

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Невиношування вагітності (код курсу 3.3)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Мета заняття

Серед важливих проблем практичного акушерства одне із провідних місць належить невиношуванню вагітності. Частота цієї патології складає від 10 до 20-35% до числа вагітностей і немає тенденції до зниження. Невиношування вагітності є універсальним показником реакції організму на будь-яке значне неблагополуччя матері, плода, факторів навколишнього середовища, професійно-виробничих факторів та інших несприятливих впливів.

Актуальність цієї проблеми обумовлена не тільки медичними, але й соціальними аспектами, так як невиношування вагітності призводить до зниження народжуваності, впливає на фізичне і психічне здоров'я жінки, її сімейне благополуччя, працездатність та визначається частотою, високою перинатальною смертністю недоношених дітей, значними економічними затратами, які пов'язані з їх доглядом, а також значною долею цих дітей серед інвалідів з дитинства і хворих з хронічною патологією.

II. Об'єм повторної інформації

1. Збирання загального та спеціального акушерсько-гінекологічного анамнезу.
2. Визначення терміну вагітності.
3. Оцінка результатів спеціального акушерського обстеження.
4. Розміри матки в різні терміни вагітності.
5. Ознаки вагітності.
6. Механізм дії на міометрій лікарських засобів з групи утеротоніків, спазмолітиків, кровозупиняючих засобів.

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення термінів "невиношування вагітності", "самовільний аборт".
2. Причини, що обумовлюють невиношування вагітності.
3. Фактори ризику самовільного аборту.
4. Патогенез невиношування вагітності при різних формах.
5. Класифікація самовільного аборту.
6. Клінічна, діагностика, лікування при різних формах самовільного аборту.
7. Лікарська тактика при різних формах самовільного аборту.
8. Визначення терміну "звичний аборт".
9. Методи обстеження жінок зі звичним невиношуванням вагітності.
10. Тактика ведення вагітності у жінок із звичним абортom.
11. Методи профілактики невиношування

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Гінекологічне відділення

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.

2. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с. .(невиношування вагітності).
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінювати фактори ризику передчасного переривання вагітності при збиранні анамнезу у вагітних		+	
2.	Скласти й обґрунтувати план індивідуального ведення вагітності для кожної вагітної з факторами ризику передчасного переривання		+	
3.	Призначаючи клініко-лабораторне та додаткове обстеження при звичному невиношуванні вагітності		+	
4.	Скласти план надання необхідної невідкладної допомоги при матковій кровотечі у вагітної з самовільним абортom (за даними історії хвороби)		+	
5.	Виписати рецепти на ліки, що застосовують при лікуванні різних клінічних форм абортів.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Що містить у собі поняття "невиношування вагітності", "самовільний аборт"?
2. Які причини невиношування вагітності?
3. Які фактори ризику невиношування вагітності?
4. Який патогенез невиношування вагітності?
5. Яка класифікація самовільних абортів?
6. Які клініка і методи діагностики загрозливого абортy?
7. Яка тактика ведення загрозливого абортy ?
8. Які методи лікування загрозливого абортy?
9. Які методи моніторингу ефективності лікування загрозливого абортy?
10. Які клініка і діагностика абортy в ходy?
11. Яка тактика ведення абортy в ходy?
12. Які клініка і діагностика неповного абортy?
13. Яка тактика ведення неповного абортy?
14. Які клініка, діагностика і тактика ведення повного абортy?
15. Які клініка, діагностика і тактика ведення абортy, що не відбувся?
16. Які методи реабілітації репродуктивної функції після мимовільного абортy?
17. Яке визначення поняття «звичний аборт»?
18. Який обсяг обстежень при звичному невиношуванні вагітності?
19. В чому полягає прегравідарна підготовка при звичному невиношуванні вагітності?
20. Які методи лікування звичного невиношування?
21. Які методи профілактики не виношування вагітності.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Оцінювати фактори ризику передчасного переривання вагітності при збиранні анамнезу у вагітних.
2. Скласти й обґрунтувати план індивідуального ведення вагітності для кожної вагітної з факторами ризику передчасного переривання.
3. Діагностувати стадії мимовільного абортів (при відсутності тематичних вагітних за даними історії хвороби).
4. Призначити лікування при загрозовому аборті.
5. Призначити лікування при різних клінічних формах абортів (за даними історії хвороби).
6. Призначити клініко-лабораторне та додаткове обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
7. Оцінити результати клініко-лабораторного та додаткового обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
8. Скласти план надання необхідної невідкладної допомоги при матковій кровотечі у вагітної з самовільним абортів (за даними історії хвороби).
9. Виписати рецепти на ліки, що застосовують при лікуванні різних клінічних форм абортів.

Тестові завдання

1. В акушерський стаціонар поступила вагітна в термін 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, відходження навколоплідних вод, значні кров'яністі виділення. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена, пропускає палець, за внутрішнім вічком пальпуються елементи плода, виділення кров'яністі, значні. Яка тактика ведення?
 - A. Призначення препаратів прогестерону
 - B. Призначення токолітичних препаратів
 - C. Кюретаж стінок порожнини матки*
 - P. Ліжковий режим, спостереження
2. В акушерський стаціонар поступила вагітна в термін 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, відходження навколоплідних вод, значні кров'яністі виділення. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена, пропускає палець, за внутрішнім вічком пальпуються елементи плода, виділення кров'яністі, значні. Яка стадія мимовільного абортів?
 - A. Загрозливий аборт B.
 - Аборт в ходу*
 - C. Неповний аборт
 - P. Повний аборт

Ситуаційні задачі :

1. Вагітна 26 років. Вагітність I, 12 тижнів. Скарги на тягучий біль в нижніх відділах живота. При вагінальному обстеженні: зовнішнє вічко шийки матки закрито, тіло матки збільшене до 12 тижнів, тонус матки підвищений, виділення слизові.

Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

Загрозливий аборт в термін 12 тижнів вагітності. Показані заходи на збереження і підтримку розвитку вагітності.
2. В акушерський стаціонар надійшла жінка 24 років в терміні вагітності 18 тижнів з переймоподібними болями внизу живота, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. При обстеженні: шийка матки вкорочена, пропускає 3 пальці, плідний міхур відсутній, палькується голівка плода, кров'яні виділення помірні.

Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

Пізній мимовільний аборт в ході в термін 18 тижнів вагітності. Після спонтанного вигнання плоду і плаценти показані кюретаж стінок порожнини матки та заходи для стабілізації гемодинаміки.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

«Невиношування вагітності»

Класифікація згідно з МКХ-10:

Загрозливий аборт O20.0

Спонтанний аборт O03:

Неповний аборт O03-O03.4

Повний аборт O03.5-O03.9

Звичний викидень N96

Передчасні пологи O60

Невиношування вагітності

- ранній спонтанний аборт – спонтанне (самовільне) переривання вагітності до 11 тижнів + 6 днів;
- пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тижня + 6 днів;
- передчасні пологи з 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154 – 259 днів).

В структурі невиношування вагітності як загального поняття виділяють:

I. Спонтанний аборт

Спонтанний аборт (мимовільний, самовільний викидень) – вигнання ембріона/плода в терміні вагітності до 22 тижнів або масою до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак життя.

За стадіями розвитку виділяють:

- Загрозливий аборт;
- Аборт в ході;
- Неповний аборт;
- Повний аборт.

Крім того виділяють:

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

Звичний аборт (звичний викидень) - визначається як наслідок двох або більш вагітностей, що закінчились самовільним викиднем.

Діагностика спонтанного аборту.

Загальними проявами спонтанного аборту є кров'яністі виділення із статевих шляхів різної інтенсивності та біль в нижніх відділах живота на фоні маткової вагітності.

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

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

При відсутності загрозових для життя станів проводяться лікувально-діагностичні заходи, спрямовані на попередження ускладнень різних стадій мимовільного аборт, викладені у відповідних розділах протоколу.

Таблиця 1 – Ознаки вагітності в першому триместрі

Дані анамнезу	Дані об'єктивного огляду	УЗД	Дані лабораторних досліджень
<ul style="list-style-type: none"> - Затримка менструації - Нудота, блювання, смакові примхи, зміни смакових відчуттів 	<ul style="list-style-type: none"> - Збільшення розмірів матки, зміни консистенції та форми матки, які свідчать про наявність вагітності (ознаки Гентера, Горвіца-Гегара, Піска чека, Снегірьова та ін). - Пом'якшення шийки матки та ціаноз стінок піхви. - Збільшення та нагрубання молочних залоз. 	<ul style="list-style-type: none"> - Візуалізація плідного яйця, ембріону/плода (залежно від терміну вагітності) 	<ul style="list-style-type: none"> - Позитивний гравітест (якісний тест) - Підвищення вмісту ХГЛ в сироватці крові (кількісний тест)

Загрозливий аборт

Скарги

1. Тягнучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер.
2. Скудні або помірні кров'яністі виділення із статевих шляхів.
3. Затримка місячних.

Анамнез

1. Порушення менструального циклу.
2. Безпліддя, особливо вилікуване методами допоміжних репродуктивних технологій.
3. Наявність самовільного переривання попередніх вагітностей.
4. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Зовнішнє вічко закрито.
2. Скудні або помірні кров'яністі виділення.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Матка легко збудлива, її тонус підвищений.
2. Розміри матки відповідають терміну вагітності.

УЗД: загальні ознаки:

1. Наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається у порожнину матки (за відсутності клінічних проявів не має самостійного значення).
2. Деформація контурів плідного яйця, його вдавлення за рахунок гіпертонусу матки (за відсутності клінічних проявів не має самостійного значення).
3. Наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.

Після встановлення діагнозу та до початку лікування необхідним є визначення життєздатності ембріона/плода та подальшого прогнозу вагітності.

Для цього використовують критерії сприятливого чи несприятливого прогнозу даної вагітності.

Таблиця 2 - Прогностичні критерії прогресування вагітності*

Ознаки	Сприятливий прогноз	Несприятливий прогноз
Анамнез	Прогресуюча вагітність	Наявність спонтанних абортів
		Вік жінки >34 років
Сонографічні	Наявність серцевих скорочень при КТР плода 6 мм (трансвагінально) Відсутність брадикардії	Відсутність серцевих скорочень при КТР плода 6 мм (трансвагінально) 10 мм (трансабдомінально) Брадикардія.
		Пусте плідне яйце діаметром 15мм при терміні гестації 7 тижнів, 21мм - при терміні 8 тижнів (достовірність ознаки 90.8%)
	Діаметр плідного яйця 17 – 20 мм та більше при відсутності в ньому ембріона або жовточного мішка. (достовірність ознаки 100%).	
	Відповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця	Невідповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця
	Ріст плідного яйця в динаміці	Відсутність росту плідного яйця через 7-10 днів.
		Субхоріальна гематома. (Прогностична цінність розмірів субхоріальної гематоми не з'ясована остаточно, але чим більше субхоріальна гематома тим гірше прогноз).
Біохімічні	Нормальний рівень біохімічних маркерів	Рівень ХГЛ нижче норми для гестаційного віку
		Рівень ХГЛ зростає менш ніж на 66% за 48 годин (до 8 тижнів вагітності) або знижується
		Вміст прогестерону нижче норми для гестаційного віку та знижується

* - У разі первинного виявлення несприятливих ознак прогресування вагітності повторне УЗД має бути проведено через 7 днів, якщо вагітність не перервалася. У разі виникнення сумнівів щодо остаточного висновку, УЗД має бути проведено іншим спеціалістом у закладі більш високого рівня допомоги.

Тактика ведення загрозливого аборт.

Пацієнтка обов'язково має бути проінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності та можливих ускладнень, пов'язаних з використанням лікарських засобів.

Обов'язковим є отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

За наявності клінічних ознак загрозового аборт у терміні вагітності менше 8 тижнів та несприятливих ознак прогресування вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується.

Якщо пацієнтка наполягає на проведенні терапії, спрямованої на збереження вагітності, вона має бути відповідним чином проінформована про:

- високу питому вагу хромосомних аномалій в даному терміні вагітності, які є найбільш вірогідною причиною загрози її переривання;
- низьку ефективність будь-якої терапії..

Причиною 70% спонтанних абортів, які відбуваються в терміні до 12 тижнів та 30%, що відбуваються в терміні після 12 тижнів, є хромосомні аномалії (спадкові або набуті).

Максимальна кількість хромосомних аномалій елімінується шляхом спонтанного аборт в терміні 4-5 тижнів.

На основі отриманої інформації пацієнтка приймає рішення щодо доцільності застосування терапії, спрямованої на збереження вагітності.

Рішення вагітної фіксується підписанням інформованої згоди.

