пологів в анамнезі, пухлини матки, запальні захворювання статевих органів, внутрішньоматкова контрацепція, немолодий вік вагітної, аномалії розвитку матки, статевий інфантилізм;
- *з боку плодового яйця* — недостатня протеолітична активність яйцеклітини, пізнє запліднення у матковій трубі, інсемінація спермою чоловіка чи донора, екстракорпоральне запліднення з переносом ембріона в матку.

Встановлена закономірність, що передлежання плаценти частіше виникає за наявності плодів чоловічої статі.

На початку та у середині вагітності за допомогою ультразвукового дослідження передлежання плаценти виявляють у 4–6% жінок. Слід пам'ятати про можливість «міграції» плаценти протягом вагітності від внутрішнього вічка на 3–9 см, особливо при розміщенні її на передній стінці матки.

Клінічна картина. При передлежанні плаценти виділяють дві фази:

- *німа фаза* — відсутність виражених клінічних симптомів, часто спостерігається високе стояння передлеглої частини плода, нестійке косе і поперечне положення, тазові передлежання, оскільки плацента заважає встановленню його передлеглої частини;
- *виражена фаза* — з'являється виражена кровотеча, яка у більшості випадків є провідним симптомом передлежання плаценти, що свідчить про відшарування плаценти, яка передлежить.

Виникнення кровотечі при передлежанні плаценти обумовлено її відшаруванням від стінок матки і шийки при незначних скороченнях м'язових волокон у момент формування нижнього сегмента матки. Плацента не має властивостей скорочуватись. В результаті зміщення двох поверхонь ворсинки плаценти відриваються від стінок матки, із судин плацентарного майданчика починається кровотеча, яка припиняється внаслідок зупинки скорочень м'язів матки, тромбозу судин. Кровотеча може відновлюватись при появі нових скорочень матки.

При цьому кровотеча має свої особливості. Кров, яка відтікає, є материнською і має яскраво-червоний колір. Кровотеча може виникнути на тлі повного благополуччя під час відпочинку, сну (неболючі кровотечі) в II, рідше — в I триместрі вагітності. Чим більший ступінь перекриття плацен-

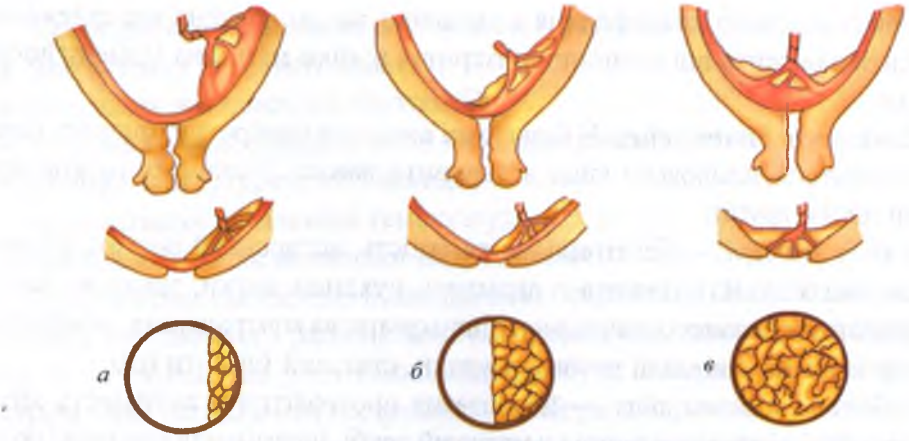


Рис. 19.1. Передлежання плаценти:
а) — крайове; б) — часткове (неповне); в) — центральне (повне)

тою маткового вічка, тим раніше розпочинається кровотеча. Зазвичай, при повному передлежанні, кровотеча виникає у II половині вагітності (після 28-го тижня), хоча може розпочатися і у кінці I-ої половини чи з початком пологів. При боковому та крайовому передлежанні плаценти кровотеча розпочинається з початком пологів. Вона може виникати раптово, бути помірною або сильною. Інтенсивність її залежить від варіанту передлежання та площі ділянки, яка відшарувалась. При повному передлежанні плаценти спостерігається найінтенсивніша кровотеча. У деяких випадках перша кровотеча може бути такою сильною, що призводить до смертельного наслідку. Неодноразові повторні кровотечі хоча й небезпечні внаслідок хронічної анемізації вагітних, проте прогноз може бути сприятливим.

Діагностика передлежання плаценти базується на підставі:

- *відносних ознак:*

  — врахування обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу (аномалії розвитку матки, перенесені аборти, ендометрит, аднексит, консервативна міомектомія, кесарів розтин, порушення функції яєчників);

  — високого розміщення передлеглої частини плода над входом в таз; неправильного положення плода (поперечного, косого), тазового передлежання;

  — пальпації передлеглої частини плода з відчуттям як через губчасту тканину;

  — скарг вагітної на появу періодичних кров'янистих виділень різної інтенсивності зі статевих шляхів, які не супроводжуються болем та підвищеним тонусом матки.

- *головних ознак:*
  — ультразвукового дослідження, яке дозволяє з точністю 98% діагностувати передлежання плаценти, котре особливо достовірне при обстеженні за допомогою піхвового датчика.

Часто при цьому спостерігається високе стояння передлеглої частини плода відносно входу в малий таз. Ультразвукове дослідження дозволяє своєчасно та з абсолютною точністю виявити патологію розміщення плаценти. У разі відсутності ультразвукової діагностики проводиться огляд у дзеркалах, який дозволяє виявити передлежання плаценти або захворювання шийки матки, що призводять до кровотечі.

Піхвове дослідження дає найціннішу інформацію. Але при підозрі на передлежання плаценти вагінальне дослідження проводять за наявності підготовленої операційної, маючи запас крові, кровозамінників. При піхвовому дослідженні, у разі відсутності розкриття маткового вічка, через склепіння промацуються губчаста тканина плаценти, пульсація судин.

У пологах при розкритті шийки матки не менше, ніж на 5 см розрізняють повне (центральне), бокове і крайове передлежання плаценти. Під час вагінального дослідження при центральному передлежанні у вічку визначають лише плацентарну тканину, при боковому — також навколоплодові оболонки, при крайовому передлежанні — навколоплодові оболонки і тільки край плаценти. У разі низького розміщення плаценти край її розташований трохи вище від внутрішнього вічка. Слід пам'ятати про можливість міграції плаценти із збільшенням терміну вагітності.

При встановленому передлежанні вагітна перебуває у відділенні патології до розродження. До виникнення кров'янистих виділень можна встановити передлежання плаценти за допомогою ультразвукового сканування (при повному сечовому міхурі). За наявності кров'янистих виділень у другій половині вагітності це дослідження проводять неодмінно.

Лікування. Тактика ведення вагітності у жінок з передлежанням плаценти залежить від відсутності чи наявності кровотечі, її величини та інтенсивності, терміну вагітності, виду передлежання, загального стану вагітної, положення та стану плода, розкриття шийки матки.

При виявленні предлежання плаценти в першій половині вагітності, незалежно від наявності чи відсутності кров'янистих виділень, акушерка повинна проінформувати лікаря акушера-гінеколога. Вагітну необхідно госпіталізувати машиною швидкої допомоги. У стаціонарі слід провести обстеження. При відсутності кров'янистих виділень в першій половині вагітності жінку можна виписати під амбулаторне спостереження лікаря жіночої консультації, дати рекомендації щодо виключення фізичних перевантажень, статевого життя, поїздок. Кожних 2–3 тижні проводити УЗД для контролю

за міграцією плаценти. Якщо передлежання плаценти виявлено у другій половині вагітності, навіть при відсутності кровотечі, жінка повинна знаходитись у стаціонарі до розродження. При недоношеній вагітності (до 37 тижнів) та незначних кров'янистих виділеннях (в обсязі крововтрати до 250 мл), задовільному стані вагітної та плода рекомендується лікування, спрямоване на збереження вагітності в інтересах плода з обов'язковим поповненням ОЦК, із моніторингом лабораторних біохімічних показників (білірубін, печінкові проби, електроліти, загальний білок, креатинін, сечовина), коагулограми, оцінкою стану матері та плода. *При прогресуванні кровотечі понад 250 мл* при доношеній та недоношеній вагітності розродження проводять шляхом кесаревого розтину. Виникнення повторної кровотечі є показанням до термінового розродження незалежно від терміну вагітності. Повне або неповне передлежання плаценти, неправильне положення плода (косе або поперечне), тазове передлежання, розпізнане за допомогою ультразвукового дослідження, є абсолютними показаннями до кесаревого розтину, який проводять перед початком пологів, у 37–38 тижнів вагітності.

Акушерська тактика при кровотечі визначається насамперед об'ємом крововтрати. При неповному передлежанні допустима очікувальна тактика до об'єму загальної крововтрати 250 мл за умови нормальної пологової діяльності й розкриття шийки не менше, ніж на 5 см, що дає можливість упевнитися в неповному передлежанні плаценти і провести амніотомію. Для посилення гемостазу (шляхом притиснення кровоточивої ділянки плаценти опущеною голівкою плода) можна накласти шкірно-головні щипці з вантажем до 400 г (при мертвому плоді). При припиненні кровотечі пологи ведуть через природні пологові шляхи. При її відновленні проводять операцію кесаревого розтину. Після народження плода здійснюють в/м введення 10 ОД окситоцину, ретельне спостереження за скороченням матки та характером виділень із піхви.

Після розродження (як через природні пологові шляхи, так і шляхом кесаревого розтину) частим ускладненням є гіпотонія матки. Тактика у цьому випадку (як і за будь-якого іншого різновиду гіпотонії) визначається об'ємом крововтрати. Третій період пологів необхідно вести активно. Обов'язково проводити ручне обстеження порожнини матки, яке дозволяє діагностувати приращення плаценти, гіпотонію матки, розрив нижнього сегмента. Своєчасне виявлення цих ускладнень дозволяє попередити розвиток масивних кровотеч. При відновленні кровотечі після операції кесаревого розтину та досягненя величини крововтрати більше 1% від маси тіла здійснюють термінову релапаротомію, екстирпацію матки без придатків, за необхідності перев'язують внутрішні клубові артерії. Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому проводять за показаннями.

ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти — це відшарування плаценти, розташованої поза нижнім сегментом матки, під час вагітності або у I–II періодах пологів. Трапляється до народження плода — під час вагітності чи пологів (частіше у перший їх період). Частота цієї патології не перевищує 0,3–0,5% усіх випадків вагітності, проте близько 30% випадків летальних маткових кровотеч спричинені саме нею.

Факторами, які сприяють передчасному відшаруванню нормально розташованої плаценти є гестози, гломерулонефрит, гіпертонічна хвороба, інфекційно-алергічний васкуліт. Найімовірніше, пусковим механізмом передчасного відшарування є аутоімунні процеси (імунологічний конфлікт між материнськими і плодовими тканинами), наслідком яких стає реакція відторгнення. Безпосередньою причиною відшарування нормально розташованої плаценти може бути:

- фізична травма;
- психічна травма;
- раптове зменшення об'єму навколоплодових вод;
- абсолютно чи відносно коротка пуповина;
- патологія скоротливої діяльності матки.

У місці відшарування утворюється ретроплацентарна гематома, яка, в свою чергу, сприяє подальшому відшаруванню плаценти. У міру наростання ретроплацентарної гематоми кров просувається між плацентою й оболонками (з одного боку) і стінкою матки (з іншого). При цьому (не завжди) може з'явитися зовнішня кровотеча *(рис. 19.2)*. Якщо утворюється об'ємна ретроплацентарна гематома, кров просякає у стінку матки, виникає плацентарно-маткова апоплексія (матка Кювелера). У результаті втрачається здатність міометрія до скорочення, а також порушується згортання крові. Це являє собою велику небезпеку масивної кровотечі вже після розродження.

Клініка. Класифікація відшарування плаценти:

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

Залежно від площі відшарування плаценти умовно розрізняють легку, середньої тяжкості і тяжку форми захворювання.

Легка форма не супроводжується больовими відчуттями і порушенням серцебиття плода. Її виявляють переважно після пологів при огляді плаценти (невелике втиснення на материнському боці плаценти, заповнене темним згустком крові). Проте цю форму можна діагностувати й до пологів за допомогою ультразвукового дослідження. *Відшарування середньої тяжкості*,

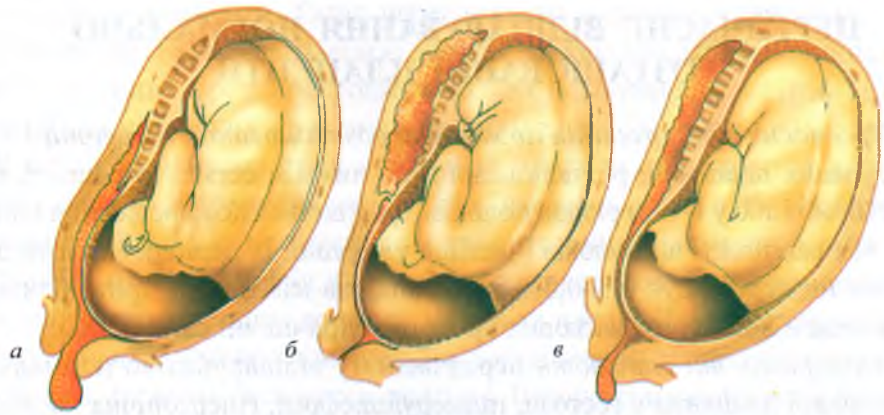


Рис. 19.2. Варіанти передчасного відшарування нормально розташованої плаценти:

а) — часткове відшарування плаценти із зовнішньою кровотечею;
б) — повне відшарування плаценти (ретроплацентарна гематома, внутрішня кровотеча);
в) — повне відшарування плаценти з внутрішньою та зовнішньою кровотечею

яке виникло під час вагітності, зумовлює появу болю у місці відшарування. У цій же ділянці визначають локальне напруження і болючість матки. Під час пологів матка між переймами розслаблюється не повністю. Завжди з'являються ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода (різного ступеня тяжкості). Зовнішня кровотеча спостерігається не завжди. *При тяжкому ступені* відшарування жінка скаржиться на сильний, розпираючий біль у матці, відчуття різкої слабості, запаморочення. При огляді виявляють такі ознаки захворювання: блідість шкіри, холодний піт на обличчі, прискорення пульсу до 110–120 на 1 хв, слабке його наповнення і напруження, менші від норми показники артеріального тиску, почащене дихання, задишку. Матка напружена (між переймами не розслаблюється), асиметрична (є випинання). Серцебиття плода відсутнє або спостерігаються виражені брадикардія і аритмія. З'являються незначні кров'янисті виділення із статевих шляхів.

При підозрі на передчасне відшарування плаценти вагітну слід обов'язково й негайно госпіталізувати до акушерського стаціонару, провести повне клініко-лабораторне та апаратне обстеження (УЗС, КТГ, загальний аналіз крові з підрахунком кількості тромбоцитів, коагулограму, пробу Лі-Уайта, біохімічні аналізи крові — білірубін, печінкові проби, електроліти, загальний білок, креатинін, сечовина, загальний аналіз сечі). Необхідний постійний контроль за кількістю сечі.

Диференційну діагностику проводять з метою розмежування відшарування плаценти, її передлежання і розриву матки. Велику допомогу при цьому надає ультразвукове сканування.

Лікування. При легкій формі (непрогресуюче відшарування) за відсутності ознак гіпоксії плода практикують активно-очікувальну тактику (тобто ведення пологів через природні пологові шляхи із ретельним наглядом за роділлею з метою недопущення прогресуючого відшарування). При цьому необхідно зробити амніотомію і повільно випустити води. Проводять моніторне спостереження за станом вагітної та плода, КТТ, УЗД в динаміці.

При прогресуючому відшаруванні (середньої тяжкості і тяжкої форми), якщо пологові шляхи не підготовлені, то терміново проводять кесарів розтин в інтересах роділлі (тобто незалежно від того, чи є плід живим). У разі виявлення множинних крововиливів у стінку матки та її гіпотонії (матково-плацентарна апоплексія або матка Кувелера) показана екстирпація. Водночас проводять інфузійну та протишокову терапію, переливання свіжозамороженої плазми, корекцію гомеостазу та симптоматичну терапію.

При прогресуючому відшаруванні (якщо немає геморагічного шоку) й наявності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи припустиме ведення пологів через них. Якщо дитина ще жива, то в її інтересах можна завершити пологи накладанням акушерських щипців чи ручним виведенням плода за тазовий кінець.

Після народження посліду акушерка ретельно контролює скорочення матки і кількість кров'янистих виділень. Одразу після розродження проводять ручну ревізію порожнини матки. *При гіпотонії матки* (можливість розвитку матково-плацентарної апоплексії) потрібно не пропустити момент для своєчасного проведення її екстирпації.

Особливості кесаревого розтину:

- передуюча операції амніотомія (якщо є умови);
- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера — екстирпація матки без придатків;
- при невеликій площі апоплексії (2–3 вогнища малого діаметра 1–2 см, або одне — до 3 см) та здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому, при необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плід), консиліумом вирішується питання про збереження матки. Хірурги спостерігають деякий час (10–20 хв) при відкритій черевній порожнині за станом матки та при відсутності кровотечі дренують черевну порожнину для контролю гемостазу. Така тактика, у виняткових випадках, допускається лише у закладах, в яких наявне цілодобове чергування акушера-гінеколога, анестезіолога.
- у ранньому післяопераційному періоді проводять ретельне спостереження за станом породіллі.

Якщо триває кровотеча в операційній рані, показано перев'язування внутрішніх клубових артерій. Зашивання черевної порожнини можна робити лише після зупинки кровотечі та стабілізації показників гемодинаміки. Обов'язково слід провести дренування черевної порожнини.

При розвитку геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому проводять відповідну терапію. Акушерка повинна проводити ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді.

АНОМАЛІЇ ПРИКРІПЛЕННЯ ПЛАЦЕНТИ

Кровотечі у послідовий період можуть бути при *щільному прикріпленні* або *приросленні* плаценти *(рис. 19.3)*.

Причиною цієї патології найчастіше є перенесені запальні процеси (метроендометрити), післяопераційні рубці на стінці матки, підслизові міоматозні вузли, вади розвитку матки. Зв'язок плаценти з маткою у цих випадках може бути надто інтимним, що призводить до патологічного перебігу третього періоду пологів.

У нормі ворсини хоріона проникають у функціональний шар ендометрія і лише окремі, так звані «якірні» ворсини проникають до базального шару. За наявності перерахованих причин виникають структурні зміни в ендометрії і ворсини хоріона проникають значно глибше функціонального шару. Якщо ворсини проникають у базальний шар, але не переходять за його межі, говорять про *щільне прикріплення плаценти* (placenta adhaerens) *(рис. 19.4)*.

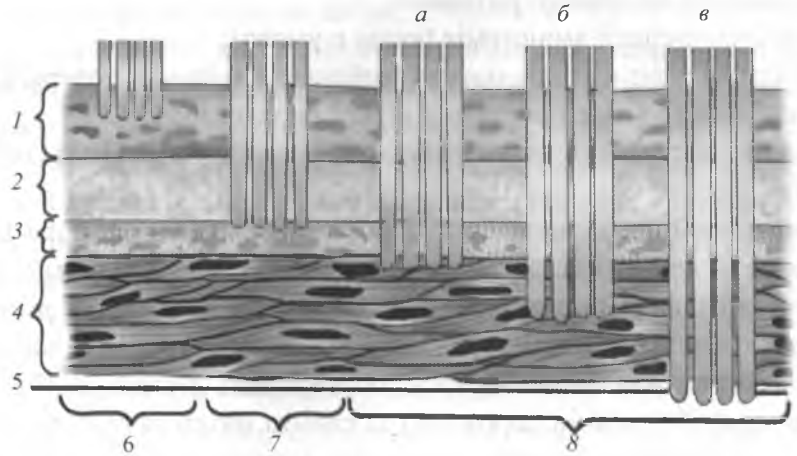


Рис. 19.3. Нормальне і патологічне прикріплення плаценти:
1 — компактний шар; 2 — спонгіозний шар; 3 — базальний шар; 4 — м'язова оболонка; 5 — очеревина; 6 — нормальне прикріплення плаценти; 7 — щільне прикріплення (несправжнє приростання плаценти); 8 — справжнє приростання плаценти:
а — placenta accreta; б — placenta increta; в — placenta percreta

Проникнення ворсин за межі базального шару називається *справжнім приростанням плаценти* (placenta accreta) *(рис. 19.5)*. Більш глибоке проростання ворсин у м'язовий шар має назву *вростання плаценти* (placenta increta), а коли вони проростають через всі шари матки, то має місце *проростання плаценти* (placenta percreta).

Рис. 19.4. Повне щільне прикріплення плаценти

Рис. 19.5. Справжнє приростання плаценти (ворсини проникають вглиб міометрію)

Клінічний перебіг третього періоду пологів при цій патології буде залежати від того, яка частина поверхні плаценти інтимно з'єднана зі стінкою матки. Частіше зустрічаються випадки, коли тільки частина плаценти щільно прикріплена до матки. Така патологія має назву *часткового щільного прикріплення (*чи *приростання) плаценти (рис. 19.6)*. Якщо ж плацента всією своєю поверхнею щільно прикріплена до стінки матки, то говорять про *повне щільне прикріплення (чи* приростання) плаценти.

При частковому щільному прикріпленні (приростанні) плаценти ділянка плацентарного майданчика матки, де ворсини хоріона відшарувались, є джерелом кровотечі. При цьому кровотеча *виникає при відсутності ознак відшарування плаценти.*

У разі появи кровотечі у третьому періоді пологів і крововтраті обсягом 250 мл за відсутності ознак відшарування плаценти лікар (а за його відсутності акушерка) повинен зробити ручне відокремлення плаценти і виділення посліду, обстеження стінок матки, масаж матки на кулаці та ввести засоби для скорочення матки. При анемії, пізньому гестозі, екстрагенітальній патології це втручання здійснюють *при крововтраті 150–200 мл,* якщо кровотеча продовжується.

Рис. 19.6. Часткове щільне прикріплення плаценти

Рис. 19.7. Защемлення плаценти в правому трубному куті

При повному щільному прикріпленні (приросленні) плаценти відсутні ознаки відшарування плаценти протягом півгодини і більше, кровотечі немає. У таких випадках також необхідно робити ручне відокремлення плаценти і виділення посліду. Проте слід пам'ятати, що при щільному прикріпленні плаценти вона відділяється рукою без особливих зусиль, а коли є приростання плаценти, спроби відшарування її рукою невдалі і супроводжуються сильною кровотечею. У такому разі слід негайно припинити спробу відшарування і розгорнути операційну для екстирпації матки. Деякі автори рекомендують, не виводячи руки з матки, притиснути відшаровану ділянку плаценти до стінки матки з метою зменшення крововтрати.

Рис. 19.8. Видалення посліду за методом Креде-Лазаревича

Необхідно зробити венопункцію, налагодити переливання кровозамінників (якщо є кровотеча), розпочати переливання крові.

У всіх випадках істинного приростання плаценти слід видаляти матку (без придатків).

Після ручного відокремлення плаценти обов'язковим є призначення антибіотиків.

При защемленні плаценти в трубному куті *(рис. 19.7)* необхідно зробити зовнішній масаж матки, застосувати зовнішні прийоми видалення посліду *(рис. 19.8)*, за неефективності — ручне відокремлення плаценти і видалення посліду.

КРОВОТЕЧІ У РАННЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Причиною кровотечі у ранньому післяпологовому періоді найчастіше буває гіпотонія чи атонія матки та гіпофібриногенемія. Іноді кровотечу можуть спричинити розриви м'яких тканин родового каналу, а також дефекти посліду (затримка в матці часток плаценти чи оболонок). Щоб виявити причину кровотечі, необхідно перш за все ретельно оглянути послід та родові шляхи. Якщо є розриви м'яких тканин родового каналу, їх потрібно зашити.

У випадку наявності дефекту плаценти або значної кількості оболонок слід зробити ручне обстеження порожнини матки, видалення частин посліду, що затримались. Таке втручання при дефекті частин посліду необхідно робити незалежно від того, є в даний час кровотеча чи немає.

Гіпотонічні кровотечі

Гіпотонія матки — стан, при якому знижується тонус мускулатури матки, її здатність до скорочення. Зустрічається у 2–5% випадків *(рис. 19.9)*. Цей стан хоч і патологічний, проте оборотний, який можна перевести у нормальний, фізіологічний. На відміну від цього, атонія — повна втрата здатності матки до відновлення тонусу. Атонія матки зустрічається надзвичайно рідко. Гіпотонічна кровотеча виникає в перші 2 год. після пологів.

Етіологія. Виникненню гіпотонії сприяє інфантилізм, надто молодий або старший вік жінки, перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідна вагітність, великий плід), надмірно швидкі пологи, інфекція у пологах, перенесені запальні процеси матки, нераціональна стимуляція пологової діяльності, неадекватне знеболювання чи несвоєчасне застосування знеболювальних препаратів, фіброміома, велика кількість перенесених пологів чи абортів, передлежання плаценти. В усіх цих випадках є високий ризик виникнення гіпотонічної кровотечі.

Рис. 19.9. Гіпотонія матки після виділення посліду. Порожнина матки заповнена кров'ю

Клінічно ця патологія проявляється сильною кровотечею при відсутності розривів родового каналу та при цілому посліді. Кров, що витікає з матки, утворює згустки.

Матка розслаблена, велика, але у відповідь на подразнення відповідає скороченням, хоча не завжди повноцінним. Якщо у відповідь

на зовнішній масаж матка скоротилась, лікар не повинен заспокоюватись, оскільки нерідко матка розслабляється знову, і кровотеча повторюється, збільшуючи загальний об'єм крововтрати. Кожна наступна кровотеча погіршує загальний стан жінки й ускладнює ліквідацію наслідків крововтрати. Іноді зовнішня кровотеча буває незначною, кров накопичується у порожнині матки, розтягуючи її. В обох випадках швидко наростають ознаки крововтрати: блідість, зниження АТ, прискорюється пульс, розширюються зіниці, породілля позіхає.

З метою попередження гіпотонічої кровотечі у жінок із групи високого ризику слід проводити внутрішньовенне введення 1 мл метилергометрину або 5 ОД окситоцину, розчинених у 500 мл 5% розчину глюкози; жінкам, які народжують уперше, введення цих препаратів розпочинають після народження голівки плода, при прорізуванні плічок, а при повторних пологах — при врізуванні голівки.

Лікування полягає у негайній зупинці кровотечі. Лише чітке виконання всіх необхідних заходів у їх певній послідовності дає можливість врятувати породіллю. Об'єм допомоги залежить від об'єму крововтрати, інтенсивності кровотечі та загального стану жінки.

Акушерка повинна провести загальний огляд породіллі:

- визначити величину крововтрати доступними методами;
- оцінити стан породіллі: скарги, АТ, частота пульсу, колір шкіри та слизових оболонок, кількість сечі, наявність та стадія геморагічного шоку.

Провести термінове лабораторне обстеження, яке включає:

- визначення рівнів гемоглобіну, гематокриту;
- коагулограму (кількість тромбоцитів, протромбіновий індекс, рівень фібриногену, час згортання крові);
- визначення групи крові та резус-фактора;
- біохімічні обстеження за показаннями.

Послідовність заходів для зупинки гіпотонічної кровотечі. При кровотечі, що перевищила фізіологічну (від 0,5% до 1–1,5% маси тіла) проводять наступні консервативні заходи:

1. Виконують катетеризацію периферичної або центральної вени залежно від величини крововтрати та стану жінки.
2. Випускають катетером сечу.
3. Виконують зовнішній масаж матки.
4. Кладуть холод на низ живота.
5. Одночасно вводять засоби, що скорочують матку (окситоцин — 10–20 ОД внутрішньовенно на 400 мл фізрозчину), якщо кровотеча не зменшується, вводять простагландини (5 мг); мобілізують другу вену. Ефективним є введення простагландину в шийку або тіло матки через передню

черевну стінку. У разі продовження кровотечі додатково вводять 800 мкг мізопростолу ректально.

6. Паралельно проводять відновлення ОЦК та крововтрати.

7. *Під знеболюванням* проводять ручну ревізію порожнини матки (видаляють згустки, залишки плаценти та перевіряють цілісність стінок) і масаж на кулаці *(рис. 19.10)*. (Якщо немає можливості дати наркоз, можна з метою знеболювання ввести 1 мл 1% промедолу, 1 мл димедролу, 2 мл 50% анальгіну). Масаж слід проводити дуже обережно, оскільки це втручання сприяє попаданню в кров'яне русло матері великої кількості тромбопластину, що може спричинти розвиток ДВЗ-синдрому.

Рис. 19.10. Масаж матки на кулаці

8. Оглядають пологові шляхи та за необхідності відновлюють їх цілісність.

9. У заднє склепіння вводять тампон з ефіром.

10. Накладають клеми за Генкелем-Тікінадзе на параметрії або на шийку матки за Бакшеєвим (знімають затискачі через 20–30 хв почергово), шов на шийку за О.Т. Михайленко.

11. Притискання черевної аорти до хребта *(рис. 19.11)* слід розглядати як тимчасовий захід для зменшення крововтрати на час підготовки породіллі до операції. Одночасно проводять боротьбу із крововтратою.

Вдаючись до цих заходів, слід пам'ятати, що при крововтраті 800 мл (≈1%), якщо кровотеча продовжується, необхідно розгортати операційну.

Якщо крововтрата перевищила 1000 мл, необхідна невідкладна операція. Повторне введення засобів для скорочення у таких випадках не дає ефекту, а призводить лише до втрати часу і погіршання стану хворої.

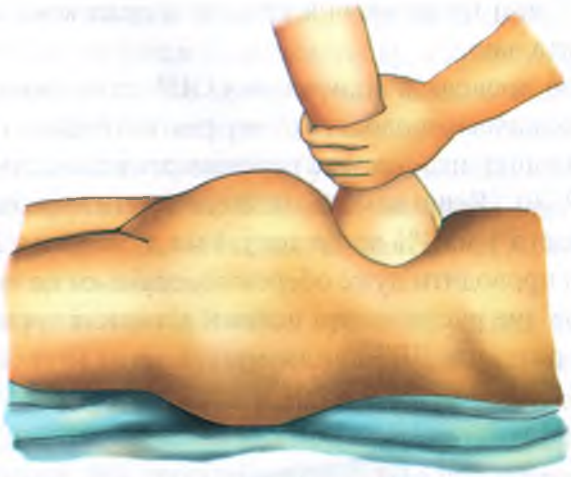


Рис. 19.11. Притискання черевної аорти до хребта

Згідно з протоколом Наказу МОЗ України, обсягом операції має бути екстирпація матки, а при порушенні згортальних властивостей — перев'язування внутрішніх клубових артерій.

Післяпологова пізня кровотеча

На сьогодні основними причинами пізніх післяпологових кровотеч є:

- затримка частин плаценти або посліду;
- відходження некротичних тканин після пологів;
- розходження швів на рані матки (після кесаревого розтину або розриву матки).

Найчастіше пізня післяпологова кровотеча виникає на 5–10 дні після пологів.

Лікування. Акушерка повинна провести оцінку величини крововтрати доступними методами, катетеризувати периферичну або центральну вену. Внутрішньовенно вводять утеротоніки (окситоцин 10–20 ОД на фізіологічному розчині — 400,0 або 1 мкг метилергометрину). У разі продовження кровотечі вводять мізопростол 800 мкг ректально. Проводять відновлення об'єму циркулюючої крові. Лікар-акушер-гінеколог проводить інструментальну ревізію порожнини матки під в/в наркозом.

При крововтраті >1,5% маси тіла здійснюють лапаротомію, екстирпацію матки, за умови продовження кровотечі — перев'язування внутрішніх клубових артерій.

ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК В АКУШЕРСТВІ ТА ПРИНЦИПИ ІНФУЗІЙНО-ТРАНСФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Терміном ***геморагічний шок*** в акушерстві прийнято називати стан, який проявляється гострою серцево-судинною недостатністю, обумовленою масивною крововтратою під час вагітності, в пологах чи післяпологовому періоді, характеризується різким зниженням об'єму циркулюючої крові (ОЦК) і дисбалансом між потребою тканин у кисні та швидкістю його реальної доставки. Розвиток геморагічного шоку є наслідком декомпенсації захисних сил організму. Порушення гемодинаміки, як відповідь організму на крововтрату, залежить не лише від об'єму крововтрати, а й від її швидкості та вихідного стану ОЦК. При наявності у вагітних і роділь екстрагенітальної патології (вади серця, захворювання нирок, цукровий діабет), гестозів, анемії в організмі уже є порушення, що знижують його толерантність до крововтрати.

Чинники ризику виникнення геморагічного шоку в акушерстві:

- ***патологічний преморбідний фон:*** гіповолемія вагітних, уроджені вади гемостазу, набуті порушення гемостазу;
- ***кровотечі в ранні строки вагітності:*** аборт, позаматкова вагітність, міхуровий занесок;
- ***кровотечі в пізні строки вагітності або в пологах:*** передчасне відшарування плаценти, передлежання плаценти, розриви матки, емболія навколоплодовими водами;
- ***кровотечі після пологів:*** гіпо- або атонія матки, затримка плаценти або її фрагментів, розриви пологових шляхів.

З патогенетичної точки зору геморагічний шок — це криз мікроциркуляції, нездатність її забезпечити потреби тканин в кисні, енергетичному матеріалі та виведення продуктів обміну. При патологічній крововтраті виникає невідповідність між об'ємом циркулюючої крові та ємністю судинного русла. Збільшення цієї невідповідності призводить до зменшення ударного та хвилинного об'єму серця, венозного повернення крові, зменшення серцевого викиду. Тим самим знижується артеріальний тиск, перфузія тканин, наростають порушення метаболізму, ферментативні зміни. А це, врешті-решт, призводить до порушення структури та функцій систем та органів.

Фізіологічною вважають крововтрату, що не перевищує 0,5% маси тіла. При ній ОЦК відновлюється за рахунок аутогемодилюції. *Патологічна крововтрата* може бути *компенсованою* і *декомпенсованою*. При відносно невеликій крововтраті (близько 500 мл, що не перевищує 10% об'єму циркулюючої крові, до 0,8% маси тіла), в організмі відбувається *компенсація*

за рахунок підвищення тонусу венозних судин. При цьому частота серцевих скорочень, АТ суттєво не змінюються. *При декомпенсованій крововтраті* (об'ємом більше 0,8–1,2% маси тіла, що складає 15–20% ОЦК — 750–1000 мл і більше) у роділь та породіль відбувається порушення адаптаційних механізмів. Кровотеча, яка перевищує 1,5% від маси тіла або 25–30% від ОЦК (≈1500 мл) вважається масивною. Декомпенсована крововтрата проявляється різкою блідістю шкірних покривів, прискоренням пульсу, зниженням АТ, запамороченням. Шкірні покриви блідо-ціанотичні, іноді навіть «мармурового» забарвлення, вологі на дотик. Розвивається задишка.

У клініці розрізняють чотири ступені шоку.

Шок I ступеня (компенсований шок). Розвивається при крововтраті 500–1000 мл, ОЦК зменшується від 15% до 20% (0,8–1,2% маси тіла). Систолічний АТ при цьому знижується до 100 мм рт. ст., помірна тахікардія, пульс не більше 100 уд/хв. Шоковий індекс (співвідношення частоти серцевих скорочень і систолічного АТ) дорівнює 1. Гіповолемія при I ступені шоку помірна, загальний стан середньої важкості. Спостерігаються блідість шкірних покривів, зниження температури тіла. Свідомість збережена. ЦВТ — 80–100 мм рт. ст. Діурез нормальний.

Шок II ступеня (субкомпенсований шок). Розвивається при крововтраті 1000–1500 мл, що складає 21–30% ОЦК (1,3–1,8% маси тіла). Спостерігаються виражена блідість шкірних покривів, похолодання кінцівок, акроціаноз, запаморочення. Тахікардія до 120 уд./хв, глухість серцевих тонів, задишка. Систолічний АТ знижується до 100–80 мм рт. ст., відбувається зниження венозного тиску. Порушується кровопостачання життєво важливих органів — серця, легень, мозку, органів черевної порожнини. Розвивається олігурія. Шоковий індекс дорівнює 1,5. Має місце виражена гіповолемія, яка супроводжується розвитком важкої тканинної гіпоксії, декомпенсованим ацидозом, викидом біологічно активних речовин, що сприяє дилатації судин та збільшенню диспропорції між ємністю судинного русла та ОЦК.

Шок III ступеня (декомпенсований шок). Виникає при крововтраті 1500–2000 мл, що складає більше 31–40% ОЦК (більше 1,9–2,4% маси тіла). Клінічно він проявляється різкою блідістю і похолоданням шкірних покривів, частим поверхневим диханням, ступором, розширенням зіниць. Систолічний тиск нижче 70 мм рт. ст. (діастолічний не визначається). Пульс прискорений до 140 уд/хв. Шоковий індекс складає 2.

Спостерігаються тяжка гіповолемія, значні порушення гемодинаміки, стан важкий, свідомість сплутана, знижена температура тіла, периферичний ціаноз. Розвивається анурія — хвилинний діурез < 30 мл/хв.

Табл. 19.2

Щільність крові (кг/мл)	**Гематокрит, %**	**Об'єм крововтрати, мл**
1057–1054	44–40	До 500
1053–1050	38–32	1000
1049–1044	30–22	1500
Менше 1044	Менше 22	Більше 1500

Критерії тяжкості геморагічного шоку

Табл. 19.3

Показник		**Ступінь шоку**				
		0	1	2	3	4
Об'єм крово-втрати	≈ мл	< 750	750–1000	1000–1500	1500–2500	>2500
	% маси тіла	< 0,8	0,8–1,2	1,3–1,8	1,9–2,4	>2,4
	% ОЦК	< 15%	15–20%	21–30%	31–40%	>40%
Пульс, уд/хв		< 100	100–110	110–120	120–140	>140 або <40*
Систолічний АТ, мм рт.ст		N	90–100	70–90	50–70	<50**
Шоковий індекс		0,54–0,8	0,8–1	1–1,5	1,5–2	>2
ЦВТ, мм вод.ст		60–80	40–60	30–40	0–30	≤0
Тест «білої плями»		N (2 с)	2–3 с	>3 с	>3 с	>3 с
Гематокрит л/л		0,38–0,42	0,30–0,38	0,25–0,30	0,20–0,25	<0,20
Частота дихання за хв		14–20	20–25	25–30	30–40	>40
Швидкість діурезу мл/год		50	30–50	25– 0	5–15	0–5
Психічний статус		Спокій	Незначне занепо-коєння	Тривога, помірне занепо-коєння	Занепокоєн-ня, страх або сплутаність свідомості	Сплутаність свідомості або кома

Примітка: * — на магістральних артеріях;
** — за методом Короткова, може не визначатися

Шок IV ступеня (необоротний шок) розвивається при крововтраті більше 2000 мл, що складає понад 40% ОЦК (>2,4 % маси тіла). Виникає позамежна гіповолемія, стан украй важкий, свідомість утрачена, відмічаються мармуровість кінцівок, загальна блідість, зниження температури. Пульс

слабкий, іноді зовсім не визначається. Прослуховуються лише глухі серцеві тони, тахіпное. Температура тіла знижена, анурія.

Якщо крововтрата сягає більше 50% об'єму циркулюючої крові, розвивається глибока кома. Пульс стає ниткоподібним, більше 140 уд/хв, АТ не визначається. Про необоротність процесу свідчать некерована гіпотензія та анурія.

Діагностика геморагічного шоку в більшості випадків не є важкою, проте нерідко недооцінюють ступінь шоку, що має значення для своєчасного і адекватного лікування. Для оцінки ступеня порушення гемодинаміки необхідно користуватись описаними симптомами (колір і температура шкірних покривів, величина АТ, частота пульсу, шоковий індекс, наповнення підшкірних вен кінцівок та шиї, погодинна кількість сечі). Мають значення також показники гемоглобіну, гематокритне число. Якщо є можливість, бажано визначити коагулограму, кислотно-лужний стан крові, а також електролітний стан. Важливим є визначення ЦВТ, в нормі він складає 50–120 мм вод. ст. Падіння його нижче 50 мм свідчить про знижену гіповолемію. Якщо на фоні інтенсивної терапії ЦВТ залишається низьким — це свідчить про декомпенсацію серцевої діяльності.

Лікування шоку повинно бути комплексним, починатись якомога раніше і проводитись з урахуванням причини, що викликала кровотечу, та визначенням об'єму крововтрати.

Для визначеня об'єму крововтрати існує багато методів, що свідчить про недосконаліть кожного з них зокрема. Щоб найточніше визначити об'єм крововтрати, у кожному акушерському відділенні необхідно запровадити один конкретний метод, щоб персонал досконало ним оволодів. Разом з тим слід пам'ятати, що яким би методом підрахунку крововтрати не користувались, до отриманого результату слід додати 25-30%, і цей показник буде більше наближатися до її істинного об'єму. Найчастіше використовують наступні методи:

I. **Метод М. А. Лібова.**

1. Зважують просякнуті кров'ю серветки.

2.Підраховують крововтрату за наступною формулою:

$$\text{Об'єм крововтрати} = \begin{cases} \text{В}/2\times 15\% \text{ (при крововтраті } <1000 \text{ мл).} \\ \text{В}/2\times 30\% \text{ (при крововтраті } >1000 \text{ мл).} \end{cases}$$

В — вага серветок; 15 та 30% — величина помилки на навколоплодові води, дезрозчин тощо.

II. **Формула Нельсона.**

$$\text{Об'єм крововтрати} = \frac{0{,}036 \times \text{вихідний об'єм крові} \times \text{гематокрит}}{\text{маса тіла}} \times 100;$$

$$\text{Вихідний об'єм крові (мг/кг)} = \frac{24}{0{,}86 \times \text{вихідний гематокрит}} \times 100;$$

Ця формула дає можливість у 96% випадків отримати достовірні результати, але гематокрит при цьому має бути визначений не пізніше 24 год до кровотечі. Можна використовувати визначення крововтрати за щільністю крові та гематокритом:

Об'єм крововтрати можна визначити також за **шоковим індексом Альдговера**:

$$\text{Ш І} = \frac{\text{ЧСС}}{\text{АТ сист,}}\text{, де:}$$

ЧСС — частота серцевих скорочень;

АТ — систолічний артеріальний тиск.

В нормі індекс Альговера менший за одиницю. За зміною цього індексу можна оцінювати ступінь крововтрати: якщо об'єм крововтрати складає до 20% ОЦК — він підвищується до 1,2, до 30% — становить 1,3–1,4, а при крововтраті 30%–40% ОЦК — 1,5 і вище.

