

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 ЛЕКЦІЇ**  
ДЛЯ ЛІКАРІВ - КУРСАНТІВ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО  
УДОСКОНАЛЕННЯ  
«ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Загроза невиношування(діагностика, невідкладна допомога) (код курсу 7.5)</b>
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

### I. Науково-методичне обґрунтування теми

Невиношування вагітності являє собою причину високої перинатальної захворюваності (з наступною інвалідизацією дитини) і смертності. 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 абортів в терміні 4-5 тижнів.

### II. Навчальні цілі лекції

*Донести наступні знання:*

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. Класифікацію самовільного аборту.
6. Клінічну, діагностику, лікування різних форм самовільного аборту.
7. Лікарську тактику при різних формах самовільного аборту.
8. Визначення терміну "звичайний аборт".
9. Методи обстеження жінок зі звичайним невиношуванням вагітності.
10. Тактику ведення вагітності у жінок із звичайним абортів.
11. Методи профілактики невиношування

### III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінок та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування жінок

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Фізіологія	Характеристика особливостей порушень менструального циклу. Перебіг фізіологічної вагітності	Визначати термін вагітності
2. Анатомія	Анатомія і фізіологія жіночих статевих органів	
<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Механізми розвитку синдрому дихальних розладів.	Давати оцінку динаміці розвитку СДР синдрому новонародженого

### У. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<p><b>Підготовчий етап</b></p> <p>Визначення актуальності теми</p> <p>Визначення навчальних цілей лекції</p> <p>Забезпечення позитивної мотивації</p> <p>Вихідний рівень знань</p>	<p>Навчально-методичне обґрунтування теми.</p> <p>Навчальні цілі лекції.</p> <p>Навчально-методичне обґрунтування теми.</p> <p>1.Регуляція функцій репродуктивної системи.</p> <p>2. Запліднення.</p> <p>3.Анатомія і фізіологія жіночих статевих органів</p>	5 хв.
2.	<p><b>Основний етап</b></p> <p>Викладення лекційного матеріалу за планом:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1. Визначення термінів "невиношування вагітності", "самовільний аборт".</li> <li>2. Причини, що обумовлюють невиношування вагітності.</li> <li>3. Фактори ризику самовільного аборту.</li> <li>4. Патогенез невиношування вагітності при різних формах.</li> <li>5. Класифікацію самовільного аборту.</li> <li>6. Клінічнику, діагностику, лікування різних формах самовільного аборту.</li> <li>7. Лікарську тактику при різних формах самовільного аборту.</li> <li>8. Визначення терміну "звичний аборт".</li> <li>9. Методи обстеження жінок зі звичним невиношуванням вагітності.</li> <li>10. Тактику ведення вагітності у жінок із звичним абортom.</li> <li>11. Методи профілактики невиношування</li> </ol>	<p>Тематична клінічна лекція з елементами проблемності.</p> <p>Мультимедійний супровід.</p>	75 хв.
1. 2. 3.	<p><b>Заключний етап</b></p> <p>1. Резюме лекції, загальні висновки</p> <p>2. Відповіді на можливі запитання</p> <p>3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.</p>	<p>Перелік навчальної літератури</p> <p><b>ЗАПИТАННЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сучасні ендоскопічні діагностично-лікувальні методи в гінекології</li> <li>2. Ефективність цих методів</li> </ol>	10 хв.

### Зміст лекційного матеріалу

**Актуальність теми:** невиношування вагітності являє собою причину високої перинатальної захворюваності (з наступною інвалідізацією дитини) і смертності. 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 абортів в терміні 4-5 тижнів.

#### **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).

#### **Класифікація**

##### **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 ходу;
- 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 абортів.**

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

**Загрозливі стани для її життя: геморагічний шок** (спричинений матковою або внутрішньочеревною кровотечею), **сепсис**.

#### **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 піхвово дослідження**

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

**УЗД:** загальні ознаки:

1. Наявність локального потовщення міометрію у вигляді валіка, 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.**

**Тактика ведення загрозового 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.

**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 Седативна терапія</i>	Немає доказів ефективного та безпечного застосування з метою попередження переривання вагітності.
<p><b>Препарати прогестерону</b> Для лікування загрозового аборт використовуються:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- масляний розчин прогестерону (внутрішньомязово)</li> <li>- мікронізований прогестерон (вагінально або перорально ),</li> <li>- синтетичні похідні прогестерону (перорально).</li> </ul> <p>Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально)</p> <p><b>Їх не можна призначати одночасно</b> Не доведено переваги будь якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону. Дози прогестерону, які б відповідали критеріям ефективності та безпечності, невідомі.</p>	<p>Показання для застосування прогестерону:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень)</li> <li>2. Доведена до вагітності недостатність лютеїнової фази</li> <li>3. Виліковане безпліддя</li> <li>4. Вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій</li> </ol> <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><b>У будь якому разі не слід перевищувати дози, встановлені виробником.</b></p>

**Аборт в ходу**

**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'янисті 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 абортів в ході.**

##### **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'янисті 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'янисті 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.**

### **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%,  $P < 0.001$ ).

### **Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують:**

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

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'яністі 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'яністі 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.