При загрозі переривання вагітності в терміні більшому 8 тижнів та за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження та підтримку розвитку вагітності (**Табл. 3**).

Таблиця 3 - Терапія загрозового аборт

Лікувальний захід	Ефективність (доказові дані)
<i>Ліжковий режим та утримання від статевого життя</i>	За даними різних досліджень ефективність помірна.
<i>Спазмолітична терапія</i> <i>Седативна терапія</i>	Немає доказів ефективного та безпечного застосування з метою попередження переривання вагітності.
<p><i>Препарати прогестерону</i> Для лікування загрозового аборт використовуються:</p> <ul style="list-style-type: none"> - масляний розчин прогестерону (внутрішньомязово) - мікронізований прогестерон (вагінально або перорально), - синтетичні похідні прогестерону (перорально). <p>Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально) Їх не можна призначати одночасно Не доведено переваги будь якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону. Дози прогестерону, які б відповідали критеріям ефективності та безпечності,</p>	<p>Показання для застосування прогестерону:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень) 2. Доведена до вагітності недостатність лютеїнової фази 3. Виліковане безпліддя 4. Вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій <p><u>Застосування прогестерону за будь-якими іншими показаннями не має доведеної ефективності.</u> Рутинне призначення гестагенних препаратів при загрозі переривання вагітності не підвищує відсоток виношування, в зв'язку з чим не є виправданим. (А)</p> <p>У будь якому разі не слід перевищувати дози, встановлені виробником.</p>

невідомі.	
-----------	--

Моніторинг ефективності лікування визначається за допомогою: даних УЗД, тестів функціональної діагностики, динаміки рівня ХГЛ та прогестерону в сироватці крові (табл.4).

Таблиця 4 - Моніторинг ефективності лікування

Метод	Режим проведення
Спостереження за динамікою змін клінічних симптомів	Двічі на добу та більше в разі необхідності
Визначення гормонального статусу вагітності одним або декількома з нижче наведених методів: <ul style="list-style-type: none"> - визначення рівнів ХГЛ в сироватці крові в динаміці - визначення вмісту прогестерону в сироватці крові в динаміці - гормональна кольпоцитологія - вимірювання базальної (ректальної) температури (до 12 тижнів) 	<p>У терміні до 8 тижнів - через 48 годин, а потім один раз на тиждень до зникнення симптомів</p> <p>У терміні після 8 тижнів - один раз на тиждень до зникнення симптомів</p> <p>Один раз на тиждень, до зникнення симптомів</p> <p>Один раз на тиждень</p> <p>Протягом всього лікування</p>
УЗД	Використовується з метою підтвердження вагітності що розвивається. Не має самостійного значення в діагностиці переривання вагітності.

Аборт в ході

Скарги

1. Тягнучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер.
2. Кров'яністі виділення зі статевих шляхів здебільше у великій кількості.

Анамнез

1. Тривалість болю в нижніх відділах живота, з посиленням в динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер.
2. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите.
2. Кров'яністі виділення у великій кількості.
3. Частини плідного яйця у цервікальному каналі.
4. Підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в рані терміни вагітності).

Бімануальне піхвове дослідження для визначення

1. Тонусу матки.
2. Розміру матки.
3. Розмірів ступеня розкриття цервікального каналу.

УЗД за необхідністю

1. Повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів).
2. Наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

Тактика ведення аборту в ході.

Пацієнтка обов'язково має бути проінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності, лікувальних заходах, що плануються та дати письмову згоду на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

Термін вагітності менше 16 тижнів

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

Термін вагітності більше 16 тижнів

Після спонтанного вигнання продукту запліднення проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати.

У разі кровотечі під адекватним знеболенням:

1. при наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекають спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати;
2. при відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливо використання утеротоніків:

- для прискорення вигнання продукту запліднення у терміні гестації 16 тижнів та більше лише окситоцин (у дозі 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500мл ізотонічного розчину хлориду натрію (до 40 крапель за хвилину);
- у разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу для покращання скоротливої спроможності матки вводять один з утеротоніків:
 - окситоцину 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі швидкістю до 40 крапель за хвилину;
 - ергометрину 0,2 мг в/м або в/в (у разі необхідності можливо повторити введення вказаної дози, максимальна добова доза не більше 1 мг);
 - мізопростол 800 мкг ректально.

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

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

Неповний аборт

Скарги

1. Біль різної інтенсивності у нижніх відділах живота.
2. Кров'яністі виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираженості.

Анамнез

1. Тягнучий біль в нижніх відділах живота, з посиленням в динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер, дедалі зменшується.
2. Експульсія плідного яйця.
3. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрито.
2. Кров'яністі виділення різного ступеня вираженості.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Матка м'якої консистенції.
2. Розміри матки менше терміну гестації.
3. Різний ступінь розкриття шийки матки.

УЗД

Порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плідне яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури.

Тактика ведення неповного аборту.

Пацієнтка обов'язково має бути поінформована щодо результатів обстеження та лікувальних заходах, що плануються.

Обов'язковим є отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

У разі неповного аборту обов'язково проводять звільнення матки від залишків ембріональних/плодових тканин з наступним їх патогістологічним дослідженням.

За відсутності абсолютних показань до кюретажа або вакуум-аспірації, рекомендується надання пацієнтці можливості вибору метода звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічний або медикаментозний.

Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки.

Абсолютні показання до хірургічного методу (кюретаж або вакуум-аспірація):

- інтенсивна кровотеча,
- розширення порожнини матки >50 мм (УЗД),
- підвищення температури тіла вище 37,5°C.

Кюретаж стінок порожнини матки або вакуум-аспірацію проводять під адекватним знеболенням; паралельно проводять заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати.

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

Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки

- може бути використаний за бажанням жінок, які намагаються уникнути хірургічного втручання та загальної анестезії;
- ефективність методу до 96% в залежності від деяких факторів, а саме: загальна доза, тривалість прийому та спосіб призначення простагландинів. Найбільший

відсоток успіху (70-96%) спостерігається у разі використання великих доз простагландину E1 (800-1200 мкг), які призначаються вагінально.

Рандомізовані дослідження демонструють відсутність статистичної різниці ефективності хірургічної та медикаментозної евакуації при неповному викидні в терміні до 70 днів від 1 дня останньої менструації.

Використання медикаментозного методу сприяє достовірному зниженню частоти тазових інфекцій (7.1 % в порівнянні 13.2%, $P < 0.001$).