Труднощі визначення об'єму крововтрати в акушерстві обумовлені значною гемодилюцією витікаючої крові амніотичною рідиною, а також приховуванням великої кількості крові у піхві або порожнині матки.

Для орієнтовного визначення об'єму крововтрати у вагітних можливе використання модифікованої формули Mooге:

$$\text{КВ} = \frac{\text{М} \cdot 75 \cdot \text{Нтвих} - \text{Нтф}}{\text{Нтвих}}\text{, де:}$$

КВ — крововтрата (мл); М — маса тіла вагітної (кг); Нтвих — вихідний гематокрит хворої (л/л); Нтф — фактичний гематокрит хворої (л/л).

Артеріальну гіпотензію вважають пізнім та неінформативним клінічним симптомом акушерського геморагічного шоку. Завдяки фізіологічній гіперволемічній аутогемодилюції у вагітних АТ може залишатися незмінним доти, доки об'єм крововтрати не досягне 30%. Компенсація гіповолемії у вагітних відбувається, насамперед, за рахунок активації симпатоадреналової системи, що проявляється вазоспазмом та тахікардією. Рано приєднується олігоурія.

Першочергові дії при виникненні геморагічного шоку проводять згідно з Наказом МОЗ України № 782 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»:

1. Оцінюють життєво важливі функції (пульс, артеріальний тиск, частоту та характер дихання, психічний статус).

2. Повідомляють відповідального чергового лікаря акушера-гінеколога або заступника головного лікаря з лікувальної роботи про виникнення кровотечі і розвиток геморагічного шоку та мобілізовують персонал.

3. Піднімають ноги або ножний кінець ліжка (положення Тренделенбурга) для підвищення венозного відтоку до серця.

4. Повертають вагітну на лівий бік для запобігання розвитку аортокавального синдрому, зменшення ризику аспірації при блюванні та забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів.

5. Катетеризують одну — дві периферичні вени катетерами великого діаметра (№№ 14–16G).

За умови можливості доступу до кількох периферичних вен не слід поспішати з катетеризацією центральних вен, бо існує велика вірогідність виникнення ускладнень.

За умови розвитку шоку 3–4 ступенів необхідна катетеризація трьох вен, при цьому одна з них повинна бути центральною. Перевагу при катетеризації вени слід надавати венесекції v. Brahiales або пункції та катетеризації за Сельдингером v. Jugularis interna

6. Набирають 10 мл крові для визначення групової та резус належності, перехресної сумісності, вмісту гемоглобіну та гематокриту, і виконують тест Лі-Уайта до початку інфузії розчинів.

7. Проводять інгаляцію 100% кисню зі швидкістю 6–8 л/хв через носолицеву маску або носову канюлю.

Подальші дії для ліквідації геморагічного шоку

1. Розпочинають струминну внутрішньовенну інфузію кристалоїдів (0,9% розчин хлориду натрію, розчин Рінгера, інші) та колоїдів (гелофузин). Темп, об'єм та компоненти інфузійної терапії визначаються ступенем шоку та величиною крововтрати *(табл. 19.4)*.

За умови розвитку шоку 2–3 ступенів, темп інфузії повинен дорівнювати 200–300 мл/хв.

Лікування геморагічного шоку є більш ефективним за умови якнайшвидшого початку інфузійної терапії, не пізніше 30 хв від розвитку перших проявів шоку.

Жінці у шоковому стані рідину перорально не дають.

Інфузійно-трансфузійна терапія акушерської крововтрати
(Клигуненко О.М., 2002 р. з доповненнями)

Табл. 19.4

Об'єм крововтрати			Інфузійно-трансфузійні середовища						
дефіцит ОЦК	% від маси тіла	крово-втрата (мл)	загальний об'єм транс-фузії (у % до деф. ОЦК)	кристалоїди (0,9% р-н NaCl, р-н Рінгера та інші)	колоїди			ер. маса	тромбо-концен-трат**
					синтетичні	натуральні			
					рефортан, гелофузин* та інші	свіжоза-морожена плазма	альбумін (10–20%)		
10–20%	1–1,5%	500,0–1000,0	200–300 (до 2,5л)	10–15 мл/кг	10 мл/кг	—	—	—	—
20–30%	1,5–2,0%	1000,0–1500,0	200 (до 3 л)	10 мл/кг	10 мл/кг	5–10 мл/кг	—	5 мл/кг	—
30–40%	2,0–2,5%	1500,0–2000,0	180 (до 4 л)	7 мл/кг	7 мл/кг	10–15 мл/кг	200 мл	10–20 мл/кг	—
40–70%	2,5–3,6%	2500,0–3000,0	170 (до 5 л)	7 мл/кг	10–15 мл/кг	15–20 мл/кг	200 мл	30 мл/кг	—
Понад 70%	Понад 3,6%	Понад 3000,0	150 (понад 6 л)	До 10 мл/кг	До 20 мл/кг	Понад 20 мл/кг	Понад 200 мл	Понад 30 мл/кг	4–10 од.

Примітки: * — модифікований рідкий желатин (гелофузин) не рекомендується використовувати у вагітних з прееклампсією, у цих випадках перевагу надають похідним гідроксиетилкрохмалю (рефортан, стабізол).

** — І одиниця тромбоконцентрату містить не менше 0,5х1011 тромбоцитів. Одна терапевтична доза містить від 4 до 10 одиниць.

2. Зупиняють кровотечу консервативними або хірургічними методами, залежно від причини виникнення кровотечі (див. протокол «Акушерські кровотечі»)

3. Зігрівають жінку, але не перегрівають її, оскільки при цьому поліпшується периферична мікроциркуляція, а це може спричинити зменшення кровопостачання у життєво важливих органах. Враховуючи великий обсяг розчинів, які вводяться, їх також підігрівають до 36°С.

4 Катетеризують сечовий міхур.

5 Продовжують інгаляцію 100% кисню зі швидкістю 6–8 л/хв, за необхідності виконують ШВЛ.

У разі відсутності ознак зменшення серцево-судинної недостатності (збільшення АТ, зменшення тахікардії) проводять інотропну підтримку міокарда за допомогою вазопресорів (дофамін 5–20 мкг/кг/хв, добутамін 5–20 мкг/кг/хв).

При появі ознак коагулопатії проводять терапію ДВЗ-синдрому залежно від стадії. Корекція ацидозу гідрокарбонатом натрію за умови, що pH крові <7,1. Після виведення хворої з шокового стану продовжують лікування у відділенні інтенсивної терапії.

Інтенсивну інфузійну терапію слід здійснювати під постійним контролем, оскільки швидке введення великої кількості рідини може спричинити серцеву недостатність чи набряк легенів. Найдоцільніше слідкувати за ЦВТ, а саме за його динамікою, тому що за цим показником можна судити про венозний приток до правих відділів серця.

Слід пам'ятати, що хвора у стані шоку повинна бути у теплому приміщенні, її доцільно зігрівати. Не можна після виведення з шоку одразу транспортувати хвору, перекладати її з ліжка на ліжко, треба максимально виключити подразнення. Особливо ретельно у післяшоковому періоді необхідно слідкувати за диханням, пульсом, АТ.

Перелік контрольних питань:

- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- аномалії прикріплення плаценти;
- кровотечі у ранньому післяпологовому періоді;
- гіпотонічні кровотечі;
- післяпологова пізня кровотеча;
- синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові;
- емболія навколоплодовими водами;
- геморагічний шок в акушерстві та принципи інфузійно-трансфузійної терапії.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В АКУШЕРСТВІ

У практичній діяльності фельдшера, акушерки можуть траплятися випадки, коли необхідно надати невідкладну акушерську допомогу до прибуття лікаря чи акушерської бригади.

Щоб максимально запобігти таким ситуаціям, слід своєчасно (до 12 тижнів) взяти вагітну жінку на диспансерний облік, виявити групи ризику щодо акушерської чи екстрагенітальної патології і направити її у пологовий будинок (відділення патології чи ЦРЛ) для подальшого обстеження і профілактичного лікування.

Якість надання медичної допомоги вагітним і роділлям на ФАП залежить від рівня кваліфікації персоналу, а також від забезпечення необхідними медичними препаратами, інструментами.

Медичний персонал ФАП повинен мати чітко розроблені плани надання акушерської допомоги на всіх етапах — при ускладненнях вагітності, пологів та у післяпологовому періоді.

У відділення патології вагітності пологового будинку чи ЦРЛ слід своєчасно направляти вагітних жінок із наступною акушерською патологією:

- обтяжений акушерський анамнез (перенесені мимовільні аборти, особливо ускладнені, кровотечі при попередніх пологах, наявність рубців на матці після операцій, перенесені септичні захворювання після пологів чи абортів, перенесений міхуровий занесок);
- великий плід;
- багатоплідна вагітність;
- переношена вагітність;
- анемія та порушення згортання крові;
- вузький таз;
- антенатальна смерть плода;
- загроза передчасних пологів;
- резус-негативний тип крові;
- екстрагенітальна патологія.

Допологовій госпіталізації підлягають також жінки, що багато разів народжували чи мали багато абортів, а також якщо перша вагітність — у жінки понад 30 років.

Якщо вдома або на ФАП відбувається II період пологів, фельдшер, акушерка повинні уміти прийняти пологи (захист промежини) та здійснити перший туалет новонародженого.

У III періоді пологів надається наступна допомога: якщо крововтрата досягла 300 мл і продовжується, необхідно випустити катетером сечу, перевірити наявність ознак відшарування плаценти і, якщо вони позитивні, видалити послід зовнішніми прийомами (Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича). Якщо видалити послід зовнішніми прийомами не вдалось, слід видалити його рукою (під знеболюванням).

У тому випадку, коли кровотеча продовжується, а ознак відокремлення плаценти немає, слід зробити ручне відшарування плаценти і масаж матки на кулаці (під знеболюванням).

Одночасно вводять утеротонічні засоби (внутрішньовенно або внутрішньом'язово 1 мл метилергометрину чи окситоцину).

Якщо кровотеча триває у ранньому післяпологовому періоді, слід зробити ручну ревізію порожнини матки і масаж матки на кулаці (під знеболюванням) і також увести утеротонічні засоби.

Знеболювання в цих умовах можна провести шляхом введення 2 мл 50% розчину анальгіну разом із 2 мл 1% розчину димедролу та 1 мл 1% розчину промедолу.

Бажано додатково зробити венопункцію і налагодити внутрішньовенне введення 5% розчину глюкози, поліглюкіну чи реополіглюкіну.

Якщо кровотеча продовжується, необхідно, очікуючи приїзду акушерської бригади, притиснути аорту до хребта пальцями чи кулаком. Одночасно слід викликати донорів (залучивши до цього санітарку, родичів).

КРОВОТЕЧА ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ ВІДШАРУВАННІ НОРМАЛЬНО РОЗМІЩЕНОЇ ПЛАЦЕНТИ

При підозрі на передчасне відшарування плаценти (постійний біль унизу живота, при пологах — між переймами, локальна болючість і випинання в одній з ділянок матки, порушення або відсутність серцебиття плода, симптоми внутрішньої кровотечі або кров'янисті виділення із піхви), необхідно негайно викликати акушерську бригаду. До приїзду бригади слід:

- налагодити внутрішньовенне вливання 5% ЕАКК, желатинолю, 5% розчину глюкози;
- ввести 4 мл розчину децинону внутрішньом'язово;
- ввести 2 мл 1% розчину вікасолу;
- ввести 2 мл 50% анальгіну, 1 мл 2% димедролу;
- визначити групу крові;
- викликати донорів.

Транспортування вагітної до приїзду лікарської бригади протипоказане.

Лікарська допомога на місці залежить від загального стану жінки та акушерської ситуації.

1. Якщо загальний стан жінки нетяжкий, необхідно розкрити плодовий міхур, спостерігати за динамікою пологів та станом жінки.

2. У випадку, коли відшарування відбулося в кінці I періоду пологів або у II періоді — необхідно негайно завершити пологи накладанням щипців, витягуванням плода за тазовий кінець чи плодоруйнівною операцією. Вручну відокремлюють плаценту, щоб зменшити можливість крововтрати, а також упевнитись у цілості стінок матки. Після цього призначають утеротонічні засоби.

При важкому стані жінки і відсутності можливостей для завершення пологів за життєвими показаннями слід негайно зробити кесарів розтин (у пристосованому приміщенні або в найближчій дільничній лікарні).

Якщо з'являються ознаки ДВЗ-синдрому, необхідно зробити екстирпацію матки з одночасним вливанням теплої донорської крові, сухої чи замороженої плазми, кріопреципітату, контрикалу чи трасилолу.

ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛАЦЕНТИ

Якщо виникає кровотеча, пов'язана з передлежанням плаценти (на тлі повного благополуччя, без пологової діяльності, нерідко вночі), фельдшер, акушерка чи медсестра повинні:

- негайно викликати лікарську акушерську бригаду;
- забезпечити строгий ліжковий режим;
- налагодити внутрішньовенне введення 5% розчину ЕАКК, 5% розчину глюкози, желатинолю. Ввести 2 мл 1% розчину вікасолу;
- визначити групу крові (якщо це не було зроблено раніше) і викликати донорів.

Транспортування вагітної протипоказане.

Після приїзду лікарської бригади тактика визначається залежно від різновидності передлежання, інтенсивності кровотечі й стану жінки.

При готовності до операції проводять огляд дзеркалами, щоб виключити можливість кровотечі із варикозно розширених вен, пухлини шийки матки тощо. Потім роблять вагінальне дослідження. При боковому чи крайовому прикріпленні плаценти розкривають плодовий міхур для самостійного розродження. При центральному передлежанні плаценти здійснюють кесарів розтин у пристосованому приміщенні.

Незалежно від різновиду передлежання кесарів розтин роблять при крововтраті 400 мл і більше, а також при менш значних крововтратах, якщо вони повторюються більше 2–3 разів. Після операції обов'язково відновлюють крововтрату, призначають утеротонічні засоби.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ЕМБОЛІЇ НАВКОЛОПЛОДОВИМИ ВОДАМИ

У разі виникнення цієї патології *(клініку — див. розділ XIX),* фельдшер, акушерка повинні негайно викликати лікарську бригаду. До її прибуття слід налагодити внутрішньовенне введення поліглюкіну, ввести серцеві засоби (корглікон 0,5 мл 0,06% розчину), еуфілін — 10 мл 2,4% розчину, кортикостероїди: гідрокортизон — 125 мг або преднізолон 30–60 мг, но-шпа 2 мл, призначити інгаляції кисню.

ЗАГРОЗА РОЗРИВУ МАТКИ

Загроза розриву матки при неповноцінності рубця проявляється наступними симптомами:

- відчуття болю в ділянці нижнього сегмента;
- біль при пальпації нижнього сегмента через передній піхвове склепіння, його неоднорідність, занурення (заглиблення);
- при ультразвуковому дослідженні: товщина нижнього сегмента менше 4 мм, різна звукопровідність та товщина, балоноподібна форма.

При появі ознак загрози розриву матки необхідно:

1. Припинити пологову діяльність.
2. Негайно викликати лікарську бригаду.

Після прибуття лікарсько-хірургічної бригади допомога надається у такому обсязі:

під глибоким наркозом проводиться

- піхвове дослідження і з'ясування акушерської ситуації;
- транспортування хворої у найближчу лікарню;

- залежно від акушерської ситуації — негайне розродження (при живому плоді і наявності умов — можливий кесарів розтин, при мертвому — плодоруйнівна операція).

Накладати акушерські щипці й робити поворот не можна.

Після розродження через природні пологові шляхи слід провести ручне обстеження порожнини матки.

РОЗРИВ МАТКИ, ЩО ВІДБУВСЯ

При розриві матки (після раптового різкого болю внизу живота роділля непритомніє, з'являються ознаки шоку, швидко наростають явища анемії, припиняється пологова діяльність, частини плода пальпуються під шкірою, серцебиття плода не прослуховується) єдиним засобом, що може врятувати життя роділлі, є операція. Слід негайно викликати акушерську хірургічну бригаду. Тим часом необхідно налагодити внутрішньовенне введення кровозамінників. Хвора з розривом матки нетранспортабельна.

Після прибуття лікарської бригади допомогу надають у три етапи:

1. Реанімаційні заходи одночасно з лапаротомією, при якій здійснюють тимчасовий гемостаз, накладаючи затискачі або перев'язуючи магістральні судини.

2. Операційна пауза для виведення хворої із стану шоку.

3. Завершення операції у необхідному обсязі (зашивання, ампутація чи екстирпація матки. При масивних гематомах доцільне перев'язування a.hypogastrica).

Профілактика. Фельдшер та акушерка повинні госпіталізувати за 2–3 тижні до пологів усіх жінок, у яких можливий розрив матки. Необхідно виділити групи ризику розриву матки:

- жінки з рубцями на матці після кесаревого розтину чи після видалення міоматозних вузлів;
- жінки, що багато разів народжували;
- з ускладненим перебігом попередніх пологів;
- з ускладненим перебігом післяпологового періоду (ендометрити) після попередніх пологів;
- за наявності в анамнезі багатьох абортів, особливо ускладнених;
- вагітні з великим плодом, у разі анатомічно звуженого таза.

У стаціонарі за ці 2 тижні вагітну потрібно ретельно обстежити і скласти раціональний план ведення пологів. Пологи у цієї групи жінок повинен вести досвідчений лікар в акушерському стаціонарі, де забезпечена цілодобова акушерська і анестезіологічна служба.

До заходів профілактики належить також раціональне ведення пологів у жінок, що не належать до групи ризику, вміле і виправдане застосування утеротонічних препаратів.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ЕКЛАМПСІЇ

Першочерговим завданням при цій патології є зняття нападів судом та запобігання їм *(див. розділ XV «Гестози вагітних»)*. Під час нападу судом хворому необхідно захистити від падіння і ударів (ковдрами, подушками). З метою запобігання прикусу язика вводять роторозширювач або вкладають між зуби шпатель, обмотаний марлею. Після завершення нападу судом проводять інгаляцію кисню.

Перелік контрольних питань:

- невідкладна допомога в акушерстві.

Перелік практичних навичок, які повинні засвоїти студенти, вивчаючи дану тему:

- заповнення систем для внутрішньовенних трансфузій, підключення їх;
- допомога під час проведення гемотрансфузій

АКУШЕРСЬКІ ОПЕРАЦІЇ

ОПЕРАТИВНЕ РОЗРОДЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ПОРОДІЛЛЯМИ

При патологічних пологах часто виникає акушерська ситуація, яка зумовлює необхідність застосування оперативних втручань. Рішення про проведення тієї чи іншої операції приймає лікар чи консиліум лікарів, виходячи з акушерської ситуації та керуючись інтересами матері й плода. Акушерці, яка працює в операційному блоці акушерського стаціонару, належить винятково важлива роль, для виконання якої вона повинна знати особливості кожної з акушерських операцій.

Акушерські операції виконують у плановому чи негайному (ургентному) порядку. Оскільки більшість втручань в акушерстві проводять за невідкладними показаннями, у пологовому стаціонарі постійно необхідна чергова операційна та анестезіологічна служба, черговий неонатолог та відповідний середній медичний персонал: операційна сестра, сестра-анестезистка та медична сестра відділення новонароджених.

Кожну операцію виконують за певними показаннями.

Показання — це сукупність причин, що зумовлюють необхідність проведення певного оперативного втручання. Виконати операцію можна лише за відповідних умов.

Умови — це сукупність обставин, які дозволяють проведення даної операції. Існують *загальні умови,* а саме:

- наявність операційної, відповідного обладнання та інструментарію;
- присутність хірурга, який володіє технікою операції;
- наявність анестезіологічно-реанімаційної служби;
- згода хворої (вагітної, роділлі, породіллі) на операцію.

Крім цих умов, необхідні *особливі умови* для кожної конкретної операції, за відсутності яких операція технічно неможлива (наприклад, накладання акушерських щипців при недостатньому розкритті шийки матки), чи навіть небезпечна для життя пацієнтки (кесарів розтин за наявності в організмі жінки інфекції може призвести до тяжких запальних ускладнень).

Усі акушерські операції проводить лікар.

В окремих випадках, за умов, коли акушерка самостійно веде пологи (у невеликих родопомічних закладах, де немає цілодобового чергування лікарів), за виникнення ускладнень, наприклад, кровотечі у третьому періоді пологів чи ранньому післяпологовому періоді, загрози розриву промежини з метою надання невідкладної допомоги роділлі акушерка повинна вміти виконати, дотримуючи усіх правил асептики та антисептики, без застосування загального наркозу такі операції: ручне відділення та виділення плаценти, ручну ревізію порожнини матки, амніотомію, епізіотомію або перінеотомію, зашивання епізіотомної рани або розриву промежини I чи II ступеня.

Акушерка операцій не виконує. До її обов'язків входить вчасний виклик лікаря і надання долікарської допомоги. До прибуття лікаря акушерка вживає заходів для підтримання життєдіяльності плода (профілактика та лікування гіпоксії), а також готує вагітну чи роділлю до операції.

Підготовка вагітної до операції

Готуючи вагітну до планової операції, їй проводять клініко-лабораторне обстеження, що включає загальний та біохімічний аналіз крові, дослідження крові на сифіліс та ВІЛ, визначення групи крові та резус-фактора, загальний аналіз сечі, дослідження піхвової мікрофлори, ЕКГ. Для контролю стану плода проводять ультразвукове дослідження, кардіотахографію. Перед плановою операцією вагітну оглядають стоматолог, терапевт, анестезіолог. При виявленні відхилень від норми проводять корекцію — лікування анемії, гіпоксії плода, санацію піхви. Напередодні операції жінка не вечеряє, зранку не снідає. Їй проводять санобробку: зголюють волосся з лобка та зовнішніх статевих органів, ставлять очисну клізму, проводять гігієнічний душ. Безпосередньо перед операцією вагітній спорожнюють сечовий міхур, на час операції вводять постійний катетер.

Підготовка хворої до ургентної операції у більшості випадків дуже обмежена за часом (інколи до кількох хвилин). Якщо дозволяють обставини, проводять спорожнення кишечника за допомогою очисної клізми (у випадку кровотечі, загрози розриву матки клізма протипоказана). Перед операцією, яку проводять під ендотрахеальним наркозом, якщо хвора нещодавно приймала їжу, доцільно провести промивання шлунка або аспірацію шлункового вмісту з метою профілактики синдрому Мендельсона (під час операції може статися регургітація, і кислий вміст шлунка потрапить у трахею і легені). За необхідності зголюють волосся на лобку. Якщо можливо, хвора приймає душ. Обов'язково проводять спорожнення сечового міхура або введення постійного катетера.

Обов'язки операційної акушерки

До обов'язків операційної акушерки входить підготовка та стерилізація операційного інструментарію та білизни, шовного та перев'язувального матеріалу. У великих стаціонарах інструментарій стерилізують централізовано. Операційна акушерка проводить контроль стерилізації шляхом бакпосівів. Дату і результат дослідження заносять у спеціальний журнал. Перед початком робочого дня операційна акушерка перевіряє стан операційного стола і надійність фіксації рухомих його частин, оглядає безтіньові лампи, переконується у їх нормальній роботі. Операційна має бути обладнана бактерицидними лампами — настінними або пересувними. Перед початком роботи, у перервах та після закінчення операційного дня проводять опромінення приміщень упродовж щонайменше години. В цей час в операційній не має бути нікого, щоб уникнути негативного впливу на організм людини ультрафіолетових променів. До обов'язків операційної акушерки входить систематичне спостереження та бактеріологічний контроль за якістю дотримання вимог до санітарно-епідеміологічного стану приміщень, твердого інвентарю, білизни, інструментарію, тому регулярно проводяться бакпосіви змивів з поверхонь усіх предметів, які є в операційній. Ретельне виконання правил асептики та антисептики є основною умовою зменшення ризику післяопераційних інфекційних ускладнень.

ПІДГОТОВКА РУК ПЕРСОНАЛУ ПЕРЕД ОПЕРАЦІЄЮ

Спосіб обробки рук первомуром. Руки миють з милом під проточною водою протягом 3–5 хв, потім занурюють у миску з розчином, приготовленим з 10 л дистильованої води, 17 мл пергідролю та 69 мл мурашиної кислоти і протягом 3 хв обробляють з допомогою стерильної серветки.

Спосіб обробки рук дегміцидом. Руки миють з милом під проточною водою, витирають насухо й обробляють двома стерильними серветками, змоченими 1% розчином дегміциду, протягом 3 хв кожною серветкою.

Спосіб обробки рук хлоргексидином. Руки миють з милом під проточною водою, витирають насухо, потім наносять 0,5 % розчин хлоргексидину в 70 % етиловому спирті у кількості 5–8 мл і протягом 2 хв втирають у шкіру.

Є й інші способи обробки рук перед операцією, проте *жоден із них не дає можливості домогтися абсолютної стерильності, тому для виконання всіх акушерських операцій необхідно використовувати стерильні хірургічні рукавички.*

АКУШЕРСЬКІ ОПЕРАЦІЇ

I. Операції для збереження вагітності:

1. Накладання циркулярних швів на шийку матки в ділянці внутрішнього вічка (за методикою Широдкара та в модифікаціях Любимової, Макдональда).
2. Накладання швів на зовнішнє вічко (метод Сценді та в модифікації Любимової).

II. Операції штучного переривання вагітності:

1. Штучний аборт до 12-ти тижнів вагітності:
   - вишкрібання порожнини матки;
   - вакуум-аспірація плодового яйця.
2. Штучне переривання вагітності у пізні терміни:
   - малий кесарів розтин (до 22-х тижнів вагітності);
   - внутрішньооболонкове введення гіпертонічних розчинів;
   - штучне збудження пологової діяльності.

III. Операції для підготовки пологових шляхів:

1. Амніотомія.
2. Розширення шийки матки:
   - розширювачами Гегара;
   - пальцеве;
   - насічки на шийці матки.
3. Розтин промежини:
   - перінеотомія;
   - епізіотомія.

IV. Операції для виправлення положень плода:

1. Зовнішній поворот плода:
   - при тазовому передлежанні;
   - при поперечному та косому положеннях плода.
2. Класичний зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку.

V. Розроджувальні операції:

1. Накладання акушерських щипців:
   - порожнинних;
   - вихідних.
2. Вакуум-екстракція плода.
3. Витягання плода:
   - за ніжку (ніжки);
   - за паховий згин.
4. Кесарів розтин.

VI. Плодоруйнівні операції:
1. Краніотомія.
2. Клейдотомія.
3. Декапітація.
4. Евісцерація.
5. Спондилотомія.

VII. Операції, які виконують у третьому періоді пологів і в ранньому післяпологовому періоді:
1. Ручне відокремлення та виділення посліду.
2. Ручне обстеження (ревізія) порожнини матки.
3. Інструментальна ревізія порожнини матки.
4. Зашивання розривів шийки матки і промежини.
5. Перев'язування магістральних судин.
6. Надпіхвова ампутація матки.
7. Екстирпація матки.

До обов'язків акушерки входять підготовка пацієнтки до операції та догляд за нею після оперативного втручання.

ОПЕРАЦІЇ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ВАГІТНОСТІ

Однією з основних причин невиношування вагітності є істміко-цервікальна недостатність. При цій патології плодове яйце позбавлене необхідної опори у нижньому сегменті матки внаслідок анатомічної чи функціональної неповноцінності шийки та перешийка. Під час вагітності у таких хворих шийка матки вкорочується, зовнішнє та внутрішнє вічка розкриваються. Плодові оболонки випинаються у цервікальний канал, інфікуються та розриваються. Відбувається переривання вагітності. Щоб запобігти цьому, застосовують оперативне втручання під час вагітності або перед запланованою вагітністю.

Хірургічну корекцію проводять у терміні 12–26 тижнів вагітності. Найоптимальнішим терміном для виконання хірургічної корекції є вагітність 12–17 тижнів.

Протипоказання для проведення оперативного втручання:
- підвищена збудливість матки, яка не знімається медикаментозною та немедикаментозною терапією;
- запальні захворювання піхви, шийки матки (кольпіт, цервіцит);
- наявність патогенної мікрофлори в цервікальному каналі шийки матки;
- екстрагенітальні захворювання (важкі форми серцево-судинної патології, захворювання нирок, психічні хвороби);
- аномалії розвитку плодового яйця.

Підготовка до операції — протягом 5–7 днів призначають прогестерон та спазмолітики. Знеболювання — внутрішньовенний наркоз (каліпсол, кетанест).

Інструментарій, необхідний для операцій: дзеркала Сімса і підйомники (3), кульові щипці (2), голкотримач, голки, нитки (шовк, хромований кетгут, лавсан).

Метод Широдкара полягає у накладанні циркулярного шва на шийку матки в ділянці внутрішнього вічка після попереднього розтину слизової оболонки піхви та зміщення сечового міхура вгору. Для виконання операції Широдкар використовував фасціальну смугу (з широкої фасції стегна). Пізніше з'явились різні модифікації операції, які зводилися до застосування різних шовних матеріалів.

Техніка виконання. Слизову оболонку піхви розтинають у поперечному напрямку — спереду нижче від місця прикріплення сечового міхура, ззаду — на висоті внутрішнього вічка. Через підслизовий шар проводять кисетний шов і кінці ниток затягують та зав'язують у передньому склепінні. Слизову оболонку зшивають кетгутом.

Метод Макдональда є модифікацією методу Широдкара і полягає у звуженні внутрішнього вічка шийки матки кисетним швом, накладеним на рівні піхвових склепінь без розтину слизової оболонки.

Метод А. І. Любімової та Н. М. Мамедалієвої полягає у накладанні двійного П-подібного шва на шийку матки для звуження істмічного відділу в ділянці внутрішнього вічка. Шийку матки оголюють за допомогою вагінальних дзеркал. Кульовими щипцями захоплюють окремо передню та задню губу та підтягують їх допереду і донизу. В ділянці переходу слизової оболонки переднього склепіння шийку матки проколюють голкою з лавсановою ниткою через всю товщу з виколом у задньому склепінні, відступивши від середньої лінії на 0,5 см вправо. Потім її кінці переводять у бокове склепіння і голкою проколюють шийку матки з виколом в передньому склепінні на рівні першого вколу. Кінці ниток беруть у затискач. Другу лавсанову нитку проводять у такий же спосіб, відступивши від середньої лінії на 0,5 см ліворуч з виколом справа на рівні попереднього вколу. Кінці ниток затягують та зав'язують в передньому склепінні.

Метод Сценді: повне зашивання зовнішнього вічка шийки матки. Попередньо стинають тонку (0,5 см) смугу слизової оболонки цервікального каналу навколо зовнішнього вічка і накладають вузлові кетгутові шви. Після загоєння утворюється рубець, який перед пологами розтинають скальпелем.

А. І.Любімова видозмінила операцію Сценді. Вона запропонувала кюреткою зіскребти слизову оболонку шийки матки навколо зовнішнього вічка упродовж 0,5–1 см, потім окремими кетгутовими швами зшити передню та задню губу шийки матки. Ця модифікація запобігає утворенню щільного рубця і дозволяє швидко відновити прохідність зовнішнього вічка.

З початком пологової діяльності в ділянці рубця нерідко вже є розходження тканин. Повністю відновити прохідність внутрішнього вічка можна, увівши в нього бранші корнцанга та розкривши їх.

Акушерський догляд за вагітною після операції: ліжковий режим 3–5 днів. Після операції рекомендоване призначення спазмолітиків (платифілін, но-шпа); інгібіторів простагландинів (індометацин), бета-адреноміметиків (токолітики, алупент, партусистен).

Упродовж 4–5 днів проводять зрошення піхви 0,02% розчином хлоргексидину або фурациліну. Без крайньої необхідності вагінального дослідження чи огляду шийки матки в дзеркалах 2–3 тижні слід уникати. Виписують зі стаціонару на 10–12 добу, під нагляд дільничного акушера-гінеколога. Вагітну попереджують, що від статевого життя їй варто утриматись до пологів. За 2 тижні перед очікуваними пологами жінка повинна бути госпіталізована для зняття шва.

З метою профілактики невиношування проводять реконструктивні пластичні операції на шийці матки до вагітності.

Операція Лаша — клиноподібно висікають рубці або краї дефекту з наступним накладанням дворядних швів на рану. Більш анатомічно виправдана **операція Тар'яна.** Скальпелем проводять поперечний розріз слизової (2–3 см) по бокових та передній стінках шийки матки. Відсепаровану слизову зміщують догори, а з бокових стінок шийки матки висікають рубцеву тканину. Краї рани зашивають окремими кетгутовими швами та відновлюють слизову вагінальної частини шийки матки.

Операція Емета — зшивання старих розривів шийки матки після їх висікання.

ОПЕРАЦІЇ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Переривання вагітності у ранні терміни

Штучним абортом називають переривання вагітності в акушерському стаціонарі. Переривання вагітності в ранні терміни здійснюється за бажанням жінки ***до 12 тижнів*** за відсутності протипоказань. Протипоказаннями є гострі та підгострі запальні захворювання жіночої статевої сфери, гострі

інфекційні захворювання чи запальні процеси будь-якої локалізації. Операція може бути виконана тільки після ліквідації патологічних явищ, оскільки наявність вогнищ інфекції в організмі створює високий ризик ускладнень після оперативного втручання. Для санації піхви використовують тержинан.

Від 13 до 22 тижнів вагітність переривають тільки за медичними показаннями за наявності у вагітної тяжких захворювань, коли прогресування вагітності та пологи можуть становити загрозу життю жінки, а також за соціальними показаннями — вік до 16 років, наявність 3 і більше дітей, смерть чоловіка під час вагітності, розлучення, ув'язнення, позбавлення материнських прав.

Обстеження: мазок на ступінь чистоти вагінального вмісту та на гонорею, аналіз крові на RW та ВІЛ, рентгенологічне обстеження органів грудної клітки.

Операцію проводить лише лікар акушер-гінеколог. *За проведення втручань, спрямованих на переривання вагітності, іншими особами, зокрема лікарями інших спеціальностей чи середніми медичними працівниками, чинним законодавством передбачена кримінальна відповідальність.*

Інструментарій, необхідний для операції: дзеркала Сімса і підйомник, кульові щипці або щипці Мюзо, розширювачі Гегара, матковий зонд, довгі пінцети (2), абортцанг, кюретки № 2,4,6, вакуум-апарат, наконечники для вакуум-апарата *(рис. 21.1)*.

Знеболювання: внутрішньовенний наркоз або місцева анестезія.

Техніка операції. Зовнішні статеві органи обробляють йодонатом. Вводять дзеркала Сімса. Піхву та шийку матки обробляють дезінфектантом. Шийку матки захоплюють кульовими щипцями за передню губу, підтягуючи її вниз і назад для випрямлення цервікального каналу (за наявності ретрофлексії шийку підтягують допереду). Видаляють підйомник. Лікар утримує шийку матки кульовими щипцями, нижнє дзеркало передають медичній сестрі, яка асистує під час операції. Проводять зондування порожнини матки з метою встановлення прохідності та напряму цервікального каналу, довжини та форми порожнини матки. Далі проводять розширення цервікального каналу розширювачами Гегара від №4–6 до 12–13 (номер розширювача дорівнює його діаметру в міліметрах). Розширювачі вводять поступово, просуваючи їх за внутрішній зів. Якщо виникають труднощі при введенні розширювача наступного номера, слід повернутись до попереднього, деякий час утримуючи його в цервікальному каналі. Доцільно при цьому фіксувати ще й задню губу. Після розширення здійснюють руйнування і видалення плодового яйця кюреткою №6, абортцангом або шляхом вакуум-аспірації. Кюретку вводять обережно, орієнтуючись на довжину матки, визначену зондом. Дійшовши до дна, проводять послідовні рухи по передній, правій,

задній та лівій стінках матки в напрямку до внутрішнього вічка. Видаливши плодове яйце, проводять контрольне вишкрібання стінок порожнини матки і трубних кутів кюретками №4 і 2 *(рис.21.3)*. Переконавшись у тому, що плодове яйце і децидуальна оболонка видалені повністю, матка скоротилася добре, кровотечі немає, кульові щипці з шийки матки знімають, шийку обробляють 5% йодом, дзеркало виводять з піхви.

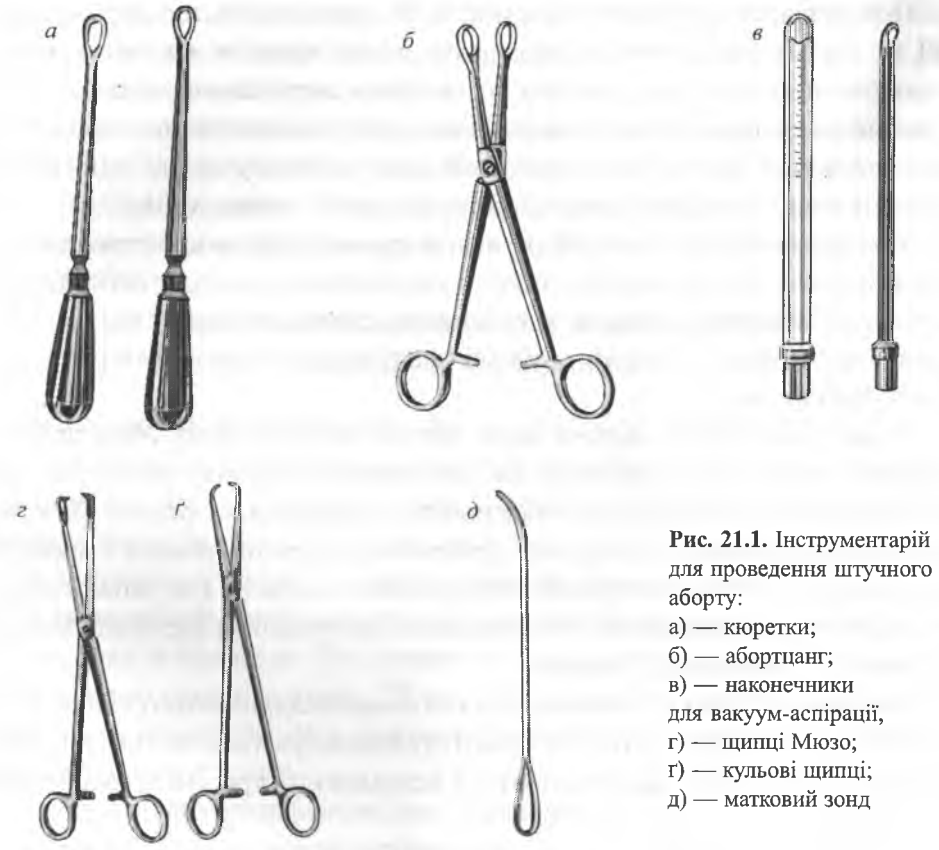


Рис. 21.1. Інструментарій для проведення штучного аборту:
а) — кюретки;
б) — абортцанг;
в) — наконечники для вакуум-аспірації,
г) — щипці Мюзо;
ґ) — кульові щипці;
д) — матковий зонд

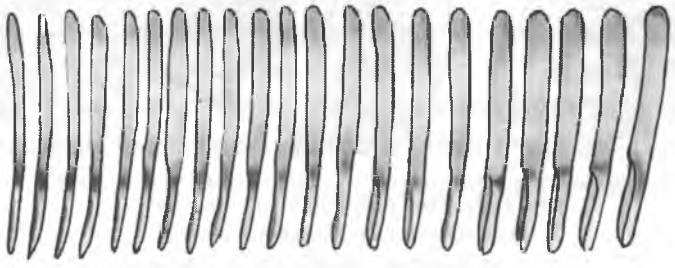


Рис. 21.2. Розширювачі Гегара

Догляд за хворою після операції. Жінку перевозять на каталці в палату. На низ живота кладуть міхур з льодом. Вводять скорочувальні засоби — 1 мл окситоцину або метилергометрину внутрішньом'язово. Протягом першої доби акушерка періодично контролює стан хворої: самопочуття, скарги, пульс, артеріальний тиск, температуру тіла, кількість та характер виділень зі статевих шляхів. За відсутності ускладнень жінку виписують додому на другу добу після аборту.

Переривання вагітності в терміні 4–5 тижнів після підтвердження її УЗД та тестом на вагітність можна провести шляхом вакуум-аспірації плодового яйця без попереднього розширення цервікального каналу з використанням спеціальних канюль. Таке переривання можна проводити в амбулаторних умовах, в операційній жіночої консультації (міні-аборт, регуляція менструального циклу). Операція менш травматична.

Ускладнення. Штучний аборт, навіть проведений досвідченим лікарем з дотриманням усіх правил асептики та антисептики, завжди є небезпечною операцією з огляду на можливі ускладнення, що виникають як під час втручання, так і пізніше, і мають серйозні наслідки для здоров'я та репродуктивної функції жінки.

Перфорація стінки матки може статися на будь-якому етапі операції матковим зондом, розширювачами, кюреткою. Особливу небезпеку при цьому становить можливість пошкодження внутрішніх органів. Важливо вчасно діагностувати перфорацію, припинити операцію аборту і провести лапаротомію з метою зашивання перфораційного отвору (за умови свіжого та невеликого пошкодження) або надпіхвової ампутації чи екстирпації матки при значних інфікованих травмах.

Неповне видалення плодового яйця та *плацентарний поліп* (виникає при затримці залишків ворсистої оболонки) супроводжуються значними кров'янистими виділеннями. Діагностують ці ускладнення при бімануальному та

Рис. 21.3. Етапи операції штучного аборту:
а) — зондування порожнини матки;
б) — розширення цервікального каналу;
в) — вишкрібання стінок порожнини матки

ультразвуковому дослідженнях. Лікування полягає у видаленні вмісту матки шляхом вишкрібання її стінок. Тривале перебування частин плодового яйця у матці може призвести до приєднання інфекційних ускладнень.

Основні післяабортні ускладнення запального характеру — ендометрит, параметрит, пельвіоперитоніт, сепсис.

Віддаленими наслідками штучних абортів є розлади менструальної функції, ендометріоз, хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів, безплідність. У жінок з резус-негативною кров'ю можлива сенсибілізація вагітної антитілами плода, тому після аборту такій пацієнтці слід ввести антирезусний гамма-глобулін.

Крім інструментального переривання вагітності, існує методика медикаментозного аборту, при якій переривання досягається шляхом застосування препарату Мезоньювел. Через 48 год відбувається аборт. Цей метод можна застосовувати в стаціонарі в терміні до 64 днів від затримки менструації.

Переривання вагітності у пізні терміни (від 12 до 22 тижнів)

Основним методом переривання вагітності в пізніх термінах у сучасному акушерстві є інтраамніальне (внутрішньооболонкове) введення гіпертонічних розчинів. Застосовується трансабдомінальна (через передню черевну стінку) та трансцервікальна методика, за якою в канал шийки матки вводять стерильну трубку з довгою голкою, якою проколюють плодовий міхур і виводять частину навколоплодових вод. Потім у порожнину амніона вводять таку ж кількість 10% гіпертонічного розчину хлориду натрію або, при наявності протипоказань, 20% розчину глюкози. Для того, щоб рідина не витікала, проводять тугу тампонаду піхви стерильним бинтом. Тампон виймають через 6 годин.

