



Зміст

Анатомія жіночих статевих органів.....	6
Будова жіночого таза.....	10
Фізіологія вагітності.....	14
Методи обстеження вагітних.....	25
Фізіологія I та II періодів пологів.....	32
I-ий період пологів.....	35
II-ий період пологів.....	39
III (послідовий) період пологів.....	43
Знеболення пологів.....	46
Фізіологія післяпологового періоду.....	49
Аномалії плідного яйця.....	53
Аномалії пуповини.....	53
Аномалії плаценти.....	54
Трофобластичні захворювання.....	54
Аномалії розвитку амніону.....	59
Багатоводдя.....	59
Маловоддя.....	61
Багатоплідна вагітність.....	63
Методи дослідження стану плода.....	72
Неінвазивні методи діагностики стану плода.....	72
Аускультация тонів серця плода.....	72
Гравідограма.....	73
Оцінка рухової активності плода.....	73
Ультразвукова фетометрія.....	73
Кардіотокографія (КТГ).....	74
Біофізичний профіль плода.....	78
Доплерометрія швидкості кровотоку в артерії пуповини.....	80
STV-тест.....	82
Пренатальний скринінг.....	82
Інвазивні методи діагностики стану плода.....	85
Біопсія ворсин хоріона / плацентоцентез.....	86
Амніоцентез.....	86
Кордоцентез.....	87
Плацентарна дисфункція.....	88
Затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР).....	91
Дистрес плода під час вагітності.....	98
Дистрес плода під час пологів.....	99
Асфіксія новонародженого.....	101
Серцево-легенева реанімація у новонароджених.....	103
Ізоантигенна несумісність крові матері та плода.....	106
Анатомічно вузький таз.....	113
Клінічний вузький таз.....	119
Аномалії передлежання плода.....	122
Розгинальні передлежання голівки плода.....	122
Поперечне положення плода.....	128
Тазове передлежання плода.....	130
Аномалії пологової діяльності.....	139
Первинна слабкість пологової діяльності.....	141



Вторинна слабкість пологової діяльності.....	142
Надмірно сильна пологова діяльність.....	143
Дискоординована пологова діяльність.....	143
Дистоція плечиків.....	144
Невиношування вагітності.....	148
Спонтанний викидень.....	148
Загроза переривання вагітності.....	150
Викидень, що розпочався.....	152
Викидень в ходу.....	152
Неповний викидень.....	153
Повний викидень.....	156
Завмерла вагітність.....	156
Інфікований викидень.....	157
Діагностика викиднів.....	158
Звичне невиношування вагітності.....	158
Передчасні пологи.....	160
Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН).....	164
Переношена вагітність.....	167
Ранні гестози.....	172
Блювання вагітних.....	173
Слинотеча у вагітних.....	175
Дерматози вагітних.....	178
Внутрішньопечінковий холестаз вагітних.....	179
Пізні гестози.....	181
Прееклампсія, еклампсія.....	181
HELLP-синдром.....	189
Жировий гепатоз вагітних.....	190
Екстрагенітальна патологія.....	192
Вагітність при захворюваннях серцево-судинної системи.....	192
Артеріальна гіпертензія та вагітність.....	198
Анемія у вагітних.....	203
Захворювання сечовидільної системи та вагітність.....	210
Захворювання органів дихання та вагітність.....	215
Туберкульоз і вагітність.....	217
Захворювання шлунково-кишкового тракту та вагітність.....	220
TORCH-інфекції у вагітних.....	222
Токсоплазмоз.....	222
Цитомегаловірусна інфекція.....	224
Сифілітична інфекція.....	227
Герпесвірусна інфекція.....	230
Краснуха.....	232
Вірусний гепатит В.....	234
ВІЛ-інфекція.....	237
Цукровий діабет та вагітність.....	240
Захворювання щитоподібної залози та вагітність.....	246
Акушерські кровотечі.....	250
Допологова кровотеча.....	250
Передлежання плаценти.....	251
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.....	253



Кровотеча у послідовому (ІІІ) періоді пологів.....	256
Післяпологова кровотеча (ППК)	258
Тактика ведення ранньої ППК.....	260
Тактика ведення пізньої ППК.....	264
Геморагічний шок.....	270
ДВЗ-синдром.....	277
Пологовий травматизм.....	279
Розрив матки.....	279
Розриви промежини.....	284
Розриви шийки матки та піхви.....	285
Оперативне акушерство.....	286
Кесарів розтин.....	286
Накладання акушерських щипців.....	289
Вакуум-екстракція.....	290
Амніотомія.....	292
Розтини промежини.....	292
Плодорушніва операція.....	293
Післяпологові септичні стани.....	294
Ранова інфекція.....	295
Ендометрит.....	296
Сальпінгоофорит.....	299
Пельвіоперитоніт.....	300
Параметрит.....	300
Тромбофлебіт.....	302
Акушерський перитоніт.....	304
Сепсис та септичний шок.....	307
Мастит.....	312
Додатки.....	318
Джерела.....	341



БУДОВА ЖІНОЧОГО ТАЗА

Таз утворений 2 тазовими кістками, крижем та куприком. Тазова кістка складається із клубової, сідничної та лобкової кісток.