Медикаментозний метод може використовуватися:

- лише у разі підтвердженого неповного аборт у першому триместрі;
- якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації;
- лише за умови госпіталізації до медичного закладу, що надає екстрену допомогу цілодобово.

Протипоказання

Абсолютні:

- наднирникова недостатність,
- тривала терапія глюкокортикоїдами,
- гемоглобінопатії або антикоагулянтна терапія,
- анемія ($Hb < 100$ г/л),
- порфірія,
- мітральний стеноз,
- глаукома,
- прийом нестероїдних протизапальних засобів протягом попередніх 48 годин.

Відносні:

- гіпертензія,
- тяжка бронхіальна астма.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують:

Мізопростол – 800-1200мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару.

Препарат вводять у заднє склепіння піхви лікарем під час огляду у дзеркалах.

Через кілька годин (як правило протягом 3-6 годин) після введення мізопростолу починаються маткові скорочення та вигнання залишків плідного яйця.

Спостереження:

Жінка залишається для спостереження в умовах стаціонару протягом доби після вигнання і може бути виписана із стаціонару у разі:

- відсутності значної кровотечі,
- відсутності симптомів інфекції,
- можливості негайно звернутися до цього медичного закладу у будь який час цілодобово.

Через 7-10 днів після виписки з стаціонару в амбулаторних умовах проводиться контрольний огляд пацієнтки та УЗД.

Перехід до хірургічної евакуації після медикаментозної евакуації здійснюють у разі:

- виникнення значної кровотечі,
- появи симптомів інфекції,
- евакуація залишків не розпочалась протягом 8 годин після введення мізопростолу,
- виявлення залишків плідного яйця у порожнині матки під час УЗД через 7-10 днів.

Повний аборт

Скарги

1. Тягнучий біль в нижніх відділах живота різної інтенсивності (але може бути відсутній).
2. Незначні кров'янисті виділення із статевих шляхів(але можуть бути відсутні).

Анамнез

1. Тягнучий біль в нижніх відділах живота, з посиленням в динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер.
2. Експульсія плідного яйця.
3. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите.
2. Незначні кров'янисті виділення або відсутні.

Бімануальне піхвове дослідження

4. Матка щільна.
5. Розміри матки менше терміну гестації.
6. Цервікальний канал закритий, іноді не повністю.

УЗД

Порожнина матки <15 мм, цервікальний канал закритий, іноді не повністю, плідне яйце/плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються

Тактика ведення повного аборт

За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки.

Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень.

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

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

Припинення розвитку вагітності з затримкою плодових тканин в матці.

Скарги

Зникненням суб'єктивних ознак вагітності. Іноді кров'янисті виділення з матки та підвищення температури тіла.

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

Шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Розміри матки менше терміну гестації.
2. Цервікальний канал закритий.

УЗД

- **5-6 тижнів:** невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації, не візуалізується жовточний мішок, не візуалізується ембріон.

Діагноз вагітності, що не розвивається, в терміні 5-6 тижнів має бути підтверджено не менше, ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в ультразвукових критеріях дослідження слід повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівнів хоріогонічного гонадотропіну.

- **7-8 тижнів:** відсутність серцевих скорочень ембріону, невідповідність розмірів терміну гестації.
- **9-12 тижнів:** відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону, невідповідність розмірів матки терміну гестації.

Тактика ведення абортів, що не відбулися

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

Знаходження вагітності, що не розвивається, в порожнині матки протягом 4 тижнів та більше збільшує ризик коагулопатичних ускладнень, в зв'язку з чим необхідно бути готовим для боротьби з можливою кровотечею (визначити групу крові, резус-фактор, коагулограму).

Індукція скоротливої діяльності при вагітності, що не розвивається в другому триместрі здійснюється застосуванням препаратів простагландинів (мізопропростол) або утеротонічних засобів (окситоцин).

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено за індивідуальними клінічними показаннями.

Реабілітація репродуктивної функції після мимовільного аборту

1. Незважаючи на те, що один мимовільний аборт не вважається фактором ризику звичного невиношування, за наявності у матері ознак станів, які могли виступати причиною переривання вагітності (ознаки інфекційних захворювань, ендокринних порушень, структурних порушень матки), бажаним є дообстеження пацієнтки. У разі виявлення певної патології жінка має бути проінформована про необхідність лікування та заклади, де вона може отримати це лікування.
2. Профілактика інфекційно-запальних захворювань, санація вогнищ хронічного запалення, нормалізація біоценозу піхви, діагностика та лікування TORCH – інфекцій.
3. Психологічна реабілітація після перенесеного аборту.
4. Неспецифічна прегравідарна підготовка: антистресова терапія, нормалізація раціону харчування, за 3 місяці до зачаття призначення фолієвої кислоти 400 мкг на день, режиму праці та відпочинку, відмова від шкідливих звичок.
5. Медико – генетичне консультування.

II. Звичне невиношування вагітності (звичний викидень)

Звичний аборт (звичний викидень) – визначається як наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчилися викиднем. Якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, то такий стан визначається як „вторинний звичний” викидень”, якщо ні – використовується термін „первинний звичний викидень”.

Ведення жінок зі звичним невиношуванням вагітності.

- Обстеження жінок для визначення причин звичного невиношування, починають після переривання вагітності або під час наступної вагітності, якщо жінка звернулася після її настання.
- Обстеження повинно бути спрямоване на виявлення можливих причин невиношування, для виключення розладів у будь якій системі або органі спостережуваної жінки (табл. 1).
- При встановленні етіологічного фактору невиношування проводять патогенетичне лікування, спрямоване на усунення патології, яка лежить в основі переривання вагітності.
- З метою лікування звичного невиношування вагітності необхідно застосовувати лише заходи з доведеною ефективністю.