Плід гине внутрішньоутробно. Впродовж першої доби розпочинається скоротлива діяльність мускулатури матки, згладжування, розкриття шийки матки і вигнання плода та посліду. Після народження посліду необхідно провести вишкрібання порожнини матки великою кюреткою.

Викидень можна прискорити внутрішньовенним введенням окситоцину або простагландинів груп Е і $F_2\alpha$.

Переривання вагітності в пізні терміни можна домогтися також шляхом введення в канал шийки матки простагландинів $F_2\alpha$ та E_2. Вони сприяють дозріванню шийки матки, викликають скорочення мускулатури матки, розкриття шийки та вигнання плода.

ОПЕРАЦІЇ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ РОДОВИХ ШЛЯХІВ

Амніотомія — штучний розтин плодового міхура. Виділяють *ранню амніотомію,* яка здійснюється у першому періоді пологів при розкритті шийки матки до 7 см за певними ***показаннями:***

- плоский плодовий міхур, оскільки він не лише не виконує своєї функції гідравлічного клина, але й гальмує пологову діяльність;
- багатоводдя, тому що перерозтягнення матки призводить до слабкості пологової діяльності;
- неповне передлежання плаценти — амніотомія припиняє подальше відшарування плаценти, дозволяє голівці опуститися і притиснути плаценту до плацентарного майданчика, тому кровотеча припиняється або зменшується;
- проведення амніотомії при збудженні пологової діяльності та родостимуляції підвищує її ефективність;
- захворювання серцево-судинної системи, гіпертензивний синдром при пізньому гестозі — амніотомія і вилиття навколоплодових вод зменшує об'єм матки, що є важливим для нормалізації гемодинаміки.

Вчасна амніотомія здійснюється при розкритті шийки матки на 7 см і більше, коли плодовий міхур вже виконав свої функції і подальше його збереження може призвести до ускладнень — передчасного відшарування плаценти, слабкості пологової діяльності.

Показання до амніотомії виникають при пологах двійнятами — коли після народження першого плода не розкривається плодовий міхур другого плода. В такому випадку, вичекавши 20–30 хвилин (час, упродовж якого матка пристосовується до нових умов), необхідно його розітнути. Амніотомія може проводитись при повному розкритті шийки матки в разі необхідності проведення класичного акушерського повороту.

Техніка операції. Зовнішні статеві органи жінки обробляють дезінфікувальним розчином. Одягають стерильні рукавички. Середній та вказівний пальці правої руки вводять у піхву, знаходять отвір шийки матки, визначають ступінь його розкриття, пальпують плодовий міхур. Між пальцями правої руки вводять довгу голку або браншу кульових щипців і на висоті перейми проводять прокол плодових оболонок. Повільно випускають води, не виймаючи руки з піхви, оскільки швидке вилиття вод може призвести до випадання дрібних частин плода, пуповини, патологічного вставлення голівки.

Операції розтину промежини. Ці операції здійснюють з метою профілактики розривів промежини та травми голівки плода, а також для скорочення другого періоду пологів.

Показання:

- загроза розриву промежини або ознаки розриву, що почався, оскільки краї різаної рани загоюються швидше, ніж рваної;
- при виведенні голівки в щипцях;
- гіпоксія плода, недоношеність, тазове передлежання — перінеотомія зменшує стискання голівки м'язами промежини і запобігає її травмі.

Техніка операції. Зовнішні статеві органи жінки обробляють розчином йоду. Браншу тупокінцевих ножиць поза потугою вводять між передлеглою частиною плода та стінкою піхви по лінії розрізу. Розтин проводять на висоті потуги, коли промежина максимально розтягнута і стоншена. Довжина та глибина розтину повинні бути не менше 2 см.

Епізіотомія — розріз роблять на 2–3 см вище від задньої спайки у напрямі до сідничного горба *(рис. 21.4)*. Переваги епізіотомії — краще кровопостачання цієї ділянки сприяє швидшому загоєнню рани.

Перінеотомія — розтин, виконаний від задньої спайки у напрямі ануса *(рис. 21.5)*. Довжина не повинна перевищувати 3–3,5 см, довший розріз може перейти у розрив промежини третього ступеня.

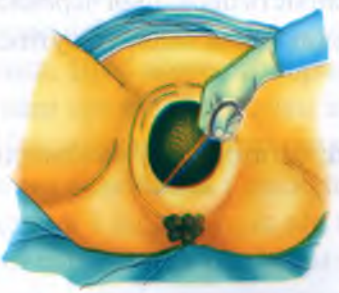


Рис. 21.4. Епізіотомія

Рис. 21.5. Перінеотомія

На перінеотомну чи епізіотомну рану накладають шви. Спочатку кетгутом відновлюють цілісність м'язів тазового дна і зашивають слизову піхви, потім накладають вузлові шовкові шви на шкіру промежини.

ОПЕРАЦІЇ ДЛЯ ВИПРАВЛЕННЯ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА

Операцію для виправлення положення плода називають акушерським поворотом. Акушерський поворот змінює поперечне або косе положення на фізіологічне поздовжнє. Якщо операція здійснюється при поздовжньому положенні, то її метою є зміна передлежання плода.

Усі операції для виправлення положення плода поділяють на дві групи:

1. Зовнішні повороти, які у свою чергу поділяють на:

а) зовнішній поворот плода при неправильних положеннях;

б) зовнішній профілактичний акушерський поворот плода на голівку за методом Б. А. Архангельського при тазових передлежаннях.

2. Зовнішньо-внутрішні повороти:

а) класичний зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку;

б) внутрішній комбінований поворот при неповному розкритті маткового вічка (за Брекстоном-Гіксом).

Зовнішній поворот плода при неправильних положеннях

Зовнішнім називають поворот, який здійснюють тільки за допомогою зовнішніх прийомів і тільки на голівку.

Показання: поперечне або косе положення плода.

Умови:

- термін вагітності 34–36 тижнів;
- задовільний стан матері і плода;
- відсутність напруження матки, податливість передньої черевної стінки;
- достатня рухомість плода, цілі навколоплодові води, відсутність маловоддя.

Протипоказання:

- ускладнення вагітності (пізній гестоз, багатоводдя, маловоддя, передлежання плаценти);
- багатоплідна вагітність;
- звуження таза II ст. і більше;
- вади розвитку матки;
- рубці на матці;
- фіброміома матки;
- захворювання серцево-судинної системи, нирок.

Підготовка хворої: напередодні операції увечері очищують кишечник. Проводять УЗД для точного встановлення положення плода. Перед операцією спорожнюють сечовий міхур. Для зниження збудливості матки за 30 хв до повороту варто ввести спазмолітичні засоби (папаверину гідрохлорид, но-шпу). Можна крапельно ввести β-адреноміметики. Операцію проводять без знеболювання. Жінку вкладають на тверду кушетку, визначають положення плода, вид, позицію, вислуховують серцебиття плода.

Техніка повороту. Акушер сідає праворуч від жінки, руки кладе на голівку і тазовий кінець плода і поштовхоподібними рухами зміщує голівку до входу в таз, а тазовий кінець — до дна матки. Якщо спинка повернута до входу в таз, спочатку переводять плід у тазове передлежання, а потім — у головне, щоб запобігти утворенню розгинального передлежання.

Зовнішній профілактичний акушерський поворот плода на голівку за методом Б. А. Архангельського

Операцію здійснюють при тазовому передлежанні плода з метою запобігання ускладнень пологів, що часто виникають при таких передлежаннях. Поворот проводять у терміні 32–36 тижнів вагітності, оскільки до 32 тижнів проведення повороту недоцільне з огляду на надмірну рухомість плода, а після 36 тижнів поворот надто небезпечний — можливі передчасне відшарування плаценти, обвиття плода пуповиною, передчасні пологи, розрив матки, тобто ризик повороту перевищує ризик пологів у тазовому передлежанні.

Умови, протипоказання та підготовка вагітної такі ж, як і при зовнішньому повороті плода у разі неправильного положення.

Техніка повороту *(рис. 21.6).* Вагітна лежить на кушетці, лікар сідає праворуч від неї, визначає передлежання, позицію та вид, вислуховує серцебиття плода. Щоб зберегти нормальне членорозміщення плода необхідно дотримувати правила: сіднички зміщувати в бік спинки, а голівку — в бік грудей. Недотримання цього правила може призвести до утворення розгинального передлежання і виникнення нових ускладнень. Лікар захоплює рукою сідниці і відводить їх від входу в порожнину таза, що досягається введенням пальців між симфізом та сідницями. Після того як лікар переконається, що сідниці розміщені над входом і рухливі, він енергійно їх зміщує в бік позиції плода, при першій позиції в бік лівої здухвинної ділянки, при другій — у бік правої. Цією рукою лікар утримує сідниці, а другою рукою охоплює голівку з боку потилиці й зміщує її у бік, протилежний позиції. Коли в цей момент виникають больові відчуття або напруження матки чи черевної стінки, необхідно тимчасово припинити операцію до повного розслаблення матки і черевних м'язів. Тим часом руки акушера залишаються в тому ж положенні, щоб закріпити ту частину повороту, яка виконана. Найвідповідальніший момент операції настає тоді, коли плід наближається до поперечного положення. Цей момент повинен виконуватися при повному спокої матки та черевної стінки. Як тільки голівка пройшла це положення, подальші рухи її у бік входу в таз проводять легко, при одночасному зміщенні сідниць у ділянку дна матки. Після того, як голівка розмістилася над входом

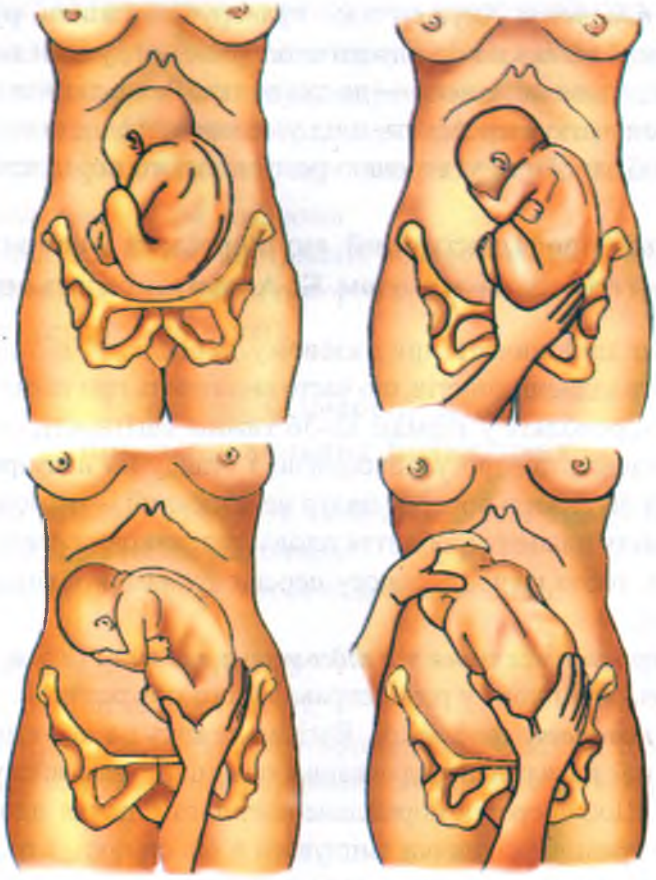


Рис. 21.6. Зовнішній поворот плода при тазовому передлежанні

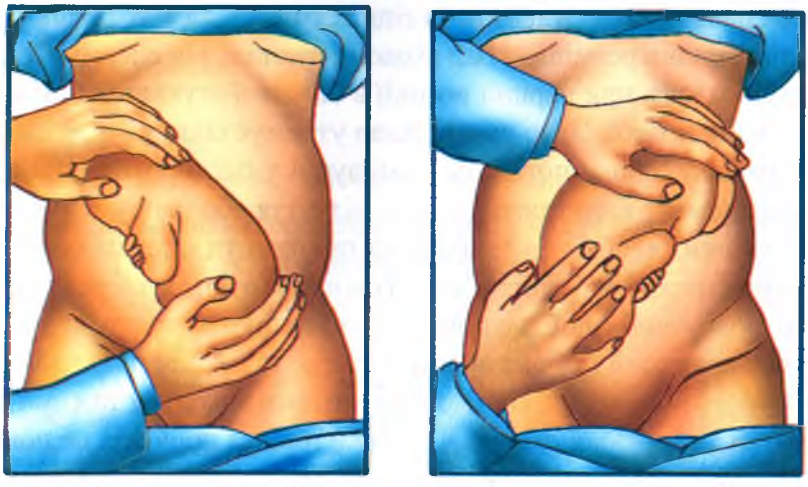


Рис. 21.7. Зовнішній поворот плода при тазовому передлежанні

у таз, акушер переміщує руки на бокові сторони живота матері, як при другому акушерському прийомі, й дещо стискає матку з обох боків, тим самим забезпечуючи нормальне розташування частин плода.

Ускладнення, що виникають під час повороту:

- утворення розгинальних передлежань;
- передчасне відшарування плаценти;
- внутрішньоутробна гіпоксія плода.

Догляд за хворою після операції: після повороту плід фіксують у головному передлежанні двома валиками з рушників і прибинтовують простирадлом або одягають пояс для вагітних. Обов'язково вислуховують серцебиття плода.

Класичний зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку

Показання:

- поперечне положення плода;
- неправильне вставлення голівки (розгинальні передлежання, зокрема, лобне; задній асинклітизм);
- випадання пуповини та дрібних частин плода;
- ускладнення вагітності та захворювання матері і плода, що потребують негайного розродження (передчасне відшарування плаценти);
- поперечне положення другого плода після народження першого при багатоплідній вагітності.

Останніми роками цю операцію проводять тільки при поперечному або косому положенні другого плода при пологах двійнею.

Протипоказання:

- запущене поперечне положення плода;
- загроза розриву матки;
- невідповідність розмірів таза і плода;
- мертвий плід;
- наявність рубця на матці.

Умови:

- повне розкриття шийки матки;
- цілий плодовий міхур або води щойно відійшли;
- плід у порожнині матки рухомий і відповідає розмірам таза.

Підготовка до операції: хвору вкладають на ліжко Рахманова. Проводять обробку зовнішніх статевих органів. Акушер обробляє руки, як перед порожнинною операцією, одягає стерильні рукавички. Живіт жінки накривають стерильною пелюшкою.

Знеболювання: внутрішньовенний наркоз сомбревіном або каліпсолом.

Техніка проведення операції. Безпосередньо перед операцією проводять внутрішнє акушерське дослідження з метою з'ясування позиції та виду плода.

Основні моменти операції:

- вибір і введення руки у матку *(рис. 21.9–21.10);*
- відшукування та захоплення ніжки *(рис. 21.11);*
- власне поворот плода *(рис. 21.12).*

Вибір руки. При виборі руки необхідно дотримуватися порад М.С. Малиновського, а саме: вводити ту руку, що відповідає розміщенню тазового кінця плода. При першій позиції поперечного положення тазовий кінець розміщений зліва відносно акушера. У цьому випадку вводять ліву руку. При другій позиції тазовий кінець плода знаходиться справа відносно акушера, тому вводять праву руку. Таким чином, при першій позиції вводять ліву, а при другій — праву руку.

Введення руки. Однією рукою розводять статеву щілину, другу руку, складену у вигляді «руки акушера» *(рис. 21.8),* повільно, поза переймою обережно вводять у вагіну відповідно прямому розміру виходу з таза. Коли рука введена у вагіну, її повертають таким чином, щоб тильна поверхня долоні співпадала з крижовою западиною і обережно проводять углиб вагіни, доходячи до внутрішнього зіву. Як тільки кисть руки повністю введена у вагіну, зовнішню руку переводять на дно матки. Після цього внутрішню руку вводять у порожнину матки, попередньо розірвавши плодовий міхур (якщо він цілий).

Відшукування та захоплення ніжки виконують таким чином: при передньому виді поперечного положення захоплюють ніжку, що лежить нижче, при задньому — ту, що розміщена вище. Для відшукування ніжки існують *«короткий»* і *«довгий»* шлях. *«Коротким»* шляхом руку одразу після введення в матку направляють у напрямку до очікуваного місця знаходження ніжки. При використанні *«довгого»* шляху рука повзає по боковій поверхні грудної клітки спочатку до пахвової впадини, потім в бік стегна, по стегну — до гомілки.

Щоб не захопити ручку замість ніжки, необхідно вміти їх відрізняти за такими ознаками: пальці на ніжці дрібні й розташовані у ряд, великий палець на ніжці малорухомий і вільно не відводиться у бік; на ніжці пальпується п'ятковий горб. Якщо випадково захоплена ручка, вправляти її не слід. Потрібно накласти на неї марлеву петлю і продовжувати відшукувати ніжку.

При відшукуванні ніжки зовнішня рука акушера знаходиться на тазовому кінці плода, маючи на меті наблизити останній назустріч внутрішній руці.

Рис. 21.8. Рука акушера

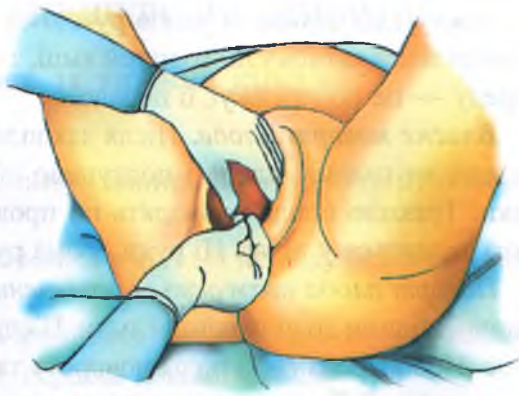


Рис. 21.9. Введення руки для внутрішнього (класичного) повороту

Рис. 21.10. Введення руки в порожнину матки

Рис. 21.11. Захоплення ніжки і власне поворот

Рис. 21.12. Ніжка виведена до коліна. Поворот закінчений

Ніжку слід захопити усією рукою за гомілку. Кінець великого пальця повинен знаходитись у підколінній ямці, а чотири пальці охоплюють гомілку спереду — це попереджує її перелом.

Власне поворт плода. Після захоплення ніжки зовнішню руку пересувають на голівку плода і поступово обережно відштовхують її до дна матки. Тракцію плода проводять по провідній осі таза донизу, захоплена ніжка зводиться у піхву. Ці рухи обома руками здійснюються одночасно.

Поворт плода вважається закінченим, коли ніжка плода виведена зі статевої щілини до підколінної ямки. Після повороту проводять *екстракцію плода.* Новонароджений після повороту та екстракції плода часто народжується в асфіксії. Тому в пологову залу заздалегідь слід викликати неонатолога та дитячу медсестру з усім необхідним обладнанням для надання невідкладної допомоги немовляті.

Операція акушерського повороту є однією з найнебезпечніших операцій, при якій може виникнути низка ***ускладнень:***

- спазм внутрішнього вічка шийки матки (усувають застосуванням адекватного наркозу, введенням спазмолітиків);
- випадання ручки. Ручку вправляти не слід, її потрібно відвести у бік голівки;
- захоплення ручки замість ніжки;
- випадання петлі пуповини. У такому випадку необхідна негайна екстракція плода після повороту;
- гостра гіпоксія плода, родова травма, інтранатальна загибель плода;
- розрив матки. Для вчасної діагностики цього грізного ускладнення після закінчення операції повороту плода та екстракції плода проводять ручне обстеження порожнини матки;
- інфекційні ускладнення.

Внутрішньо-зовнішній поворот при неповному відкритті маткового зіва (за Брекстоном-Гіксом). Цей поворот проводять при відкритті шийки матки не менше ніж на 4–5 см, тому він ще має назву ранній, або передчасний. При виконанні операції вводять в матку два пальці. Операція небезпечна для життя матері (кровотечі, розриви матки) та плода (як правило, він при її виконанні гине).

У сучасному акушерстві поворот за Брекстоном-Гіксом заборонений.

РОЗРОДЖУВАЛЬНІ АКУШЕРСЬКІ ОПЕРАЦІЇ

Екстракція плода за тазовий кінець

Показання до операції:

1. Щойно завершений класичний (зовнішньо-внутрішній) поворот плода.

2. Гостра гіпоксія плода, що виникла в кінці II періоду пологів у тазовому передлежанні.

3. Стани матері, які вимагають негайного завершення пологів у наявному передлежанні (напад еклампсії, серцева декомпенсація).

Умови: повне розкриття зіву, відсутність плодового міхура, відповідність між розмірами таза та плода.

Залежно від ситуації існують три типи операції:

1) витягування плода за ніжку;

2) за дві ніжки;

3) за паховий згин.

Підготовка — спорожнення сечового міхура, обробка статевих органів жінки за загальноприйнятими методиками. В пологовій залі повинні бути присутніми неонатолог та анестезіолог-реаніматолог для надання невідкладної допомоги новонародженому.

Знеболювання: операцію виконують під загальним наркозом — інгаляційним чи внутрішньовенним.

Операція витягування плода за ніжку виконується після завершення класичного повороту, в разі змішаного сідничного передлежання (при цьому воно спочатку переводиться в неповне ніжне), при неповному ніжному передлежанні.

Техніка операції: ніжку, виведену з піхви до коліна, захоплюють так, щоб пальці розміщувались вище від колінного суглоба для запобігання його розтягненню. Роблять тракції спочатку косо і вниз, потім, у міру наближення сідниць до виходу та повного народження ніжки, спрямовують їх більш горизонтально, захоплюючи другою рукою стегно, поки передня сідничка не народиться з-під симфізу, після чого спрямовують тракції догори для народження задньої сіднички. Одночасно з народженням задньої сіднички народжується й нога.

Після народження тазового кінця плід захоплюється обома руками в такий спосіб, щоб великі пальці лягли на крижі плода, один палець — у паховий згин, а три інші — на передню поверхню стегна, тракції проводять горизонтально і косо до народження плода до нижнього кута передньої лопатки. Слід пам'ятати, що після народження плода до пупка у вхід до

таза вступає голівка, перетискається пуповина і виникає (або поглиблюється) гіпоксія плода, тому дії лікаря повинні бути не лише правильними, але й швидкими.

Звільнення плечового пояса та голівки проводять за тими ж правилами, що і класичну ручну допомогу. Якщо операцію витягування плода проводять за наявності відповідних показань при змішаному сідничному передлежанні, спочатку вводять руку в піхву, виводять передню ніжку, розгинаючи її спочатку в кульшовому, а потім в колінному суглобі, стежачи за тим, щоб не утворювався задній вид (підколінна ямка повинна бути повернена допереду). Після того як ніжка виведена, проводять витягування плода, як описано вище.

Витягування плода за обидві ніжки. Виконують у разі повного ніжного передлежання. Витягування розпочинають із захоплення ніжок однойменними руками акушера. Великі пальці розміщують на задніх поверхнях гомілки, а решту — на передніх. Тракції виконують як і при попередній операції, стежачи за тим, щоб у міру просування ніжок пальці просувалися по них догори (весь час знаходилися біля статевої щілини). Всі наступні маніпуляції виконують так, як і при попередній операції.

Витягування плода за тазовий згин. Виконують при чистому сідничному передлежанні. Операцію вважають однією з найважчих в акушерстві як щодо виконання, так і за наслідками для плода і, нерідко, для матері. Виходячи з цього, питання методу розродження у разі наявного ускладнення при чистому сідничному передлежанні необхідно вирішувати в бік кесаревого розтину тоді, коли сіднички розміщені над входом до малого таза. Коли сіднички увійшли в пологовий канал, операцію виконати технічно важко і доводиться вдаватись до інструментальних методів, що завжди закінчується поганими наслідками для плода, а нерідко і для матері.

Якщо ситуація, що вимагає негайного розродження, виникає, коли сіднички знаходяться вже на тазовому дні або врізуються чи, ще краще, прорізуються, ручне витягування здійснити легше.

Техніка витягування плода за паховий згин. Вказівний палець уводять у відповідний паховий згин (бажано вводити палець у паховий згин, обернений допереду, проте можна ввести в той, що більш доступний). Променево-зап'ястковий суглоб цієї руки захоплюють другою рукою. Якщо є можливість увести пальці в обидва пахові згини, — виконання операції полегшується. Далі роблять тракції, напрямок яких залежить від того, де розміщені сіднички (що вони вище, то більш вертикальний — донизу — напрямок тракцій). Якщо сіднички наближаються до виходу з таза, тракції спрямовуються горизонтально, поки «передня» сідничка підійде під нижній

край симфізу, після чого намагаються вивести задню сідничку, роблячи тракції догори. Після народження задньої сіднички напрямок тракцій знову має бути спрямованим дещо донизу, поки плечовий пояс дійде до тазового дна. Ніжки при цьому випадають самостійно. На цьому етапі операції слід пам'ятати, що сила пальців, уведених у паховий згин, повинна бути спрямована саме на згин, а не на стегно, щоб уникнути його переломів. Далі користуються тими ж прийомами, що і при витягуванні плода за ніжки.

При всіх видах витягання плода необхідно виконувати епізіотомію.

Ускладнення: При виконанні операції витягування плода за тазовий кінець у плода виникають внутрішньочерепні крововиливи, кефалогематоми, розрив мосто-мозочкового намету, переломи кісток черепа, розриви печінки, селезінки, травми хребта, спинного мозку, кінцівок.

Для матері виникає небезпека глибокої травми шийки матки, що може переходити на склепіння, можливі відрив матки від склепіння, глибокі розриви стінок вагіни та промежини, травматичні пошкодження таза.

Акушерські щипці

Акушерські щипці — це інструмент, який застосовують для витягування доношеного або майже доношеного плода зі статевих шляхів за голівку.

У кінці XIX ст. професор Казанського університету М. М.Феноменов писав: «Важко припустити, щоб у людини, котра бачить пологовий акт, бачить, як у період прорізування роділля страждає і втрачає сили, щоб у цієї людини не виникла думка: о, якби я міг подовжити свої руки, якби я міг захопити голівку плода, вивести її з родових шляхів і припинити муки роділлі — якби така думка сяйнула в голові акушера, щипці давно були б винайдені».

Така думка сяйнула в голові шотландського акушера Чемберлена ще на початку XVII ст., проте сім'я Чемберленів зберігала свій винахід у таємниці і користувалася ним лише для особистого збагачення. Кілька разів Чемберлени намагалися продати свій секрет за великі гроші — у 1670 році французькому акушеру Морісо, у 1693 в Амстердамі анатому Рюйшу. Рюйш таки купив цей секрет, але не для допомоги хворим, а для наживи «У найобурливішій за своїм безчестям формі» (проф.Феноменов). Отож, пріоритет винайдення акушерських щипців належить Пальфіну з Фінляндії, який сконструював власну модель щипців — «залізні руки Пальфіна» і зробив про це повідомлення у Паризькій Академії наук. У повсякденну акушерську практику в колишній Росії акушерські щипці впровадив наш співвітчизник Н. М. Максимович-Амбодик.

Будова акушерських щипців. Щипці складаються з двох гілок — правої і лівої. Кожна гілка складається з ложки, замка та рукоятки із зовнішньою

ребристою поверхнею. У замковій частині щипців є виступи — гачки Буша, які є опорою для рук акушера при тракціях. Ложки мають дві кривизни — головну, що повторює обриси голівки плода, і тазову, що відповідає кривизні провідної осі таза.

Усі моделі акушерських щипців можна поділити на чотири види: російські, англійські, французькі, німецькі.

Ці моделі відрізняються між собою, в основному, влаштуванням замка, а також формою кривизни *(рис. 21.13)*. Так, у англійській моделі замок напіврухомий, ложки зміщуються лише в одній площині, не розходячись угору і вниз.

Російські щипці, сконструйовані українським ученим Іваном Павловичем Лазаревичем, мають рухомий замок, у якому ложки не перехрещуються. Завдяки цьому гілки можуть зміщуватись одна відносно одної вгору і вниз. Крім того, ці щипці не мають тазової кривизни (прямі щипці).

Найчастіше використовують англійську модель — щипці Сімпсона в модифікації Феноменова.

Маса цих щипців дорівнює 500 г, загальна довжина — 35 см: ложки — 20 см, рукоятки із замком — 15 см. При замкнутих щипцях проміжок між їх верхівками — 2,5 см, простір між віддаленими точками головної кривизни ложок складає 8 см. Гачки Буша повинні симетрично розміщуватись в одній площині, коли гілки щипців покласти на стіл, то на лівій гілці гачок та ребриста поверхня рукоятки повернуті ліворуч, на правій — праворуч. На лівій гілці замок та пластинка замка розміщені зверху, на правій — унизу. Ліву гілку беруть лівою рукою і вводять в ліву половину таза, праву — правою рукою — в праву половину таза.

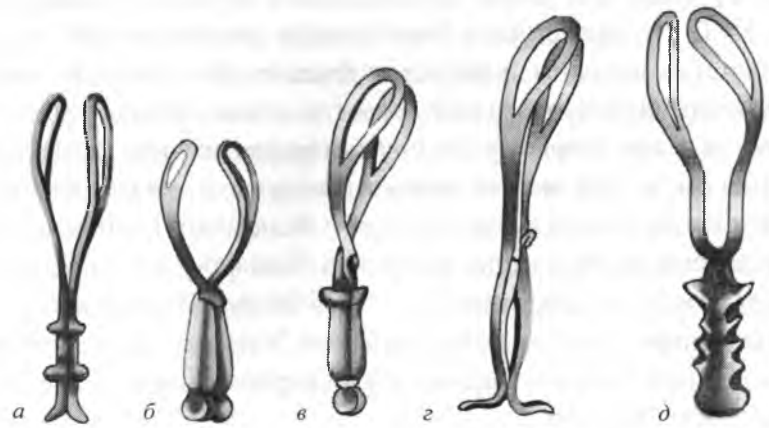


Рис. 21.13. Акушерські щипці:
а) — Лазаревича; б) — Смеллі; в) — Негеле;
г) — Левре; д) — Сімпсона — Феноменова

Показання для накладання акушерських щипців. Цю розроджувальну операцію застосовують для невідкладного завершення пологів, коли виникає небезпека для потуг та є умови для виконання операції. Виділяють дві групи показань — з боку матері та з боку плода.

Показання з боку плода:

- гостра гіпоксія плода.

Показання, пов'язані зі станом матері:

- вторинна слабкість пологової діяльності, яка супроводжується зупинкою поступальних рухів голівки, за відсутності ефекту від застосування медикаментозних чинників;
- важкі форми пізнього гестозу (важка форма прееклампсії, еклампсія);
- кровотечі у другому періоді пологів, обумовлені передчасним відшаруванням плаценти, розривом судин при оболонковому прикріпленні пуповини;
- захворювання серцево-судинної системи у стадії декомпенсації;
- захворювання легень з розладами дихання;
- міопія високого ступеня;
- гострі та хронічні інфекції з підвищеною температурою;
- ендометрит в пологах.

Умови для накладання щипців. Для виконання операції необхідні такі умови:

- живий плід (при мертвому плоді виконують плодоруйнівні операції);
- повне розкриття маткового зіву. Недотримання цієї умови призводить до розриву шийки та нижнього сегмента матки;
- відсутність плодового міхура;
- голівка повинна розміщуватися у виході з таза (вихідні щипці — з точки зору біомеханізму пологів, коли голівка здійснила свій внутрішній поворот, стрілоподібний шов розміщений у прямому розмірі) чи у вузькій частині порожнини малого таза (порожнинні щипці — сагітальний шов знаходиться в одному з косих розмірів вузької частини порожнини таза). При інших положеннях голівки щипці протипоказані;
- голівка повинна бути середніх розмірів, тобто не бути надто великою (гідроцефалія, гігантський плід), чи надто маленькою (недоношений плід, гіпотрофія, аненцефалія), оскільки за конструкцією параметри щипців відповідають голівці доношеного плода середніх розмірів;
- достатні розміри таза, щоб вивести голівку в щипцях. Вузький таз є протипоказанням для накладання акушерських щипців.

Протипоказання до накладання щипців:

- неповне розкриття вічка;
- гідроцефалія, аненцефалія;
- клінічно вузький таз;
- загроза розриву матки;
- мертвий плід.

Щипці є інструментом, призначеним для тракцій, вони замінюють силу потуг. Застосування щипців з іншою метою — для виправлення неправильних вставлень голівки, тобто як виправляючого чи ротаційного інструмента, травматичне, недоцільне і в сучасному акушерстві неприйнятне.

Підготовка до операції. Роділлю вкладають на ліжко Рахманова. Кишечник і сечовий міхур мають бути спорожнені (якщо положення голівки дозволяє, м'яким катетером спорожнюють сечовий міхур). Обробляють зовнішні статеві органи розчином йоду або йодонату.

Акушерські щипці накладає тільки лікар. Лікар обробляє руки, одягає стерильні рукавички. Перед операцією обов'язково проводять внутрішнє дослідження, за допомогою якого чітко встановлюють ступінь розкриття шийки матки, положення голівки, стрілоподібного шва.

Знеболювання: внутрішньовенний наркоз або пудентальна анестезія.

Інструментарій: акушерські щипці, корнцанги (2), тупокінцеві ножиці для епізіотомії, дзеркала для огляду шийки матки, вікончасті затискачі (2).

Техніка операції. Операція складається з п'яти етапів:

1. Введення та розміщення ложок.
2. Замикання щипців.
3. Пробна тракція.
4. Робочі тракції.
5. Зняття щипців.

Накладаючи акушерські щипці, слід дотримувати *«потрійних правил»:*

- *перше потрійне правило* — (три «Л» і три «П»). Першою вводять ліву ложку, лівою рукою в ліву половину таза, потім праву ложку правою рукою в праву половину таза;
- *друге потрійне правило* — (три «В»). При правильно накладених щипцях вісь голівки, щипців та провідна вісь таза повинні збігатися;
- *третє потрійне правило* — (три «Т»). Тракції спрямовані в напрямку колін лікаря, що сидить, якщо голівка в порожнині таза, горизонтально — коли голівка у виході і догори при прорізуванні голівки.

Вихідні акушерські щипці. Вихідні акушерські щипці, або типові щипці, накладають на голівку плода, яка розміщена у площині виходу з таза.

Складені щипці кладуть на стерильний столик. Першою вводять ліву

ложку, вона повинна при замиканні щипців розміщуватись під правою, в іншому випадку замикання щипців не відбудеться.

Перший етап. Перед уведенням лівої ложки в ліву половину таза вводять чотири пальці правої руки *(рис. 21.14 а)* для контролю за положенням ложки та захисту м'яких тканин пологових шляхів. Руку вводять між голівкою та боковою стінкою таза. Великий палець знаходиться зовні та відведений убік. Лівою рукою беруть ліву ложку, як писальне перо або смичок. Рукоятку лівої ложки перед її введенням розташовують паралельно до правого пахвинного згину. Нижнє ребро ложки впирається у великий палець правої руки. Ложку вводять у статеву щілину обережно, за рахунок підштовхування нижнього ребра великим пальцем правої руки і тільки частково просуванням рукоятки. При поступовому просуванні ложки рукоятка зміщується донизу, до промежини. Ложка повинна розташуватись на голівці збоку, відповідно до площини поперечного розміру виходу з таза. Гачок Буша розміщений тільки в горизонтальній площині. Після цього акушер виводить праву руку з піхви і передає рукоятку лівої ложки щипців асистенту, котрий утримує її так, щоб вона не зміщувалась. Потім акушер під контролем лівої руки вводить праву ложку правою рукою в праву половину таза, виконуючи правило трьох «П». Права ложка щипців завжди повинна розміщуватись над лівою. При цьому вступає в дію правило трьох «В». Щипці захоплюють голівку через щелепно-тім'яну площину, поздовжник їх проходить через вуха від малого тім'ячка до підборіддя і захоплює голівку у найбільшому поперечнику (біпарієтальному розмірі). Лінія рукояток щипців обернена до провідної точки голівки.

Другий етап. Для замикання щипців *(рис. 21.14 б)* кожну рукоятку беруть відповідною рукою: ліву — лівою, праву — правою. Руки розташовують так: великі пальці кладуть на гачки Буша, а рукоятки захоплюють чотирма пальцями, наближають одна до одної і замикають щипці. Щоб стискання голівки не було надмірним, між рукоятками слід закласти пелюшку або рушник. Після замикання щипців необхідно провести піхвове обстеження і переконатись, що щипцями не захоплені м'які тканини, що вони накладені правильно.

Третій етап — пробна тракція. Цей момент необхідний для того, щоб переконатись, що щипці правильно накладені й немає загрози їх зісковзування. Виконання його проводять таким чином: права рука охоплює рукоятки щипців так, щоб вказівний та середній пальці розташувались на гачках, ліва рука розміщується над правою так, щоб вказівний палець був витягнутий і торкався голівки в ділянці провідної точки. Правою рукою обережно проводять першу тракцію. Під час цієї тракції вказівний палець при просуванні голівки торкається її. Коли проміжок між вказівним пальцем і голівкою збільшується — це свідчить, що щипці накладені неправильно і зісковзують.

Четвертий етап. При робочих тракціях *(рис. 21.14 в,г)* щипці захоплюють таким чином: права рука охоплює замок згори, третій палець розміщується у щілині між ложками над замком, а другий та четвертий пальці — на гачках. Лівою рукою охоплюють рукоятку щипців знизу. Тракції голівки щипцями повинні відповідати природним зганяючим силам. Напрямки тракцій при використанні вихідних акушерських щипців проводять донизу і допереду до того часу, доки потиличний горб не вийде з-під симфізу. Після цього тракції направляють допереду (догори) (третє «потрійне правило»). При цьому відбувається розгинання голівки навколо точки фіксації. Проводять виведення голівки в щипцях. Акушер, стоячи зліва від роділлі, бере рукоятки щипців у праву руку, обережно підіймає їх допереду, описуючи дугу 90°, лівою рукою акушер або помічник підтримує промежину, не допускаючи занадто швидкого народження лобних горбів. Перед виведенням голівки проводять епізіотомію. Тракції лікар виконує стоячи або сидячи, лікті притискає до тулуба, щоб не розвинути надто велику силу і не спричинити дуже швидкого народження голівки і всього плода та не нанести глибокої травми роділлі. Вони проводяться в одному напрямку, тривалість окремої тракції відповідає тривалості однієї потуги, вони повторюються з перервами 30–60 с. Не дозволяється виконувати коливальні, обертальні, маятникоподібні рухи. Тракція повинна бути закінчена в тому напрямку, в якому була розпочата.

П'ятий момент. Розмикання та зняття щипців. Зняття щипців відбувається після прорізування найбільшої окружності голівки чи після її народження. Щипці роз'єднують і знімають у зворотній послідовності — спочатку правою рукою праву ложку, потім лівою — ліву. Рукоятку правої ложки відводять до лівого пахвинного згину, ліву — до правого.

Модифікація тракцій за Цов'яновим. Н. А. Цов'янов запропонував метод захоплення щипців, який дозволяє одночасно проводити тракції та відводити голівку в крижову западину: другий та третій пальці обох рук акушера, зігнуті гачком, захоплюють на рівні гачків Буша зовнішню та верхню поверхні, причому основні фаланги вказівних пальців розташовані на зовнішній поверхні рукояток, гачки проходять між основними фалангами вказівних та середніх пальців, середні фаланги пальців — на поверхні, м'якоть нігтьових фаланг розташовується в середній третині нижньої поверхні рукояток. Четвертий та п'ятий пальці, також дещо зігнуті гачком, захоплюють, відходячи від замка, паралельні гілки щипців зверху і просуваються якомога вище, ближче до голівки. Великі пальці, знаходячись під рукояткою, повинні впиратися в середню третину нижньої поверхні рукояток. Основна робота припадає при такому захопленні щипців на четвертий та п'ятий пальці обох рук, особливо на нігтьові фаланги. При захопленні щипців за Цов'яновим тракції проводять лише стоячи.

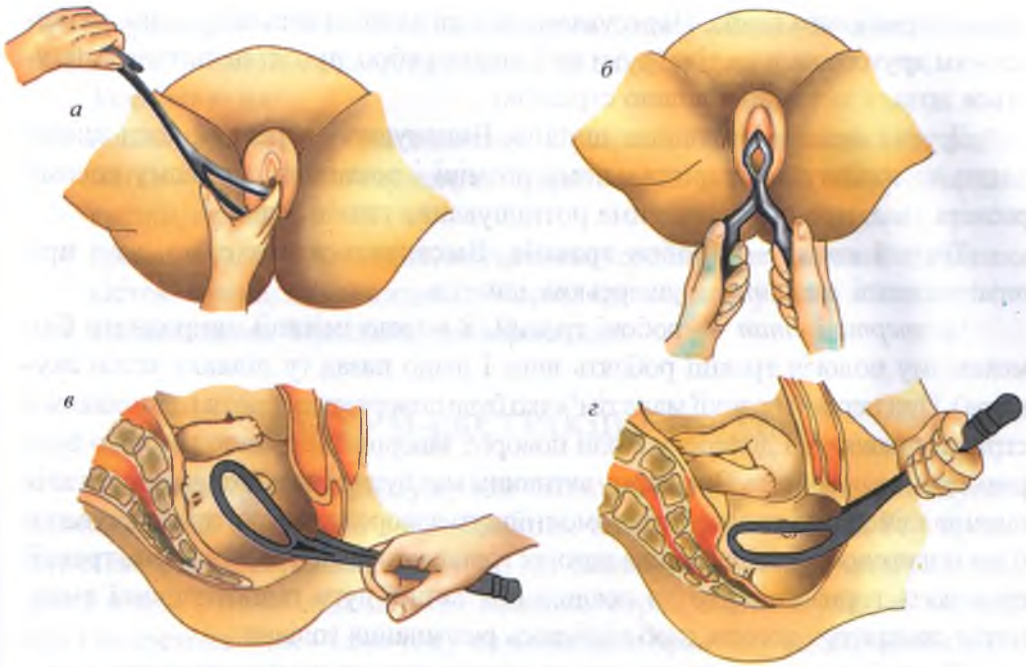


Рис. 21.14. Вихідні акушерські щипці:
а) — введення лівої ложки; б) — замикання щипців; в, г) — тракції

Порожнинні акушерські щипці. Їх накладають на голівку, яка розміщена у вузькій частині порожнини малого таза. Голівці необхідно буде в щипцях завершити внутрішній поворот і здійснити розгинання.

Акушерські щипці накладають *у косому розмірі,* протилежному тому, в якому знаходиться стрілоподібний шов, для того, щоб ложки лягли на голівку в ділянці тім'яних горбів. Накладання порожнинних щипців значно складніше, ніж вихідних.

Техніка операції при першій позиції. При першій позиції і передньому виді потиличного передлежання сагітальний шов знаходиться у правому косому розмірі. Щипці необхідно накласти у лівому косому розмірі.