Великий таз обмежений крилами клубових кісток, ззаду – хребтом.

Малий таз: спереду - гілками лобкових кісток і симфізом, з боків - частинами кісток, що складають кульшову западину, тілами та горбами сідничних кісток, ззаду - крижовою кісткою та куприком.

Межа між великим і малим тазом:

- спереду – верхні краї лобкових кісток і симфізу;
- по боках – безіменні лінії;
- ззаду – крижовий мис.

4 площини малого таза:

- площина входу в малий таз;
- площина широкої частини таза;
- площина вузької частини таза;
- площина виходу з таза.

Площина входу в малий таз обмежена:

- ззаду - мис крижової кістки;
- з боків - пограничні лінії клубових кісток;
- спереду - верхній край лобкової кістки та симфізу.

4 розміри:

• **істинна кон'югата (*conjugata vera*)** - 11 см - від мису крижової кістки до найбільш виступаючої точки верхньо-внутрішнього краю симфізу;

• **анатомічна кон'югата (*conjugata anatomica*)** - на 0,3-0,5 см більша від істинної - від мису крижової кістки до верхнього краю симфізу;

• **поперечний розмір** - відстань між найвіддаленішими точками дугоподібних ліній клубових кісток = 13-13,5 см;

• **косий розмір** - 12-12,5 см – лівий - від лівого крижово-клубового суглоба до *eminentia ileopectinea*, правий – від правого крижово-клубового суглоба до лівого клубово-лобкового горба.

Площина широкої частини порожнини малого таза обмежена:

- ззаду - з'єднання S_{II} і S_{III} хребців;
- з боків - середина кульшових западин;
- спереду - середина внутрішньої поверхні симфізу.

2 розміри:

- **прямий розмір** - від проекції з'єднання S_{II} і S_{III} хребців до середини внутрішньої поверхні симфізу = 12,5 см;

- **поперечний розмір** - між серединами кульшових западин = 12,5 см.

Площина вузької частини малого таза обмежена:

- спереду - нижній край симфізу;



МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ

Діагностика вагітності в ранні терміни:

- ХГЛ в сечі або крові (із 7-8 дня після запліднення);
- УЗД (з 6-7 тижня);
- бімануальне дослідження.

Діагностика вагітності в пізні терміни:

- визначення терміну вагітності й дати пологів;
- гравідограма (висота стояння дна матки відповідно до терміну вагітності);
- зовнішнє акушерське дослідження (прийоми Леопольда);
- вислуховування серцебиття (з 20 тижня);
- ультразвукова фетометрія, кардіотокографія, доплерометрія кровотоку в пупковій артерії.

Визначення терміну вагітності

Ембріональний (гестаційний) термін – термін від моменту запліднення яйцеклітини до сьогоднішнього дня.

Акушерський термін = гестаційний термін + 14 днів (2 тижні).

Тривалість акушерського терміну: 38-42 тижні (сер. 40 тижнів – 280 днів).

• за датою останньої менструації:

Термін вагітності визначається: {кількість днів від 1-го дня останньої менструації до теперішнього часу} ділимо на 7.

Приклад:

Тривалість циклу в жінки 28 днів.

11.05 – 1-ий день останньої менструації.

На 22.06 – 42 дні.

42 дні : 7 = 6 тижнів (акушерський термін 6 тижнів, гестаційний – 4).

NB! Рахуємо термін вагітності з 1-го дня останньої менструації!

Якщо цикл триває 28 днів → овуляція на 14-ий день, якщо 30-34 дні → овуляція може відбутись на 17-21 день.

Затримка місячних 1 день – це 4 тижні вагітності (акушерський термін).

Затримка місячних 1 тиждень – це 5 тижнів вагітності.

Затримка місячних 2 тижні – це 6 тижнів вагітності і т.д.

Приклад:

Тривалість циклу в жінки 28 днів.

13.09 – 1-ий день останньої менструації.

25.09 – був статевий акт.

27.09 – день овуляції (імовірно день зачаття).

09.10 – мала би початись менструація.

На 16.10 – скарги на затримку місячних 7 днів – гестаційний термін 2 тижні (акушерський 4 тижні).