#### **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'яністі 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.
- **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 аборт, що не відбувся

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 (мізопропол) або утеротонічних засобів (окситоцин).

## **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.
- Ультразвукове дослідження репродуктивних органів з метою виявлення вроджених або набутих порушень, які можуть перешкоджати розвитку вагітності. Двовірне ультразвукове дослідження з/або без гістеросальпінгографії, проведене кваліфікованим спеціалістом, є достатнім для виявлення 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 аборту 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 .

### **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.

**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);
  - гидрогестерон (перорально).
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.

**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.

#### «ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ»

**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.

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.

#### **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.
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.
- поступове опускання передлеглої частини плода.
  - 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 схвatok, 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**. 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, чи бетаметазону по 12мг кожні 24 години, на курс 24мг;

Не використовувати кортикостероїди за наявності клінічних проявів важкої інфекції.

**Проведення інтранатальної антибактеріальної терапії здійснюють у разі наявності ознак інфекції.**

**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 ;
- швидкість розкриття шийки матки шляхом внутрішнього акушерського дослідження (проводять кожні 4 години);
- рівень опускання голівки плода при проведенні кожного зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження.

## **VII. Матеріали активізації курсантів під час викладання лекції**

### **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 абортів?
7. Яка тактика ведення загрозливого абортів ?
8. Які методи лікування загрозливого абортів?
9. Які методи моніторингу ефективності лікування загрозливого абортів?
10. Які клініка і діагностика абортів в ході?
11. Яка тактика ведення абортів в ході?
12. Які клініка і діагностика неповного абортів?
13. Яка тактика ведення неповного абортів?
14. Які клініка, діагностика і тактика ведення повного абортів?
15. Які клініка, діагностика і тактика ведення абортів, що не відбулися?
16. Які методи реабілітації репродуктивної функції після мимовільного абортів?
17. Яке визначення поняття «звичайний 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 невиношування вагітності.

### **Завдання для самостійної роботи по темі лекції**

1. Зібрати і оцінити анамнез вагітної для визначення факторів ризику розвитку невиношування вагітності.
2. Оцінити результати лабораторних досліджень при невиношуванні вагітності.
3. Оцінити результати УЗД при невиношуванні вагітності.
4. Провести оцінку функціонального стану плода.
5. Визначити тактику ведення вагітності при невиношуванні вагітності.
6. Визначити термін і тактику розродження при невиношуванні вагітності.

**7. Визначити терміни проведення профілактики невиношування вагітності.**

**Тестові завдання**

1. Відбулися пологи живим плодом чоловічої статі, масою 3400 г, довжиною 52 см. Жінка під диспансерним наглядом не була. При огляді дитини виявлено: сироподібна змазка відсутня, шкіра суха, мацерована, на ступнях та долонях – поморщена, колір шкіри зеленуватий, кістки черепа щільні, шви та тім'ячка звужені, плацента з множинними кальцинатами. Який патологічний стан відмічається у даної дитини?

- A\*** Переношений плід.
- B** Асфіксія новонародженого.
- C** Вроджена вада розвитку
- D** Гемолітична хвороба новонародженого.
- E** Внутрішньоутробне інфікування плоду.

2. У відділення патології вагітності поступила жінка 26 років. Вагітність перша. За останньою менструацією дата пологів була 15 днів тому. Відмічає зниження маси тіла до 1,5 кг протягом останнього тижня. При внутрішньому акушерському дослідженні виявлено: шийка матки відхилена дозад, довжина її збережена, щільна, зовнішнє вічко закрито. Через склепіння пальпуються щільні кістки черепа плоду. При проведенні УЗД виявлено маловоддя, хоріальна пластинка зазубрена, плацента потоншена, з множинними кальцинатами. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A\*** Переношена вагітність.
- B** Фетоплацентарна недостатність.
- C** Внутрішньоутробна гіпоксія плода.
- D** Внутрішньоутробне інфікування плоду.
- E** Гемолітична хвороба.

3. В гінекологічне відділення поступила вагітна зі скаргами на біль низом черева, незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів протягом 3 годин. Остання менструація 3 місяці тому. При вагінальному дослідженні виявлено: тіло матки відповідає 10 тижням вагітності, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця, виділення кров'яністі незначні. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A** Міхуровий занесок.
- B** Викидень, що не відбувся.
- C** Аборт в ході.
- D\*** Загрозливий аборт.
- E** Неповний викидень.

4. В гінекологічне відділення поступила вагітна зі скаргами на біль низом черева та в попереку. Термін вагітності – 16 тижнів. З анамнезу з'ясовано, що попередня вагітність закінчилась пізнім самовільним викиднем в 21 тиж. вагітності. За даними УЗД має місце фрагментарне потовщення міометрію, діаметр внутрішнього вічка 15 мм. Яка подальша тактика ведення вагітності?