Перший етап — введення ложок. При накладанні щипців зберігають порядок введення ложок. Ліву ложку вводять під контролем правої руки в лівий задньобоковий відділ таза і розміщують у ділянці лівого тім'яного горба голівки, рукоятку щипців передають асистенту. Права ложка повинна лягти на голівку з протилежного боку, але ввести її одразу неможливо, оскільки цьому перешкоджає лобкова дуга. Цю перешкоду долають за допомогою переміщення («блукання») ложки пальцями руки, що знаходиться у вагіні. Праву ложку вводять за правилом у задньобоковий відділ правої половини таза під контролем лівої руки, введеної в піхву, потім ложку пересувають допереду («блукання»), поки вона не ляже на голівку в ділянці

правого тім'яного горба. Пересування ложки здійснюють обережно, натисканням другого пальця лівої руки на її нижнє ребро, рукоятка щипців зміщується дозаду за годинниковою стрілкою.

Другий етап — змикання щипців. Виконують обережно, коли щипці лягли на голівку в біпарієтальному розмірі і розміщені у лівому косому розмірі таза, про що свідчитиме розташування гачків Буша.

Третій етап — пробна тракція. Виконується так само, як і при використанні вихідних акушерських щипців.

Четвертий етап — робочі тракції. З метою імітації природного біомеханізму пологів тракції роблять вниз і дещо назад (у ділянку колін акушера). При першій позиції мале тім'ячко буде повертатися проти годинникової стрілки праворуч і допереду. Коли поворот завершиться, мале тім'ячко буде розміщене під лобком. При цьому активним має бути тільки витягання, ротація щипців здійснюється внаслідок самостійного повороту голівки при просуванні її по пологовому каналу. Після того як голівка досягне тазового дна, тракції проводять горизонтально до появи з-під лонної дуги підпотиличної ямки, потім допереду і догори, щоб відбулось розгинання голівки.

П'ятий етап — розмикання та зняття щипців виконується так само, як вихідних акушерських щипців.

Техніка операції при другій позиції плода. При другій позиції сагітальний шов знаходиться у лівому косому розмірі, щипці накладають у протилежному розмірі таза — правому косому.

Перший етап — введення ложок — виконується згідно з правилами. Для того щоб ложки лягли у правому косому розмірі, в передньобоковому відділі таза повинна розміщуватись ліва ложка, яка виконуватиме роль «блукаючої». Після введення в задньобоковий відділ таза ліву ложку пересувають допереду. Праву ложку вводять у задньобоковий відділ правої половини таза. Таким чином, ложки розміщуються біпарієтально в площині правого косого розміру.

Другий та *третій етапи* операції виконують типово.

Четвертий етап виконують, як і при першій позиції. Різниця полягає в тому, що, в міру просування, голівка разом зі щипцями здійснює поворот на 45° за годинниковою стрілкою, а не проти.

П'ятий етап виконують типово.

Труднощі, які виникають при накладанні щипців. Труднощі при *введенні* можуть бути пов'язані з вузькою піхвою та ригідністю тазового дна. *Неможливо замкнути ложки* тоді, коли вони лежать не в одній площині. *Відсутність просування голівки*, коли тракції проводять не за правилами. Зісковзування щипців — по вертикалі або по горизонталі — відбувається

при неправильному захваті голівки, неправильному замиканні щипців, невідповідності розмірів голівки (маленька чи велика) плода.

Ускладнення:

- пошкодження пологових шляхів — розриви піхви, промежини, шийки матки і її нижнього сегмента, пошкодження сечового міхура і прямої кишки, нориці;
- травма плода — гематоми, внутрішньочерепні крововиливи, вдавлення кісток черепа, парез лицевого нерва, крововилив у очне яблуко;
- післяпологові інфекційні захворювання.

ВАКУУМ-ЕКСТРАКЦІЯ ПЛОДА

Ідея застосування вакууму для витягування голівки плода існувала давно. Майже одночасно з винайденням щипців (кінець XVII ст.) пропонувались відсмоктувальні пристрої, які давали можливість витягувати голівку плода з пологових шляхів. Напевне, перші відсмоктувальні апарати були недосконалими і саме тому не ввійшли в практику родопомічних закладів, а з часом були забуті. В середині минулого століття забута ідея була відроджена. Швед Т. Мальмстрем сконструював апарат, що складався з кількох чашечок різного діаметра, з'єднаних з електровідсмоктувачем. Різні діаметри чашечок дозволяли накладати їх на голівку плода при різних ступенях розкриття шийки матки. Вакуум-екстракцію використовують у тих випадках, коли щипці накласти неможливо, а для кесаревого розтину умови втрачені.

Неправильне визначення показань до вакуум-екстракції плода, порушення техніки виконання операції, недостатність та недосконалість моделей апаратів призвели до збільшення випадків травматизації новонароджених (порушення мозкового кровообігу) з негативними віддаленими наслідками. Це, врешті-решт, змусило акушерів рідше застосовувати вакуум-екстракцію, а в деяких країнах від цього методу розродження відмовились повністю. Цьому сприяли також нові підходи до операції кесаревого розтину. Впродовж останніх 20 років метод став напівзабутим. Виросло ціле покоління акушерів, які знають про вакуум-екстракцію лише як про історичний факт. Однак останніми роками виявилось, що, незважаючи на розширення показань до кесаревого розтину, збільшення кількості розроджень з допомогою цієї операції, немає поступу до зниження рівня перинатальної смертності та травматизації новонароджених. І природно, що думка лікаря повертається до методів, які були у свій час забуті, зокрема, до вакуум-екстракції.

Вакуум-екстракція плода показана при слабкості пологової діяльності, що не піддається медикаментозній корекції, затяжному другому періоді

пологів, наявності ендометриту, відшаруванні плаценти в кінці періоду вигнання. Нерідко при цих акушерських ситуаціях виникає і дистрес плода. У такій ситуації вакуум-екстракцію як вибір треба застосовувати, якщо голівка не здійснила повороту, а стрілоподібний шов перебуває у поперечному розмірі таза. Для успішного виконання операції необхідне досконале знання біомеханізму пологів, оскільки хід екстракції передбачає здійснення тракцій відповідно до біомеханізму. Особливо важливо проводити тракції синхронно з потугами.

Суттєвою перевагою вакуум-екстракції над щипцями є те, що при застосуванні цього методу не збільшується об'єм передлеглої частини за рахунок інструмента.

Таким чином, вакуум-екстракція плода розширює можливості розродження жінок через природні пологові шляхи, не підвищуючи травматизації новонароджених і даючи можливість зменшення травматизму матері, але потрібно враховувати протипоказання: невідповідність між розмірами таза і плода, високе стояння голівки плода, всі розгинальні передлежання, неповне розкриття шийки матки, незрілість плода. Вакуум-екстракцію слід застосовувати в кінці II періоду пологів, коли накладання щипців недоцільне або протипоказане.

На сьогоднішній день доволі часто використовують вакуум-екстрактор «Ківі» з пластиковою чашечкою і ручним відсмоктувачем, який є стерильним і призначеним для разового використання. Апарат має дві модифікації — чашка Pro Cup, яку використовують при потиличному передлежанні та при положенні голівки у виході з таза. Ця чашка м'яка, гнучка, захоплює велику площу голівки, що зменшує її травматизацію. Інша чашка Omni Cup є універсальною для будь-якого передлежання. Для простоти введення і правильного розміщення чашки при задньому виді потиличного передлежання передбачена ручка.

Чашку вводять після проведення вагінального дослідження, за повного розкриття шийки матки, відсутності плодового міхура. Після цього, відтягнувши промежину двома пальцями вільної руки, вводять чашку, притискають до голівки і розміщують так, щоб центр її опинився над провідною точкою. Упевнившись у правильному накладанні чашки, відсутності защемлення м'яких тканин матері між чашкою та голівкою, створюють вакуум до 100 мм рт.ст. (на індикаторі вакууму — жовта зона). З початком перейм вакуум піднімають до 450–600 мм рт.ст (зелена зона). *За жодних умов не можна перевищувати 620 мм рт.ст. (червона зона).* Після цього можна проводити тракції. Напрямок тракції має збігатися з кривизною таза: поки голівка не опуститься у вихід з таза — вниз, потім — горизонтально і вгору. Тракції

проводять сидячи. Лікар повинен контактувати з роділлею, залучаючи її до активної участі в пологах.

Розпочинаючи тракцію, слід натиснути на купол чашки великим пальцем вільної руки, щоб помітити відокремлення чашечки від черепа. Тракції треба здійснювати синхронно з потугами, між ними можна зменшувати вакуум до рівня «жовтої зони». Не рекомендується виконувати маятникоподібні рухи, оскільки це сприяє відокремленню чашечки від голови.

Після витягування новонародженого оцінюють не лише його загальний стан, а й стан черепа. Варто пояснити батькам, що «видовження» голови зникне впродовж кількох годин, а сліди від чашки — через кілька днів. При правильному визначенні показань, дотриманні техніки виконання травматизм матері та новонародженого при використанні цієї моделі може бути мінімальним.

КЕСАРІВ РОЗТИН

Серед акушерських операцій абдомінальному кесаревому розтину належить одне з головних місць. Це операція, при якій плід з усіма його ембріональними утворами витягують через розріз на матці. Кесарів розтин — одна з операцій, які робили ще в давні часи. В міфах Древньої Греції трапляються розповіді, що за допомогою цієї операції були витягнуті з тіл померлих матерів Асклепій та Діоніс.

Наприкінці VII ст. до нашої ери римський імператор Нума Помпіліус видав закон, згідно з яким поховання померлих вагітних жінок дозволялося тільки після витягання з них плода шляхом розтину.

У XVI столітті хірург Амбруаз Паре вперше виконав кесарів розтин на живій жінці. Проте після операції роділлі помирали, оскільки розтин на матці не зашивали. У 1876 році Г. Е.Рейн і, незалежно від нього, Е. Поро запропонували видалення матки після витягання дитини та ушивання кукси шийки матки в черевну рану. Це дозволило знизити летальність після кесаревого розтину до 24,3%. У 1881 році Ф. Керер запропонував зашивати розтин на матці триповерховим швом. Роділля після операції вижила. Відтоді абдомінальне розродження набуло поширення, проте материнська і перинатальна смертність залишалась високою. Лише з 50-х років XX століття, завдяки впровадженню в практику антибактеріальних препаратів, переливання крові, знеболювання, удосконалення техніки операції наслідки значно покращились. Частота операцій в наш час коливається від 7 до 20%, збільшившись в Україні за останні 20 років у 10 разів. Спостерігається розширення показань до операції в інтересах плода. Вважалось, що правильне її використання може суттєво вплинути на зниження показників материнської

та перинатальної смертності. Проте аналіз свідчить, що подальше зростання частоти кесаревого розтину вже не приводить до зниження цих показників, зате зростає кількість гнійно-септичних ускладнень, крововтрат, формування неповноцінних рубців. Для сприятливих наслідків операції велике значення мають плановість і своєчасність оперативного втручання (відсутність довгого безводного проміжку, ознак інфікування пологових шляхів тощо), кваліфікація і хірургічна підготовка лікарів.

Слід наголосити, що ступінь ризику для життя і здоров'я жінки після кесаревого розтину у 12 разів вищий, ніж при пологах через природні пологові шляхи. *Найчастішими причинами смерті жінок у післяопераційному періоді є:* кровотеча, емболія навколоплодовими водами, тромбоемболія легеневої артерії, сепсис і перитоніт. Тому для розродження шляхом операції кесаревого розтину необхідно чітко визначити показання, протипоказання, суворо дотримуватись усіх умов.

Показання до операції кесаревого розтину. Понад 20 років тривала еволюція підходів до визначення показань щодо кесаревого розтину. Традиційно було прийнято поділяти показання на абсолютні та відносні.

Абсолютними показаннями слід вважати такі патологічні стани, коли видалити через природні пологові шляхи ні живий, ні мертвий плід неможливо, або цей спосіб розродження більш небезпечний не тільки для життя матері, але й для її майбутньої працездатності.

Відносними показаннями вважають захворювання й акушерські ситуації, які несприятливо відображаються головним чином на стані плода і при яких ставиться під сумнів отримання живого та здорового новонародженого при розродженні через природні пологові шляхи. В останні роки трансформація поглядів на показання до кесаревого розтину в бік відносних викликала необхідність перегляду чинних класифікацій.

З метою зниження материнської і перинатальної захворюваності й смертності визначено такі акушерські ситуації, при яких показане розродження шляхом операції кесаревого розтину.

Показання з боку матері:

1. Анатомічно вузький таз — III й IV ступенів звуження.
2. Клінічно вузький таз.
3. Центральне передлежання плаценти.
4. Часткове передлежання плаценти з вираженою кровотечею та відсутністю умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
5. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти та відсутність умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
6. Розрив матки, що загрожує або почався.
7. Два і більше рубців на матці.

8. Неспроможність рубця на матці.

9. Рубець на матці після корпорального кесаревого розтину.

10. Рубцеві деформації шийки матки і піхви.

11. Аномалії пологової діяльності, які не піддаються медичній корекції.

12. Виражене варикозне розширення вен шийки матки, піхви і вульви.

13. Вади розвитку матки і піхви, які перешкоджають народженню дитини.

14. Стани після розриву промежини III ступеня і пластичних операцій на промежині.

15.Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць.

16. Пухлини органів малого таза, що перешкоджають народженню дитини.

17. Рак шийки матки.

18. Відсутність ефекту від лікування тяжких форм пізнього гестозу при неможливості термінового розродження через природні пологові шляхи.

19. Травматичні пошкодження таза і хребта.

20. Екстрагенітальна патологія за наявності запису профільного спеціаліста: артеріальна гіпертензія III ст.; коарктація аорти; аневризма аорти чи іншої крупної артерії; систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду <40%, «свіжі» крововиливи у сітківку на тлі діабетичної або гіпертонічної ангіопатії; захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу; легенева кровотеча менш ніж за 4 тижні до розродження; портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу, шлунка; спленомегалія; діафрагмальна грижа; гіпертензійно-лікворний синдром; стан після геморагічного інсульту; необхідність виключення (укорочення) потуг за відсутності головного передлежання.

21. Гостра форма генітального герпесу протягом 3-х тижнів перед пологами.

22. Мертвонародження в анамнезі у поєднанні з іншою акушерською патологією.

23. ВІЛ-інфікування вагітної при вірусному навантаженні більше, ніж 1000 копій. Операцію виконують до початку пологової діяльності та розриву плодових оболонок.

Показання з боку плода:

1. Гіпоксія плода, підтверджена об'єктивними методами обстеження, за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.

2. Тазове передлежання плода при передбачуваній масі більше, ніж 3700 г.

3. Випадання пульсуючих петель пуповини.

4. Неправильне положення плода після відходження навколоплодових вод.

5. Високе пряме стояння стрілоподібного шва.

6. Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового).

7. Вагітність унаслідок застосування лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій або після тривалого лікування безпліддя.

8. Стан агонії або клінічної смерті матері при живому плоді.

9. Багатоплідна вагітність при тазовому передлежанні І плода.

10. Гіпоксія або тазове передлежання плода, маса плода більша, ніж 4000 г при цукровому діабеті в матері.

Умови виконання операції: живий плід (окрім масивної кровотечі при повному передлежанні плаценти, передчасному відшаруванні плаценти, звуження таза IV ступеня); цілий плодовий міхур або безводний період, тривалість якого до 12 годин; відсутність станів лихоманки у жінки.

Організаційні умови проведення операції кесаревого розтину: згода вагітної або її родичів на проведення оперативного розродження; вибір оптимального часу для проведення планової операції (доношена вагітність, проведення операції з початком пологової діяльності); визначення типу антибіотика для антибактеріальної профілактики; наявність умов та спеціалістів відповідної кваліфікації.

Підготовка до операції. Операцію кесаревого розтину проводять планово та під час пологів. Плановою є операція кесаревого розтину, яка виконується за наявності в Історії пологів запису консиліуму лікарів про необхідність її виконання з урахуванням умов, показань та протипоказань. З метою зменшення ризику післяопераційних ускладнень планову операцію слід розпочинати з початком пологової діяльності. Якщо в Історії є запис про проведення планової операції з початком пологової діяльності чи з вилиттям навколоплодових вод, немає значення, в денний чи нічний час вона буде виконана. При підготовці до планової операції обов'язковими є повноцінне клінічне та лабораторне обстеження вагітної з метою виявлення змін з боку серцево-судинної та дихальної систем, системи гомеостазу, функції нирок і печінки. Визначають групу крові та резус-фактор. Виявлені порушення функції органів і систем необхідно усунути шляхом здійснення коригуючої терапії. Особливо ретельної підготовки до операції потребують жінки з кровотечею та гестозом, яким потрібно швидко усунути дефіцит ОЦК, стабілізувати показники гомеостазу, макро- і мікроциркуляції. Навіть короткотривала підготовка до операції при критичних станах організму дає можливість значно зменшити ступінь операційно-анестезіологічного ризику. Передопераційна підготовка повинна передбачати також санацію пологових шляхів, за показаннями — введення простагландинів.

Якщо кесарів розтин виконують у плановому порядку, то напередодні операції дають легкий обід (рідкий суп з білим хлібом, кашу), на вечерю — солодкий чай. Клізму роблять увечері та вранці у день операції (за 2 години до її початку). Напередодні операції на ніч дають снодійне. Доцільно разом зі снодійним призначити десенсибілізувальні препарати.

Якщо кесарів розтин виконують ургентно, то перед операцією при повному шлунку його випорожнюють через зонд, ставлять клізму, якщо до цього відсутні протипоказання (кровотеча, розрив матки та ін.). У цих випадках анестезіолог завжди повинен пам'ятати про можливість регургітації кислого вмісту шлунка в дихальні шляхи (синдром Мендельсона).

Сечу випускають катетером на операційному столі й на час операції залишають катетер у сечовому міхурі.

Вибір методу знеболювання при кесаревому розтині визначають індивідуально з урахуванням стану вагітної та плода, плановості та екстреності операції. Крім того, засоби, що використовуються, повинні бути безпечні для матері та плода. За необхідності термінового розродження найбільш доцільним методом знеболювання при кесаревому розтині є ендотрахеальний наркоз у поєднанні з нейролептиками та аналгетиками. У деяких вагітних, якщо стан матері й плода не вимагають *негайного* втручання, може бути використана епідуральна анестезія. Вона знижує ризик аспірації у матері та ризик медикаментозної депресії у новонародженого. При проведенні наркозу необхідно пам'ятати, що від його початку до вилучення плода повинно пройти не більше 7–10 хвилин.

При виконанні операції слід адекватно поповнювати крововтрату шляхом гемотрансфузії з одночасним введенням кровозамінних розчинів гемодинамічної або реологічної дії.

Інструментарій для операції: скальпелі (2–3), анатомічні та хірургічні пінцети (4), корнцанги (5–6), ножиці прямі (2), ножиці зігнуті (2), гачки Фарабефа (2), дзеркала черевні, кровозупинні затискачі (10–12), затискачі Микулича (8–10), затискачі Більрота (20), щипці кульові (2), кюретки великі (1–2), вікончасті затискачі (2), голкотримачі (4), голки хірургічні різних розмірів (7–8), лопатка Ревердена, затискачі для білизни (6–8), катетер жіночий металевий, шприци з голками (2).

Операційна сестра готує також стерильну білизну, серветки, тампони, шовний матеріал. Уся білизна та інструменти повинні бути ретельно підраховані до та після операції.

Техніка кесаревого розтину. Найраціональнішим методом кесаревого розтину в сучасному акушерстві є операція в нижньому сегменті матки поперечним розрізом. Залежно від того, розрізають чи не розрізають очере-

вину, розрізняють інтра- та екстраперитонеальний кесарів розтин; метод Старка. Метод операції залежить від конкретної акушерської ситуації та оперативної техніки хірурга.

Класичний корпоральний кесарів розтин виконують тільки за суворими показаннями:

- за відсутності доступу до нижнього сегмента матки;
- при вираженому варикозному розширенні вен у ділянці нижнього сегмента матки;
- за неповноцінності поздовжнього рубця на матці чи після попереднього корпорального кесаревого розтину;
- за необхідності наступного видалення матки;
- в умираючої жінки за наявності живого плода.

Кесарів розтин у нижньому сегменті матки поперечним розрізом. Передню черевну стінку розрізають нижньосерединним або поперечним надлобковим розрізом за Пфаннештілем. Розмір будь-якого розрізу повинен бути достатнім, щоб було добре видно операційне поле і не утруднювались маніпуляції хірурга.

На даний час методом вибору є поперечний надлобковий розріз передньої черевної стінки з поперечним розтином апоневрозу. Вісцеральну очеревину розтинають поперечно в ділянці міхурово-маткової складки і відшаровують донизу.

У ділянці нижнього сегмента матки невеликим поперечним розрізом на 2 см нижче від міхурово-маткової складки розрізають стінку матки *(рис. 21.15)* вказівними пальцями обох рук обережно розтягують краї рани до 10–12 см у поперечному напрямку. В деяких випадках може бути використаний розріз у модифікації Дерфлера: після розтину стінки матки скальпелем, далі правовуч і ліворуч від середньої лінії дугоподібно вгору ножицями подовжують розріз до необхідних розмірів. Слід пам'ятати, що за рахунок ротації матки лівий судинний пучок розміщений ближче допереду, ніж правий. Необхідно враховувати також той факт, що нижній сегмент матки існує лише в пізні терміни вагітності та в пологах. До початку пологів його верхня межа розміщена на рівні входу до таза, тоді як при повному розкритті вона може бути на 8–10 см вище від симфізу. Плід та послід обережно видаляють рукою. Порожнину матки протирають серветкою та обережно вишкрібають великою тупою кюреткою.

Для зменшення крововтрати під час операції в м'яз матки або внутрішньовенно вводять метилергометрин 0,02% — 1 мл, окситоцин — 1 мл 5 ОД або простагландини $F_2\alpha$ 5 мг чи E_2 — 1 мг. Краї рани, особливо в ділянці кутів, захоплюють вікончастими затискачами.

Якщо кесарів розтин проводять планово і немає впевненості в прохідності цервікального каналу, необхідно розширити його розширювачами Гегара, щоб створити умови для відтоку лохій.

Важливе значення має техніка накладання швів на матку. Річ у тім, що серед причин летальності після кесаревого розтину одне з перших місць посідає перитоніт, котрий розвивається, головним чином, через неспроможність швів на матці.

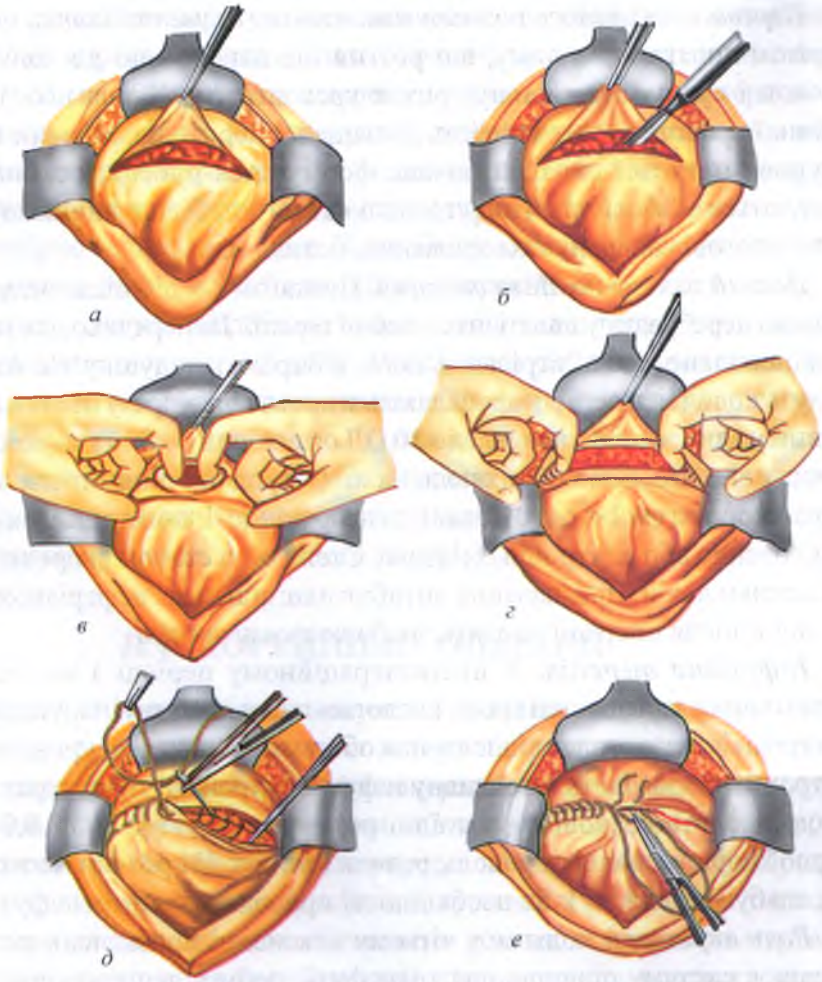


Рис. 21.15. Основні моменти кесаревого розтину з поперечним розрізом матки у нижньому її сегменті:
а) — поперечний розріз міхурово-маткової складки;
б) — невеликий поперечний розріз матки; у нижньому її сегменті;
в) — у поперечний розріз матки введені 2 пальці;
г) — розширення розрізу; д) — накладання безперервних швів;
е) — перитонізація місця розрізу матки міхурово-матковою складкою

При операції в нижньому сегменті матки рану зашивають однорядним м'язово-м'язовим швом з використанням сучасних шовних матеріалів — дексону, вікрилу. Це створює кращі умови для загоєння рани з утворенням мінімальної кількості сполучної тканини. Перитонізацію виконують за рахунок міхурово-маткової складки. Закінчивши перитонізацію проводять ревізію черевної порожнини, звертаючи особливу увагу на стан придатків матки, задню стінку матки, апендикс. Передню черевну стінку зашивають пошарово, накладаючи на шкіру внутрішньошкірний косметичний шов.

Переваги кесаревого розтину в нижньому сегменті матки поперечним розрізом полягають у тому, що розтин іде паралельно до ходу м'язових волокон і судин, що зменшує ризик крововтрати, менша небезпека гіпотонічної кровотечі, є можливість досконалої перитонізації рани за рахунок міхурово-маткової складки, краще формується рубець, оскільки менше зміщуються м'язові пласти при інволюції матки. Рідше виникають спайки, післяпологові запальні захворювання, безплідність.

Догляд за хворою після операції. Протягом 2-х діб після операції хвора повинна перебувати у палаті інтенсивної терапії. Попередньо для неї готують функціональне ліжко: зігрівають його, забирають подушку. На живіт жінки кладуть холод і тягар. Для профілактики кровотечі відразу після народження дитини у вену вводять крапельно 10 ОД окситоцину у 500 мл фізіологічного розчину зі швидкістю 60 крапель на хв (з продовженням після закінчення операції протягом 2-х год). Надалі, за необхідності, окситоцин уводять внутрішньовенно або внутрішньом'язово. Стежать за станом скорочення матки, виділенням лохій. Призначають антибіотики: зинацеф, цефтріаксон. У перші 3–4 доби після операції вводять знеболювальні засоби.

Інфузійна терапія. У післяопераційному періоді з метою корекції реологічних властивостей крові, кислотно-лужного стану, порушення обміну електролітів, а також для відновлення об'єму циркулюючої крові та дефіциту еритроцитів проводять інтенсивну інфузійно-трансфузійну терапію. З цією метою вводять сольові та колоїдні розчини (фізіологічний 0,9% розчин натрію хлориду, дисоль, трисоль, розчин Рінгера, 5% розчин глюкози, лактасол, альбумін, плазму). За необхідності проводять гемотрансфузію.

Роль акушерки полягає у чіткому виконанні призначень лікаря. Вона заповнює систему рідиною для трансфузії, робить венопункцію й ставить систему, стежить за її функціонуванням, а також за станом пацієнтки під час трансфузії.

Щоденно проводять туалет післяопераційної рани: обробляють 96% етиловим спиртом та накладають асептичну пов'язку. Через 5–6 годин після операції хвора може повертатись на бік. Вставати породіллі дозволяють за відсутності протипоказань наприкінці першої доби. Швидке вставання хво-

рої після операції є методом профілактики парезу кишечника, тромбоемболічних ускладнень, пневмонії. В першу добу хвора їжі та рідини не приймає. Їй необхідно змочувати губи вологим тампоном та полоскати порожнину рота. На другу добу можна дозволити несолодкий чай, кисіль, мінеральну воду, неміцний бульйон. Наступного дня можна вживати слизисті супи, протерті каші, кефір, картопляне пюре. Надалі породіллю можна переводити на загальну дієту.

Акушерка повинна стежити за функцією сечового міхура та кишечника хворої. Запобігти парезу кишечника можна лікувальною гімнастикою та дихальними вправами. Якщо ці заходи неефективні, — внутрішньовенно вводять 10–20 мл 10% розчину хлориду натрію. Проводять гіпертонічну клізму з такого ж розчину. Для стимуляції сечовипускання необхідно використовувати підігріте підкладне судно, полити на зовнішні статеві органи теплою водою, відкрити кран з водою (стимуляція звуком). Якщо це не допомагає, підшкірно вводять пітуїтрин. За необхідності проводять спорожнення сечового міхура катетером. Якщо післяопераційний період у матері та неонатальний у дитини перебігають без ускладнень, годувати новонародженого дозволяється на 1–2 добу. Перев'язки роблять щоденно. Рану ретельно оглядають і обробляють одним з антисептиків, після чого знову закривають асептичною пов'язкою. У разі наявності запалення в ділянці рани породіллю переводять у друге акушерське відділення. Шви знімають на 5–6 добу після операції. Виписують хворих на 6–7 добу за умови нормального перебігу післяопераційного періоду.

ПЛОДОРУЙНІВНІ ОПЕРАЦІЇ

Плодоруйнівні операції застосовують у випадках, коли розміри голівки плода не відповідають розмірам таза матері або при неправильних положеннях плода, якщо інші акушерські операції, зокрема, кесарів розтин, протипоказані. Ці втручання спрямовані на зменшення розмірів плода, що дає можливість вилучити його через природні пологові шляхи, і використовуються виключно при мертвому плоді. В сучасному акушерстві такі операції застосовуються дуже рідко. Останніми роками за наявності мертвого плода з метою зменшення травматизації м'яких тканин родового каналу завжди роблять краніотомію. Залежно від положення та передлежання плода розрізняють такі види плодоруйнівних операцій:

Краніотомія — зменшення об'єму передлеглої або послідуючої (при тазових передлежаннях) голівки шляхом її перфорації, руйнування і видалення мозку.

Ембріотомія — операція, завдяки якій плід вилучають з порожнини матки частинами. До таких операцій належать декапітація, евентерація та евісцерація.

Спондилотомія та **клейдотомія** — операції, при яких зменшення розмірів плода досягається за рахунок створення взаєморухомості його окремих частин.

Показання до плодоруйнівних операцій:

- невідповідність між розмірами таза та плода за відсутності умов для кесаревого розтину;
- неправильні положення плода;
- необхідність розродження матері з мертвим плодом.

Умови до операцій:

- мертвий плід;
- відсутність абсолютного звуження таза (справжня кон'югата не повинна бути меншою за 7 см, оскільки у такому випадку вилучити навіть зменшений у розмірах плід природними пологовими шляхами неможливо);
- відсутність плодового міхура;
- відкриття маткового вічка не менше ніж 6 см (для краніотомії) або повне відкриття;
- згода роділлі на операцію;
- наркоз, необхідний з метою знеболювання та запобігання негативних переживань роділлі.

Краніотомія — операція, яку застосовують при головних передлежаннях плода для зменшення розмірів його голівки.

Показання: невідповідність між розмірами таза матері та голівкою плода; неможливість народження послідуючої голівки при тазових передлежаннях (наприклад, при гідроцефалії плода).

Умови: ті самі, що для інших видів плодоруйнівних операцій.

Підготовка хворої: спорожнення сечового міхура, повторна обробка зовнішніх статевих органів.

Інструментарій: широкі піхвові дзеркала з підіймачами (3), щипці Мюзо (2–3), перфоратор, ножиці довгі тупі, ложечка або кюретка для руйнування мозку, краніокласт *(рис. 21.16-21.18).*

Техніка операції:

1) **перфорація голівки плода** *(рис. 21.19);* У піхву вводять дзеркала (для кращого контролю можна ввести ще й бокові). Визначають місце розташування тім'ячка або шов. Для фіксації голівки шкіру її захоплюють двома щипцями Мюзо з обох боків від цього місця, між ними, дещо натягуючи, розсікають шкіру. Кінець перфоратора вводять у розріз, і, при-

Рис. 21.16. Перфоратор Феноменова

Рис. 21.17. Перфоратор Бло

Рис. 21.18. Краніокласт

тиснувши до тім'ячка чи шва, поштовхоподібним рухом проникають у порожнину черепа. Обертають перфоратор, натискуючи на ручку, розширюють отвір, після чого перфоратор виймають. Одразу ж із перфораційного отвору виділяється речовина мозку.

2) **ексцеребрація** — (руйнування головного мозку та видалення його з порожнини черепа. В перфораційний отвір вводять кюретку та руйнують мозкову речовину. Користуючись гумовим балоном вимивають зруйновану мозкову речовину з порожнини черепа.

3) **краніоклазія** — вилучення зменшеної в об'ємі голівки за допомогою краніокласта *(рис. 21.20)* (при наявності повного відкриття вічка). В порожнину черепа вводять суцільну ложку краніокласта, на зовнішню поверхню черепа, краще на його лицеву частину, накладають вікончасту ложку. Введення проводиться так, як і ложок щипців. Переконавшись, що ложками краніокласта не перетиснули материнські тканини, міцно загвинчують замок краніокласта і витягують голівку, дотримуючись правильного напрямку тракцій (як при використанні щипців).

Якщо немає повного розкриття, щипці з голівки не знімають, до них підвішують через блок тягарець.

Клейдотомія — операція розтину ключиць плода, спрямована на зменшення обводу плечового пояса. Виконується як допоміжна після однієї з плодоруйнівних операцій для запобігання травмам пологових шляхів плечовим поясом плода при його великих розмірах.

Ембріотомія — операція, при якій плід розчленовується на окремі частини і вилучається з порожнини матки. Залежно від місця розчленування плода розрізняють декапітацію — відділення голівки від тулуба плода та екзентерацію (евісцерацію) — видалення нутрощів з черевної чи грудної порожнини плода.

Рис. 21.19. Краніотомія — перфорація голівки

Рис. 21.20. Краніоклазія

Показання: запущене поперечне положення плода.

Умови: ті самі, що для інших видів плодоруйнівних операцій та можливість досягти шиї плода.

Підготовка хворої: спорожнення сечового міхура, повторна обробка зовнішніх статевих органів.

Інструментарій: декапітаційний гачок Брауна *(рис. 21.21).*

Техніка операції: 1) введення декапітаційного гачка *(рис. 21.22);* 2) власне декапітація; 3) видалення розчленованого плода.

У випадку неможливості проведення декапітації (шия плода не досягається) проводять евісцерацію (екзентерацію). Вибір місця перфорації залежить від того, яка ділянка є більш доступною. Перфорація грудної клітки виконується у одному з міжреберних проміжків та виконується евісцерація. При евентерації довгими ножицями розтинають черевну стінку плода, видаляють його нутрощі. У разі необхідності здійснюють спондилотомію — розсічення хребта плода, використовуючи декапітаційний гачок Брауна та довгі тупокінцеві ножиці *(рис. 21.23).* Тіло плода видаляють з порожнини матки, тягнучи за накладені на м'які тканини тулуба щипці Мюзо.

Догляд за породіллями після плодоруйнівних операцій. Плодоруйнівні операції небезпечні з огляду на важкі ускладнення, пов'язані з пошкодженням внутрішніх статевих органів та органів малого таза, тому після кожної плодоруйнівної операції породілля повинна бути обстежена з метою запо-

Рис. 21.21.
Гачок Брауна

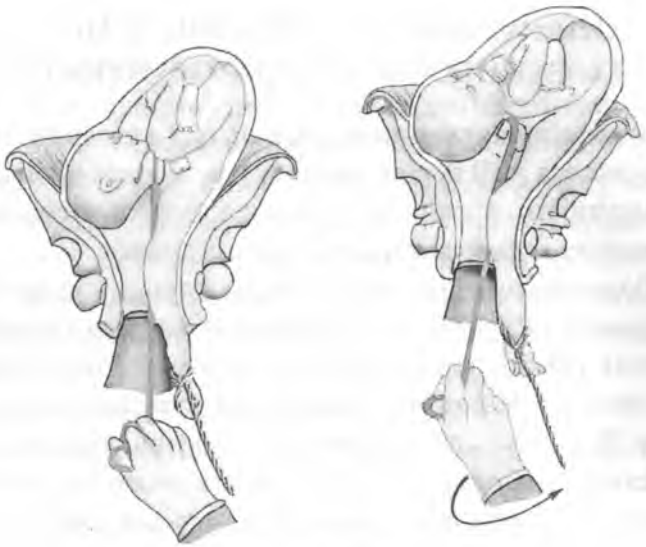


Рис. 21.22. Декапітація гачком Брауна

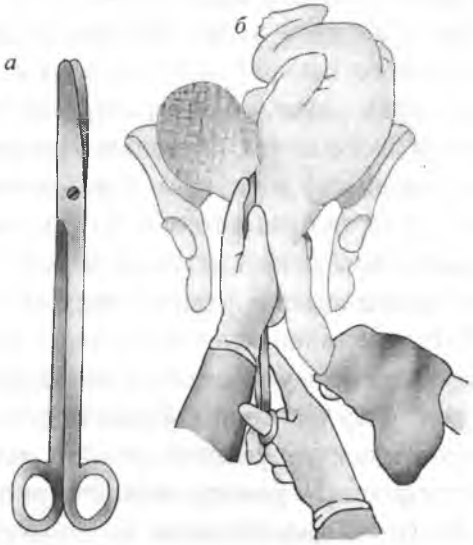


Рис. 12.23. а) — ножиці Феноменова;
б) — розтин ножицями м'яких тканин шийки плода

бігання можливих травм. Проводять ручне обстеження порожнини матки та огляд пологових шляхів у дзеркалах, катетеризацію сечового міхура. При виявленні ушкоджень проводять невідкладне оперативне лікування.

З метою профілактики гнійно-септичних захворювань перед операцією вводять зинацеф 1,5 г внутрішньовенно та через 8 годин після операції 750 мг внутрішньом'язово.

Плодоруйнівні операції є не лише важкою фізичною, але й моральною травмою для жінки, тому вона повинна бути ізольована від матерів, що годують своїх малят, у окрему палату.

ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ В ПОСЛІДОВОМУ ТА РАННЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Ручне відшарування плаценти та видалення посліду. ***Показання:***

- кровотеча у III періоді за відсутності ознак відшарування плаценти;
- відсутність ознак відшарування плаценти впродовж 30 хв.

Знеболювання: внутрішньовенний наркоз.

Підготовка: жінка лежить на пологовому ліжку Рахманова, ноги на ноготримачах. Сечовий міхур спорожнений (сеча випущена після народження плода). Нижній відділ передньої черевної стінки, ділянка зовнішніх статевих органів, промежина та внутрішні поверхні стегон оброблені дезінфектантом. Руки акушер обробляє як до операції, одягає стерильні рукавички.

Техніка операції. Великим та вказівним пальцями лівої руки лікар розводить статеві губи. Праву руку, складену конусоподібно («рука акушера»), вводять у піхву, відповідно до прямого розміру таза. Акушерка злегка натягує пуповину. Увівши праву руку в піхву, лікар повертає її тильною поверхнею до крижової западини, ліву руку в цей час перекладає в ділянку дна матки, злегка натискаючи на нього, щоб наблизити до внутрішньої руки. Далі лікар вводить руку в порожнину матки і, орієнтуючись за пуповиною, доходить до місця її прикріплення до плаценти, по плаценті переміщує руку до її краю. Ліктьовим краєм долоні під контролем лівої руки здійснює пилоподібні рухи між стінкою матки та плацентою, відшаровуючи її.

У разі інтимного прикріплення плацента легко відділяється. Потягуючи за пуповину, помічник виділяє послід назовні, рука акушера залишається в матці, робить її обстеження. Якщо без зайвих зусиль плаценту відшарувати не вдається і доводиться її «відривати», втручання слід припинити. В такому випадку вважають, що лікар має справу з істинним приростанням плаценти. Після припинення втручання необхідно розгортати операційну для оперативного втручання (ампутація матки, рідше — резекція плацентарного майданчика). Для зменшення крововтрати за час, що мине до початку операції, рекомендують, не виводячи руки з матки, притиснути відшаровану ділянку плаценти до стінки матки.

Ручне обстеження порожнини матки. ***Показання:***

- гіпотонічна кровотеча, що триває після зовнішнього масажу та введення утеротоніків;
- підозра на затримку частин посліду;
- щойно проведене оперативне вагінальне розродження (акушерські щипці, плодоруйнівна операція, екстракція плода за тазовий кінець).

Знеболювання — внутрішньовенний наркоз.

Підготовка — як і при попередній операції.

Техніка операції: лівою рукою лікар розводить статеву щілину. Праву руку, складену в вигляді «руки акушера», вводить, як і в попередньому випадку, в піхву, після цього ліву руку переносить на дно матки, наближаючи його до внутрішньої руки. Поступово перевіряють дно матки, передню, праву бокову, задню і ліву бокову стінки матки, звертаючи увагу на їхню цілісність, видаляють з матки залишки плодового яйця, згустки крові. Складають внутрішню руку в кулак і через передню черевну стінку роблять масаж матки «на кулаці», після чого виводять руку з матки. На низ живота кладуть міхур з льодом. Після операції призначають скорочувальні засоби, антибіотики.

Операція видалення матки. ***Показання:***

- якщо гіпотонічна кровотеча після всіх ужитих заходів триває і сягає 1000–1200 мл;
- якщо розвивається ДВЗ-синдром, гіпофібриногенемічна кровотеча — проводять екстирпацію матки;
- важка форма передчасного відшарування плаценти з розвитком маткової апоплексії (матка Кувелера);
- розрив матки;
- неповноцінність рубця на матці після кесаревого розтину, розвиток перитоніту, сепсису.

Перев'язування маткових судин як самостійна операція не набуло поширення.

Перев'язування внутрішніх клубових артерій проводять за наявності кровотечі з кукси піхви після екстирпації матки на фоні розгорнутого ДВЗ-синдрому.

Хірургічні втручання проводять під загальним знеболюванням (інтубаційний наркоз і ШВЛ) з одночасним проведенням адекватної інфузійно-трансфузійної терапії. Техніка оперативного втручання загальноприйнята (*див. підручник* «Гінекологія»). Після видалення матки обов'язковим є дренування черевної порожнини.