Таблиця 1

Обсяг обстеження при звичному невиношуванні вагітності

№ п/п	Характер обстеження	До настання вагітності	Під час вагітності
1	Вивчення анамнезу (менструальна, генеративна функція захворювання)	+	+
2	Огляд спеціалістів за показаннями (ендокринолога, імунолога, генетика, нефролога, психотерапевта, ЛОР, терапевта, невролога)	+	+
3	Бактеріологічне, бактеріоскопічне та вірусологічне обстеження на уrogenітальні інфекції	+	+
4	Тести функціональної діагностики (базальна температура), кольпоцитологія	+	+ -
5	Визначення гормонів та їх метаболітів за показаннями (статеві гормони, гіпофіза та щитовидної залози у крові; екскреція ДЕАС, кортизолу, 17-КС, 17-гідропрогестерону)	+	+
6	УЗД	+	+
7	Стан гіпофіза (МРТ, RÖ – графія турецького сідла) за показаннями	+	- -
8	Імунологічне обстеження за показаннями (АВО та Rh антитіл; антитіла до фосфоліпідів, кардіоліпінів, β 2 глікопротеїду та фетальних антигенів, визначення вовчакового антикоагулянту)	+	+
9	Антитіла до хоріонічного гонадотропіну; антиспермальні та антиоваріальні антитіла за показаннями	+ +	+ -
10	Генетичне обстеження (каріотип подружжя)	+	-
11	Пренатальна діагностика	-	+
12	Гістеросальпінгографія та гістероскопія за показаннями	+	-
13	Гемостазіограма Дослідження системи гемостазу	+	+
14	Визначення стану шийки матки	+	з 12 тижня

Коментарі до проведення обстеження

- Дослідження каріотипу подружньої пари обумовлено тим, що приблизно у 2-5% випадків звичного невиношування один з батьків або обоє (рідше), є носіями збалансованої хромосомної аномалії. Виявлення порушення у будь – кого з батьків є показанням до консультації клінічного генетика для встановлення вірогідності народження дітей без застосування допоміжних репродуктивних технологій, а також для визначення показань для проведення цитогенетичного дослідження плідного яйця (плода) якомога у ранньому терміні вагітності (С).
- Ультразвукове дослідження репродуктивних органів з метою виявлення вроджених або набутих порушень, які можуть перешкоджати розвитку вагітності. Двомірне ультразвукове дослідження з/або без гістеросальпінгографії, проведене кваліфікованим спеціалістом, є достатнім для виявлення порушень анатомічної будови репродуктивних органів.
Не доведена необхідність рутинного проведення гістеросальпінгографії для діагностики порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

- Антифосфоліпідний синдром є причиною звичного невиношування вагітності в близько 20% випадків. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності та антифосфоліпідним синдромом комбінована терапія (аспірин та гепарин) достовірно знижує частоту мимовільного абортів на 54% (A). Визначення наявності вовчакового антикоагулянту та антифосфоліпідних антитіл з використанням стандартних тестів. Наявність позитивного результату тесту для одних і тих же антитіл (Ig M і IgG) двічі з проміжком 4-6 тижнів на рівні середніх або високих титрів є підставою до встановлення діагнозу та проведення лікування.
- **Застосування кортикостероїдів у жінок з звичним невиношуванням та АФС не збільшує частоту живонароджень та може супроводжуватись збільшенням материнської та неонатальної захворюваності (A).**
- Будь-яка тяжка інфекція у матері, що перебігає з бактеріємією або вірусемією, може бути чинником самовільного викидня, хоча роль інфекційного фактора в структурі чинників невиношування вагітності не зовсім з'ясована. Для того, щоб інфекційний агент був «прийнятний» як чинник саме звичного невиношування, він повинен мати здатність персистенції у генітальному тракті жінки без наявних ознак або спричинювати мінімальні прояви.
Виявлення і лікування бактеріального вагінозу у ранні терміни вагітності зменшує ризик повторних самовільних абортів і передчасних пологів (A). Обстеження на TORCH інфекцію для виявлення причин звичного невиношування у випадках, коли є підозра на наявність інфекції або відомості про наявність інфекції у минулому чи проведення її лікування (C).

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН)

ІЦН – не пов'язане зі скоротливою діяльністю матки мимовільне згладжування та розкриття шийки, що призводить до повторного переривання вагітності частіше в другому триместрі.

Клінічні ознаки:

• **Наявність в анамнезі** (жінка належить до групи високого ризику):

- 1.двох та більше епізодів переривання вагітності в другому триместрі, які не є результатом скоротливої діяльності матки чи відшарування плаценти;
- 2.випадків мимовільного безболісного розкриття шийки матки до 4-6 см при попередніх вагітностях;
- 3.наявність хірургічних втручань на шийці матки, розривів шийки матки другого або третього ступенів в минулих пологах;
- 4.інструментальної дилатації шийки матки під час штучного переривання вагітностей.

• **При огляді :**

- 1.вроджені або набуті анатомічні дефекти ектоцервіксу;
- 2.розкриття шийки матки до 2 та більше см в другому триместрі вагітності при відсутності маткових скорочень та відшарування плаценти;
- 3.пролабірування плідного міхура з зовнішнього вічка шийки матки.

• **При трансвагінальному УЗД:**

- 1.укорочення шийки матки до 25мм та більше в терміні 16- 24 тижні;
- 2.клиноподібна трансформація каналу шийки матки на 40% довжини та більше.

Недостатність лютеїнової фази

- діагностика недостатності лютеїнової фази менструального циклу:

- визначення співвідношення рівнів прогестерону в 1 та 2 фазу менструального циклу (менше ніж в 10 разів);
- визначення реологічних властивостей цервікального слизу (неадекватно високий цервікальний індекс за шкалою Marici);
- визначення динаміки синдрому «зіниці» (закриття цервікального каналу після 21 дня циклу);
- гіполютеїновий тип мазка за даними гормональної кольпоцитології – зберігається високий каріопікнотичний індекс при зниженні еозинофільного індексу);
- визначення різниці базальної температури (різниця між найнижчим значенням у 1 фазу та найвищим у 2 повинна складати більше 0,4 градусів С °);
- дворазове гістологічне дослідження пайпель-біоптатів ендометрію на 22 – 24 день циклу (триденне відставання ендометрію від фази циклу).

Ведення вагітних зі звичним невиношуванням передбачає сукупність заходів з доведеною ефективністю. Стандартною прегравідарною підготовкою повинна бути забезпечена кожна жінка, що планує вагітність.

Прегравідарна підготовка включає:

- ***Припинення шкідливих впливів***

1. відмова від паління;
2. відмова від вживання алкоголю;
3. виключення впливу факторів шкідливого промислового виробництва;
4. уникнення психоемоційних перевантажень та стресів.