- A\*** Накладання циркулярного шва на шийку матки.
- B** Магnezіальна терапія.
- C** Гормональна терапія.
- D** Спazмолітична терапія.
- E** Симптоматична, седативна терапія

5. У гінекологічне відділення каретою швидкої допомоги доставлена повторновагітна К. в терміні вагітності 8 тиж., 22р., зі скаргами на сильний

переймоподібний біль низом черева та кров'янисті виділення із статевих шляхів, що з'явилися протягом 2 годин. З анамнезу: І-ша вагітність закінчилася мимовільним викиднем в 5-6 тиж., болі низом черева турбують кілька днів. Дані гінекологічного обстеження: шийка матки по центру, вкорочена до 1 см., зовнішнє вічко дещо відкрите, виділення кров'янисті значні. Попередній діагноз?

**A** Викидень, що розпочався

**B** Загрозливий викидень.

**C** \*Викидень в ходу.

**D** Повний викидень

**E** Викидень, що не відбувся.

### **Ситуаційні задачі :**

1. В акушерський стаціонар поступила вагітна з терміном 33-34 тижнів зі скаргами на переймоподібний біль впродовж 10 годин, відходження навколоплідних вод 12 годин тому. З метою вибору подальшої тактики, вагітній проведено огляд в дзеркалах, КТГ. Вагінально: ш/матки довжиною до 1,5см пропускає 2 п/ц, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, плідний міхур не палькується. Поставте діагноз та складіть подальшу тактику ведення вагітності та пологів.
2. У гінекологічне відділення госпіталізована вагітна 24 років у терміні 18-19 тижнів у зв'язку з діагностованою під час ультразвукового дослідження істміко-цервікальною недостатністю. При огляді встановлено: шийка матки вкорочена до 0,5см, епітелій її без патологічних змін. Церві кальний канал пропускає палець. Плодовий міхур цілий. Матка збільшена до 18-19тижнів вагітності, у нормотонусі. Діагноз? Яка подальша тактика лікаря?

### **Відповіді на задачі:**

1. Вагітність 1 33-34 тижні, головне передлеження, загроза передчасних пологів. Передчасний розрив плодових оболонок. Тактика лікаря: проведення токолізу на час профілактики СДР плода, антибактеріальна терапія, контроль загального аналізу крові, мазка на флору один раз в три дні, посів із піхви, цервікального каналу та сечі. Контроль за станом плода. В разі розвитку пологової діяльності, пологи вести через природні пологові шляхи.
2. Вагітність 1 24 тижні істміко-цервікальна недостатність. Тактика-накладання шва на шийку маики.

## **VIII. Матеріали для самопідготовки**

### **A. По темі викладеної лекції «Медико-соціальні заходи профілактики невиношування вагітності»**

1. Лихачев В.К. Практическое акушерство и неотложные состояния. Москва, 2010г.
2. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. и др. Невынашивание беременности, инфекции, врожденный иммунитет.-М.: Геонтар-Медиа, 2007.-176с.
3. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство//Под ред. Проф.В.К. Чайки.—Донецк: ООО«Альматео»,2001, 111с.
4. Добровольська Л.М. Невиношування вагітності: клініка, діагностика, лікування. – Полтава, 2000. – 90 с.
5. Лихачев В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2007. – 664 с.
6. Наказ МОЗ України № 582 від 15. 12. 2003. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2003. – 162 с.
7. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с.
8. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.

9. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
10. Жук С.И., Чечуга С.Б., Лобастова Т.В. Современные аспекты патогенеза , диагностики и лечения антифосфолипидного синдрома и других тромбофилических состояний при беременности // Здоровье женщины. – 2006. - №2. – С. 57-61.
11. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.

**Б. По темі наступної лекції «Прееклампсія та еклампсія (діагностика, невідкладна допомога)».**

**Питання**

1. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «пре еклампсія», HELLP-синдром?
2. Яка класифікація прееклампсії?
3. Як основні теорії етіології, патогенезу прееклампсії?
4. Які фактори ризику щодо виникнення прееклампсії?
5. Яка клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості?
6. Які методи оцінки ступеня тяжкості прееклампсії?
7. Яка тактика лікаря і методи лікування прееклампсії?
8. Яка тактика лікаря і методи лікування прееклампсії в післяпологовому періоді?
9. Яка клініка і діагностика прееклампсії?
10. Яка акушерська тактика і лікування прееклампсії?
11. Яке спостереження за породіллями, що перенесли прееклампсію/еклампсію після виписування із стаціонару?

**Рекомендована література по темі наступної лекції**

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
2. Венцовский Б.М. Поздний гестоз. - К., 2002. - 768 с.
3. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
4. Мазорчук Б.Ф. Акушерство і гінекологія: в 2-х т.: підручник для сімейних лікарів. - К.: Просвіта, 2005. - 448 с.
6. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
7. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.04 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гіпертензивні розлади під час вагітності).
8. Абрамченко В.В. Фармакотерапия гестоза.-СПб:СпецЛит, 2005.-477с.
9. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с..
10. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
11. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2002. – 464 с.
12. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 430 с.