Інструментальна ревізія порожнини матки у післяпологовому періоді. ***Показання:***

- кровотеча у пізньому післяпологовому періоді (підозра на залишки плодового яйця);
- важкі форми пізніх гестозів.

Знеболювання: загальний наркоз (частіше внутрішньовенний, при гестозах, у разі необхідності, — інгаляційний).

Техніка операції. Перед операцією необхідно спорожнити сечовий міхур. Зовнішні статеві органи, нижній відділ передньої черевної стінки, внутрішню поверхню стегон обробляють дезінфектантом. У піхву вводять широ-

ке дзеркало з підіймачем, обробляють дезінфектантом шийку матки, передню губу захоплюють вікончастими затискачами (у ранньому післяпологовому періоді) чи затискачами Мюзо, підтягуючи її до introitus vaginae. Зондом перевіряють довжину матки.

Для ревізії використовують тупу післяпологову кюретку, вводячи її на довжину, не більшу від виміряної зондом. Обережними рухами кюретки перевіряють стінки матки, від дна до внутрішнього вічка: передню, праву бокову, задню, ліву бокову. Переконавшись, що стінки матки перевірили кюреткою, вміст видалений з матки, операцію завершують, інструменти видаляють. На низ живота кладуть міхур з льодом. Призначають скорочувальні засоби, антибіотики.

Перелік контрольних питань:

- умови та протипоказання до проведення акушерських операцій;
- передопераційна підготовка до проведення акушерських операцій;
- методи знеболювання акушерських операцій;
- методи підготовки рук до операції;
- операція штучного переривання вагітності;
- операції для збереження вагітності. Догляд за пацієнткою;
- операції для підготовки пологових шляхів: амніотомія, перинео- та епізіотомія;
- зовнішній профілактичний поворот плода;
- класичні акушерські повороти плода;
- показання, протипоказання та умови для накладання акушерських щипців;
- правила накладання акушерських щипців;
- техніка виконання операції накладання вихідних акушерських щипців;
- техніка виконання операції накладання порожнинних акушерських щипців;
- ускладнення операції накладання акушерських щипців;
- сучасні погляди на вакуум-екстракцію плода;
- кесарів ростин;
- плодоруйнівні операції;
- показання до операції ручного відшарування плаценти та виділення посліду;
- показання до ручної ревізії порожнини матки;
- оперативні втручання в послідовому та ранньому післяпологовому періоді.

РОЛЬ КОНТРАЦЕПЦІЇ В ПЛАНУВАННІ СІМ'Ї ТА ОХОРОНІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

Важливим етапом у житті жінки є планування сім'ї, яке передбачає народження лише бажаних дітей. За визначенням ВООЗ, планування сім'ї — це сукупність заходів, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначати кількість дітей в сім'ї.

У нашій країні висока частота штучних абортів, які протягом багатьох років традиційно є основним методом планування сім'ї. Звісно, штучні аборти призводять до негативних наслідків — ускладнень (запальні процеси органів малого таза, безплідність, невиношування вагітності, кровотечі, аномалії пологової діяльності, третина причин материнської смертності). Зниження кількості абортів може суттєво вплинути на акушерську та гінекологічну захворюваність і знизити рівень материнської смертності.

Один зі шляхів зменшення кількості абортів — широке впровадження засобів контрацепції. Питаннями контрацепції повинні займатись не лише центри планування сім'ї, які останнім часом широко відкриваються в Україні, але й медичні сестри, які зобов'язані проводити санітарно-просвітницьку роботу з цього питання самостійно або під керівництвом лікаря акушера-гінеколога. Застосування контрацептивних засобів має важливе значення для охорони здоров'я жінки репродуктивного віку ще й тому, що використання деяких з них (презервативи, піхвові контрацептиви) дає можливість запобігти виникненню захворювань, що передаються статевим шляхом, — гонореї, хламідіозу, мікоплазмозу, трихомонозу, гарднерельозу, герпетичної і цитомегаловірусної інфекції, у розвитку яких має значення інфекційний фактор. Пропагуючи контрацептиви, медпрацівники повинні пояснювати, що негативного впливу на народжуваність вони не мають, а лише запобігають неплановій вагітності, й, відповідно абортам.

Вибір методів контрацепції проводять з урахуванням багатьох факторів: неконтрацептивних властивостей, які можна використати для покращення здоров'я жінки і профілактики низки захворювань, ефективності методу, його безпеки, а також індивідуального ставлення жінки до протизаплідного засобу. Жінку слід детально проінформувати про переваги певного методу, про показання та протипоказання до застосування тих чи інших контрацептивів. Знання жінки і можливість власного вибору підвищують ефективність методу.

Ефективність будь-якого контрацептиву виражають індексом Перля, який визначають кількістю вагітностей у 100 жінок, що використовували цей метод протягом року.

Перед початком використання будь-якого контрацептивного методу впевнюються у відсутності вагітності.

Принципи призначення контрацепції:

- надання вичерпної інформації щодо методів та засобів контрацепції;
- поінформоване бажання жінки застосовувати метод контрацепції;
- вибір контрацептиву відповідно до стану здоров'я жінки;
- вибір контрацептиву відповідно до віку жінки;
- вибір контрацептиву з урахуванням можливостей жінки.

Серед контрацептивів розрізняють гормональні, внутрішньоматкові, бар'єрні, хірургічні.

Після пологів (перші 2 місяці) жінка повинна утримуватись від статевого життя. За цей час потрібно дібрати оптимальний для подружжя метод контрацепції з урахуванням того, що під час лактації деякі з них, наприклад, частина гормональних методів, неприйнятні.

МЕТОДИ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ

1. Метод лактаційної аменореї (МЛА) — контрацептивний метод, який базується на годуванні груддю. Використовується як тимчасовий метод контрацепції. Він забезпечує природний захист від вагітності, ефективний у перші 6 місяців після пологів при дотриманні зазначених нижче критеріїв використання.

Метод ефективний тільки у випадку дотримання всіх правил його використання, а саме: не більше 6 місяців після пологів; наявність аменореї; жінка годує тільки груддю на вимогу, щонайменше 6 разів на день (включаючи нічне годування); дитині не дають іншої їжі, крім материнського молока; інтервал між годуваннями складає не більше 4 годин удень та 6 годин уночі; інша їжа або пиття повинні складати менше 15% усього годування.

Якщо жінка не хоче покладатися лише на МЛА, рекомендують інші засоби: презервативи, сперміциди, чисто прогестинові оральні контрацептиви, депо-медроксипрогестерон ацетат (так званий «Депо-Провера»), ВМС.

2. Внутрішньоматкова контрацепція (ВМК). ***Механізм дії ВМК:*** зменшує активність і життєздатність сперматозоїдів, посилює сперміцидний ефект ендометрія, зменшує термін життєздатності яйцеклітини, призводить до антиперистальтики маткових труб. Розрізняють мідьумісні (Copper T 380 A, Nova T, Multiload 375) та прогестиновмісні (Progestasert, Levo Nova) ВМК. Високу контрацептивну надійність має Гайне-Т 380 Сімналайн. Індекс Перля при його використанні складає 0,31.

Якщо запліднення відбулось, настанню вагітності перешкоджають зміни перистальтики труб і скоротливої активності матки, зміна метаболічних процесів у ендометрії, порушення секреторних перетворень у ендометрії. Гормоновмісні ВМК, крім того, викликають гормонообумовлені контрацептивні ефекти *(рис. 22.1)*.

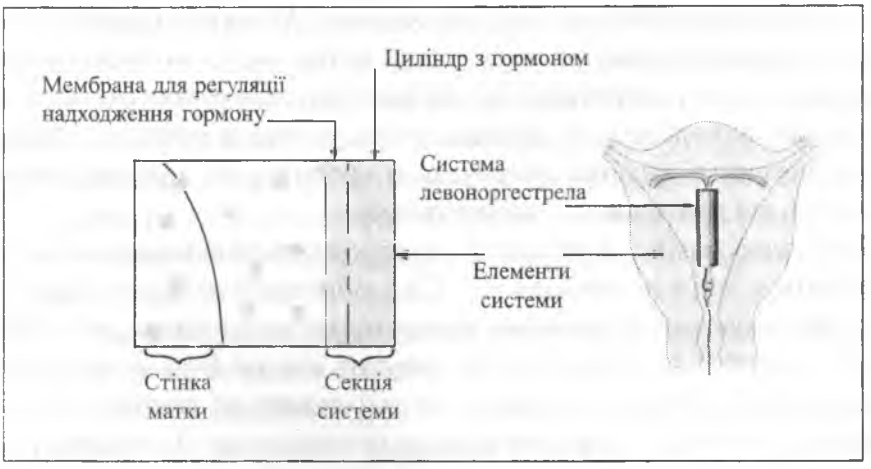


Рис. 22.1. Внутрішньоматкова система «Мірена» (схема)

Протипоказання до ВМК. *Абсолютні:* вагітність, онкологічна патологія матки чи шийки матки, маткові кровотечі нез'ясованого генезу, інфекції статевих органів. *Відносні:* позаматкова вагітність в анамнезі, наявність кількох сексуальних партнерів. За наявності фіброміоми матки гормоновмісні ВМК можуть бути методом вибору.

3. Бар'єрні методи контрацепції. *До них належать:* чоловічі презервативи, вагінальні діафрагми і цервікальні ковпачки, сперміциди. Використання презерватива — єдиний метод, який достатньою мірою захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом. Цей бар'єрний метод конт-

рацепції можна використовувати і під час застосування інших контрацептивів для додаткового захисту від інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Механізм дії бар'єрних контрацептивів: створюють механічні перепони на шляху потрапляння сперми у вагіну (презерватив) та шийку матки (ковпачок), інактивують сперму.

Позитивним у використанні бар'єрних методів є те, що вони до певної міри запобігають поширенню статевих інфекцій. Презервативи, виготовлені з латексу, мають високу ефективність щодо запобігання інфікуванню ВІЛ і вірусом гепатиту В. Віднедавна з'явились нові види бар'єрних контрацептивів, які містять гормони.

Сперміциди — хімічні поверхнево-активні речовини, які інактивують сперматозоїди у піхві до потрапляння у верхні відділи статевих шляхів та до певної міри захищають від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Особливо виражена сперміцидна та бактерицидна дія хлориду бензалконію.

Сперміциди належать до бар'єрних методів. Можуть використовуватись практично всіма жінками як самостійний метод та допоміжний при застосуванні інших контрацептивів. Сперміциди існують у різних формах — креми, желе, піноутворювальні таблетки, губки, плівка-жінофільм. Медсестра повинна пояснити правила застосування сперміцидів, адже ефективність їх залежить від правильності користування.

Перевагою методу є те, що він контролюється жінкою і може використовуватись лише за необхідності. Слід дібрати оптимальну форму сперміциду, враховуючи, що крем має виражену зволожувальну дію, свічки — помірну, а вагінальні таблетки не зволожують взагалі. Будь-який сперміцид вводять глибоко у піхву не раніше ніж за 1 годину до статевого контакту. Таблетки, супозиторії, плівки вводять не пізніше як за 10 хвилин до початку статевого контакту. Спринцювання не проводять мінімум 6 годин після контакту. Сперміцид необхідно вводити перед кожним статевим актом.

4. Природні методи планування сім'ї. Використовується після відновлення регулярної менструальної функції. Природними методами можна користуватися, якщо жінка може визначити початок та кінець фертильного періоду в своєму менструальному циклі. Фертильний період — це час, коли в жінки може настати вагітність.

Ефективність природних методів середня (9–20 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання).

Календарний метод. Підраховують дні для визначення початку і кінця фертильного періоду. Для цього потрібно знати тривалість попередніх менструальних циклів:

- жінці належить записувати тривалість кожного менструального циклу щонайменше протягом 6 місяців та запобігати вагітності негормональними методами або утримуватись від статевих контактів;
- перший день менструальної кровотечі вважають першим днем менструації;
- відраховують 18 днів з найкоротшого менструального циклу — це і є перший день фертильного (небезпечного) періоду; потім відраховують 11 днів з найдовшого менструального циклу — це визначить останній день фертильного (небезпечного) періоду для цієї жінки.

Наприклад: у жінки найдовший цикл складає 30 днів, а найкоротший — 26 днів. Проводять розрахунок: короткий цикл — 26 днів – 18 днів = 8 днів, довгий цикл — 30 днів – 11 днів = 19 днів. Отже, фертильним є період з 8 до 19 дня менструального циклу. Для запобігання вагітності жінці необхідно утримуватись від статевих контактів у цей час.

Метод базальної температури. Визначаючи фертильний період, вимірюють температуру в прямій кишці: вимірюється температура вранці, не встаючи з ліжка, в один і той же час окремим термометром протягом 7–10 хвилин; зазначають температуру на графіку. Базальна температура піднімається на 0,2–0,5°С протягом періоду овуляції. Якщо підвищення температури не відбулося, припускають, що овуляція не відбулася. Фертильним періодом вважають час від початку менструального циклу доти, доки базальна температура не підвищиться протягом 3-х наступних днів. Якщо в жінки є захворювання з підвищенням температури тіла, метод у цей час застосовувати недоцільно.

Метод цервікального слизу (використовується за умови відсутності запальних процесів статевих органів).

Жінка визначає фертильну фазу, спостерігаючи за слизовими виділеннями з піхви. В той час, коли є виділення прозорого тягучого слизу, жінка може бути фертильною. Останній день виділення прозорого тягучого слизу називається «днем пік»: овуляція вже близька або щойно відбулася. Після закінчення менструальної кровотечі в більшості жінок спостерігається відсутність виділень з піхви протягом декількох днів – «сухі дні». Для спостереження за слизом та використання методу слід утримуватись від статевих контактів щонайменше під час 1 циклу. Спостереження за слизом ведуть протягом дня, оскільки слиз може змінюватись; ведуть запис спостережень з використанням умовних позначок: кровотеча — червоний колір, сухі дні — літера «С», фертильні дні — літера «Ф», непрозорий, нефертильний слиз — літера «Н». За появи слизу або відчуття вологості у піхві — утримуються від статевих контактів. Останній день виділення прозорого тягучого

слизу — пік фертильного періоду, тому потрібно утримуватися від статевих контактів ще протягом 3-х днів.

Симптомотермальний метод. Цей метод є комбінацією методів цервікального слизу та базальної температури.

Перерваний статевий контакт. Це метод планування сім'ї, за якого чоловік повністю виводить статевий член з піхви жінки до еякуляції: перед статевим контактом пара домовляється про узгодження дій, перед повторним статевим контактом чоловік спорожнює сечовий міхур та витирає головку статевого органа для видалення сперми від попередньої еякуляції. Перед еякуляцією чоловік виводить статевий орган з піхви, щоб сперма не потрапила на геніталії жінки.

5. Хірургічна контрацепція. У багатьох країнах світу в наш час це найпоширеніший метод контрацепції. Ефективність цього виду контрацепції сягає 100%. *Жіночу стерилізацію* проводять шляхом оклюзії маткових труб при лапароскопії, а *чоловічу* — шляхом перев'язування сім'явивідної протоки. Недоліком цього методу є його необоротність.

ГОРМОНАЛЬНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

З метою гормональної контрацепції використовують такі засоби:

- комбіновані (естроген-гестагенні) оральні контрацептиви;
- гестагенні оральні контрацептиви (міні-пілі);
- пролонговані ін'єкційні контрацептиви;
- імплантаційні контрацептиви.

За даними ВООЗ, оральною гормональною контрацепцією користуються від 100 до 120 млн жінок світу щорічно.

Існують однокомпонентні оральні контрацептиви, які містять лише прогестин, та комбіновані оральні контрацептиви. **Комбіновані оральні контрацептиви** (КОК) — високоефективні засоби, які містять естрогенний та гестагенний компоненти. У даний час синтезовано близько 500 різновидів КОК, які відрізняються фазністю, дозуванням і типом гестагену.

У монофазних препаратах (мерсілон, мікрогінон, мінізистон, силест, фемоден, логест) усі таблетки мають однаковий склад. Низькодозованим оральним контрацептивом є мерсілон (20 мкг етинілестрадіолу, 150 мкг дезогестрелу), який має високу надійність контрацепції, хорошу переносимість, підтримує стабільність ваги тіла. До цієї групи препаратів також належить марвелон (0,15 мг дезогестрелу, 0,03 мг етинілестрадіолу) — монофазний комбінований оральний контрацептив.

Комбіновані двофазні (антеовін, регевідон) **контрацептиви** мають постійну дозу естрогенів і різну дозу гестагенного компонента в різні фази циклу.

Трифазні препарати (три-мерсі, триквілар, три-регол) містять таблетки трьох різних складів, що відрізняються дозуванням естрогенного та гестагенного компонентів.

Механізм дії всіх КОК однаковий і не залежить від фазності препарату, дозування й типу прогестагену, який входить до його складу:

- гальмування синтезу ФСГ і ЛГ гіпофізом та пригнічення овуляторного піку ЛГ. На фоні прийому КОК протягом 21 дня підвищення рівня ендогенних естрогенів та прогестерону, ФСГ, ЛГ немає;
- прогестагенний компонент робить вміст цервікального каналу більш в'язким і непрохідним для сперми;
- мозаїчні зміни в ендометрії роблять малоймовірною імплантацію заплідненої яйцеклітини. Це, загалом, обумовлено дією прогестагенового компонента КОК, хоча такий контрацептивний ефект потенціюється однаковою дозою естрогену, який міститься в таблетці. Лише протягом 7-денної перерви після 3-тижневого вживання КОК може зростати активність яєчника та гіпофіза;
- КОК сприяють зменшенню менструальної кровотечі (за тривалістю і кількістю втраченої крові), менструального болю, знижують ризик розвитку деяких запальних захворювань органів малого таза;
- недоліки КОК: патологічні стани, які іноді супроводжують прийом КОК. Насамперед це незначна нудота, зміна маси тіла, психоемоційної сфери (головний біль, запаморочення, погіршення настрою, лібідо).
- слід пам'ятати, що ефективність КОК може знижуватися за одночасного прийому деяких медикаментів (протисудомні, протитуберкульозні);

КОК призначають відразу після аборту (або протягом 7 днів) та через три тижні після пологів, якщо жінка не годує грудним молоком. Як правило, гормональні оральні контрацептиви використовують в тих випадках, коли дія естрогенного компонента гормонального контрацептиву є небажаною (наприклад, жінкам, які курять, мають порушення згортальних властивостей крові). Слід пам'ятати, що пацієнтки, які недавно перенесли інсульт, не повинні користуватися чисто прогестиновими таблетками, за винятком тих випадків, коли більш оптимальні методи контрацепції недоступні чи неприйнятні.

Перевагами методу є висока ефективність, простота застосування, оборотність, наявність сприятливої дії на репродуктивну функцію й організм жінки в цілому. Регулярний і тривалий (не менше 2 років) прийом КОК значно знижує частоту злоякісних захворювань матки та її придатків, імовірність виникнення мастопатій та постменопаузального остеопорозу.

Протипоказаннями до вживання КОК є вагітність, судинні порушення (гіпертензія, тромбофлебіти, ІХС), куріння у віці після 35 років, захворювання печінки з порушенням її функції, гормонозалежні пухлини, наявність кровотеч невизначеної етіології, виражене ожиріння.

Схеми вживання: по одній таблетці щоденно в один і той же час. Починають вживання наступної упаковки без перерви, якщо в упаковці 28 таблеток. Якщо в упаковці 21 таблетка, то роблять перерву на 7 днів перед початком прийому з нової упаковки.

Монофазними препаратами, якщо їх приймати без перерви, можна відстрочити менструацію на 3 тижні. Аналогічного результату можна домогтися за допомогою трифазних препаратів, якщо вживати з наступної упаковки (після завершення приймання попередньої) таблетки третьої фази. У цьому випадку кровотеча буде відстрочена на 7–8 днів, якщо необхідно ще продовжити відстрочку менструації на більший термін, то після приймання трифазного препарата можна одразу перейти до приймання монофазних препаратів — і відстрочка кровотечі продовжиться на 21 день. При порушенні правил приймання таблеток знижується гарантія дії контрацептиву. Слід пам'ятати, що коли пропущено приймання таблетки менше, ніж на 12 год, слід одразу ж прийняти пропущену таблетку.

Дії за умови пропуску прийому таблеток:

- *пропущена 1 активна таблетка:* приймають пропущену таблетку, щойно згадавши, а наступну — у відповідний час;
- *пропущені 2 й більше активних таблеток:* приймають по 2 таблетки на день, поки не повертаються до графіка і застосовують додатковий метод контрацеації протягом 7 днів;
- *пропущені неактивні таблетки:* викидають пропущені таблетки, а ті, що залишилися, продовжують приймати за графіком.

Оглядати жінку, що приймає КОК, слід через 3 місяці, потім — через півроку, надалі — 1 раз на рік.

Гестагенні оральні контрацептиви. До складу цих таблеток не входять естрогени, а лише прогестини в кількості 1 мг або менше у вигляді похідних нортестостерону — норетистерон, екслютон, етинодіол-діацетат, левоноргестрел, чарозетта.

Ефективність гестагенних оральних контрацептивів вища в жінок старшого віку. Як і при вживанні комбінованих контрацептивів, надзвичайно важливе значення має дотримання режиму приймання препаратів.

Ці препарати дають позитивний ефект під час болючих і надмірних менструацій, масталгії, передменструальному синдромі.

Однією з найважливіших обставин є те, що гестагенні контрацептиви можна вживати при лактації.

Механізм дії:

- ановуляція за рахунок пригнічення вироблення лютеїнізуючого гормону;
- зміна цервікального слизу, що перешкоджає проникненню сперматозоїдів у матку;
- зміни в ендометрії, що не створюють оптимальних умов для імплантації;
- зміна скоротливої діяльності маткових труб, що перешкоджає процесу запліднення;
- вплив на сперматозоїди та їх життєдіяльність.

Показання: непереносимість естрогенів або наявність побічних ефектів, вік після 35 років, куріння, період лактації, гіпертензія, цукровий діабет.

Протипоказання: вагітність, тяжкі захворювання серцево-судинної системи у цей час або в анамнезі, порушення менструального циклу нез'ясованої етіології, стан після міхурового занеску.

Правила приймання: таблетки приймають з 1-го дня менструального циклу строго в один і той же час у безперервному режимі.

У разі запізнення з прийняттям таблетки більше, ніж на 3 год, пропуску прийому чергової таблетки, наявності блювання або діареї після прийому таблетки необхідні додаткові запобіжні заходи.

Таким чином, гестагенні контрацептиви мають обмежене застосування, проте в деяких випадках можуть бути препаратами вибору.

Пролонговані контрацептиви для ін'єкцій. Розрізняють комбіновані естроген-гестагенні ін'єкційні контрацептиви (КІК) Cyclofem, Mesigyna й однокомпонентні, до складу яких входять прогестагени пролонгованої дії — депо-медроксипрогестерону ацетат. У цій групі препаратів найпоширенішим є депо-провера.

Механізм дії:

- запобігає овуляції за рахунок пригнічення секреції гонадотропних гормонів;
- спричиняє зміни в цервікальному слизі;
- спричиняє зміни в ендометрії, що перешкоджають імплантації яйцеклітини.

Переваги пролонгованих контрацептивів: висока ефективність, відсутність естрогензалежних побічних ефектів, швидкий і тривалий контрацептивний ефект, можливість вживання під час лактації.

Під час приймання цього препарату спостерігають позитивні неконтрацептивні впливи — зменшення втрати крові під час менструації, зменшення болючості менструації. Вживання його є також профілактикою раку ендометрія та яєчників. Водночас слід пам'ятати і про недоліки препара-

ту — неможливість швидко припинити дію, затримка відновлення фертильності до 6–12 місяців, часті порушення менструального циклу.

Протипоказаннями є вагітність, порушення менструального циклу нез'ясованої етіології, непереносимість препарату.

Відносними протипоказаннями є захворювання печінки з порушенням її функції, тромбоемболічні стани, цукровий діабет.

Правила вживання. Депо-провера вводять кожні 3 місяці. Першу ін'єкцію роблять у перші 5 днів менструального циклу або через 6 тижнів після пологів. Якщо використовують КІК, то наступну ін'єкцію роблять через кожен місяць. Коли використовують чисто прогестинові ІК — через кожних 2–3 місяці. При появі кров'янистих виділень протягом 1–2 циклів можна додатково використовувати КОК. Якщо кровотечі не припиняються, слід обстежити пацієнтку на наявність органічної патології.

Віднедавна використовують гестагенний імплантаційний препарат «Норпласт», активною речовиною якого є левоноргестрел. Цей препарат у вигляді капсул імплантують під шкіру. Це забезпечує контрацептивний ефект протягом 5 років.

Переваги цього методу: безперервність і тривалість контрацепції, швидке відновлення фертильності після видалення капсул; позитивна неконтрацептивна дія на організм, характерна для гестагенів. Спільні побічні ефекти трапляються, як правило, у перші місяці контрацепції: галакторея, незначне збільшення ваги, зниження лібідо, втома, дратівливість. ***Протипоказання:*** вагітність, рак молочної залози, кровотечі нез'ясованої етіології.

Трансдермальний гормональний пластир. Одним з ефективних методів контрацепції є контрацептивний пластир (Евра — Янссен-Сілаг (Джонсон і Джонсон).

Спосіб використання: перший пластир кріплять у перший день менструації, додаткових засобів контрацепції не потрібно, заміну пластиру проводять через 1 тиждень, в один і той же день тижня, 4 тиждень — вільний. Ефективність не залежить від місця прикріплення (живіт, лопатка, плече, сідниця). Щоденна активність, заняття спортом, плавання і гігієнічні процедури (душ) не впливають на адгезивні властивості пластирів.

Переваги: постійна концентрація без піків і спадів, мінімальний ризик побічних ефектів, зручність, порівняно з пероральним режимом, неінвазивність, нашкірне використання, більш висока прийнятність, порівняно з пероральним режимом, концентрація в плазмі не залежить від проблем з ШКТ (блювання, діарея), відсутність первинного метаболізму в печінці, мінімальний ризик взаємодії з іншими ліками. У незначної кількості (1–2%) жінок трапляються побічні ефекти: місцеві шкірні реакції, емоційна лабільність, головний біль, дискомфорт молочних залоз.

Гормональне кільце НоваРінг (NovaRing) — це гнучке контрацептивне кільце (діаметр — 54 мм, товщина оболонки кільця — 4 мм). Оболонка кільця виготовлена з гіпоалергенного матеріалу і складається зі складної системи мембран, які дозволяють щодня виділятися певній кількості гормонів. Незалежно від будь-яких індивідуальних особливостей жінки доза гормонів, що виділяється за добу, завжди однакова (15 мкг естрогену і 120 мкг прогестагену). Через слизову оболонку піхви вони потрапляють у кров. При цьому відсутнє первинне проходження через печінку і шлунково-кишковий тракт. Це дозволяє досягти високої ефективності (понад 99%). Здатність до зачаття цілком відновлюється вже протягом місяця після припинення використовування НоваРінгу. Основні переваги НоваРінгу в тому, що він не впливає на коливання маси тіла, вплив на згортальну здатність крові й роботу печінки мінімальний, а гормони при вагінальному введенні не знижують рівень тканинного тестостерону.

Спосіб використання: одне гормональне кільце розраховане на один менструальний цикл. Уводять його в піхву з 1-го до 5-го дня менструального циклу. НоваРінг зручно розміщується всередині на шийці матки і залишається на 21 день (3 тижні), на 22-й день кільце витягують. Через тиждень, на 8 день, уводять нове. Перше введення виконує лікар після гінекологічного огляду, повторне введення жінка виконує самостійно. Гормональне кільце не захищає від захворювань, що передаються статевим шляхом. Тому обов'язковою умовою для його застосування є наявність одного постійного статевого партнера і відсутність у пари статевих інфекцій.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Використовують тоді, коли статевий акт не був захищеним іншими методами контрацепції.

Невідкладну контрацепцію не можна використовувати часто.

Після проведення невідкладної контрацепції допомагають жінці зробити правильний вибір регулярного контрацептивного методу.

Невідкладну контрацепцію рекомендують у випадках незахищеного статевого контакту, порушення цілісності, зісковзування презерватива, сексуального насильства, статевого контакту у фертильні дні при використанні природних методів ПС (також за помилкового підрахунку фертильних днів).

Для невідкладної контрацепції можна використовувати однофазні низькодозовані КОК, чисто прогестинові таблетки, а також ВМС, які містять у собі мідь. Чисто прогестинові таблетки, які містять левоноргестрел, мають таку ж ефективність, як і КОК, проте останні спричиняють меншу кількість побічних ефектів. Низькодозовані КОК містять 30 мкг етинілестра-

діолу як естрогену та 150 мкг левоноргестрелу, або 150 мкг дезогестрелу, або 75 мкг гестодену як гестагену.

Методика прийому: першу дозу (4 таблетки) приймають якомога раніше, проте не пізніше ніж 72 години після незахищеного статевого контакту, другу дозу (4 таблетки) приймають через 12 годин після першої дози.

Можна використовувати чисто прогестинові таблетки, які містять 750 мкг левоноргестрелу.

Методика прийому: 1 таблетку приймають якомога раніше, проте не пізніше ніж 72 години після незахищеного статевого контакту, через 12 годин приймають ще 1 таблетку.

Даназол вживають у перші 72 години по 600 мг двічі через 12 годин.

ВМС, які мають у своєму складі мідь, можуть бути застосовані для невідкладної контрацепції протягом 5 днів після незахищеного статевого контакту лише за відсутності протипоказань. При цьому можуть виникати побічні ефекти (нудота, блювання). Якщо в жінки було блювання протягом 2-х годин після приймання їжі, їй належить прийняти дозу повторно; якщо блювання повторюється, увести таблетки у піхву.

Слід зауважити, що у випадку, коли приймають таблетки невідкладної контрацепції на тлі вагітності, переривання вагітності не рекомендують, оскільки це не має згубних впливів на внутрішньоутробний розвиток плода. Однак рішення про виношування вагітності залишається за жінкою. Якщо менструація не почалася протягом трьох тижнів після проведення невідкладної контрацепції, проводять тест на вагітність.

Перелік контрольних питань:

- гормональна контрацепція;
- внутрішньоматкова контрацепція;
- бар'єрні методи контрацепції;
- природні методи планування сім'ї;
- метод лактаційної аменореї;
- хірургічна контрацепція;
- невідкладна контрацепція.

АЛГОРИТМИ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК

Перед виконанням кожної маніпуляції акушерка повинна:

- привітатися із хворою;
- відрекомендуватися;
- запитати вагітну, як до неї звертатись;
- пояснити мету маніпуляції;
- отримати згоду на проведення маніпуляції.

Алгоритм 1

Заповнення паспортної частини обмінної карти вагітної

Код форми _____

Код закладу _____

Міська жіноча консультація

найменування закладу

Медична документація
форма № 113/0

ОБМІННА КАРТА

ДАНІ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ ПРО ВАГІТНУ

(оформляється на кожну вагітну і видається на руки в 32 тижні вагітності)

1. Прізвище, ім'я, по батькові *Петренко Марія Вікторівна*

2. Вік *20 р.* 3. Адреса *м.Тернопіль, вул. Руська, 7, кв. 64*

4. Перенесені загальні та гінекологічні захворювання, операції *кір у дитинстві, дорослою не хворіла*

5. Особливості перебігу попередніх вагітностей, пологів, післяпологового періоду *перша вагітність*

6. Яка вагітність *перша* пологи *перші*

7. Було абортів *не було*

(вказати які)

рік — у якому терміні —

8. Передчасні пологи *не було* рік — термін —

9. Остання менструація *10 червня 2006 р.*
(число, місяць, рік)

10. Термін вагітності при першому відвідуванні *8* тижнів
« *17* » *08* 200*6* р.

11. Усього відвідала *8 разів*

12. Перші рухи плода *5 листопада 2006 р.*
(число, місяць, рік)

13. Особливості перебігу даної вагітності
у терміні 20 тижнів лікувалась у стаціонарі з приводу анемії II ступеня

14. Розміри таза: D. sp. *25 см* D. cr. *28 см* D. tr. *31 см* C. ext. *21 см*

15. Зріст *166 см* Маса *64 кг*
при першому відвідуванні

16. Положення плода *поздовжнє* Передлегла частина *голівка*

Серцебиття плода *чітке, ритмічне, 146 уд./хв, ліворуч, нижче від пупка*

17. Лабораторні та інші дослідження:

резус *позитивний* титр антитіл —

група крові *0 (I)*

резус-належність крові чоловіка *не визначалась*

токсоплазмоз: РЗК *негативна*

Клінічні аналізи:

крові *Ер. — 3,7 ·10^{12}; Hb — 110 г/л; КП — 0,9;*
лейк. — 6,8·10^{9}; ШОЕ — 12 мм/год.

сечі *відносна густина — 1015; колір — солом'яно-жовтий;*
білок — відсутній; цукор — відсутній; лейкоцити — 0–1 у полі зору;
еритроцити — відсутні; бактерії — немає

аналіз вагінального вмісту *епіт. — 2–3 в полі зору;*
лейк. — 4–6 в полі зору; гонококи — не знайдені;
флора — переважають палички, поодинокі коки

аналіз калу на яйця глистів *відсутні*

18. Лікувальна фізкультура *не відвідувала* число занять —

19. Психопрофілактична підготовка _____ число занять *1*

20. Школа материнства *2 заняття*

21.

АТ	*120/80*	*120/80*	*115/80*	*120/80*	*115/75*	*120/80*	*125/85*	
Дати	*17.08*	*15.09*	*18.10*	*15.11*	*2.12*	*17.12*	*4.01*	

22. Дата надання допологової відпустки *не працює*

23. Передбачувана дата пологів *17 березня 2007 р.*

Лікар акушер-гінеколог _____
підпис

Алгоритм 2
Заповнення паспортної частини індивідуальної карти вагітної та породіллі

Схема індивідуальної карти

Міністерство охорони
здоров'я України
Міська жіноча консультація
найменування закладу

Код форми _____

Код установи _____

Медична документація
форма № 111/0

ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА
ВАГІТНОЇ ТА ПОРОДІЛЛІ

Група крові _____

Резус-належність крові вагітної _____

її чоловіка _____

1. Дата взяття на облік *17.08.2005*

Реакція Вассермана

I _____

II _____

Результат дослідження на гонококи

Результат дослідження на токсоплазмоз

РЗК (за показаннями) _____

Шкірна проба _____

Прізвище, ім'я, по батькові *Петренко Марія Вікторівна*

Дата народження *1987*

Сімейний стан: шлюб зареєстрований, не зареєстрований, самотня (підкреслити)

Домашня адреса, телефон *м.Тернопіль, вул.Руська, 7, кв. 64*

Освіта: початкова, середня, вища (підкреслити)

Місце роботи, телефон *не працює*

Професія або посада — Умови праці —

Прізвище і місце роботи чоловіка, телефон *Петренко І.М.*
тролейбусне депо, тел. 26–17–04

2. Діагноз: вагітність (котра)

Ускладнення даної вагітності

Екстрагенітальні захворювання (діагноз)

3. Результат вагітності: аборт, пологи вчасні, передчасні

тижнів. Дата

Особливості пологів

Дитина: жива, мертва, маса г. Зріст см

Виписалась, переведена в лікарню, померла в пологовому будинку (підкреслити) — діагноз

4. АНАМНЕЗ

Перенесені захворювання: загальні

гінекологічні

Операції

Статеве життя з років. Здоров'я чоловіка

Менструації з років, особливості

Остання менструація з до 200 р.

Перші рухи плода «___» 200 р.

РЕЗУЛЬТАТИ ПОПЕРЕДНІХ ВАГІТНОСТЕЙ

№ п/п	Рік	Як закінчилась вагітність і в якому терміні				Дитина народилася живою (маса), мертвою (маса)	Дитина жива, померла, в якому віці	Особливості перебігу попередніх вагітностей
		абортом		пологами				
		штучним	мимовільним	передчасними	вчасними			

5. ПЕРШЕ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНОЇ

Зріст_____ см, маса _____ кг. Особливості будови тіла _____

_____

Стан молочних залоз_____

серцево-судинної системи _____

_____ АТ: на правій руці _____ на лівій _____

Інші органи_____

Розміри таза: D. sp._____ D. cr._____ D. troch. _____ C. ext._____ C. diag._____ C. vera_____

Зовнішнє акушерське обстеження: висота дна матки_____ см.

Окружність живота _____ см. Положення плода, позиція, вид _____

_____

Передлежання_____

Серцебиття плода _____

ПІХВОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Зовнішні статеві органи _____

_____

Піхва_____

Шийка матки _____

Тіло матки _____

Придатки _____

Особливості_____

_____

Діагноз: термін вагітності _____ тижнів

Передбачуваний термін пологів_____

Підпис лікаря _____ Дата _____

ПРИЗНАЧЕННЯ

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6. МІСЦЕ ДЛЯ ПІДКЛЕЮВАННЯ АНАЛІЗІВ, ОБМІННОЇ КАРТИ ТА ІНШИХ ДОКУМЕНТІВ

7. Відпустка з приводу вагітності з «____ »_____ 200 р.

до «____ »_____ 200 р.

Листок непрацездатності № _____

Пологи _____ 200 р. в термін, раніше, пізніше (підкреслити) на ____ днів.

Пологи відбулися в _____

Післяпологова відпустка на _____ днів з «_____»_____ 200 р.

до «_____» _____ 200 р.

Листок непрацездатності № _____

ІІ. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПОРОДІЛЛЕЮ

Дата	Скарги	Дані обстеження	Поради, призначення

Підпис лікаря _____ Підпис зав. консультацією _____

Алгоритм 3

Заповнення паспортної частини історії пологів

Схема історії пологів

Код форми _____

Код закладу _____

Тернопільський пологовий будинок № 1

найменування закладу

Медична документація
форма № 008/0

ІСТОРІЯ ПОЛОГІВ

Прізвище, ім'я, по батькові *Костенко Ганна Іванівна* Вік *25*

Національність *українка*

Поступила *17 березня 2000 р.* | _____

год *13* хв *40* | _____

Вибула «___» _____ 200 р.

Проведено ліжко-днів _____ Палата № *7*

Ким направлена *жіночою консультацією*

Адреса *м.Тернопіль, вул.Руська, 7, кв. 15* Телефон *22–67–16*

Сімейний стан: шлюб зареєстрований, не зареєстрований, самотня (підкреслити)

Місце роботи, професія, посада вагітної, роділлі *школа № 7, учителька*

Відвідувала лікаря (акушера) під час вагітності: так, ні.

Скільки разів _____ Найменування консультації *Тернопільська міська жіноча консультація*

Діагноз при поступленні _____

Діагноз клінічний _____

Діагноз заключний _____

Ускладнення в пологах, після пологів _____

назва операцій і маніпуляцій

Вибула, виписана, переведена, померла: вагітною, під час пологів, після пологів (підкреслити)

Зріст _____ см Вага _____ кг

Котра вагітність _____ пологи _____

Остання менструація _____

Перший рух плода _____

Розміри таза _____

Окружн. живота _____ см

Висота стояння дна матки _____ см

Положення плода, позиція і вид _____

Серцебиття плода: місце, кількість ударів _____

Передлегла частина _____

Де розміщена _____

Пологова діяльність _____

Очікувана маса плода _____

Гінекологічні захворювання _____

Попередні вагітності (дати пологів, абортів; ускладнення, оперативні втручання) _____

маса (вага) новонароджених _____

Скільки дітей живих _____

Перебіг і ускладнення даної вагітності

Лікар

Акушер

АНАМНЕЗ

Загальні захворювання _____

_____

_____

_____

Здоров'я чоловіка _____

Менструація з _____ років

Початок статевого життя з _____ років

Гінекологічні захворювання _____

_____

_____

Попередні вагітності (дати пологів, абортів; ускладнення, оперативні втручання) _____

_____

маса (вага) новонароджених _____

_____

_____

_____

Скільки дітей живих _____

Перебіг і ускладнення даної вагітності

_____

_____

_____

_____

Стан при поступленні, дані зовнішнього огляду

_____

_____

_____

Серце _____

_____

Пульс _____

АТ на правій руці _____

на лівій руці _____

Органи дихання _____

Органи травлення _____

Сечова система _____

Сеча при кип'ятінні _____

Підпис

ПЕРЕБІГ ПОЛОГІВ

Перейми почалися _____

Якість і кількість вод _____

Повне відкриття _____

Початок потуг _____

Дитина народилася:

Перша _____ дата ____ год ____хв

Жива, мертва, голівкою, сідницями, ніжками (підкреслити)

Стать _____ , маса _____ кг, зріст ____ см

Друга _____ дата ____год ____хв

Жива, мертва, голівкою, сідницями, ніжками (підкреслити)

Стать_____ , маса_____ кг, зріст_____см

Окружність голівки _____см, грудей ____ см

Профілактика гонобленореї новонародженого

Проведена _____ ким _____

Оцінка стану новонародженого за шкалою

Апгар _____ балів _____

Послід виділився: самостійно, відділений; видалений рукою, застосований прийом

_____через _____год ____хв

Дитяче місце ціле; під сумнівом _____

_____

Психопрофілактична підготовка; медикаментозне знеболювання, чим_____

Ефект повний, частковий, без ефекту (підкреслити)

Тривалість пологів

Загальна _____, I період _____

II період _____, III період _____

Прийняв дитину (акушер, лікар)

_____

Послід оглядав _____

Черговий лікар _____

Акушер _____

Оболонки всі; під сумнівом _____

_____

Пуповина: довжина _____ см,

обвита навколо, особливості _____

_____

Крововтрата в пологах _____ мл

Підпис

Число, місяць																	
День перебування																	
Ps	t°	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	в	р	
120	41																
110	40																
100	39																
90	38																
80	37																
70	36																
60	35																

Стан при виписуванні, переведенні _____

Виданий листок непрацездатності № _____ з _____ до_____200 р.

Новонароджений _____ виписаний _____ 200 р.
стать

помер _____ 200 р. _____

Мертвонароджений (підкреслити)

_____ год. _____ хв. _____ Переведений куди й коли _____

Підпис

Алгоритм 4

Оформлення направлень для лабораторного обстеження

Відділення стаціонару *(адреса хворої або номер дільниці, якщо дослідження проводять у жіночій консультації)*	*Жіноча консультація Дільниця № 5 Адреса вагітної: вул. Зелена, 5*
Прізвище, ім'я та по батькові жінки	*Козаченко Наталія Петрівна*
Вид обстеження	*Мазок з вагіни на ступінь чистоти*
Дата	*10.01.2006 р.*

Алгоритм 5

Збирання анамнезу

Гінекологічний анамнез збирають у такій послідовності:

І. Менструальна функція.