- ***Оздоровлення жінки та лікування хронічних захворювань***

1. нормалізація режиму праці та відпочинку;
2. створення сприятливих психоемоційних станів на виробництві та в сім'ї (побуті);
3. раціональне харчування;
4. регулярні фізичні навантаження (ранкова гімнастика, плавання, прогулянки, тощо);
5. санація екстрагенітальних вогнищ хронічної інфекції (тонзиліт, гайморит, пієлонефрит тощо);
6. нормалізація маси тіла;
7. щеплення проти краснухи імунонегативних жінок для профілактики вродженої краснухи;
8. вакцинація проти гепатиту В жінок репродуктивного віку групи ризику, що забезпечує профілактику вертикальної передачі інфекції, зменшення ризику печінкової недостатності та цирозу печінки у матері;
9. підготовка пацієнок з хронічними екстрагенітальними захворюваннями:
 - *цукровий діабет*: стійка компенсація вуглеводного метаболізму упродовж трьох місяців до запліднення та призначення фолієвої кислоти 800мкг на день за 3 місяці до зачаття;
 - *артеріальна гіпертензія* (тримання нормотензії, перехід на антигіпертензивні препарати, дозволені до застосування під час вагітності);
 - *гіпотиреоз* (корекція замісної терапії L-тироксином для досягнення еутиреоїдного стану);
 - *епілепсія* (перехід на протисудомні засоби з меншою негативною дією на плід, збільшення дози фолієвої кислоти до 800мкг на день за 3 місяці до зачаття);
 - *вади серця* (радикальне хірургічне лікування за показаннями);
 - *хвороби, що потребують постійної антикоагулянтної терапії* (відміна тератогенних кумаринових похідних, призначення гепарину)
 - *інші екстрагенітальні захворювання* (хірургічне лікування, корекція терапії, досягнення ремісії хвороби).

- виявлення та лікування ВІЛ інфекції.

Лікування звичного невиношування:

1. призначення фолієвої кислоти 400 мкг на день за 3 місяця до зачаття зменшує частоту вад невральної трубки на 2/3;
2. лікування станів, які супроводжуються дефіцитом ендogenous прогестерону (недостатність лютеїнової фази, вилікуване безпліддя, вагітність в наслідок допоміжних репродуктивних технологій).

В групі жінок зі звичним викиднем застосування прогестерону з метою профілактики переривання вагітності демонструє статистично достовірне зниження частоти переривання вагітності в порівнянні з плацебо або відсутністю терапії (А).

Використовуються:

- масляний розчин прогестерону (внутрішньом'язово);
- мікронізований прогестерон (вагінально або перорально);
- гідрогестерон (перорально).

Їх не можна призначати одночасно!

Не виявлено статистичної достовірної різниці в способі призначення прогестерону (в/м, пероральне, інтравагінально).

Не доведено переваги будь-якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону.

Дози прогестерону, які б відповідали критеріям ефективності та безпечності невідомі. В будь-якому разі не слід перевищувати дози встановлені виробником.

3. не доведена ефективність застосування імунотерапії (культури лімфоцитів, внутрішньовенно людський імуноглобулін).

Схема комбінованої терапії антифосфоліпідного синдрому після чітко встановленого діагнозу:

- **Аспірин 75 мг/добу.**

Прийом аспірину починають, як тільки тест на вагітність стає позитивним та продовжують до пологів;

- **Нефракціонований гепарин 5 000 ОД** підшкірно кожні 12 годин або низькомолекулярний гепарин у середній профілактичній дозі.

Застосування гепарину починають, як тільки за допомогою УЗД зареєстрована серцева діяльність ембріону. Застосування гепарину припиняють в 34 тижні вагітності. При застосуванні нефракціонованого гепарину проводять контроль рівня тромбоцитів щотижнево протягом перших трьох тижнів, потім кожні 4 – 6 тижнів.

Якщо при попередніх вагітностях мали місце тромбози, терапія може бути продовжена до пологів та в післяпологовому періоді.

Лікування істміко-цервікальної недостатності полягає в накладанні профілактичного чи лікувального шва на шийку матки.

Загальні умови застосування шва:

- живий плід без видимих вад розвитку;
- цілий плідний міхур;
- відсутність ознак хоріонамніоніту;
- відсутність пологової діяльності та/або кровотечі;
- перший або другий ступінь чистоти піхви.

Профілактичний шов на шийку матки.

Показаний жінкам групи високого ризику, які мали в анамнезі два та більше самовільних викидні або передчасні пологи в другому триместрі вагітності. Проводиться в терміні 13 – 16 тижнів вагітності за наявності вищевказаних умов.

Даних щодо переваг будь-якої з численних технік накладання шва та шовного матеріалу, застосованого при цьому, не існує **(В)**.

Терапевтичний шов на шийку матки

Показаний жінкам групи ризику з УЗ даними:

- коротка шийка (менше 2,5 см) без клиноподібної трансформації цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу на 40 % та більше при одноразовому дослідженні.

Ургентний або лікувальний шов на шийку матки пропонують жінкам з моменту встановлення діагнозу.

«ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ»

Шифр МКХ-10: O60

Передчасні пологи – це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода масою більш 500г у терміні вагітності з 22 тижнів до 37 тижнів [А].

У зв'язку з особливостями акушерської тактики та виходжування дітей, які народились при різних термінах гестації, доцільно виділити такі періоди:

- 22-27 тижнів;
- 28-33 тижні;
- 34-36 тижні + 6 днів гестації.

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення передчасних пологів у спеціалізованих акушерських стаціонарах, у яких є умови для проведення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених.

Доцільно забезпечення прав роділлі на залучення близьких до присутності на пологах.

Принципи ведення передчасних пологів:

1. **Оцінка ступеня** прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології з метою визначення рівня надання стаціонарної допомоги.
2. **Визначення плану ведення** пологів та поінформоване погодження його з жінкою.
3. **Контроль за станом матері** та плода під час пологів з веденням партограми [А].
4. **Профілактика** респіраторного дистрес синдрому до 34 тижнів вагітності.
5. **Знеболювання пологів** за показаннями.
6. **Оцінка стану дитини**, підтримка теплового ланцюжка, проведення первинного туалету новонародженого, спільне перебування матері та дитини з перших годин після народження, більш широке використання методу “кенгуру” при виходжуванні дітей з малою масою.

Діагностика та підтвердження пологів:

Підтвердження пологів:

- у вагітної після 22 тижнів з'являються переймоподібні болі внизу живота та крижах з появою слизово-кров'яних або водянистих (у разі відходження навколоплідних вод) виділень з піхви;
- наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд;
- зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне вкорочення шийки матки та її згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметру просвіту шийки матки - вимірюється у сантиметрах;
- поступове опускання передлеглої частини плода (голівка, сідниці) до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно lin.interspinalis (при внутрішньому акушерському дослідженні).