1. У якому віці почалися менструації?
2. Чи одразу вони стали регулярними?
3. Скільки днів триває менструація?
4. Через скільки днів повторюється?
5. Яка кількість крові втрачається під час менструації?
6. Чи регулярні менструації?
7. Чи супроводжується менструація неприємними відчуттями?
8. Коли була остання менструація?
9. Чи змінився характер менструальної функції під час даного захворювання?

ІІ. Статева функція.

1. У якому віці розпочалося статеве життя?
2. Чи використовуються протизаплідні засоби? Які саме? Яка їхня ефективність?
3. Чи змінився характер статевої функції під час даного захворювання?

ІІІ. Генеративна функція.

1. Скільки було вагітностей?
2. Як перебігала кожна з них, чи були ускладнення? Як закінчилася кожна вагітність?
3. Скільки було пологів? Як вони перебігали? Чи були ускладнення?

4. Як проходили післяпологові періоди?
5. Скільки було викиднів? У якому терміні вагітності це ставалось?
6. Скільки було штучних абортів?

IV. Секреторна функція.

1. Чи є виділення зі статевих шляхів?
2. Який характер виділень? Колір? Запах?
3. Чи змінюється характер виділень упродовж менструального циклу?
4. Чи змінилась секреторна функція під час даного захворювання?

Алгоритм 6

Вимірювання зросту

Необхідний інструментарій	Ростомір	
Техніка виконання	1. Стати збоку від ростоміра. 2. Підняти планку ростоміра вище від зросту хворої. 3. Попросити хвору стати на майданчик ростоміра, торкаючись його вертикальної планки лопатками, сідницями і п'ятами. 4. Опустити планку ростоміра на тім'яну ділянку хворої. 5. Зазначити поділку під планкою ростоміра. 6. Вписати отримані дані до карти вагітної та породіллі або до медичної карти.	*Голова хворої повинна перебувати у такому положенні, щоб лінія, яка проходить через зовнішній кут ока й козелок вуха, була паралельною до горизонтальної площини.*

Алгоритм 7

Визначення маси тіла вагітної

Необхідний інструментарій	Вага, церата, 0,5 % розчин хлораміну.	
Підготовка пацієнтки	Перед зважуванням пацієнтка повинна спорожнити сечовий міхур і пряму кишку, зняти одяг і взуття.	
Підготовка ваги	1. Відкрити фіксатор. 2. Зрівноважити вагу. 3. Закрити фіксатор. 4. Покласти на майданчик ваги церату, оброблену дезрозчином.	*Церату після кожного зважування потрібно обробляти розчином хлораміну.*
Послідовність дій	1. Попросити хвору стати на майданчик ваги. 2. Відкрити фіксатор. 3. Пересуваючи тягарці, зрівноважити вагу. 4. Закрити фіксатор. 5. Вписати дані зважування до карти вагітної та породіллі або до медичної карти.	*Ставати на вагу і сходити з неї пацієнтка повинна при закритому фіксаторі, інакше вага вийде з ладу.*

Алгоритм 8
Вимірювання зовнішніх розмірів таза

Необхідний інструментарій	Тазомір	
Підготовка пацієнтки	Пацієнтка лежить на кушетці на спині, випроставши ноги.	
Послідовність дій	1. Стати праворуч від вагітної. 2. Узяти тазомір таким чином, щоб великий, вказівний та середній пальці утримували ґудзики тазоміра. 3. Розмістити ґудзики тазоміра на передньо-верхніх остях клубових кісток, виміряти distantia spinarum. 4. Розмістити ґудзики на найвіддаленіших точках гребенів клубових кісток, виміряти distantia cristarum. 5. Розмістити ґудзики тазоміра на найвіддаленіших точках великих вертлюгів стегнових кісток, виміряти distantia trochanterica. 6. Запропонувати пацієнтці лягти на лівий бік, ліву ногу зігнути в коліні і в кульшовому суглобі, праву ногу випростати. 7. Розмістити один з ґудзиків тазоміра на верхньо-зовнішній точці симфізу, а інший — у ділянці надкрижової ямки, виміряти прямий розмір таза — conjugata externa. 8. Для визначення величини справжньої кон'югати від зовнішньої слід відняти 9 см.	*Розмір в нормі становить 25–26 см* *Розмір в нормі становить 28–29 см* *Розмір в нормі становить 30–31 см* *Розмір в нормі становить 20–21 см*

Алгоритм 9
Вимірювання висоти стояння дна матки та обводу живота

Необхідний інструментарій	Сантиметрова стрічка.	
Підготовка пацієнтки	Вагітна лежить на твердій кушетці на спині.	
Послідовність дій	**Вимірювання висоти стояння дна матки** 1. Великим пальцем правої руки зафіксувати початок сантиметрової стрічки до середини верхнього краю лобкового зчленування. 2. Стрічку розмістити на середній лінії живота. 3. Лівою рукою визначити висоту стояння дна матки й зазначити шукану величину.	

	Вимірювання обводу живота 1. Початок сантиметрової стрічки взяти у ліву руку, протягнути стрічку під спиною вагітної. 2. Перехопити стрічку правою рукою й виміряти обвід живота вагітної на рівні пупка.	*Стрічку розміщують на рівні задньо-верхніх остей клубових кісток.*

Алгоритм 10
Визначення білка в сечі

Необхідний інструментарій та реактиви	Пробірка, спиртівка, 3% розчин оцтової кислоти, 20 % сульфосаліцилова кислота.	
Послідовність дій	**Проба з оцтовою кислотою** 1. У пробірку набрати 10 мл сечі. 2. Пробірку прокип'ятити на спиртівці. Якщо сеча залишилася прозорою, — білка немає. Якщо сеча стала мутною, — це свідчить про наявність у ній білка або значної кількості солей. 3. Якщо сеча стала мутною, — до неї додати 5 крапель розчину оцтової кислоти. 4. Пробірку знову прокип'ятити. 5. Якщо після кип'ятіння сеча знову стала прозорою, — помутніння було пов'язане з наявністю солей. 6. Якщо сеча залишається каламутною, — вона містить білок. **Проба із сульфосаліциловою кислотою** 1. У пробірку набрати 5 мл профільтрованої сечі. 2. Додати 10 крапель 20% розчину сульфосаліцилової кислоти. 3. Якщо сеча містить білок, — випадає осад, сеча стає мутною.	*Кип'ятіння викликає денатурацію білка. Це призводить до помутніння сечі.* *Денатурація — процес незворотний, тому за наявності білка сеча знову прозорою не стає.* *За наявності оцтової кислоти солі розчиняються.*

Алгоритм 11
Гоління зовнішніх статевих органів

Необхідний інструментарій	Корнцанг або пінцет, ватний тампон, рідке мило, одноразова бритва з лезом, судно, кухоль Есмарха з теплим дезінфікувальним розчином, 96% етиловий спирт.	*Якщо хвору кладуть на кушетку, під таз підставляють судно. Перед зголюванням слід переконатись, що у ділянках, які потрібно обробити, немає родимок, кондилом.*
Техніка виконання	1. Хвора лежить на кушетці або на гінекологічному кріслі, зігнувши ноги в колінних і кульшових суглобах і розвівши їх. 2. Ділянку лобка і статевих губ намилити рідким милом за допомогою стерильного ватного тампона, захопленого корнцангом.	

	3. Одноразовим лезом зголити волосся спочатку з ділянки лобка, відтак зі статевих губ, в останню чергу — з промежини. 4. Після використання бритву викинути. 5. Статеві органи обмити теплим дезрозчином з кухля Есмарха. 6. Ділянки, з яких зголено волосся, обробити 96% спиртом.	*Можна використати розчини фурациліну, перманганату калію, хлоргексидину.*

Алгоритм 12

Постановка очисної клізми

Необхідний інструментарій	Кухоль Есмарха, гумова трубка завдовжки 1,5 м, наконечник, церата, судно, вазелін, 1,5–2 л теплої води (температура 25–35 °С), штатив.	
Положення хворої	Хвора лежить на кушетці на лівому боці. Ноги зігнуті в колінах і підтягнуті до живота.	
Підготовка до процедури	1. Під сідниці хворої покласти церату. 2. У кухоль Есмарха налити 1,5 л води (температура 25–35 °С). 3. Приєднати до трубки наконечник. 4. Відкривши кран на гумовій трубці, заповнити її водою. 5. Закрити кран. 6. Підвісити кухоль на висоті 1,5 м.	
Послідовність дій	1. Змастити наконечник вазеліном. 2. Розвести двома пальцями лівої руки сідниці хворої. 3. Легкими обертальними рухами ввести наконечник у задній прохід хворої, спрямовуючи його спочатку в напрямку пупка завглибшки 4 см, а потім паралельно до куприка завглибшки 10–12 см. 4. Відкрити кран і повільно влити до 1,5 л води. 5. Закрити кран і вивести наконечник з прямої кишки. 6. Попросити хвору затримати воду протягом 10 хв. 7. Зняти з гумової трубки наконечник, помити його з милом, продезінфікувати в 1% розчині хлораміну протягом 30 хв.	*Якщо на гумовій трубці немає крана, можна перетиснути її затискачем.* *Якщо введення води затримується — трохи змістити наконечник*

Алгоритм 13

Визначення групи крові

Необхідний інструментарій	Біла емальована тарілочка, набір стандартних сироваток, скельце або 3 скляні палички.	

Послідовність дій	1. На білу емальовану тарілочку нанести по одній краплі стандартних сироваток двох серій у заглибини з відповідними позначками — 0 (I), A (II), B (III). 2. В окрему заглибину нанести кілька крапель крові хворої. 3. До кожної краплі сироватки додати по одній краплі крові хворої й перемішати окремою скляною паличкою або краєм скельця. 4. Прочитати результат. Якщо аглютинації немає в жодній краплині, група крові хворої — I (перша); якщо аглютинація відсутня в другій краплині — група крові II (друга); якщо у третій — група крові хворої III (третя). За належності крові пацієнтки до четвертої групи аглютинація з'являється в усіх краплинах. У цьому випадку необхідно повторити визначення групи крові із сироваткою IV (четвертої) групи.	*При перемішуванні крові важливо для кожної краплі користуватись іншим краєм скельця.*

Алгоритм 14
Визначення положення, передлежання, позиції плода за допомогою прийомів Леопольда

Підготовка пацієнтки	Вагітна лежить на твердій кушетці на спині.	
Послідовність дій	Лікар чи акушер стає (або сідає) праворуч від вагітної обличчям до її обличчя. **Перший прийом.** Долоні обох рук покласти горизонтально в ділянці дна матки, щільно охоплюючи її (пальці при цьому зближені). Обережно натиснути на дно. **Другий прийом.** Обидві руки розмістити на бокових поверхнях матки на рівні пупка. Почергово правою і лівою рукою провести пальпацію частин плода. Обережно натискаючи долонями і пальцями рук на бічні поверхні матки, виявити з одного боку щільну, гладеньку, широку частину — спинку плода, з протилежного — дрібні частини (ручки, ніжки). **Третій прийом.** Правою рукою охопити передлеглу частину плода (великий палець з одного боку і чотири — з протилежного боку нижнього сегмента матки). **Четвертий прийом.** Стати праворуч від вагітної обличчям до її ніг. Долоні обох рук покласти на бокові поверхні нижнього сегмента матки й обережно кінчиками пальців намагатися проникнути між передлеглою частиною і боковими відділами входу в малий таз.	*Визначають при цьому рівень стояння дна матки й частину плода, розташовану в дні. Визначають положення, позицію, вид і рухи плода, а також тонус матки, кількість вод.* *Визначають характер передлеглої частини. Визначають відношення передлеглої частини до площин малого таза.*

Алгоритм 15
Аускультація серцебиття плода

Необхідний інструментарій	Акушерський стетоскоп, секундомір.	
Підготовка пацієнтки	Вагітна лежить на твердій кушетці на спині.	
Послідовність дій	1. Поставити стетоскоп у місце найбільш чіткого вислуховування серцебиття плода перпендикулярно до передньої черевної стінки. 2. Один кінець лійки стетоскопа щільно притиснути до живота вагітної, до другого кінця стетоскопа прикласти вушну раковину. 3. Використовуючи секундомір, підрахувати частоту серцевих скорочень плода.	*У момент вислуховування стетоскоп руками не тримати.*

Алгоритм 16
Вимірювання артеріального тиску

Необхідний інструментарій	Тонометр, фонендоскоп.	
Положення хворої	Хвора лежить у ліжку або сидить на стільці біля столу, поклавши руку, оголену вище від ліктьового згину, на стіл.	
Послідовність дій	1. Накласти на плече хворої манжетку так, щоб її нижній край був на 2–3 см вище від ліктьового згину. 2. З'єднати манжетку з балоном тонометра. 3. Пропальпувати в ділянці ліктьового згину місце пульсації ліктьової артерії. Прикласти на це місце фонендоскоп. 4. Закрити вентиль. 5. Натискаючи грушу, нагнітати повітря в манжетку. 6. Після зникнення звуку пульсових ударів нагнітати повітря ще на 2–3 поділки. 7. Припинити нагнітати повітря, відкрити вентиль і повільно випускати повітря. 8. Зазначити на шкалі позначку, коли з'явиться перший пульсовий удар. Це величина систолічного тиску. 9. Продовжуючи випускати повітря, зазначити на шкалі позначку, на якій пульсові удари зникають. Це величина діастолічного тиску.	*Під манжеткою повинен проходити лише один палець.*

Алгоритм 17
Спостереження за розвитком пологової діяльності

Положення пацієнтки	Роділля лежить у зручному для неї положенні в ліжку.	

Послідовність дій	1. Медсестра сідає на стілець біля ліжка роділлі, кладе руку на матку в ділянці її дна. 2. За допомогою секундоміра зазначає початок і кінець перейми. 3. Чекає наступної перейми. 4. За секундоміром зазначає тривалість паузи. 5. Визначення тривалості перейм та пауз між ними проводять протягом 30 хв.	*У жінок з ожирінням для більш точного визначення початку перейми можна враховувати їхні суб'єктивні відчуття.*

Алгоритм 18
Проведення підготовки роділлі до внутрішнього акушерського дослідження

Необхідний інструментарій та матеріали	Підкладна церата, стерильна пелюшка, стерильні рукавички, дезінфікувальні розчини — 0,5% хлорамін, фурацилін, 0,02% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодонату.	
Підготовка ліжка Рахманова чи гінекологічного крісла	1. Протерти ліжко Рахманова 0,5% розчином хлораміну. 2. Постелити продезінфіковану церату. 3. На церату покласти стерильну пелюшку.	*Великі статеві губи обробляють у напрямку згори вниз, стегна — від промежини до середини стегна, промежину й ділянку ануса — в останню чергу одним рухом від задньої спайки до ануса.*
Підготовка акушерки	Помити руки з милом під проточною водою.	
Послідовність дій	1. Допомогти жінці лягти на ліжко Рахманова. 2. Обробити зовнішні статеві органи розчином йодонату або хлоргексидину біглюконату, використовуючи корнцанг з ватною кулькою, в такій послідовності: лобок, великі статеві губи, стегна, промежина й ділянка ануса. 3. Допомогти лікареві обробити піхву фурациліном.	

Алгоритм 19
Проведення підготовки роділлі до прийому пологів

Підготовка акушера	1. Одягнути цератовий фартух. 2. Одягнути стерильну маску. 3. Обробити руки, як перед операцією, одним зі способів. 4. Одягнути стерильний халат. 5. Одягнути стерильні рукавички. 6. З допомогою санітарки накрити ліжко Рахманова для пологів. 7. Підготувати та розмістити все необхідне на акушерському інструментальному столику.
Підготовка роділлі	1. Роділлю перевезти в пологовий зал на каталці. 2. Одягнути стерильну сорочку, косинку та бахіли.

	3. Вкласти роділлю на ліжко Рахманова. 4. Головний кінець ліжка Рахманова підняти, ноги розмістити на підставках, руками роділля береться за металеві упори.

Алгоритм 20

Підготовка рук до операції за допомогою розчину діоциду

Необхідні засоби	Дистильована вода, таз, мило, стерильні рушники, серветки, розчин діоциду, етиловий спирт.
Послідовність дій	1. Помити руки під проточною водою з милом. 2. Висушити руки стерильним рушником. 3. Обробити руки розчином діоциду протягом 3 хв. 4. Висушити руки стерильним рушником. 5. Обробити руки протягом 2 хв 96% етиловим спиртом.

Алгоритм 21

Підготовка рук до операції за допомогою препарату С-4

Необхідні засоби	Препарат С-4, мило, стерильні рушники.
Послідовність дій	1. Помити руки під проточною водою з милом протягом 1–2 хв. 2. Висушити руки стерильним рушником. 3. Обробити руки препаратом С-4 протягом 1–2 хв. 4. Висушити руки стерильним рушником.

Алгоритм 22

Підготовка рук до операції за методом Альфельда

Необхідні засоби	Стерильні серветки, етиловий спирт, 5% розчин йоду, мило, 2 щітки.	
Послідовність дій	1. Помити руки до ліктів у проточній воді з милом двома щітками (кожною по 5 хв). 2. Витерти руки стерильним рушником або серветками, дотримуючись послідовності. 3. Обробляти кисті рук протягом 5 хвилин 96% етиловим спиртом. 4. Обробити 5% розчином йоду нігтьові ложа.	*Руки мити у такій послідовності: спочатку пальці, потім долонну та тильну поверхні кисті, відтак передпліччя.*

Алгоритм 23

Підготовка рук до операції за допомогою хлоргексидину біглюконату

Необхідні засоби	0,5% розчин хлоргексидину біглюконату — 500 мл, мило, стерильний рушник, стерильні серветки.	

Послідовність дій	1. Помити руки з милом під теплою проточною водою. 2. Сполоскати руки теплою проточною водою. 3. Просушити руки стерильним рушником. 4. Протирати руки до середини передпліччя протягом 3 хв 0,5% розчином хлоргексидину біглюконату.	*Щітку використовувати не потрібно.*

Алгоритм 24
Підготовка стерильного столика до прийому пологів

Необхідний інструментарій, матеріал та медикаментозні препарати	Стерильні рукавички — 2 пари, лоток для новонародженого, стерильні пелюшки, комплект для обробки пуповини (лігатура, дві серветки), катетер для відсмоктування слизу, піпетка, розчини йодонату 1%, йоду 5%, спирту етилового 96%, перманганату калію 0,5%, хлораміну 0,5%, сульфацилу натрію 30%, дзеркала широкі, вікончасті затискачі — 2 шт., затискачі — 3 шт., ножиці для пуповини і для проведення епізіотомії, голкотримач, голки, шовк, кетгут, лоток ниркоподібний, корнцанги — 2 шт.	
Послідовність дій	1. Знезаражений лоток для новонародженого накрити стерильною пелюшкою. 2. Дістати з бікса пакунок для первинного туалету новонародженого — стерильні пелюшки, комплект для обробки пуповини (лігатура, дві серветки), покласти на лоток, не розгортаючи. 3. Підготувати катетер для відсмоктування слизу, піпетку. 4. Акушерський інструментальний столик накрити стерильною серветкою. 5. Покласти на столик інструменти: дзеркала широкі для огляду пологових шляхів, вікончасті затискачі — 2 шт., затискачі — 3 шт., ножиці — 2 шт. (для пуповини і для проведення епізіотомії), голкотримач, голки, шовк, кетгут, корнцанги — 2 шт. 6. На окремому столику розмістити посудини з розчинами йодонату 1%, йоду 5%, спирту етилового 96%, перманганату калію 0,5%, хлораміну 0,5%, сульфацилу натрію 30%.	*Пакунок розгорнути після народження дитини.*

Алгоритм 25
Катетеризація сечового міхура

Необхідний інструментарій та матеріали	Стерильний лоток, гумовий катетер, два пінцети, стерильні марлеві серветки, змочені розчином фурациліну, вазелін, посудина для збирання сечі, судно, сечоприймач, церата, стерильні гумові рукавички, стерильний вазелін.

Послідовність дій	1. Відгородити хвору ширмою, підмити або протерти зовнішні статеві органи дезрозчином. 2. Обробити руки й надягнути стерильні рукавички. 3. Покласти хвору на спину, ноги зігнути в колінах і розвести. 4. Підкласти під сідниці церату й судно. 5. Поставити поруч лоток. Стати праворуч від хворої. 6. Лівою рукою розвести статеві губи, а правою взяти пінцет з марлевим тампоном, змоченим розчином фурациліну (1:5000), протерти зовнішні статеві органи й вічко сечівника. 7. Узяти другим пінцетом катетер на відстані 5 см від кінця та полити його стерильним гліцерином. Ввести катетер у сечівник на глибину 4–5 см. 8. Опустити другий кінець катетера у сечоприймач. 9. Після припинення самостійного виділення сечі з катетера злегка натиснути на передню стінку над лобком, щоб видалити із сечового міхура залишки сечі, й витягнути катетер.

Алгоритм 26
Визначення крововтрати в пологах

Необхідний інструментарій	Ниркоподібний лоток, градуйований циліндр, вага	
Послідовність дій	1. Після закінчення другого періоду пологів під таз жінки підкладають ниркоподібний лоток. 2. Зливають кров у градуйований циліндр. Визначають кількість втраченої крові: • до народження посліду; • з послідом; • через 2 години після пологів. 3. Пелюшки, просочені кров'ю, зважують. 4. Віднімають вагу сухої пелюшки. 5. Отриману різницю додають до маси крові у мірному посуді. 6. Зіставляючи масу втраченої крові та масу тіла жінки, визначають відсоток крововтрати.	*Об'єм і маса крові відрізняються. 100 мл крові важить 120 грамів!*

Алгоритм 27
Спостереження за породіллею в ранньому післяпологовому періоді

Необхідний інструментарій	Тонометр, фонендоскоп, секундомір, міхур з льодом, металевий жіночий катетер, ниркоподібний лоток — 2 шт.
Послідовність дій	1. Спостерігати за загальним станом — контролювати колір шкірних покривів. 2. Вимірювати АТ, визначати пульс.

	3. Контролювати кількість кров'янистих виділень з піхви. 4. Контролювати стан післяпологової матки шляхом пальпації. 5. Вчасно змінювати міхур з льодом: покласти міхур з льодом на передню черевну стінку на 30 хвилин, після 30-хвилинної перерви — повторити. 6. Провести катетеризацію сечового міхура після закінчення раннього післяпологового періоду — через 2 год після пологів. 7. Спостерігати за станом новонародженого, який перебуває біля матері в пологовій залі. 8. Вчасно перевести і транспортувати на каталці породіллю в післяпологову палату.

Алгоритм 28
Асистування під час накладання швів при розривах пологових шляхів

Положення хворої	Жінка лежить на ліжку Рахманова на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами.
Необхідний інструментарій та матеріали	Широкі післяпологові дзеркала, стерильні рукавички, корнцанг, пінцет, голкотримач, голки, шовк, кетгут, ножиці, пінцет, ватні та марлеві кульки.
Підготовка медичної сестри	1. Провести хірургічну обробку рук. 2. Одягнути стерильні рукавички. 3. Підготувати стерильний інструментарій.
Послідовність дій	1. Під час накладання швів на шийку матки медсестра утримує в піхві дзеркала, виконує всі розпорядження лікаря, готує шовний матеріал, заправляє його в голку. 2. Під час накладання швів на промежину медсестра подає лікареві інструменти, заправляє в голку шовк чи кетгут, просушує рану, виконує розпорядження лікаря.

Алгоритм 29
Проведення туалету породіль, догляд за швами на промежині

Необхідний інструментарій та матеріали	Кухоль Есмарха, 1–2 л розчину фурациліну або перманганату калію (1:5000), підігрітого до температури 37–38 °С, корнцанг, стерильні ватні кульки, судно, цератова підкладка, 1% розчин діамантового зеленого, стерильна пелюшка, гумові рукавички.
Положення хворої	Жінка лежить у ліжку або на гінекологічному кріслі на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами.
Підготовка хворої	1. Попросити породіллю лягти на спину, напівзігнути ноги в колінних та кульшових суглобах і підняти таз. 2. Підкласти під таз хворої цератову підкладку, на неї поставити судно.

Послідовність дій	1. Одягнути ґумові рукавички. 2. У ліву руку взяти кухоль з розчином, у праву — корнцанг із затиснутою в ньому ватною кулькою. 3. Поливаючи з кухля, за допомогою корнцанга та ватної кульки обмити зовнішні статеві органи в такій послідовності: лобок, великі та малі статеві губи, внутрішня поверхня стегон, промежина, анус. У міру забруднення кульки змінюють. 4. Узяти суху ватну або марлеву кульку. 5. Просушити зовнішні статеві органи. 6. Ділянку швів на промежині змастити ватною кулькою, змоченою в 1% розчині діамантового зеленого. 7. Забрати судно та цератову підкладку. 8. Підстелити стерильну пелюшку.

Алгоритм 30

Оволодіння технікою зціджування молока та догляду за молочними залозами породіллями

Догляд за молочними залозами та профілактика тріщин	1. Один раз на добу, краще перед першим годуванням, прийняти теплий душ, одягнути чисту білизну. 3. Перед кожним годуванням обмивати груди теплою водою з милом. 4. Вимити руки з милом. 3. Обробити сосок кип'яченою водою. 4. Годувати дитину можна лежачи в ліжку або сидячи. 5. Немовля повинне захоплювати не тільки сосок, а й навколососкову ділянку, особливо її нижню частину. 6. Мати мусить стежити, щоб молочна залоза не закривала носик дитини. 7. Перш ніж забрати немовля від грудей, необхідно вийняти з ротика сосок, якщо дитина його не випускає, можна закрити їй носик, легенько стиснувши його пальцями. 8. Після кожного годування слід зцідити молочну залозу, не травмуючи її. 9. Щоразу після годування та зціджування обмити сосок та навколососкову ділянку кип'яченою водою і висушити.	*Обробляти сосок дезінфікувальними розчинами не обов'язково.* *Годувати дитину потрібно з обох грудей досита. Якщо жінка зціджує молоко самостійно, вона може робити це у будь-якому зручному положенні — сидячи, стоячи, лежачи.*
Техніка зціджування молока	1. Підготувати стерильну баночку для молока. 2. Вимити молочну залозу теплою водою з милом. 3. Вимити руки з милом. 4. Медичній сестрі зручніше зціджувати молоко у положенні породіллі на спині. 5. Обережно помасажувати молочну залозу.	

	6. Розмістити баночку для зціджування під соском. 7. Правою рукою захопити молочну залозу так, щоб великий палець розміщувався з одного боку ареоли, а вказівний і середній — з іншого. 8. Обережно натиснути на сосок. 9. Після появи молока зціджувати, періодично зміщуючи пальці довкола соска й допомагаючи лівою рукою. 10. Зціджування закінчують, коли молочна залоза стала м'якою, а молоко виділяється краплями. 11. Після зціджування обмити сосок та навколососкову ділянку кип'яченою водою і висушити.	*Зціджування слід проводити обережно, не травмуючи молочної залози.*

Алгоритм 31
Передстерилізаційне очищення шприців, голок та акушерських інструментів

Необхідний інструментарій та реактиви	Мийний розчин (5 г синтетичного мийного засобу + 15 мл 33% розчину пероксиду водню + 980 мл води), електроплитка, йоржик, мандрен, реактив бензидиновий (амідопіриновий чи ортотолуїдиновий) і 1% спиртовий розчин фенолфталеїну, 3% розчин перекису водню чи 2% розчин питної соди, гумові рукавички.
Послідовність дій	1. Продезінфікувати шприци, голки чи інструменти в розібраному вигляді після використання чи маніпуляції, зануривши в 5% розчин хлораміну на 1 год (в 6% розчин перекису водню — на 2 год або прокип'ятити в 2% содовому розчині протягом 15 хв). 2. Одягнути ґумові рукавички. Продезінфіковані шприци й голки промити під проточною водою протягом 1 хв. 3. Підігріти мийний розчин до 45–50°С. 4. Поршні, циліндри, голки у розібраному вигляді занурити у мийний розчин на 15 хв. 5. Промити кожен циліндр і поршень у мийному розчині йоржиком, а голки мандреном. Розчин пропустити через кожну голку. 6. Промити інструменти під струменем холодної проточної води протягом 3 хв. 7. Провести контрольні проби. 8. Промити шприци, поршні і голки протягом 1 хв у дистильованій воді. 9. Висушити інструменти у розібраному вигляді в сухожаровій шафі.

Алгоритм 32
Контроль якості передстерилізаційного очищення шприців та інструментів

Необхідний інструментарій та реактиви	Сульфат бензидину, 50% оцтова кислота, розчин перекису водню, шприци, голки, піпетки, 1% спиртовий розчин фенолфталеїну, інструменти.

Проба на виявлення залишків крові	1. До 0,025 г сульфату бензидину додати 2 мл 50% оцтової кислоти, 2 мл 3% розчину перекису водню. 2. Узяти піпеткою виготовлений реактив і нанести по 2 краплі на поршень, у корпус шприца а через нього у голку, на інструмент. 3. Почекати до 2 хв і прочитати результат.	*За появи синьо-зеленого забарвлення до 2 хв — пробу вважають позитивною, тому необхідно повторно виконати очищення інструментів.*
Проба на виявлення залишків мийних засобів	1. Узяти 2–3 краплі 1% спиртового розчину фенолфталеїну і нанести на інструменти. 2. Зачекати 30 с і прочитати результат. За появи рожевого забарвлення — проба позитивна і необхідно повторно виконати очищення інструментів.	

Алгоритм 33
Дезінфекція шприців та інструментів кип'ятінням

Необхідний інструментарій	Стерилізатор, гачки, марля, пінцет, розібрані шприци, дистильована вода.
Послідовність дій	1. Застелити сітку стерилізатора марлею. 3. Покласти циліндри, поршні, голки і накрити їх марлею. 4. Покласти на марлю пінцет і гачки. 5. Залити холодною дистильованою водою, накрити кришкою і кип'ятити 45 хв з моменту закипання води.

Алгоритм 34
Заповнення та підключення систем для внутрішньовенних трансфузій

Необхідний інструментарій та матеріали	Ґумові рукавички, пакет зі стерильною пластиковою системою для одноразового використання, ватні стерильні кульки, серветки, 96% етиловий спирт, джгут, бинт, пластир, рушник, мило, корнцанг.
Послідовність дій	1. Вимити руки двічі під проточною водою з милом, просушити рушником і обробити спиртом. 2. Звірити напис на флаконі із призначенням лікаря, перевірити термін придатності, герметичність упаковки, прозорість рідини. 3. Перевірити герметичність пакета із системою і термін придатності. 4. Нестерильним пінцетом зняти із флакона центральну частину металевої кришки, ґумовий корок обтерти ватною кулькою, змоченою в спирті, і залишити її на корку. 5. Обробити руки спиртом, одягнути ґумові рукавички. 6. Розкрити пакет і вийняти систему. 7. Зняти ковпачок з голки повітроводу. 8. Ввести голку перпендикулярно через ґумовий корок у флаконі. 9. Трубку повітроводу закріпити уздовж флакона так, щоб її вільний кінець був на рівні дна флакона.

	10. Закрити гвинтовий затискач. 11. Зняти ковпачок з голки, розміщеної ближче до крапельниці, й увести її до упору через гумовий корок у флаконі. 12. Флакон закріпити на штативі догори дном. 13. Ін'єкційну голку разом з ковпачком зняти і покласти у підготовлений стерильний лоток. 14. Повернути крапельницю в горизонтальне положення. Повільно відкрити гвинтовий затискач, заповнити її до половини об'єму, затискач закрити. 15. Повернути крапельницю у вертикальне положення. 16. Відкрутити гвинтовий затискач, повільно заповнити довгу трубку системи до цілковитого витіснення бульбашок повітря і появи краплі рідини в канюлі для насадки голки. 17. Гвинтовий затискач закрити. 18. Перевірити відсутність бульбашок повітря в системі. 19. Канюлю для насадки ін'єкційної голки закрити ковпачком. 20. Підвісити кінець системи з голкою на штатив. 21. Покласти у стерильний лоток, де знаходиться ін'єкційна голка, закрита ковпачком, три ватні кульки, змочені в спирті, й три стерильні серветки. 22. Підготувати дві стрічки вузького (1 см) липкого пластиру завдовжки 4–5 см, рушник, джгут. **Виконання венопункції** 1. Накласти джгут у нижній третині плеча. 2. Обробити місце венопункції почергово двома ватними кульками, змоченими в спирті. 3. Взяти ін'єкційну голку за муфту, під муфту голки підкласти стерильну серветку. 4. Зняти ковпачок з ін'єкційної голки і зафіксувати вену, провести венопункцію (кулак хворої при цьому має бути стиснутий). 5. Після появи крові з муфти голки попросити хвору розтиснути кулак. 6. Зняти джгут. 7. Відкрити гвинтовий затискач і під'єднати систему до голки. 8. Регулювати затискачем швидкість інфузії в крапельниці (40–60 крапель/хв). 9. Частину трубки і голку зафіксувати стерильною серветкою і лейкопластирем.

Алгоритм 35
Допомога під час проведення гемотрансфузій

Необхідний інструментарій	Стерильні рукавички, біла емальована тарілочка, набір стандартних сироваток, скельце або 3 скляні палички, пакет зі стерильною пластиковою системою, стерильні ватні кульки, серветки, 96% етиловий спирт, джгут, бинт, пластир, корнцанг, центрифуга.

Положення хворої	Хвора займає зручне положення в ліжку.	
Послідовність дій та обов'язки медсестри	1. Вимити руки під проточною водою з милом. 2. Одягнути гумові рукавички. 3. Визначити групу крові хворої. 4. Показати тарілочку лікареві. 5. Визначити групову належність крові у флаконі. 6. Показати тарілочку лікареві. 7. Взяти 5 мл крові з вени хворої, відцентрифугувати для отримання сироватки. 8. Перевірити напис на етикетці флакона з кров'ю донора, переконатися, що кров тієї ж групи та резус-фактора, що у хворої. 9. Провести пробу на індивідуальну сумісність. Для цього на чашку Петрі нанесіть 1–2 краплі сироватки крові хворої, додайте кров донора до сироватки у співвідношенні 1:10 (1 крапля крові на 10 крапель сироватки). Чашку Петрі поставте на білий фон. Прочитайте результат. Покажіть лікареві для висновку. 10. Одночасно проведіть пробу на резус-сумісність. Для цього на чашку Петрі нанесіть 1–2 краплі сироватки крові хворої, додайте кров донора до сироватки у співвідношенні 1:10 (1 крапля крові на 10 крапель сироватки), чашку Петрі поставте на водяну баню при 44–48°С на 10 хв. Чашку Петрі поставити на білий фон. Прочитати результат. Показати лікареві для висновку. 11. Підготувати систему для переливання крові. 12. Пунктувати вену. 13. За вказівкою лікаря і в його присутності розпочати гемотрансфузію. 14. Стежити за станом хворої. 15. При появі реакції негайно припинити гемотрансфузію і виконати вказівки лікаря. 16. Після закінчення переливання крові ретельно продезінфікувати використане обладнання.	*Висновок про групову належність крові робить тільки лікар!* *Усі маніпуляції з кров'ю проводити тільки в гумових рукавичках!* *Результати усіх проб оцінює тільки лікар!* *Під час переливання присутність лікаря обов'язкова!*

Алгоритм 36
Правила приготування дезінфікувальних хлоровмісних робочих розчинів

Необхідний матеріал	1 кг сухого хлорного вапна, вода, 10 л емальоване відро, дерев'яна паличка, пляшки з темного скла з корками, порошок хлораміну.

Послідовність дій	**I. Приготування вихідного освітленого 10% розчину хлорного вапна:** 1. Узяти 1 кг сухого хлорного вапна й розвести у 9 л води. 2. Розмішати дерев'яною паличкою. 3. Дати відстоятися протягом доби у темному місці. 4. Процідити і розлити в пляшки з темного скла, закрити корками. **II. Приготування робочого розчину хлорного вапна:** 0,1% – узяти 0,1 л 10% р-ну хлорного вапна на 9,9 л води; 0,2% – узяти 0,2 л 10% р-ну хлорного вапна на 9,8 л води; 0,3% – узяти 0,3 л 10% р-ну хлорного вапна на 9,7 л води; 0,4% – узяти 0,4 л 10% р-ну хлорного вапна на 9,6 л води; 0,5% – узяти 0,5 л 10% р-ну хлорного вапна на 9,5 л води; 1% – узяти 1 л 10% р-ну хлорного вапна на 9,0 л води; 3% – узяти 3 л 10% р-ну хлорного вапна на 7,0 л води; 5% – узяти 5 л 10% р-ну хлорного вапна на 5,0 л води. **III. Приготування робочого розчину хлораміну:** 0,2% – узяти 2 г хлораміну на 1000 мл води; 1% – узяти 10 г хлораміну на 990 мл води; 2% – узяти 20 г хлораміну на 980 мл води; 3% – узяти 30 г хлораміну на 970 мл води; 4% – узяти 40 г хлораміну на 960 мл води; 5% – узяти 50 г хлораміну на 950 мл води. **IV. Маркування розчинів:** На посудини з дезінфікувальними розчинами наклеїти етикетки із зазначенням назви розчину, його концентрації, дати приготування, підписом медсестри.

Алгоритм 37
Підготовка до стерилізації біксів з перев'язувальним матеріалом та наборами для пологів

Необхідний інструментарій	Бікс, перев'язувальний матеріал.	
Підготовка бікса	1. Протерти бікс зсередини і ззовні дезінфікувальним розчином. 2. Відкрити бокові отвори.	*Матеріал закладають не щільно. Якщо бікс готують для операційної, в нього поверх простирадла кладуть халат для операційної медсестри.*
Послідовність дій	1. Вистелити бікс зсередини великою серветкою або простирадлом. 2. У центральну частину бікса помістити пробірку з індикатором стерильності. 3. Закласти білизну чи перев'язувальний матеріал у вертикальному положенні в певній послідовності. 4. Після заповнення бікса загорнути краї простирадла чи серветки, якою він був вистелений.	

	5. Закрити бікс. 6. Зафіксувати кришку. 7. Прикріпити етикетку із церати, на якій вказати вміст бікса, дату стерилізації та прізвище мед-сестри, яка готувала бікс. 8. Перевірити, чи відкриті бокові отвори, і відправити в автоклавну.	

Алгоритм 38

Складання вимоги-накладної для одержання лікарських препаратів

Зміст і матеріальне забезпечення	Згідно з листками призначень і наявністю медикаментів, на сестринському посту та в процедурному кабінеті складають вимогу-накладну відповідно до вказаної форми:

Штамп лікувального закладу

Аптека № _____

Вимога № _____

Від «___»_____200_ р.

Кому _____

Форма № 16А-П

Накладна № _____

від «___»_____200_ р.

Через кого _____

Довіреність _____

№ п/п	Найменування товару	Одиниця виміру	Кількість	Ціна	Сума

Усього: _____

Сума _____

(прописом)

Видав _____

Зав. відділення _____

Ст. акушерка _____

Зав. аптеки _____

Заповнюється вимога-накладна в 2 примірниках. Вимогу на отруйні, наркотичні препарати та етиловий спирт виписують латинською мовою на окремому бланку зі штампом лікувального закладу за підписами керівника лікувального закладу або його заступника з лікувальної роботи, завідувача відділення та старшої акушерки. Вимоги на отруйні, наркотичні речовини, спирт виписують у 4-х примірниках.

Отримання ліків з аптеки

Для одержання ліків з аптеки старша акушерка перевіряє наявність усіх виданих медикаментів і підписується про отримання.

Товар на суму _____
прописом

Видав (підпис) _____

Отримав (підпис) _____

Категорично заборонено отримувати ліки з аптеки допоміжному персоналу (санітаркам, водіям).

Алгоритм 39
Техніка операції ручного відшарування плаценти

Підготовка пацієнтки	1. Випустити сечу катетером. 2. Увести 1 мл 1% промедолу, 2 мл 50% анальгіну, 2 мл 1% димедролу. 3. Налагодити внутрішньовенне введення кровозамінників (5% розчину глюкози, ЕАКК, желатинолю).	
Послідовність дій	1. Обробити руки одним з наявних дезінфектантів. 2. Одягнути стерильні рукавички. 3. Скласти пальці правої руки у вигляді конуса. 4. Лівою рукою широко розвести статеві губи. 5. Увести праву руку в порожнину матки, після чого ліву руку перемістити на дно матки. 6. Ідучи по пуповині, дійти до плаценти, відтак — до її краю. 7. Пилоподібними рухами ліктьового краю долоні відшарувати плаценту. 8. Потягуванням лівою рукою за пуповину видалити послід. Права рука при цьому залишається в матці, допомагаючи видаленню посліду. 9. Зробити ревізію стінок матки і зовнішньо-внутрішній масаж матки. 10. Вивести праву руку з матки. 11. Зняти рукавички і занурити їх у дезрозчин.	*1. Рухи робити без надмірних зусиль.* *2. Якщо плаценту відшарувати не вдається, спробу припинити, відшаровану ділянку притиснути кулаком і чекати приїзду лікарської бригади.* *3. Після закінчення операції ввести утеротонічні засоби.*

Алгоритм 40
Ручна ревізія порожнини матки

Підготовка пацієнтки	1. Випустити сечу катетером. 2. Провести знеболювання введенням 1 мл 1% промедолу, 2 мл 1% димедролу, 2 мл 50% анальгіну. 3. Налагодити внутрішньовенну інфузію кровозамінників (желатиноль, ЕАКК, глюкоза).	

Послідовність дій	1. Обробити руки одним з наявних дезінфектантів. 2. Одягти стерильні рукавички. 3. Скласти пальці правої руки у вигляді конуса. 4. Лівою рукою широко розвести статеві губи. 5. Праву руку ввести у порожнину матки, ліву перекласти на дно матки. 6. Перевірити правою рукою всі стінки матки. 7. Скласти праву руку у вигляді кулака і з допомогою лівої руки зробити масаж матки (масаж матки на кулаці). 8. Вивести руку з матки. 9. Зняти рукавички і занурити їх у дезрозчин.	*Якщо є клапті плацентарної тканини чи оболонок, їх видаляють рукою.*

Алгоритм 41
Виписування вимоги на кров та кровозамінники

1. У вимозі вказати:
- прізвище, ім'я та по батькові хворої;
- назву необхідного трансфузійного препарату;
- кількість флаконів.

2. Якщо замовляють кров, вказують групу крові та резус-фактор.
3. Наприкінці вимоги акушерка ставить підпис і дату.

Алгоритм 42
Проведення санітарно-освітньої роботи

1. Дібрати тематику бесід із вагітними.
2. Підготувати тексти бесід.
3. Підготувати наочний матеріал — брошури, таблиці, буклети.
4. Пояснити пацієнтці доцільність проведення санітарно-освітньої роботи.
5. Провести бесіду.
6. Після закінчення бесіди з'ясувати, які запитання виникли у пацієнтки, і відповісти на них.