Діагностика періодів і фаз пологів.

Симптоми і 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 менше (або більше) – 1 см/год. Початок опускання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см). Голівка плода у порожнині тазу. Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см). Передлегла частина плода досягає дна тазу. Роділля починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)
Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	Третій	

Послідовність дій при веденні передчасних пологів

Під час госпіталізації вагітної (роділлі) в акушерський стаціонар черговий лікар акушер-гінеколог **у приймально-оглядовому відділенні:**

- ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності, звернувши увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження, та дані гравідограми;
- з'ясовує скарги;
- для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів;
- здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу. Визначає термін вагітності та очікувану масу плода;
- запитує про відчуття рухів плода самою роділлею та проводить аускультацию серцебиття плода;

- проводять зовнішнє, та за відсутності передчасного розриву плодових оболонок, внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого тазу;

- за даними анамнезу, обмінної карти та результатами фізикального та акушерського обстеження роділлі, встановлює строк вагітності, акушерський діагноз, визначає тактику ведення вагітної (роділлі);

- до 34 тижнів вагітності при розкритті шийки матки менш, ніж 3 см, відсутності амніоніта, прееклампсії, кровотечі, задовільному стані плода проводять токоліз.

Токолітична терапія призначається на строк 48 годин, необхідних для проведення антенатальної профілактики РДС глюкокортикоїдами, та при необхідності переведення вагітної на вищий рівень надання допомоги.

1. ніфидепін 10 мг сублінгвально кожні 15 хвилин впродовж першої години до припинення схваток, потім призначають 20 мг 3 рази на добу в залежності від маткової активності;
2. бета-миметиками, (гініпрал, рітодрин та їх аналоги);
гініпрал у дозі 10мкг (2 мл) застосовується у вигляді в/в інфузій на 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду зі швидкістю 5-10 крапель за хвилину;
3. **використовувати орально таблетовані токолітики для підтримуючої терапії після успішного лікування передчасних пологів не рекомендується;**
4. науково доведено, що сульфат магнію не тільки не має вираженої токолітичної активності, тобто, не попереджує передчасні пологи, а майже в три рази підвищує постнатальну смертність.

Через 2 години після початку токолізу підтвердити діагноз передчасних пологів констатацією згладжування, чи розкриття шийки матки. **Якщо передчасні пологи прогресують – токоліз відмінюють [A]**. Далі пологи ведуть згідно партограми;

Профілактику респіраторного дистрес синдрому плода проводять з 24 до 34 тижнів:

- при загрозі передчасних пологів в/м введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин на курс 24мг [A], чи бетаметазону по 12мг кожні 24 години, на курс 24мг [A];

Не рекомендується проводити повторні курси профілактики респіраторного дистрес синдрому плода - це підвищує ризик відставання в психомоторному розвитку дитини і посилює проблеми її поведінки.

Не використовувати кортикостероїди за наявності клінічних проявів важкої інфекції.

Проведення інтранатальної антибактеріальної терапії здійснюють у разі наявності ознак інфекції [A].

Призначення клізми та гоління лобка роділлі не проводиться [A].

Спостереження та допомога роділлі під час I періоду пологів:

З метою динамічного та наглядного спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода та з метою своєчасного прийняття обґрунтованого рішення щодо подальшої тактики ведення пологів, визначення обсягу необхідних втручань використовують запис партограми [A]. Ведення партограми не виключає одночасні записи в історії пологів при передчасних пологах.

Спостереження за станом роділлі і плода в I періоді пологів включає наступні рутинні процедури:

Оцінка стану плода:

Серцебиття плода в пологах реєструють шляхом:

- періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора;

або

- за показаннями - шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія)

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії слід дотримуватися наступної методики:

- роділля знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми;
- аускультатія триває щонайменше 60 секунд.

Аускультатія має проводитися кожні 30 хвилин протягом латентної фази та кожні 15 хвилин протягом активної фази першого періоду пологів.

В нормі ЧСС плода становить 110-170 ударів за хвилину.

У разі появи частоти серцевих скорочень плода, що виходить за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультатію після закінчення найбільш інтенсивної фази наступної перейми, дотримуючись вище описаної методики.

Перехід від періодичної аускультатії до електронного фетального моніторингу показаний у наступних випадках:

- ЧСС плода зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки;
- базальна частота серцевих скорочень плода менше 110 чи більше 170 ударів за хвилину;
- під час періодичної аускультатії виявляються будь які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки;
- розпочато пологопідсилення окситоцином;
- вилились навколоплідні води, забарвлені густим меконієм.

Рутинне застосування КТГ всім роділлям не доцільне, через високий відсоток хибнопозитивних результатів та збільшення частоти втручань, в тому числі і оперативних пологів [A].

Якщо відбувся розрив плодового міхура (спонтанний або штучний), звертається увага на колір та кількість навколоплідних вод.

Оцінка загального стану матері:

Вимірювання температури тіла - кожні 4 години; визначення параметрів пульсу - кожні 2 години; артеріального тиску - кожні 2 години; кількість сечі визначають кожні 4 години.

Оцінка прогресування пологів:

З метою оцінки прогресування пологів визначають:

- частоту та тривалість 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 0,8см/год; у активній – 3,5 см/год [A];
- швидкість розкриття шийки матки шляхом внутрішнього акушерського дослідження (проводять кожні 4 години);

- рівень опускання голівки плода при проведенні кожного зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження.

Підтримуючий догляд під час пологів і розродження [A]:

1. Персональна психологічна підтримка вагітної присутністю чоловіка, найближчих родичів чи обраного нею партнера під час пологів та розродження;

2. Взаємне порозуміння та психологічна підтримка роділлі медичним персоналом:

- пояснення необхідності проведення процедур і маніпуляцій, дозвіл на їх проведення; підтримка доброзичливої атмосфери при розродженні, поважне відношення до бажань жінки, забезпечення конфіденційності.

3. Підтримка чистота роділлі та її оточення:

- заохочення самостійно прийняти ванну чи душ жінкою на початку пологів;
- перед кожним піхвовим дослідженням обмивання зовнішніх статевих органів і промежини роділлі теплою водою.