Алгоритм 43
Стандартне використання універсальних запобіжних заходів при проведенні первинної реанімації новонароджених

1. Правильне миття рук.
2. Використання стерильних рукавичок.
3. Використання чистого медичного одягу.
4. Обережне проведення маніпуляцій з гострим медичним інструментарієм.
5. Використання спеціальних контейнерів для відпрацьованого медичного інструментарію.
6. Організація миття, дезінфекції і стерилізації використаного обладнання і гумових рукавичок, а також відповідне застосування одноразового обладнання і матеріалів.
7. Організація безпечного видалення й обробки забруднених матеріалів і білизни.

Алгоритм 44

Карта первинної реанімації новонародженого

(Наказ МОЗ України №312 від 08.06.2007р.)

(заповнюється на кожну дитину, якій надавали будь-яку реанімаційну допомогу незалежно від її обсягу)

Температура в пологовій кімнаті/операційній _____

Прізвище _____

Дата народження _____ Час народження: _____

Приблизна маса _____ г Стать: _____

Реанімацію розпочато: (год:хв)_____

Реанімацію закінчено: (год: хв)_____

Перинатальний анамнез:

Час перенесення на реанімаційний стіл: _____

Вік (хв)	ЧСС	М'язовий тонус	Рефлекторна реакція	Колір шкіри	Дихання	Разом
А 1						
П 5						
Ґ 10*						
А 15*						
Р 20*						

* — визначають, якщо оцінка на 5 хвилині < 7 балів.

Навколоплодові води: ☐ Чисті ☐ Забруднені меконієм

Новонароджений: ☐ Активний ☐ Неактивний *(↓дихання, ↓тонус* або *ЧСС <100/хв)*

Втручання	**Початок** (год:хв)	**Кінець** (год:хв)	**Виконавець**	**Особливості**
☐ Відсмоктування ☐ Катетер ☐ Ґумова груша				Разом хвилин: Розмір катетера:
☐ ШВЛ мішком і маскою				Разом хвилин:
☐ Вільний потік кисню (л/хв)				Разом хвилин:
☐ Інтубація трахеї				Розмір ЕТТ: ☐2,5 ☐3,0 ☐3,5 ☐4,0
☐ Інтубація і ШВЛ				Разом хвилин:
☐ Інтубація (лише відсмоктування)				Разом хвилин:
☐ Шлунковий зонд: ☐ Так ☐ Ні				
☐ Непрямий масаж серця				Разом хвилин:
☐ Катетеризація вени пуповини				Розмір катетера: ☐3,5 ☐5

Медикаменти	Час введення/ Кількість	Час введення/ Кількість	Показання
☐ **Адреналін 0,01%** ☐ Ендотрахеально 0,3–1,0 мл/кг ☐ Внутрішньовенно 0,1–0,3 мл/кг			
☐ **Кровозамінник 0,9% розчин NaCl** Внутрішньовенно повільно 10 мл/кг			
☐ **4,2% розчин натрію гідрокарбонату** Внутрішньовенно повільно 4 мл/кг			

Клінічні симптоми	Час (год:хв)	Стан на момент закінчення реанімації
Самостійне дихання		☐ Задовільний ☐ Середньої важкості ☐ Важкий ☐ Термінальний ☐ Смерть (Вибрати одне)
Перша гримаса		
Збільшення ЧСС		
Зменшення центрального ціанозу		

Підготовка приміщення:	Обладнання: _____ Відповідальний за підготовку: _____
Прізвища та підписи осіб, які проводили реанімацію:	

Післяреанімаційна допомога

І. ☐ Дитину викладено на грудну клітку матері ☐ Година:
☐ Перше грудне годування ☐ Година:

Час після народження	Показник	ЧД	Центральний ціаноз	Ретракції/ Стогін	ЧСС	Рухова активність	Температура (°С)	Сеча
	15 хв		☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні		☐ Так ☐ Ні		—
	30 хв		☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні		☐ Так ☐ Ні		☐ Так ☐ Ні
	45 хв		☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні		☐ Так ☐ Ні		—
	60 хв		☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні		☐ Так ☐ Ні		☐ Так ☐ Ні
	90 хв		☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні		☐ Так ☐ Ні		—
	120 хв		☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні		☐ Так ☐ Ні		☐ Так ☐ Ні

Вжиті заходи	☐ Вільний потік кисню ☐ Година ☐ Тривалість (год/хв) ☐ Переведено у відділення

ІІ. ☐ Дитину переведено у неонатальне відділення/ ВІТН ☐ Година:

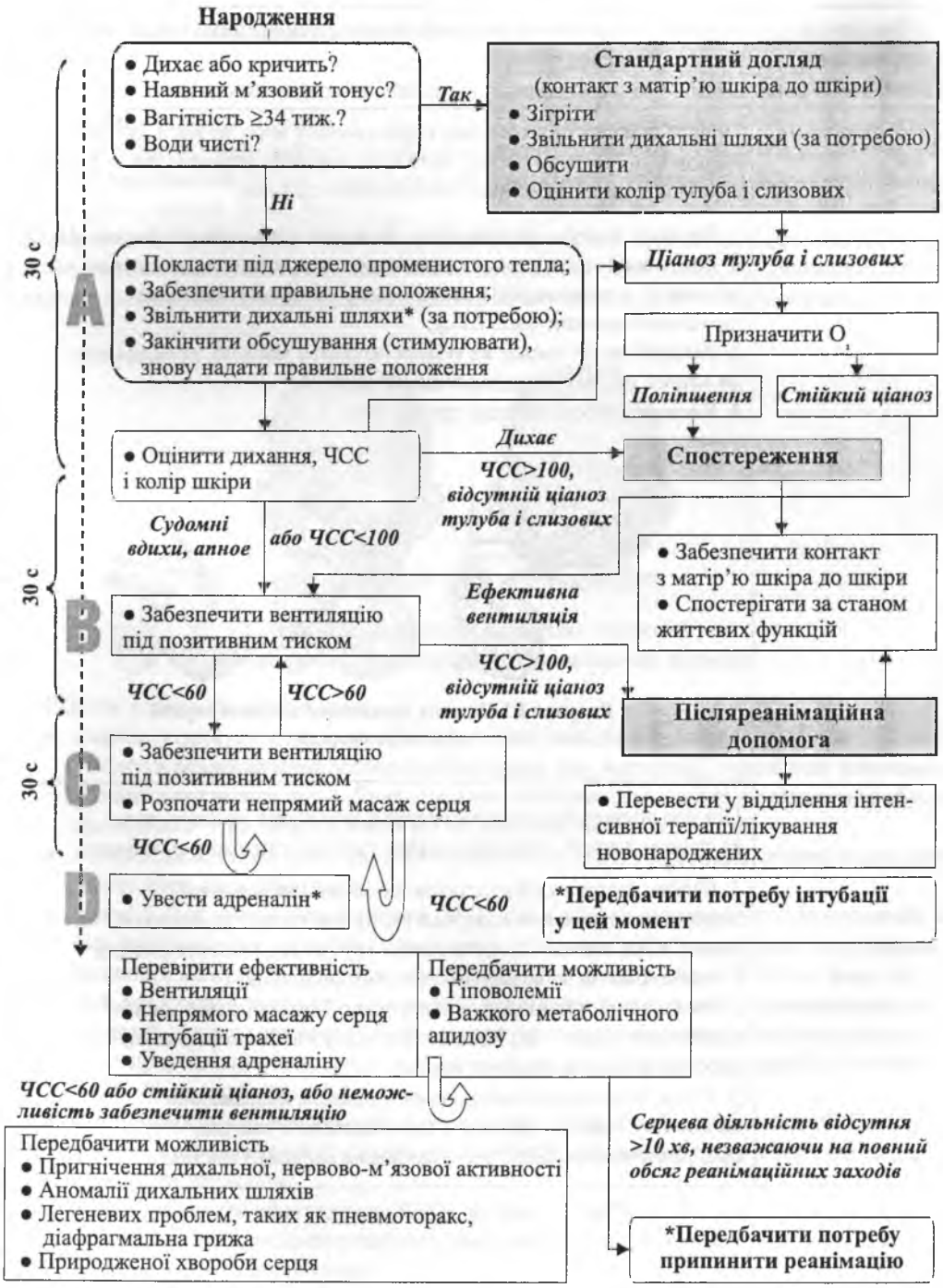
Стан на момент переводу у відділення: ☐ Середньої важкості ☐ Важкий ☐ Термінальний	Самостійне дихання: ☐ Так ☐ Ні t°C_____ ЧД (ЧВ) _____ SpO_2_____ % ЧСС _____ АТ ____ / ____ САТ _____ мм рт. ст. Глюкоза крові: Ht:

Прізвища та підписи відповідальних лікаря, акушерки, медсестри

Алгоритм 45

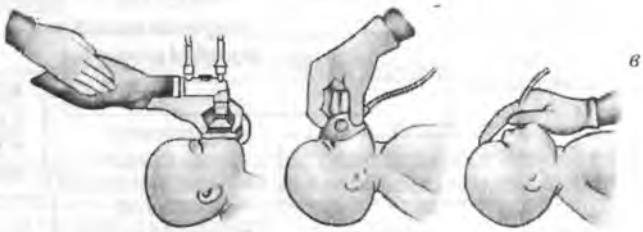
Загальний алгоритм реанімації новонароджених

(наказ МОЗ України №312 від 08.06.2007 р.)



Алгоритм 46

Техніка проведення кисневої терапії новонародженого

Обладнання для проведення кисневої терапії	Киснева трубка, реанімаційний мішок, реанімаційна маска, киснева маска і киснева трубка
Послідовність дій	Подати вільний потік кисню, спрямовуючи його до носа дитини. Швидкість вільного потоку кисню не повинна перевищувати 5 літрів за хвилину, щоб запобігти охолодженню дитини. 1. Киснева трубка і долоня руки, складена у вигляді лійки *(рис. І.1.в);* 2. Реанімаційний мішок, що наповнюється потоком (анестезіологічний), і реанімаційна маска: маску нещільно накласти на обличчя дитини *(рис. І.1.а);* 3. Вільний потік кисню не можна подавати маскою, приєднаною до мішка, що наповнюється самостійно; 4. Киснева маска і киснева трубка *(рис. І.1.б).*  **Рисунок І.1.** Техніка проведення кисневої терапії під час реанімації
	Під час проведення кисневої терапії необхідно спостерігати за станом дитини, кольором шкіри тулуба і слизових оболонок: 1. Щойно шкіра тулуба і слизові оболонки немовляти порожевіють, кисневу підтримку слід поступово припиняти, поволі віддаляючи кінець кисневої трубки від обличчя дитини і спостерігаючи за кольором слизових оболонок; 2. Якщо з припиненням кисневої терапії центральний ціаноз з'являється знову, слід відновити подачу кисню і продовжити спостереження за станом дитини; 3. У разі збереження центрального ціанозу, незважаючи на кисневу терапію протягом щонайменше 5 хвилин, слід розпочинати ШВЛ реанімаційним мішком і маскою.

Алгоритм 47
Техніка проведення початкової ШВЛ під час первинної реанімації новонароджених

1. Перевірити правильність положення дитини: голова помірно розігнута, валик під плечима.

2. Зайняти положення навпроти голови новонародженого і зафіксувати час початку вентиляції.

3. Накласти маску відповідного розміру, приєднану до реанімаційного мішка, на обличчя дитини, накриваючи ніс, рот і верхівку підборіддя. Маску анатомічної форми накладають загостреним кінцем на ніс *(рис. І.2.)*.

4. Натискаючи на верхній і нижній краї маски першим і другим пальцями однієї руки, забезпечити герметичне прилягання маски до обличчя. Одночасно, за допомогою інших пальців цієї ж руки, які підтримують нижню щелепу дитини, фіксувати положення голови.

Рис. І.2. Лицеві маски круглої (ліворуч) й анатомічної форми (праворуч) належного розміру

5. Відразу розпочати вентиляцію:

- надійно утримуючи маску на обличчі дитини, пальцями іншої руки повільно і плавно стиснути реанімаційний мішок декілька разів: для вентиляції доношених новонароджених використовують 4–5 пальців, а для глибоконедоношених немовлят може бути достатньо 2–3 пальців, залежно від об'єму реанімаційного мішка;
- під час стискування реанімаційного мішка спостерігати за рухами грудної клітки, які мають бути ледь помітними;
- перші 2–3 штучні вдихи з тиском 20–25 см водн. ст. можуть бути ефективними в більшості новонароджених, однак деякі доношені діти з відсутнім самостійним диханням можуть потребувати початкового позитивного тиску 30–40 см водн. ст.;
- для подальшої успішної вентиляції неушкоджених легень у новонароджених достатньо тиску вентиляції 15–20 см водн. ст., а для немовлят з незрілими легенями або з природженим легеневим захворюванням може виникнути потреба застосувати тиск >20 см водн. ст.;
- для більшості недоношених новонароджених початковий тиск вентиляції 20–25 см водн. ст. є адекватним, а додаткове застосування позитивного тиску наприкінці видиху може бути корисним;
- щоб підтвердити ефективність ШВЛ, відразу після її початку попросити асистента оголосити ЧСС новонародженого, визначену пальпацією основи пуповини або аускультацією ділянки серця.

Алгоритм 48
Інтубація трахеї
Основні етапи виконання процедури

1. Забезпечити і фіксувати правильне положення голови дитини, дати вільний потік кисню, зафіксувати час початку процедури *(рис. І.3.)*.
2. Тримаючи ларингоскоп лівою рукою, увести клинок уздовж правого краю язика, відтискаючи його до лівої половини рота; потім просувати кінець клинка до заглиблення відразу за коренем язика *(рис. І.4.)*.
3. Поволі піднімаючи клинок ларингоскопа, знайти і зафіксувати у полі зору вхід у трахею (голосову щілину).

- Уникати піднімання кінця клинка гойдальним рухом *(рис. І.4.)*.
- За потребою відсмоктати слиз з трахеї.

Рис. І.3. Приготування до ларингоскопії

Рис. І.4. Техніка проведення ларингоскопії

4. Увести трубку у правий кут рота (якщо зв'язки зімкнуті, чекати, поки вони розімкнуться); кінець ендотрахеальної трубки ввести у трахею, вирівнюючи позначку голосової щілини на трубці з голосовими зв'язками *(рис. І.5.)*.

Рис. І.5. Уведення трубки між голосовими зв'язками до трахеї

5. Вийняти клинок ларингоскопа з рота і провідник із трубки (якщо використовувався), надійно утримуючи трубку рукою (притиснути трубку пальцями до верхнього піднебіння або кута рота).
6. Приєднати до ендотрахеальної трубки реанімаційний мішок і розпочати ШВЛ, після чого негайно підтвердити (перевірити) місцезнаходження інтубаційної трубки у трахеї, враховуючи:

- збільшення ЧСС (найважливіший показник);
- наявність симетричних рухів грудної клітки під час вентиляції;
- дані аускультації аксилярних ділянок грудної клітки з обох боків і епігастральної ділянки;
- запотівання трубки під час видиху;
- відсутність ознак прогресивного збільшення живота;
- поліпшення кольору шкіри й активності новонародженого.

7. Якщо є підозра на неправильне введення трубки:

- витягнути трубку, вентилювати легені мішком і маскою, щоби нормалізувати частоту серцевих скорочень і колір шкіри, а потім повторити процедуру інтубації.

8. Додатково перевірити правильність глибини введення трубки за формулою: сантиметрова позначка на трубці на рівні верхньої губи = величина маси тіла дитини у кілограмах + число 6.

9. Зазначити сантиметрову позначку на рівні верхньої губи і прикріпити трубку лейкопластиром до лиця дитини.

10. Після стабілізації стану новонародженого вкоротити трубку, якщо вона виступає над рівнем верхньої губи більше, ніж на 4 см.

11. Тривалість однієї спроби інтубації трахеї не повинна перевищувати 20 секунд, оскільки під час її виконання припиняють інші реанімаційні процедури (за винятком подавання вільного потоку кисню).

12. Якщо трахею новонародженої дитини не вдалося заінтубувати протягом 20 секунд, слід зупинити спробу інтубації і відновити вентиляцію легень мішком і маскою 100% киснем до нормалізації ЧСС, а також кольору шкіри і слизових оболонок новонародженого.

13. Після цього, у разі потреби, можна повторити спробу інтубації.

Алгоритм 49
Непрямий масаж серця

Техніка проведення непрямого масажу серця:

1. Медичний працівник, який проводить непрямий масаж серця, перебуває збоку від новонародженого.

2. Дитина повинна лежати на твердій рівній поверхні; важливо забезпечити надійну фіксацію її спини (див. нижче).

3. Використовують 2 техніки непрямого масажу серця *(рис.І.6.)*:

- *метод великих пальців* — на грудину натискають подушечками двох великих пальців; водночас решта пальців обох рук підтримують спину дитини (цьому методу надають перевагу);
- *метод двох пальців* — на грудину натискають кінчиками двох пальців однієї руки: другого і третього або третього і четвертого; під час цього друга рука підтримує спину дитини. Цей метод застосовують якщо потрібний доступ до судин пуповини.

4. Виконують непрямий масаж серця, натискаючи на нижню третину груднини: ця ділянка знаходиться відразу під умовною лінією, що з'єднує соски дитини. Важливо не натискати на мечоподібний відросток, щоб запобігти розриву печінки.

5. Натискування здійснюють перпендикулярно до поверхні грудної клітки кінчиками пальців, які розміщують уздовж середньої лінії грудини.

6. Після кожного натискування дозволяють грудній клітці відновити свій об'єм, не відриваючи пальці від її поверхні.
7. Глибина натискувань становить одну третину передньозаднього діаметра грудної клітки.
8. Частота натискувань на грудну клітку становить 90 за 1 хвилину.

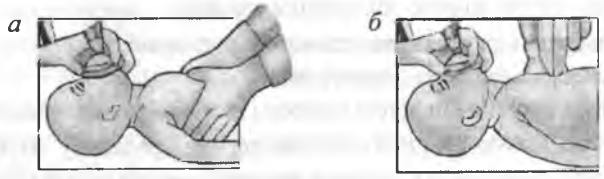


Рис.І.6. Дві техніки непрямого масажу серця:
великих пальців *(а)* і двох пальців *(б)*

9. Важливо координувати непрямий масаж серця зі ШВЛ, уникаючи одночасного виконання обох процедур:

- після кожних трьох натискувань на груднину роблять паузу для проведення вентиляції, після чого натискування повторюють.
- за 2 секунди потрібно 3 рази натиснути на грудину (90 за 1 хвилину) і провести 1 вентиляцію (30 за 1 хвилину), — разом — 120 дій за 1 хвилину.

Алгоритм 50
Приготування розчину адреналіну і дозування

1. Готують 0,01% розчин адреналіну [1:10000]: до 1 мл 0,1% розчину адреналіну гідрохлориду або 0,18% розчину адреналіну гідротартрату треба додати 9 мл 0,9% розчину натрію хлориду.
2. Набирають у шприц 1–5 мл приготовленого розчину [1:10000].
Дозування:

- внутрішньовенна доза – 0,1–0,3 мл/кг (0,01–0,03 мг/кг);
- ендотрахеальна доза – 0,3–1,0 мл/кг (0,03–0,1 мг/кг).

3. Не можна застосовувати більші внутрішньовенні дози адреналіну під час реанімації новонароджених, оскільки їх уведення може спричинити ураження мозку і серця дитини. Менші ендотрахеальні дози неефективні.
4. За відсутності ефекту і наявності показань введення адреналіну повторюють кожні 3–5 хвилин. Повторні введення адреналіну здійснюють лише внутрішньовенно.
Техніка введення:
1. Розчин адреналіну вводять швидко.
2. Рекомендований шлях введення адреналіну — внутрішньовенний; ендотрахеальне введення можна використати тимчасово, поки здійснюється венозний доступ.
3. Ендотрахеально адреналін вводять зі шприца безпосередньо до ендотрахеальної трубки або через зонд, уведений у трубку; після введення медикаменту до трахеї важливо відразу провести декілька ефективних вентиляцій під позитивним тиском.

Алгоритм 51
Особливості визначення потреби в реанімації у дитини, яка народилась після вилиття вод, забруднених меконієм

1. У разі вилиття вод, забруднених меконієм, відсмоктування з верхніх дихальних шляхів дитини після народження голови не потрібне, оскільки це втручання не зменшує ризику розвитку синдрому аспірації меконію.
2. Відразу після народження дитини потрібно зазначити та оголосити час її народження і до викладання на живіт матері та висушування оцінити активність — наявність і адекватність самостійного дихання, м'язовий тонус і частоту серцевих скорочень (ЧСС).
3. У разі наявності будь-якої з таких ознак: відсутність самостійного дихання або дихання типу ґаспінґ або брадипное (ЧД<30 за 1 хвилину), або знижений м'язовий тонус (відсутність активних рухів, звисання кінцівок), або ЧСС<100 за 1 хвилину — слід негайно:

- перетиснути і перерізати пуповину;
- інформувати матір, що дитина має проблеми зі встановленням самостійного дихання і їй буде надано допомогу;
- не забираючи пелюшок і уникаючи тактильної стимуляції, перенести немовля на реанімаційний стіл або іншу підготовлену відповідну теплу та суху поверхню;
- здійснити початкові кроки допомоги, повторно оцінити стан дитини і вирішити, що робити далі.

4. Дітей, які після народження є активними, — кричать або адекватно дихають, виявляють задовільну рухову активність з ЧСС>100 за 1 хвилину, викладають на живіт матері і спостерігають за їх станом протягом 15 хвилин. У разі відсутності дихальних розладів забезпечують стандартний медичний догляд.
5. Незалежно від особливостей меконіального забруднення навколоплодових вод, відсмоктування із трахеї активного новонародженого без ознак порушення стану не поліпшує клінічні результати лікування і може супроводжуватись розвитком ускладнень. Тому ця процедура не рекомендується для рутинного використання.
6. Спостереження за дитиною, яка народилась після вилиття забруднених меконієм вод, передбачає оцінку наявності дихальних розладів (тахіпное більше 60 за хвилину, втягнення податливих ділянок грудної клітки, експіраторний стогін тощо) протягом 3-х послідовних годин після народження (щонайменше кожні 15 хвилин протягом першої години).
7. Дитина, в якої на фоні загрози аспірації меконію в перші години життя виникають апное або інші дихальні розлади, може потребувати відсмоктування із трахеї до початку вентиляції легень під позитивним тиском, навіть якщо вона була активною відразу після народження.

Алгоритм 52
Особливості визначення потреби в реанімації у дітей, які народились при терміні гестації ≤32 тижнів

1. У разі народження дитини **при терміні гестації ≤32 тижнів** першочергові зусилля спрямовують на профілактику переохолодження, оскільки стандартні заходи теплового захисту (витирання, сповивання в теплі пелюшки і надання подальшої допомоги під джерелом променистого тепла) можуть бути недостатні для запобігання виникненню гіпотермії у цієї категорії новонароджених.

2. Відразу після народження дитини **в терміні гестації 28–32 тижні** акушерка приймає її у теплі пелюшки, зазначає та оголошує час народження. Після цього перетискають і перерізають пуповину, і відокремлене від матері немовля якомога скоріше переносять на теплу поверхню, під джерело променистого тепла (завчасно включений реанімаційний столик), де:

- здійснюють початкові кроки допомоги ;
- повторно оцінюють стан дитини і розпочинають ШВЛ або кисневу терапію за наявності показань;
- у разі відсутності показань для реанімації таке немовля вдягають у теплий одяг і якомога скоріше переводять у відділення інтенсивної терапії новонароджених з суворим дотриманням вимог теплового ланцюжка.

3. Немовлят **в терміні гестації ≥30 тижнів, приблизна маса яких становить понад 1200,0 г,** можна ефективно зігрівати, забезпечивши шкірний контакт з матір'ю відразу після народження, за умови, що дитина самостійно адекватно дихає, має ЧСС>100 за хвилину, достатній м'язовий тонус і не має центрального ціанозу і дихальних розладів.

4. Щойно народжену глибоконедоношену дитину **у терміні гестації <28 тижнів, приблизна маса якої <1000,0 г** рекомендується прийняти у зігріті пелюшки і, не витираючи, швидко помістити у спеціальний прозорий одноразовий харчовий поліетиленовий мішок:

- посередині дна мішка завчасно роблять отвір для голови дитини;
- немовля поміщають у мішок так, щоб голова потрапила назовні через зроблений отвір;
- після цього мішок закривають або зав'язують біля ніг дитини;
- обережно обсушують голову і вдягають шапочку;
- дитину відокремлюють від матері та переносять під джерело променистого тепла;
- здійснюють початкові кроки допомоги, уникаючи енергійної тактильної стимуляції і не витягаючи новонародженого із мішка;
- оцінюють стан дитини і розпочинають ШВЛ або кисневу терапію за наявності показань, також не витягаючи дитини з мішка;
- після надання необхідної реанімаційної допомоги і стабілізації стану, а також у разі відсутності показань для реанімації таку дитину витягають із мішка, швидко й обережно висушують теплими пелюшками під джерелом променистого тепла, вдягають у теплий одяг і якомога скоріше переводять у відділення інтенсивної терапії (лікування) новонароджених з суворим дотриманням вимог теплового ланцюжка.

Алгоритм 53
Початкові кроки допомоги новонародженому й алгоритм подальших реанімаційних дій

Відсутність чи неадекватність (дихання типу ґаспінґ) самостійного дихання або відсутність м'язового тонусу у дитини відразу після народження, **термін гестації менше, ніж 32–34 тижні,** або загроза аспірації меконію є показаннями для негайного відокремлення новонародженого від матері, перенесення на реанімаційну поверхню під джерело променистого тепла і здійснення початкових кроків допомоги. У певній послідовності вони передбачають:

- забезпечення правильного положення дитини на реанімаційній поверхні під джерелом променистого тепла і звільнення дихальних шляхів, особливо, у випадку загрози аспірації меконію;

- заключне висушування новонародженого і повторне забезпечення правильного положення голови;
- повторну оцінку стану новонародженого.

Усі зазначені вище заходи (визначення потреби реанімації і початкові кроки допомоги) треба виконати приблизно за 30 секунд.

Алгоритм 54
Початкові кроки допомоги дитині, яка народилась після вилиття чистих навколоплодових вод

1. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.
2. Перевірити, чи повністю висушені шкіра і волосся новонародженого; провести додаткове обсушування за потребою.
3. Забрати вологу пелюшку і знову забезпечити правильне положення немовляти.
4. Повторно оцінити стан дитини і розпочати ШВЛ реанімаційним мішком і маскою у разі відсутності/неадекватності самостійного дихання або за наявності ЧСС<100 за 1 хвилину.
5. За наявності центрального ціанозу, незважаючи на адекватне самостійне дихання і ЧСС>100 за 1 хвилину, призначити кисневу терапію.

Алгоритм 55
Початкові кроки допомоги дитині, яка народилась після вилиття вод, забруднених меконієм, якщо дитина неактивна

1. Спеціальні початкові кроки допомоги необхідні дитині, яка народилась після вилиття навколоплодових вод, забруднених меконієм, за наявності у неї відразу після народження будь-якої з таких ознак: відсутність самостійного дихання або дихання типу ґаспінґ, або брадипное (ЧД<30 за 1 хвилину), або явно знижений м'язовий тонус (відсутність активних рухів, звисання кінцівок), або ЧСС<100 за 1 хвилину.
2. Забезпечити прохідність дихальних шляхів:

- забезпечити правильне положення новонародженого;
- уникаючи тактильної стимуляції, якомога скоріше під контролем прямої ларингоскопії відсмоктати вміст нижньої глотки, після чого інтубувати трахею і провести відсмоктування з неї.

3. Після звільнення дихальних шляхів від меконію закінчити виконання решти початкових кроків реанімації (див. попередній пункт) й оцінити стан дитини.
4. У разі відсутності (неадекватності) самостійного дихання або за наявності ЧСС<100 за 1 хв слід повторно інтубувати трахею і розпочати ШВЛ реанімаційним мішком через інтубаційну трубку. Якщо з будь-яких причин інтубація трахеї неможлива — вентилювати легені дитини реанімаційними мішком і маскою.
5. За наявності центрального ціанозу, незважаючи на адекватне самостійне дихання і ЧСС>100 за 1 хвилину, розпочати кисневу терапію.
6. Відкласти відсмоктування шлункового вмісту до моменту закінчення реанімаційних заходів.

Алгоритм 56
Алгоритм подальших реанімаційних дій після 30 секунд вентиляції мішком і маскою

1. Якщо ЧСС≥100 за 1 хвилину і наявне адекватне самостійне дихання:
- поступово припиняти ШВЛ, зменшуючи її тиск і частоту;
- оцінити наявність центрального ціанозу та інших дихальних розладів під час самостійного дихання: втягнення податливих ділянок грудної клітки, тахіпное>60 за 1 хвилину або стогін на видиху;
- за відсутності центрального ціанозу та інших дихальних розладів після припинення ШВЛ слід викласти дитину на грудну клітку матері, забезпечивши контакт шкіра-до-шкіри, накрити теплою пелюшкою і ковдрою і забезпечити спостереження:
- кожні 15 хвилин оцінювати адекватність самостійного дихання, ЧСС і наявність центрального ціанозу;
- кожні 30 хвилин контролювати температуру тіла;
- заохочувати матір і допомогти їй розпочати грудне вигодовування;
- не залишати дитину без медичного нагляду.

2. Якщо ЧСС≥100 за 1 хвилину і відсутнє або неадекватне самостійне дихання: продовжити ШВЛ протягом наступних 30 секунд і передбачити потребу інтубувати трахею.

3. Якщо ЧСС≥100 за 1 хвилину, наявне адекватне самостійне дихання, однак після припинення ШВЛ з'явився центральний ціаноз або інші дихальні розлади: втягнення податливих ділянок грудної клітки, тахіпное>60 за 1 хвилину, стогін на видиху:
- призначити вільний потік кисню;
- перевести дитину у відділення інтенсивної терапії (неонатального догляду і лікування);
- у недоношеної дитини передбачити необхідність застосувати самостійне дихання під постійним позитивним тиском.

4. Якщо ЧСС<100, але ≥60 за 1 хвилину незалежно від характеру дихання:
- продовжувати ШВЛ;
- передбачити потребу вентиляції з використанням 100% кисню, якщо вентиляцію проводили кімнатним повітрям;
- передбачити потребу інтубувати трахею.

5. Якщо ЧСС<60 за 1 хвилину:
- негайно розпочати непрямий масаж серця з частотою 90 компресій за хвилину;
- продовжувати ШВЛ 100% киснем з частотою 30 за 1 хвилину паралельно з непрямим масажем серця;
- передбачити потребу інтубації трахеї.

6. Якщо ЧСС<60 за 1 хвилину після 30 секунд непрямого масажу серця і ШВЛ:
- інтубувати трахею (якщо це попередньо не було зроблено) і ввести 0,01% розчин адреналіну ендотрахеально. Якщо з будь-яких причин інтубація трахеї неможлива — якомога скоріше катетеризувати вену пуповини і ввести адреналін внутрішньовенно;
- продовжувати ШВЛ 100% киснем з частотою 30 за 1 хвилину паралельно з непрямим масажем серця;
- у разі збереження брадикардії (ЧСС<60 за 1 хвилину) через 30 секунд після введення адреналіну ендотрахеально катетеризувати вену пуповини (якщо це попередньо не було зроблено). За наявності показань увести адреналін внутрішньовенно через 3 хвилини після першого введення;

- передбачити потребу використати 0,9% розчин натрію хлориду і 4,2% розчин натрію гідрокарбонату;

7. Під час проведення ШВЛ перевіряти ЧСС і наявність самостійного дихання кожні 30 секунд, поки ЧСС не перевищить 100 за 1 хвилину і не встановиться адекватне самостійне дихання.

Алгоритм 57
Післяреанімаційна допомога

1. Після проведення початкових кроків реанімації і короткочасної ШВЛ мішком і маскою новонароджених в задовільному стані зі стабільними показниками життєвих функцій (наявні рухова активність і м'язовий тонус, ЧД становить 30–60 за 1 хвилину, відсутність центрального ціанозу та інших дихальних розладів, ЧСС>100 за 1 хвилину) необхідно повернути на груди матері та забезпечити контакт шкіра до шкіри для завершення адаптації.

2. За вирішенням відповідального лікаря вільний потік кисню з приводу наявного центрального ціанозу таким дітям можна подавати, забезпечивши шкірний контакт з матір'ю і відповідне ретельне спостереження:

- динаміка загального стану новонародженого;
- активність новонародженого;
- колір шкіри і слизових оболонок;
- показники життєвих функцій (ЧД і характер дихання, ЧСС).

3. Дитина, якій надавали будь-яку первинну реанімаційну допомогу, не повинна залишатись в пологовій залі (операційній) без нагляду медичного персоналу.

4. Діти, які потребували більшого обсягу реанімаційної допомоги (ШВЛ довше кількох хвилин, непрямий масаж серця, інтубація трахеї, введення медикаментів), як правило, перенесли важкий стрес і мають високий ризик поліорганного ушкодження та інших ускладнень, які одразу можуть не мати клінічних проявів. Після закінчення первинної реанімації таких новонароджених слід якомога скоріше переводити у відділення (палату) інтенсивної терапії для подальшого інтенсивного спостереження, додаткового обстеження і лікування.

5. Критеріями успішного закінчення первинної реанімації новонародженого є:

- встановлення (відновлення) самостійного дихання і нормалізація ЧСС (≥100 ударів за 1 хвилину) або
- досягнення стабільних показників ЧСС (≥100 ударів за 1 хвилину протягом мінімум 5 хвилин) незалежно від наявності самостійного дихання і/або центрального ціанозу (у разі відсутності самостійного дихання або за наявності стійкого центрального ціанозу дитину переводять у відділення (палату) інтенсивної терапії на ШВЛ мішком через ендотрахеальну трубку).

Алгоритм 58
Післяреанімаційна допомога новонародженим, яким проводили короткочасну ШВЛ

1. За відсутності показань для подальшої допомоги (наявні рухова активність і м'язовий тонус, ЧД становить 30–60 за 1 хвилину, ЧСС>100 за 1 хвилину, відсутність центрального ціанозу та інших дихальних розладів) перенести дитину на груди матері.

2. Лікар-педіатр-неонатолог (за його відсутності лікар-акушер-гінеколог або лікар дитячий анестезіолог) повинен оцінити загальний стан новонародженого і показники його життєвих функцій (температуру тіла, колір шкіри і слизових, ЧД, ЧСС, наявність рухової активності, наявність втягнення податливих ділянок грудної клітки, експіраторний стогін, роздування крил носа) протягом перших 15 хв життя під час контакту шкіра до шкіри з матір'ю.

3. Наступні оцінювання (через кожні 15 хвилин протягом 1 години після народження і щонайменше кожні 30 хвилин протягом 2-ої години під час перебування дитини в пологовій залі) може здійснювати середній медичний працівник. В динаміці потрібно оцінити:

- частоту дихання (ЧД);
- наявність центрального ціанозу;
- наявність дихальних розладів:
  — втягнення податливих ділянок грудної клітки (ретракції);
  — стогін на видиху (експіраторний стогін);
  — апное;
  — рухову активність (м'язовий тонус).

4. Температуру тіла слід вимірювати щонайменше кожні 30 хв в пологовій кімнаті під час перебування дитини в контакті з матір'ю шкіра до шкіри. У разі виникнення гіпотермії (або гіпертермії) частоту вимірювань температури тіла необхідно збільшити.

5. Результати моніторингу рекомендується записувати у карту первинної реанімації новонародженого.

6. В пологовій залі важливо допомогти матері розпочати грудне годування. Якщо немовля не може ефективно смоктати, треба допомогти матері зцідити молозиво і годувати дитину альтернативним методом (з ложки, чашки).

7. Новонародженим, які після проведеної первинної реанімації перебувають в контакті шкіра до шкіри з матір'ю, необхідно забезпечити стандартний догляд.

8. Перед виведенням немовляти з пологової зали до палати спільного перебування з матір'ю лікар проводить об'єктивне обстеження дитини і записує його результати в карту розвитку новонародженого.

9. У разі погіршення стану дитини (апное, ЧД>60 за хвилину, наявність центрального ціанозу, експіраторного стогону, втягнення податливих ділянок грудної клітки і роздування крил носа, м'язова гіпотонія) слід надати необхідну невідкладну допомогу і негайно перевести дитину в відділення (палату) інтенсивної терапії новонароджених родопомічного закладу, де продовжити надання допомоги і вирішити питання про подальші дії.

Алгоритм 59
Постнатальний догляд за дитиною, якій проводили короткочасну ШВЛ

1. За відсутності будь-яких клінічних проблем лікар-педіатр-неонатолог повинен провести повторний огляд такої дитини не пізніше ніж через 12 годин, а далі — щоденно протягом 3 днів.

2. Дані кожного об'єктивного обстеження слід записувати до карти розвитку новонародженого, а також інформувати батьків про стан здоров'я дитини на момент огляду.

3. Протягом першої доби життя дитини медичний персонал повинен оцінювати показники її життєвих функцій щонайменше кожні 3 години, протягом 2 доби — щонайменше кожні 6 годин і далі — за вимогами.

4. Слід оцінювати такі показники:
- частоту серцевих скорочень;
- частоту дихань за хвилину;
- характер дихання:
- втягнення податливих ділянок грудної клітки;
- експіраторний стогін;
- роздування крил носа;
- порушення ритму дихання, апное.
- колір шкіри і слизових оболонок;
- характер і кількість сечовипускань;
- температуру тіла;
- особливості вигодовування і наявність смоктального рефлексу;
- наявність млявості або збудливості.

5. Медичний персонал повинен навчити матір доглядати і спостерігати за дитиною, надаючи їй у цьому постійну допомогу.

6. За наявності дихальних розладів слід оцінити їх важкість і діяти відповідно до стану дитини і ступеня важкості дихальних розладів. Якщо немовля отримує кисень або не може бути прикладеним до грудей з інших причин, його слід годувати зцідженим грудним молоком (або адаптованою сумішшю в разі неможливості годування грудним молоком) за допомогою альтернативного методу.

7. У разі відсутності дихальних розладів, новонародженій дитині, яка не отримує кисневої терапії, необхідно продовжити грудне вигодовування в умовах спільного перебування з матір'ю.

8. Вакцинацію і скринінгові обстеження проводять у звичайні терміни.

9. Новонароджений, який після короткочасної ШВЛ був переведений на спільне перебування з матір'ю і має задовільний загальний стан, не потребує рутинного проведення лабораторних і інструментальних обстежень.

10. Новонароджений може бути виписаний додому згідно з вимогами Протоколів «Медичний догляд за здоровою новонародженою дитиною» і Протоколу «Медичний догляд за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні».

Алгоритм 60

Післяреанімаційна допомога новонародженим, яким проводили тривалу або повну реанімацію (тривала ШВЛ, інтубація трахеї, непрямий масаж серця або введення медикаментів)

1. Лікар-педіатр-неонатолог або лікар дитячий анестезіолог (за їх відсутності лікар-акушер-гінеколог) повинен оцінити загальний стан і показники життєво важливих функцій такого новонародженого протягом перших 15 хвилин життя, а також провести повне об'єктивне обстеження перед виведенням дитини з пологової зали. Результати обстеження слід записати в карту розвитку новонародженого. Під час проведення лікарського огляду ці діти потребують теплового захисту.

2. Наступні лікарські огляди здійснюють залежно від динаміки стану новонародженого і наявних клінічних проблем, але не рідше ніж кожні 6 годин в першу добу життя, і двічі на добу на 2-й та 3-й дні.

- У разі порушення життєвих функцій і за відсутності у закладі відділення інтенсивної терапії новонароджених (І-й рівень допомоги) викликати виїзну неонатологічну бригаду невідкладної допомоги та інтенсивної терапії.
- Новонароджені з масою тіла менше 1500 г і гестаційним віком менше 32 тижнів мають бути переведені на ІІІ-й рівень допомоги для здійснення спеціалізованого лікування та обстеження.

3. Під час лікарських оглядів оцінюють загальний стан дитини, слідкують за появою клінічних ознак енцефалопатії (порушення свідомості, м'язового тонусу, рефлекторної діяльності, судоми), а також звертають увагу на наявність відхилень від норми з боку інших органів і систем — дихальної, серцево-судинної, сечовидільної, травної, гемостазу тощо. Дані кожного об'єктивного обстеження записують у карту розвитку новонародженого.

4. Відразу після стабілізації стану новонародженого в пологовій залі (операційній) із дотриманням усіх вимог теплового ланцюжка його переводять у відділення (палату) інтенсивної терапії або догляду та лікування новонароджених, де невідкладно забезпечують тепловий захист дитини для підтримання нормальної температури тіла новонародженого (36,5–37,5°С) і розпочинають моніторинг таких показників:

- температура тіла;
- частота і характер дихання;
- частота серцевих скорочень;
- колір шкіри і слизових оболонок;
- частота сечовипускань, діурез (не використовувати сечовий катетер рутинно);
- активність дитини;
- насичення гемоглобіну киснем (SpO_2);
- артеріальний тиск (АТ);
- газовий склад і кислотно-лужний стан крові (за можливості).

5. Спостерігають за сечовиділенням і щонайменше 1 раз на добу визначають масу тіла дитини:

- якщо кількість сечовипускань протягом першої доби життя дитини менше 3 разів або менше 6 разів після першої доби життя дитини, або погодинний діурез менше 1–2 мл/кг/годину, незважаючи на забезпечення необхідною добовою кількістю рідини, не рекомендується збільшувати об'єм інфузії наступного дня;
- після відновлення (зростання) діурезу рекомендується щоденно збільшувати добовий об'єм рідини на 10-20 мл/кг згідно з добовою потребою і віком дитини;
- у разі будь-якої позитивної динаміки маси тіла за попередню добу не рекомендується збільшувати добовий об'єм рідини наступного дня.

6. За умови стабільного стану дитини зазначені вище життєві функції контролюють щонайменше кожні 3 години і підтримують їх нормальні показники. Результати моніторингу записують у карту інтенсивного спостереження за новонародженим.

7. У разі виявлення гіпоглікемії (рівень глюкози в крові <2,6 ммоль/л) діють згідно з вимогами.

8. У разі появи (наявності) дихальних розладів (апное, ціаноз, тахі/брадипное, ретракції, стогін на видиху) надають допомогу дитині залежно від ступеня важкості дихальних розладів.

9. Забезпечують зціджування молозива (молока) матір'ю з перших годин після народження, вживають додаткових заходів, щоб підтримати лактацію. Вирішують питання про початок ентерального харчування залежно від динаміки клінічного стану дитини.