4. Забезпечення рухливості роділлі:

- жінку заохочують до активної поведінки та вільного ходіння під час пологів;
- допомагають жінці вибрати положення для пологів.

5. Підтримують прийом жінкою їжі та рідини за її бажанням. Прийом невеликої кількості поживної рідини відновлює фізичні сили роділлі.

6. Знеболювання пологів за погодженням жінки.

Якщо роділля страждає від болю під час перейм або потуг, її психологічно підтримують та заспокоюють:

- пропонують перемінити положення тіла, заохочують до активних рухів; пропонують партнеру масажувати жінці спину, тримати її руку та протирати обличчя вологою губкою між переймами; пропонують жінці дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих) – у більшості випадків це зменшує відчуття болю.

Вимоги до медикаментозного знеболювання: знеболюючий ефект, відсутність негативного впливу на організм матері та плода, простота та доступність для усіх родопомічних закладів.

Наркотичні анальгетики не використовуються [A].

Спостереження та допомога у II періоді пологів.

Оцінка стану плода

Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультатії кожні 5 хвилин (при необхідності частіше) у ранню фазу другого періоду та після кожної потуги у активну фазу.

Оцінка загального стану роділлі

Вимірювання артеріального тиску, підрахування пульсу – кожні 15 хвилин (при необхідності частіше).

Оцінка прогресування пологів

Оцінюють просування голівки по родовому каналу та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

Здійснюють спостереження за просуванням голівки плода за допомогою зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження.

Внутрішнє акушерське дослідження у другому періоді пологів поводить щогодини, якщо немає показань до більш частого його проведення.

Якщо не відбулося своєчасного вилиття навколоплідних вод, в асептичних умовах проводять амніотомію з дотриманням стандартних застережливих заходів (стерильні латексні рукавички, засоби захисту очей - маска або щиток, вологостійкий халат, обережне використання гострого інструментарію).

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів

При передчасних пологах обов'язкова присутність лікаря педіатра-неонатолога та наявність підготовленого обладнання для надання медичної допомоги новонародженому. Оптимальною для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 28°C

Медичний персонал приймає пологи у чистому халаті (у разі можливості оптимальним є використання одноразового халату з водовідштовхуючого матеріалу), масці, окулярах та стерильних рукавичках.

У другому періоді пологів ведеться спостереження за загальним станом роділлі, гемодинамічними показниками (артеріальний тиск, пульс кожні 10 хвилин), станом плода – контроль серцевої діяльності плода кожні 5 хвилин, просуванням голівки плода по родовому каналу.

Якщо не відбулося своєчасного вилиття навколоплідних вод, в асептичних умовах проводять амніотомію.

Положення жінки для народження дитини

Забезпечується можливість роділлі вибрати положення для народження дитини, яке є зручним для неї.

Рутинне положення на спині („літотомічна” позиція) супроводжується зростанням частоти випадків порушень стану плода та пов'язаних з ними оперативних втручань у порівнянні з вертикальними положеннями (сидячи, стоячи), а також положенням роділлі на боці. [A]

Потужна техніка

Слід надавати перевагу техніці „не керованих фізіологічних потуг”, коли жінка робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання

Рутинну епізіо-перинеотомію та пудендальну анестезію не проводять [A]

Після народження дитини, залежно від її стану, передають неонатологу, або викладають на груди матері

Ведення III періоду пологів

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів - активна та очікувальна

Активне ведення третього періоду пологів

Застосування методики активного ведення третього періоду під час кожних вагінальних пологів дозволяє знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки на 60%, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.

Активне ведення третього періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці під час вагінальних пологів.

Роділлі повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати добровільну письмову згоду на його проведення

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків;
- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Введення утеротоніків:

Протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Якщо в наявності немає окситоцину можна використати – ергометрин – 0,2мг внутрішньом'язово

Не використовують ергометрин жінкам з гіпертензією

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

У разі відсутності утеротоніків не слід використовувати методику активного ведення третього періоду пологів. У цьому випадку слід застосовувати очікувальну тактику ведення третього періоду пологів.

Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину:

- перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці;
- покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона;
- тримати пуповину у стані легкого натягнення та дочекатись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину);
- одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти;
- під час тракції продовжувати проводити другою рукою контртракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона);
- якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжуйте обережно її утримувати у стані легкого натягнення, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку;
- одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію.

Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки над лоном.

Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки

Після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, скручуючи оболонки, повільно підтягують плаценту вниз для закінчення пологів.

У разі обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичках. У разі виявлення оболонок використовують вікончатий затискач для видалення їх залишків.

Уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо ділянка материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, це свідчить про затримку ділянок плаценти та потребує відповідних заходів.

За відсутності народження плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводиться ручне відокремлення і виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі – ручне або інструментальне (в залежності від умов) відділення плаценти та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

Масаж матки

Після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною

В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х годин, щоб бути впевненому в тому, що після масажу матка не розслабляється, а залишається щільною.

Очікувальне ведення третього періоду пологів

Після закінчення пульсації пуповини, акушерка перетискає та перетинає пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відшарування плаценти та кількістю кров'яних виділень.

При появі ознак відшарування плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова) - жінці пропонують «натужитись», що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відшарування плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводять ручне відокремлення та виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі ручне відокремлення плаценти та виділення посліду проводять негайно під адекватним знеболенням.

Огляд пологових шляхів після пологів (за допомогою вагінальних дзеркал) виконують тільки при наявності кровотечі, після оперативних вагінальних пологів, або стрімких пологів, пологів поза лікарняним закладом.

Міхур з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовується

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. и др. Невынашивание беременности, инфекции, врожденный иммунитет.-М.: Геонтар-Медиа, 2007.-176с.
2. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство//Под ред. Проф.В.К. Чайки.—Донецк: ООО«Альматео»,2001, 111с.
3. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с..
4. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/-Медицинское информационное агентство Москва,2010.
5. Добровольська Л.М. Невиношування вагітності: клініка, діагностика, лікування. – Полтава, 2000. – 90 с.
6. Наказ МОЗ України № 582 від 15. 12. 2003. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2003. – 162 с.(невіношування вагітності).
7. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с. (невіношування вагітності).
8. Ліхачов В.К.Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с
9. Сидорова И.С. Течение и ведение беременности по триместрам. -М.: ООО МИА, 2007. - 304 с.
10. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
11. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Тарановська О. О.

07.11.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.