1. Айламазян Э.К. Акушерство. — СПб: Специальная литература, 1997. — 493 с.
2. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Акушерство. — М.: Медицина, 1970. — 544 с.
3. Білик Л.С., та співавт. Медичні маніпуляції в алгоритмах. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 252 с.
4. Громова А.М., Алдуєв Г.М., Лойко В.В. Клінічне медсестринство в акушерстві та гінекології. — К.:Здоров'я, 2004. — 581 с.
5. Жарких А.В. Акушерство та гінекологія. — К.: Здоров'я, 1994. — 313 с.
6. Жиляєв М.І., Жиляєв М.М., Сопель В.В. Акушерський фантом. — Тернопіль: Джура, 1997. — 192 с.
7. Жученко П.Г., Тарасюк В.І. Акушерство. — К.: Здоров'я, 1995. — 477 с.
8. Запорожан В.Н., Цегельський М.Р. Акушерство і гінекологія. — К.: Здоров'я, 1996.
9. Запорожан В.Н. Акушерство. — К: Здоров'я, 2000. — 431 с.
10. Кретова Н.Ю., Смирнова Л.М. Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 1985. — 320 с.
11. Мороз Л.О. Посібник для практичних занять з акушерства. — К.: Здоров'я, 2006. — 258 с.
12. Пасєчко Н.В. Основи сестринської справи. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. — 496 с.
13. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. — К.: Здоров'я, 1999. — 520 с.
14. Травянко Т.Д., Сольский Я.П. Справочник по акушерско-гинекологической эндокринологии. — К.: Здоров'я, 1985. — 208 с.
15. Хміль С.В., Франчук А.Ю., Кучма З.М., Романчук Л.І. Акушерство. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. — 378 с.
16. Хміль С.В., Кучма З.М., Романчук Л.І. Медсестринство в акушерстві. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2007. — 336 с.
17. Dryan D. Cowan, David B. Seiter. Clinical Reproductive Medicine. — Philadelphia — New York: Lippincott — Raven, 1997. p. 292.
18. Наказ № 59 від 10.02.2003 «Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)». Київ. — 112 с.
19. Наказ № 620 від 29.12.2003 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні». Київ. — 285 с.
20. Наказ № 582 від 15.12.2003. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Київ. — 150 с.
21. Наказ № 676 від 31.12.2004. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Київ. — 162 с.

22. Наказ № 782 від 29.12.2005. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Київ. — 45 с.
23. Наказ № 152 від 04.04.2005. «Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною». Київ. — 34 с.
24. Наказ № 179 від 29.03.2006. «Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених». Київ. — 24 с.
25. Наказ № 179 від 29.03.2006. «Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених». Київ. — 24 с.
26. Наказ МОЗ України № 312 від 08.06.2007.«Первинна реанімація і післяреанімаційна допомога новонародженим».
27. Наказ №584 від 29.08.2006. «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні».
28. Наказ №182 від 29.03.2006. «Про розгляд випадків материнської смерті в системі МОЗ України». Київ. — 39 с.
29. Наказ №144 від 15.02.2006. «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України». Київ. —9 с.
30. Наказ №899 від 27.12.2006. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Тазове передлежання плода». Київ. — 11 с.
31. Наказ №905 від 27.12.2006. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської та гінекологічної допомоги «Планування сім'ї». Київ. — 80 с.
32. Наказ №508 від 20.07.2006р. «Про затвердження інструкції про порядок проведення штучного переривання вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення». Київ. — 32 с.
33. Наказ №906 від 27.12.2006р. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Перинатальні інфекції». Київ. — 12 с.
34. Наказ №901 від 27.12.2006р. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Переношена вагітність». Київ. — 6 с.
35. Наказ №415 від 19.08.2005р. «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію». Київ. — 141 с.
36. Наказ №540 від 04.08.2006. «Про затвердження принципів підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини». Київ. — 40 с.
37. Наказ №584 від 29.08.2006. «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні». Київ. — 42 с.
38. Наказ №582 від 15.12.2003р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Київ. — 166 с.
39. Наказ №641/84 від 31.12.2003. «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні». Київ. — 103 с.

А

Аборт 321
Аденогіпофіз 87
Акушерка
  акушерського стаціонару 42
  процедурного кабінету 44
Акушерство 5
Акушерський стаціонар 33
Акушерські
  кровотечі 457
  операції 496
  щипці 515
Акушерська кон'югата 132
Акушерський анамнез 104
Альдостерон 98
Альфа-фетопротеїн 113
Амніоскопія 123
Амніотомія 504
Амніоцентез 124
Анамнез 103
Андрогени 96
Анемія 294
Аненцефалія 230
Аномалії
  вставлення голівки 433
  пологової діяльності 401
  прикріплення плаценти 464
  пуповини 236
  розвитку жіночих статевих органів 318
Антенатальна смерть 214
Антисептика 48
Аортальний стеноз 280
Апендицит 316
Артеріальна
  гіпертензія 284
  гіпотензія 291
Асептика 48
Асинклітизм 170
Асфіксія при народженні 253
Аскультація 117

Б

Багатоводдя 234
Багатоплідна вагітність 393
Бар'єрні методи контрацепції 543
Бімануальне (дворучне) дослідження 108
Біомеханізм пологів 169
  при задньому виді потиличного передлежання 173
  при передньому виді потиличного передлежання 169
Біомеханізм пологів при тазових передлежаннях 245
Біофізичний профіль плода 123
Бластоциста 140
Блювання 375
Бокові кон'югати 136
Бронхіт 313
Бронхіальна астма 311
Будова і розміри жіночого таза 127

В

Вагінальний цикл 93
Вади
  розвитку плода 229
  тристулкового клапана 280
Вазопресин 97
Вакуум-екстракція плода 523
Варикозна хвороба 292
Ведення
  першого періоду пологів 179
  другого періоду пологів 191
  третього періоду пологів 194
  пологів при тазових передлежаннях 246
Великі статеві губи 68
Великий таз 130
Величина матки 118
Венозний відтік 78
Верхній парез 455
Виворіт матки 451

Викидень 214
Виразкова хвороба 314
Вікові періоди життя жінки 80
Вірусний гепатит 349
Відділення
  новонароджених 37
  патології вагітних 38
Вісь плода 113
Власні зв'язки яєчників 76
Внутрішні статеві органи 69
Внутрішньоматкова контрацепція 543
Внутрішньоутробна інфекція 341
Внутрішньочерепні пологові травми 453
Внутрішня гістерографія 182
Водна оболонка 142
Ворсинчаста оболонка 142
Вроджені вади серця 281
Вставлення голівки 115
Вторинна слабкість пологової діяльності 402

Г

Гаметопатії 229
Гематома вульви та піхви 438
Гемолітична хвороба плода та новонародженого 237
Геморагічний шок 479
Герпетична інфекція 364
Гестагенні
  гормони 96
  оральні контрацептиви 548
Гестаційна гіпертензія 285
Гестоз 375
Гігієна післяпологового періоду 275
Гіпертензія неуточнена 285
Гіпертензивні розлади 284
Гіпоталамус 97
  гіпофізотропна зона 87
Гігієна вагітних 150
Гідронефроз нирок 307
Гідроцефалія 230
Гіпотонічні кровотечі 475
Гіпотонія матки 475
Гіпотрофія плода 226
Глюкокортикоїди 98
Голівка доношеного плода 145
Гонадотропні гормони 97
Гонорея 353
Гормональна контрацепція 546
«Гормональне дзеркало» 110
Гормональне кільце 551
Гормони гіпофіза 97
Грип 352
Грудне вигодовування 272

Д

ДВЗ-синдром в акушерстві 458
Двостулкове дзеркало Куско 106
Дезінфекція 59
Деонтологія медична 13
Десквамація 91
Десять кроків теплового ланцюжка 200
Децидуальна оболонка 142
Дзеркало
  Куско 106
  Сімса ложкоподібне 106
Дискоординована пологова діяльність 411
Дистракція 166
Дистрес плода 223
Дифузний токсичний зоб 310
Дихальна система 147
Діагностика
  вагітності
    пізніх термінів 103
    ранніх термінів 101
  періодів і фаз пологів 165
Діагональна кон'югата 135
Дівоча пліва 69
Діафрагма таза 137
Довжина і маса плода в різні терміни вагітності 120
Догляд
  за молочними залозами 273
  за новонародженим 220
  за пуповинним залишком 203
Доношений новонароджений 215

Е

Екзогенна інфекція 47
Еклампсія 390
Екстрагенітальна патологія 277
Екстракція плода за тазовий кінець 513
Ексцеребрація 535
Емболія 462
Ембріопатії 229
Ембріотомія 534, 535
Ендогенна інфекція 47
Ендокринна система 148
Еозинофільний індекс 113
Епілепсія 319
Епіфіз 98
Еритема новонароджених 219
Естрогени 94

Естрогенні гормони 94
Етика медична 13

Є

Єдина нирка 307

Ж

Живонародження 213
Жіноча консультація 22
Жовте тіло 90

З

Загальнозвужений плоский таз 419
Загальнорівномірнозвужений таз 417
Загроза розриву матки 490
Задні води 166
Задній асинклітизм 171
Задня частка гіпофіза 97
Залізодефіцитна анемія 295
Запізнілі пологи 214
Запліднення 139
Затримка внутрішньоутробного розвитку плода 226
Зважування новонародженого 202
Зв'язковий апарат матки та яєчників 75
Зигота 139, 140
Зменшення напруження промежини 192
Знеболювання пологів 204, 333
Зовнішні статеві органи 67
Зовнішній поворот
  плода 506
  голівки 173
  тулуба 245
Зовнішні розміри таза 134
Зовнішній профілактичний акушерський поворот плода 507
Зовнішній сфінктер заднього проходу 137
Зовнішня гістерографія 182
Зрілість новонародженого 216
Зріст новонародженого 215

І

Ізоантигенна несумісність 237
Імплантаційний шлях 47
Імплантація 140
Імунна система 149
Імунологічні методи 102
Інвазивні методи 123
Інволюція матки 268
Індекс дозрівання 112
Інфантильний таз 417
Іннервація статевих органів 79
Індекс Соловйова 135
Індивід 16
  агресивний 16
  пасивний 16
  упевнений 16
Інструментальна ревізія порожнини матки 539
Інтранатальна смерть 214

К

Кандидоз 356
Каріопікнотичний індекс 112
Карликовий таз 418
Кесарів розтин 525
Кефалогематома 453
Кістки таза 128
Кістома яєчника 318
Клімактеричний період 83
Клітковина малого таза 80
Клітор 68
Класифікація пологів за тривалістю 168
Класична ручна допомога 249
Класичний зовнішньо-внутрішній поворот плода 509
Клейдотомія 535
Клубова кістка 128
Комбіновані двофазні контрацептиви 547
Контактний шлях 47
Контракційне кільце 168
Контракція 166
Кордоцентез 123
Кортизол 98
Кортизон 98
Кортикостерон 98
Косі кон'югати 136
Косозміщений (асиметричний) таз 420
Краніоклазія 535
Краніотомія 533
Крапельний шлях 48
Краснуха 352
Крижі 130
Крижово-маткові зв'язки 76
Кровопостачання статевих органів 77
Кровотечі у ранньому післяпологовому періоді 475
Круглі зв'язки матки 75
Куприк 130
Кут нахилення таза 133

Л

Лактація 272
Лейкоз 301
Лицеве передлежання 431
Ліберин 87, 97
Лійково-тазова зв'язка 76
Лімфатична система 79
Лістеріоз 348
Лійкоподібний таз 420
Лобкова кістка 130
Лобковий горб 68
Лобне передлежання 430
Люліберин 87
Лютеїнізуючий гормон 88
Лютропін 88, 97

М

Малий таз 131
Маловоддя 236
Маммарний тест 163
Матка
  перешийок 71
  тіло 71
  функції 73
Маткова артерія 77
Маткові труби 73
Матковий цикл 91
Матково-прямокишкова заглибина 79
Мелатонін 98
Мертвонародження 213
Метод
  А.І. Любімової 498
  лактаційної аменореї 542
  Мактональда 498
  Морісо-Левре-Ляшапель 249
  Сценді 498
  Цов'янова 247, 252
  Широдкара 498
Методика обстеження вагітних 103
Метротромбофлебіт 369
Механізм скорочення міометріЯ 159
Мимовільний аборт 321
Міастенія 320
Міграція плодового яйця 140
Мінералокортикоїди 98
Міопатія 320
Міхурово-маткова заглибина 79
Міхурово-маткова складка 79
Мітральний стеноз 278
Міхуровий занесок 233
Модифікація тракцій за Цов'яновим 520
Мозкова грижа 230
Молочні залози 148
Морула 140
М'язова оболонка 73

Н

Набряки вагітних 381
Навколоплодові води 143
Надгіпоталамічні церебральні структури 87
Надмірно сильна пологова діяльність 410
Надниркові залози 98
Народження голівки 251
Неінвазивні методи 121
Невідкладна контрацепція 551
Невиношування 321
Недоношений новонароджений 214
Недостатність
  аортальних клапанів 280
  мітрального клапана 279
Незрілий новонароджений 216
Нейросекрети 97
Неонатальна енцефалопатія 265
Неонатальний період 215
Неправильне положення плода 424
Нервова система 147
Нижній параліч Дежерін-Клюмпке 455
Низьке поперечне стояння голівки 434
Новонароджений 214
Нормальний менструальний цикл 85

О

Обмін речовин 149
Обов'язки
  медичної сестри процедурного кабінету 44
  операційної акушерки 495
Обсерваційне (друге пологове) відділення 36
Овуляція 90, 140
Огляд зовнішніх статевих органів 105
Ожиріння 310
Ознака
  Альфельда 194
  Вастена 423
  Гентера 109
  Горвіца-Гегара 109
  Губарєва 109
  Довженка 194
  Клейна 194
  Кюстнера-Чукалова 194
  Піскачека 109
  Снєгірьова 109

Цангемейстера 423
Шредера 194
Штрасмана 195
Ознаки ранніх термінів вагітності 109
Окситоцин 97
Окситоциновий тест 163
Онкоцитологічне дослідження 110
Операційний блок 49, 54
Операція
видалення матки 539
Емета 499
Лаша 499
розтину промежини 504
ручного відділення та виділення посліду 198
ручного обстеження порожнини матки 199
Тар'яна 499
Опорний (підтримуючий) апарат матки 77
Опорно-руховий апарат 148
Органи-мішені 90
Основна зв'язка матки 76
Остеомалятичний таз 420
Оцінка зрілості шийки матки 162

П

Панкреатит 315
Параліч Дюшенна-Ерба 455
Партограма 186
Патологічний клімакс 83
Патологічний прелімінарний період 403
Період
дитинства 81
менопаузи 84
статевої зрілості 83
статевого дозрівання 82
імплантації 221
фетогенезу 222
Періоди пологів 164
перший 165
другий 169
третій 175
Первинна
реанімація новонародженого 253
слабкість пологової діяльності 402
Первинний туалет новонародженого 199
Перебіг вагітності при тазових передлежаннях 242
Перев'язування
внутрішніх клубових артерій 539
маткових судин 539
Передімплантаційний період 221
Передлегла частина 115
Передлежання
плаценти 464, 489
плода 115
Передні води 166
Передній асинклітизм 171
Передньоголовне передлежання 429
Передня частка гіпофіза 87
Передчасні пологи 214, 330
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти 469
Перейми 164
Перелом
ключиці 455
плеча 455
стегна 455
Переношена вагітність 335
Переношений новонароджений 215, 217
Переношування 321
Переривання вагітності у пізні терміни 503
Перешийок 71
Перинатальні інфекції 341
Перинатальний період 213
Перша менструація 82
Післяпологові нориці 448
Підвішувальний апарат 75
Підтримуюча зв'язка яєчника 76
Піхва 70
Пієлонефрит 301
Післяпологова виразка 366
Післяпологовий
аднексит 368
лактаційний мастит 373
метроендометрит 368
параметрит 368
пельвіоперитоніт 369
перитоніт 370
(пуерперальний) період 267
тромбофлебіт. 369
Піхвове дослідження 107
Плід 214
Плануванні сім'ї 541
Плацента 142
Плодовий міхур 168
Плодоруйнівні операції 533
Плоский таз 418
Плоскорахітичний таз 418
Площина
виходу з таза 133
вузької частини порожнини таза 133
широкої частини порожнини таза 132
Пневмонія 313
Поверхневий поперечний м'яз промежини 137

Поверхневий шар 136
Позиція плода 115
Пологи 157
  в строк 214
  при вузькому тазі 413
Пологові сили 164
Пологова
  пухлина 167, 220
  травма спинного мозку 454
Пологовий блок 48
Пологовий травматизм
  матері 435
  плода 452
Положення плода 113
Поперечнозвужений таз 420
Послід 143
Потуги 164
Прегестоз 380
Прееклампсія 382
Прелімінарний період 163
Пренатальний період 80
Приймально-пропускний блок 34
Приймання та саноброблка роділлі 177
Прийом
  Абуладзе 196
  Леопольда–Левицького 115
Природні методи планування сім'ї 544
Присінок піхви 69
Причини настання пологів 161
Провідна вісь таза 133, 171
Провісники пологів 163
Прогестерон 96
Прогресуючий тромбофлебіт 370
Проліферація 91
Пролактин 88, 97
Пролонговані контрацептиви для ін'єкцій 549
Простагландини 99
Простий плоский таз 418
Профілактика екстремальних ситуацій
    в акушерстві 491
Профілактика професійних заражень 63
Пуповина 143

Р

Рак шийки матки 319
Ранній післяпологовий період 267
Ревматизм 277
Регулювання потуг 193
Регуляція менструального циклу 85
Реографія 182
Ретракція 166
Ретроплацентарна гематома 176
Роділля 164
Розгинальні передлежанння 428
Розгинання голівки 173
Розміри виходу з таза 136
Розрив матки, що відбувся 491
Розриви
  вульви та піхви 438
  матки 440
  промежини 435
  шийки матки 439
Розсіяний склероз 320
Розщеплення хребта 230
Ромб Міхаеліса 135
Ручне відшарування плаценти та видалення
    посліду 538
Ручне виділення посліду 196
Ручне обстеження порожнини матки 538

С

Сепсис 372
Септикопіємія 372
Септицемія 372
Септичний шок 371
Серозна оболонка 73
Серцево-судинні захворювання 277
Серцево-судинна система 147
Сечівник 69
Сечовидільна система 148
Сечокам'яна хвороба 306
Сечостатева діафрагма 137
Симптом
  «зіниці» 111
  «натягу слизу» 111
  «папороті» 111
Сифіліс 358
Сіднична кістка 130
Сіднично-печеристий м'яз 137
Склад крові 147
Слабкість пологової діяльності 405
  вторинна 410
  первинна 406
Слизова
  оболонка матки 72
  пробка Кристеллера 163
Слинотеча 378
СНІД 360
Сперміциди 544
Спеціальне акушерське обстеження 105
Спільне перебування матері
    та новонародженого 38
Спондилолістетичний таз 420
Спондилотомія 534

Спосіб
Гентера 197
Креде-Лазаревича 197
Стінка матки 72
Стадія органогенезу і плацентації 221
Старечий (сенільний) період 84
Статеві органи 69
внутрішні 69
зовнішні 67
Статева система 148
Статевий криз новонароджених 219
Статини 87, 97
Стрімкі пологи 402
Ступінь звуження таза 414

Т

Таз
асиметричний 420
загальнорівномірнозвужений 417
звужений екзостозами і кістковими пухлинами 421
інфантильний 417
карликовий 418
косозміщений 420
лійкоподібний 420
плоский 418
плоский загальнозвужений 419
плоскорахітичний 418
поперечнозвужений 420
спондилолістетичний 420
остеомалятичний 420
чоловічого типу 417
Тазова
(безіменна) кістка 128
очеревина 79
Тазове
дно 136
передлежання 240
Теорії механізму пологів 174
Тепловий ланцюжок 200
Термін вагітності 214
Техніка зовнішнього повороту плода на голівку 244
Тиреотоксикоз 310
Тім'ячка 145
Токсикоз 375
Токсоплазмоз 345
Тонусометрія 182
Тріщини сосків 274
Травми
зчленувань таза 449
кінцівок 455
Травна система 147
Транзиторна гестаційна гіпертензія 285
Трансдермальний гормональний пластир 550
Трансцервікальна біопсія ворсин хоріона 124
Трифазні препарати 547
Тромбофлебіт поверхневих вен 293
Тромбоцитопенічна пурпура 298
Туалет породіллі 270
Туберкульоз 347

У

Ультразвукове дослідження 102, 121
Урогенітальний трихомоніаз 356
Утримання
відділення для новонароджених 52
відділення патології вагітних 53
післяпологових палат 50

Ф

Фаза
десквамації 91
проліферації 91
регенерації 91
секреції 92
Фізіологічний клімакс 83
Фіксуючий та закріплюючий апарат матки 76
Фімбрії 73, 140
Фіброміома матки 317
Фізіологічна жовтяниця 219
Фізіологічне (перше пологове) відділення 35
Фельдшерсько-акушерський пункт 27
Фетопатії 229
Фетоплацентарна недостатність 222
Фетоскопія 123
Фетотоксичний ефект 156
Фоліберин 87
Фолікули 88
Фолікулостимулюючий гормон 88
Фолітропін 88, 97
Функції плаценти 142

Х

Харчування вагітної 152
Хвороба
Віллебранда 300
Верльгофа 298
Дауна 231
Хірургічна
контрацепція 546
корекція 497

Хламідіоз 355
Хоріонепітеліома 234
Хронічна
  гіпертензія 285, 286
  гестаційна гіпертензія 285
Хронічний
  гастрит 314
  гломерулонефрит 304

Ц

Цибулиногубчастий м'яз 136
Цикл молочних залоз 94
Цитомегаловірусна інфекція 363
Цукровий діабет 307

Ч

Череп новонародженого 145
Членорозміщення 113

Ш

Шари піхви 70
Шийка матки 72, 269
Шийковий цикл 92
Широкі зв'язки матки 75
Шишкоподібне тіло 98
Шкідливі фактори 154
Шкіра 148
Шкіра новонароджених 217
Шкала Апгар 203
Шкала ступенів зрілості шийки матки 162

Я

Яєчники 74
Яєчникова артерія 78
Яєчниковий цикл 88
Яйцеклітина 90

Передмова 3

РОЗДІЛ І

АКУШЕРСТВО ЯК НАУКА.
ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ АКУШЕРСТВА 5

РОЗДІЛ ІІ

МЕДИЧНА ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ У СУЧАСНІЙ АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ, ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ 13

Особливості деонтології у роботі в жіночій консультації 17
Особливості деонтології в акушерському стаціонарі 18
Особливості деонтології у відділенні патології вагітних 19

РОЗДІЛ ІІІ

ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКОЇ
ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ 21

Принципи організації акушерської служби в Україні 21
Організація роботи жіночої консультації 22
Санітарно-освітня робота з вагітними та породіллями 25
Патронажне спостереження за вагітними 26
Примірне положення про акушерку фельдшерсько-акушерського пункту 27
Примірне положення про старшу акушерку жіночої консультації 28
Положення про акушерку жіночої консультації 30
Організація акушерської допомоги у сільській місцевості 31
Організація стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості 33
Організація роботи акушерського стаціонару 33
Приймально-пропускний блок 34
Фізіологічне (перше пологове) відділення 35
Обсерваційне (друге пологове) відділення 36
Відділення новонароджених 37
Відділення патології вагітних 38
Примірне положення про медичну сестру відділення неонатологічного профілю 39
Примірне положення про головну акушерку пологового будинку/старшу акушерку пологового відділення закладу охорони здоров'я 41

Примірне положення про акушерку акушерського стаціонару 42
Обов'язки акушерки процедурного кабінету 44
Основи законодавства України про охорону здоров'я жінки 45

РОЗДІЛ IV

САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНИЙ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ РЕЖИМ АКУШЕРСЬКОГО СТАЦІОНАРУ 47

Принципи асептики і антисептики в акушерстві 47
Профілактика гнійно-запальних захворювань в акушерських стаціонарах 48
Утримання пологового блоку 48
Підготовка роділлі до пологів та прийом новонароджених 49
Утримання післяпологових палат у фізіологічному відділенні 50
Утримання післяпологових палат в обсерваційному відділенні 51
Утримання відділення для новонароджених 52
Утримання відділення патології вагітних 53
Операційний блок 54
Санітарно-протиепідемічні заходи у родопомічних закладах 55
Особливості професійної профілактики інфікування вірусним гепатитом, сифілісом та СНІДом 63
Профілактика при пораненнях, контактах з кров'ю, біологічними рідинами та біоматеріалами ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта 65

РОЗДІЛ V

КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ 67

Зовнішні статеві органи 67
Внутрішні статеві органи 69
Анатомо-функціональні особливості жіночої статевої сфери у різні вікові періоди життя жінки 80
Нормальний менструальний цикл 85
Біологічні ефекти статевих та гонадотропних гормонів 94

РОЗДІЛ VI

ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ 101

Діагностика вагітності ранніх термінів 101
Діагностика вагітності пізніх термінів 103
Методика обстеження вагітних 103
Анамнез 103
Об'єктивне обстеження 105
Лабораторні методи діагностики 110
Методи функціональної діагностики 111
Гормональні методи дослідження 113
Розміщення плода в порожнині матки. Акушерська термінологія 113
Зовнішнє акушерське дослідження за допомогою прийомів Леопольда — Левицького 115

Вислуховування серцебиття плода (аускультація) 117
Вимірювання висоти стояння дна матки та обводу живота вагітної 118
Визначення терміну вагітності і дати пологів 118
Визначення довжини та маси плода під час вагітності 120
Сучасні методи діагностики стану плода 121

РОЗДІЛ VII

БУДОВА І РОЗМІРИ ЖІНОЧОГО ТАЗА 127

Кістки таза 128
Малий таз. Площини і розміри малого таза 131
Вимірювання розмірів таза 134
Додаткові розміри таза 136
Тазове дно 136

РОЗДІЛ VIII

ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ.
СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ВАГІТНИМИ 139

Розвиток плодового яйця 139
Будова та розміри голівки і тулуба плода 144
Розвиток плода. Ознаки зрілості плода 146
Адаптація організму матері до вагітності 147
Гігієна вагітних 150
Харчування вагітної 152
Ведення вагітних у жіночій консультації 153
Вплив шкідливих факторів на плід 154
Профілактика вад розвитку 155
Принципи фармакотерапії у ранні терміни вагітності 155

РОЗДІЛ IX

ФІЗІОЛОГІЯ ПОЛОГІВ 157

Ініціація пологової діяльності 157
Механізм скорочення міометрія 159
Готовність організму до пологів 162
Провісники пологів 163
Пологові сили 164
Періоди пологів 164
Діагностика періодів і фаз пологів 165
Перебіг першого періоду пологів 165
Перебіг другого періоду пологів 169
Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання 169
Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання 173
Теорії механізму пологів 174
Перебіг третього періоду пологів 175
Приймання та санобробка роділлі 177

Ведення пологів. Догляд за роділлею ... 178
Підтримуючий догляд під час пологів і розродження ... 179
Ведення першого періоду пологів ... 179
Методи реєстрації скорочень матки ... 181
Порядок запису партограми ... 186
Ведення другого періоду пологів ... 191
Ведення третього періоду пологів ... 194
Зовнішні прийоми виділення відділеної плаценти ... 196
Операція ручного відділення та виділення посліду ... 198
Операція ручного обстеження порожнини матки ... 199
Первинний туалет новонародженого ... 199
Тепловий ланцюжок ... 200
Десять кроків теплового ланцюжка ... 200
Зважування новонародженого ... 202
Догляд за пуповинним залишком ... 203
Знеболювання пологів ... 204
Немедикаментозні методи ... 205
Зміст занять ... 206
Медикаментозне знеболювання ... 208
Роль акушерки у знеболюванні пологів ... 208

РОЗДІЛ X

ФІЗІОЛОГІЯ І ПАТОЛОГІЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ... 213

Анатомо-фізіологічні особливості новонароджених ... 213
Перинатальний період, живонародження та мертвонародження ... 213
Термін вагітності та пологів, новонароджений ... 214
Неонатальний період ... 215
Маса і зріст при народженні ... 215
Критерії перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості ... 216
Зрілість новонародженого ... 216
Парафізіологічні стани новонароджених ... 219
Догляд за новонародженим ... 220
Патологія розвитку плода та плодових оболонок ... 221
Фетоплацентарна недостатність (ФПН) ... 222
Дистрес плода при вагітності та під час пологів ... 223
Дистрес плода при вагітності ... 223
Дистрес плода під час пологів ... 225
Затримка внутрішньоутробного
розвитку плода (ЗВРП) ... 226
Вади розвитку плода ... 229
Патологія плодових оболонок ... 233
Патологія ворсистої оболонки ... 233
Патологія водної оболонки ... 234
Аномалії пуповини ... 236
Ізоантигенна несумісність крові матері й плода ... 237
Тазове передлежання плода ... 240
Перебіг вагітності при тазових передлежаннях ... 242

Біомеханізм пологів при тазових передлежаннях 245
Ведення пологів при тазових передлежаннях 246
Ручна допомога при чисто сідничному передлежанні за методом Цов'янова 247
Ручна допомога при змішаному сідничному передлежанні 249
Класична ручна допомога для виведення ручок плода 249
Народження голівки 251
Ручна допомога при ніжному передлежанні за методом Цов'янова 252
Асфіксія при народженні та первинна реанімація новонародженого 253
Підготовка до надання реанімаційної допомоги новонародженому в пологовій залі і операційній 256
Підготовка пологової зали (операційної) і обладнання 258
Загальна методологія оцінки стану новонародженої дитини під час реанімації .. 259
Забезпечення прохідності дихальних шляхів 260
Припинення реанімації 264
Неонатальна енцефалопатія 265
Догляд за новонародженими після реанімації 265

РОЗДІЛ XI

ФІЗІОЛОГІЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ. ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ. ДОГЛЯД ЗА ПОРОДІЛЛЕЮ 267

Клінічний перебіг післяпологового періоду 267
Ведення післяпологового періоду 269
Туалет породіллі 270
Спільне перебування матері та новонародженого 271
Догляд за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину 272
Лактація та грудне вигодовування 272
Догляд за молочними залозами 273
Тріщини сосків 274
Гігієна післяпологового періоду 275
Догляд за породіллями з екстрагенітальною патологією 275

РОЗДІЛ XII

ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ І ВАГІТНІСТЬ 277

Вагітність і серцево-судинні захворювання 277
Ревматизм і вагітність 277
Ревматизм та набуті вади серця 278
Мітральний стеноз 278
Недостатність мітрального клапана 279
Аортальний стеноз 280
Вади тристулкового клапана 280
Недостатність аортальних клапанів 280
Вроджені вади серця 281
Особливості ведення вагітності та пологів у жінок з вадами серця 281
Гіпертензивні розлади під час вагітності 284
Хронічна гіпертензія 286

Гіпотензія і вагітність ... 291
Захворювання судин і вагітність ... 292
Варикозна хвороба ... 292
Тромбофлебіт поверхневих вен ... 293
Хвороби крові та вагітність ... 294
Анемія і вагітність ... 294
Класифікація анемій за етіологією (ВООЗ, 1992) ... 295
Класифікація анемій за ступенем тяжкості (ВООЗ, 1991) ... 295
Тромбоцитопенічна пурпура (хвороба Верльгофа) ... 298
Хвороба Віллебранда ... 300
Вагітність та лейкоз ... 301
Захворювання нирок у вагітних ... 301
Пієлонефрит ... 301
Хронічний гломерулонефрит ... 304
Сечокам'яна хвороба ... 306
Гідронефроз нирок ... 307
Єдина нирка ... 307
Захворювання ендокринної системи та вагітність ... 307
Цукровий діабет і вагітність ... 307
Тиреотоксикоз (дифузний токсичний зоб) ... 310
Ожиріння ... 310
Захворювання дихальної системи і вагітність ... 311
Бронхіальна астма ... 311
Бронхіт і вагітність ... 313
Пневмонія ... 313
Захворювання органів травлення та вагітність ... 314
Хронічний гастрит ... 314
Виразкова хвороба та вагітність ... 314
Панкреатит ... 315
Апендицит і вагітність ... 316
Захворювання жіночих статевих органів і вагітність ... 317
Фіброміома матки і вагітність ... 317
Вагітність і кістома яєчника ... 318
Вагітність та аномалії розвитку жіночих статевих органів ... 318
Вагітність і рак шийки матки ... 319
Захворювання нервової системи і вагітність ... 319

РОЗДІЛ XIII

НЕВИНОШУВАННЯ ТА ПЕРЕНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ... 321

Мимовільний аборт ... 321
Лікування та догляд за хворою ... 324
Передчасні пологи ... 330
Тактика ведення передчасних пологів ... 331
Спостереження та допомога роділлі в пологах ... 332
Знеболювання пологів за згодою жінки ... 333
Ведення II періоду пологів ... 334

Ведення III періоду пологів 334
Переношена вагітність 335
Ведення вагітності та пологів 337
Ведення III періоду пологів 339

РОЗДІЛ XIV

ПЕРИНАТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ.
ПІСЛЯПОЛОГОВІ СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ 341

Перинатальні інфекції 341
TORCH-інфекції у вагітних 343
Методи діагностики інфекції під час вагітності 344
Методи діагностики інфекції у плода 345
Медична допомога 345
Токсоплазмоз 345
Туберкульоз та вагітність 347
Лістеріоз 348
Вірусні інфекції 349
Вірусний гепатит та вагітність 349
Грип 352
Краснуха 352
Хвороби що передаються статевим шляхом та вагітність 353
Гонорея і вагітність 353
Хламідіоз та вагітність 355
Кандидозний вульвовагініт у вагітних 356
Урогенітальний трихомоніаз 356
Сифіліс 358
СНІД та вагітність 360
Цитомегаловірусна інфекція 363
Герпетична інфекція 363
Післяпологові гнійно-септичні захворювання 365
Захворювання I етапу 366
Захворювання II етапу 368
Захворювання III етапу післяпологової інфекції 370
Захворювання IV етапу 372
Післяпологовий лактаційний мастит 373

РОЗДІЛ XV

ГЕСТОЗИ ВАГІТНИХ 375

Ранні гестози 375
Блювання 375
Слинотеча 378
Пізні гестози 378
Прегестоз (претоксикоз) 380
Набряки вагітних 381
Прееклампсія вагітних 382

Еклампсія 390

РОЗДІЛ XVI

БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ 393

Багатоплідна вагітність 393
Ведення вагітності 397
Перебіг та ведення пологів 398

РОЗДІЛ XVII

ПАТОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ. ОПЕРАТИВНІ ПОЛОГИ. ДОГЛЯД ЗА ПОРОДІЛЛЯМИ 401

Аномалії пологової діяльності 401
Патологічний прелімінарний період 403
Слабкість пологової діяльності 405
Первинна слабкість пологової діяльності 406
Вторинна слабкість пологової діяльності 410
Надмірно сильна пологова діяльність 410
Дискоординована пологова діяльність 411
Пологи при вузькому тазі 413
Класифікація вузького таза за ступенем звуження 414
Діагностика вузького таза 415
Особливості перебігу вагітності та пологів при вузькому тазі 416
Класифікація вузького таза за формою звуження 417
Механізм пологів при вузькому тазі 421
Ведення пологів при вузькому тазі 422
Пологи при неправильних положеннях плода (косе та поперечне) 424
Розгинальні передлежанння 428
Передньоголовне передлежання 429
Лобне передлежання — II ступінь розгинання голівки 430
Лицеве передлежання — III ступінь розгинання голівки 431
Аномалії вставлення голівки 433
Низьке поперечне стояння голівки 434

РОЗДІЛ XVIII

ПОЛОГОВИЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРІ ТА ПЛОДА 435

Розриви промежини 435
Розриви вульви та піхви 438
Гематома вульви та піхви 438
Розриви шийки матки 439
Розриви матки 440
Післяпологові нориці 448
Травми зчленувань таза 449
Виворіт матки 451
Пологовий травматизм плода 452

РОЗДІЛ XIX

КРОВОТЕЧІ У ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ ВАГІТНОСТІ, ПІД ЧАС ПОЛОГІВ ТА У РАННЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ 457

Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдром) в акушерстві 458
Емболія навколоплодовими водами 462
Передлежання плаценти 464
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти 469
Аномалії прикріплення плаценти 472
Кровотечі у ранньому післяпологовому періоді 475
Гіпотонічні кровотечі 475
Післяпологова пізня кровотеча 478
Геморагічний шок в акушерстві та принципи інфузійно-трансфузійної терапії .. 479
Подальші дії для ліквідації геморагічного шоку 484

РОЗДІЛ XX

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В АКУШЕРСТВІ 487

Кровотеча при передчасному відшаруванні нормально розміщеної плаценти 488
Передлежання плаценти 489
Невідкладна допомога при емболії навколоплодовими водами 490
Загроза розриву матки 490
Розрив матки, що відбувся 491
Невідкладна допомога при еклампсії 492

РОЗДІЛ XXI

АКУШЕРСЬКІ ОПЕРАЦІЇ 493

Оперативне розродження та догляд за породіллями 493
Підготовка вагітної до операції 494
Обов'язки операційної акушерки 495
Підготовка рук персоналу перед операцією 495
Акушерські операції 496
Операції для збереження вагітності 497
Операції штучного переривання вагітності 499
Переривання вагітності у ранні терміни 499
Переривання вагітності у пізні терміни (від 12 до 22 тижнів) 503
Операції для підготовки родових шляхів 504
Операції для виправлення положення плода 505
Зовнішній поворот плода при неправильних положеннях 506
Зовнішній профілактичний акушерський поворот плода на голівку за методом Б.А.Архангельського 507
Класичний зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку 509
Розроджувальні акушерські операції 513
Екстракція плода за тазовий кінець 513
Акушерські щипці 515

Вакуум-екстракція плода 523
Кесарів розтин 525
Плодоруйнівні операції 533
Оперативні втручання в послідовому та ранньому післяпологовому періоді 538

РОЗДІЛ XXII

РОЛЬ КОНТРАЦЕПЦІЇ В ПЛАНУВАННІ СІМ'Ї ТА ОХОРОНІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ 541

Методи післяпологової контрацепції 542
Гормональна контрацепція 546
Невідкладна контрацепція 551

ДОДАТОК І

АЛГОРИТМИ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК 553

АВТОРИ ПРОПОНУЮТЬ
придбати підручники, які підготовлені відповідно до сучасних навчальних програм і мають гриф МОЗ України

АКУШЕРСТВО. С.В. Хміль, А.Ю. Франчук, Л.І. Романчук, З.М. Кучма. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. — 378 с.: 111 рис. *(Підручник для студентів вищих медичних закладів освіти І–ІІ рівнів акредитації).*

ГІНЕКОЛОГІЯ. С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.М. Романчук. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. –329 с.: 53 рис. *(Підручник для студентів вищих медичних закладів освіти І–ІІ рівнів акредитації).*

ГІНЕКОЛОГІЯ. С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.М. Романчук. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. — 544 с.: рис. 200, кольор. ілюстр. 16 с., табл. 3. *(Підручник для студентів вищих медичних закладів освіти ІІІ–ІV рівнів акредитації).*

МЕДСЕСТРИНСТВО В ГІНЕКОЛОГІЇ. С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.М. Романчук. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 400 с.: 103 рис. *(Підручник для студентів вищих медичних закладів освіти І–ІІ рівнів акредитації).*

МЕДСЕСТРИНСТВО В АКУШЕРСТВІ. С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.М. Романчук, Л.М. Маланчук. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 284 с.: 53 рис. *(Підручник для студентів вищих медичних закладів освіти І–ІІ рівнів акредитації).*

GYNECOLOGY. Khmil S.V., Kuchma Z.M., Romanchuk L.I.. — Ternopil, Ukrmedknyha, 2003. — 460 p., fig. 199, colour illustration 16 p, table 3, references 25. *(Approved by The Central methodological Committee of higher Medical education as a manual for students of the Higher Medical Schools of the III–IV degree of accreditation).*

GYNECOLOGY. Second edition. Khmil S.V., Kuchma Z.M., Romanchuk L.I. Ternopil, Pidruchnyky&Posibnyky, 2006. — 384 p., fig. 199, table 3, references 25. *(Approved by The Central methodological Committee of higher Medical education as a manual for students of the Higher Medical Schools of the III–IV degree of accreditation).*

МЕДСЕСТРИНСТВО В ГІНЕКОЛОГІЇ. Видання друге, перероблене та доповнене. С.В. Хміль, Л.І. Романчук, З.М. Кучма. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006. — 380 с.: рис. 122 *(Підручник для студентів вищих медичних закладів освіти І–ІІ рівнів акредитації).*

ГІНЕКОЛОГІЯ. Видання друге, перероблене та доповнене. Хміль С. В., Кучма З. М., Романчук Л. І. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006. — 528 с.: 180 рис. *(Підручник для студентів вищих медичних закладів освіти І–ІІ рівнів акредитації за спеціальностями «Акушерська справа», «Лікувальна справа»).*

МЕДСЕСТРИНСТВО В АКУШЕРСТВІ. С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.М. Романчук. — Підручники і посібники, 2007. — 336 с.: 68 рис. *(Підручник для студентів вищих медичних закладів освіти І–ІІ рівнів акредитації).*

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

Стефан Хміль, Леся Романчук, Зінаїда Кучма

АКУШЕРСТВО

Редактор *Людмила Олійник*
Комп'ютерна верстка *Олени Березовської*
Технічний редактор *Оксана Чучук*
Фотографії *Любові Луковецької*
Художнє оформлення *Іванни Кокіль*

Підписано до друку 13.11.2007. Формат 70×100/16. Папір офсетний.
Друк офсетний. 49,9 ум. др. арк. 40,60 обл.-вид. арк. Тираж 2000 прим.
Замовлення №07-334.

Редакція газети «Підручники і посібники». Свідоцтво ТР 189 від 10.01.96.
46010, м. Тернопіль, вул. Поліська, 6а. Тел. 8-(0352)-43-10-31, 43-15-15, 43-10-21.
Факс 8-(0352)-43-10-31. E-mail: pp@pp.utel.net.ua
www.pp.utel.net.ua

Хміль Стефан Володимирович — заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології Тернопільського державного медичного університету, віце-президент європейської асоціації FEMS, директор Галицького медичного коледжу, президент Всеукраїнської асоціації «Менопауза та репродуктивне здоров'я жінки». Автор понад 300 наукових праць, 2 монографій, 14 підручників, 20 патентів на винахід.

Романчук Леся Іванівна — кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології Тернопільського державного медичного університету, автор низки наукових праць та 14 підручників. Член Національної спілки письменників України.

Кучма Зінаїда Миколаївна — кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології Тернопільського державного медичного університету, автор низки наукових праць та 14 підручників.

9 789660 710238 11207