• за датою запліднення:

- ймовірна дата запліднення + 2 тижні і вираховуємо на момент звернення;

- при ЕКЗ: від дня ембріотрансферу віднімаємо 5 днів і отримуємо дату овуляції, від неї віднімаємо 14 днів і отримуємо 1-й день останньої менструації, від якої і починаємо вираховувати акушерський термін;



БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ

Біомеханізм пологів - сукупність поступальних, обертальних, згинальних, розгинальних рухів, що здійснюються плодом при проходженні через пологові шляхи.

Ведуча точка – це найнижча точка на передлеглій частині плода, яка входить в малий таз, проходить по провідній осі таза і першою з'являється зі статевої щілини.

Точка фіксації – це місце на голівці або тулубі, якою передлегла частина плода впирається в нижній край симфіза, крижі або верхівку куприка, щоб зігнутися або розігнутися.

Момент біомеханізму пологів – це основний рух, який виконується у цей момент передлеглою частиною при проходженні через пологові шляхи.

Передлежання голівки – голівка не зафіксована, стоїть над входом в малий таз.

Вставлення голівки – голівка фіксована до площини входу в малий таз.

Фізіологічний біомеханізм пологів при: головні згинальні вставлення у передньому та задньому видах.

Патологічний біомеханізм пологів при: розгинальні передлежання (передньоголове, лобне, лицеве вставлення).

Проміжне положення між фізіологічним та патологічним біомеханізмами – тазове передлежання (сідничне, ножне, колінне).

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ ПЕРЕДНЬОМУ ВИДІ ПОТИЛИЧНОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ

I-ий момент - згинання голівки → голівка плода проходить через таз найменшою окружністю - через *малий косий розмір* (32 см).

Точка фіксації – мале тім'ячко.

II-ий момент - внутрішній поворот голівки.

- відбувається при переході з широкої частини малого таза у вузьку;
- голівка повертається так, що потилиця розташовується під симфізом, обличчя - ближче до крижів;
- стрілоподібний шов переходить з поперечного розміру в косий, а з косого - у прямий розмір виходу таза;
- при I-ій позиції стрілоподібний шов проходить через правий косий розмір, при II-ій – через лівий косий розмір.

III-ий момент - розгинання голівки в площині виходу.

- стрілоподібний шов збігається з прямим розміром виходу таза.

Точка фіксації - між серединою нижнього краю лобкового симфізу і підпотиличною ямкою.

- навколо точки фіксації - розгинання голівки (клінічно: народження лоба, обличчя, підборіддя).



БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ

Багатоплідна вагітність (БВ) – вагітність, при якій в організмі жінки розвиваються одночасно ≥ 2 плодів.

Monozygotic (Identical) or Dizygotic (Fraternal)



Dichorionic–Diamniotic (Separate Placentas)

- 2 separate placentas
- 2 separate amniotic sacs

Monozygotic (Identical)



Monochorionic–Diamniotic

- 1 shared placenta
- 2 separate amniotic sacs



Dichorionic–Diamniotic (Fused Placentas)

- 2 separate placentas
- 2 separate amniotic sacs



Monochorionic–Monoamniotic

- 1 shared placenta
- 1 shared amniotic sac

Однояйцеві близнюки (монозиготні, ідентичні, monozygotic, identical twins) розвиваються з 1 яйцеклітини, мають однакову стать, генотип, групу крові, схожі один на одного. Двоаяйцеві (дизиготні, гетерологічні, dizygotic, fraternal twins) – з різних яйцеклітин, запліднених різними сперматозоїдами.

Дихоріальна двійня (ДХД) – двійня, при якій кожен плід має окрему плаценту (хоріон).

Дихоріальна диамніотична трійня (ДХДАТ) – трійня, при якій один плід має окрему плаценту та амніотичну порожнину, а два інші – спільну.

Дихоріальна триамніотична трійня (ДХТАТ) – трійня, при якій один плід має окрему плаценту, а два інші – одну спільну; кожен із плодів має окрему амніотичну порожнину.

Диамніотична двійня (ДАД) – двійня, при якій кожен з плодів знаходиться в окремій амніотичній порожнині. Дихоріальна двійня завжди диамніотична, монохоріальна двійня може бути диамніотичною (у переважній більшості випадків) або моноамніотичною.

Моноамніотична двійня (МАД) – двійня, при якій відсутня міжамніотична мембрана (перетинка) та обидва плоди знаходяться в одній амніотичній порожнині. Вона буває природною (лише при монохоріальній двійні) та ятрогенною (порушення цілісності міжамніотичної мембрани внаслідок медичних втручань, зокрема, септостомії, фетоскопічних операцій).



МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПЛОДА

Пренатальна діагностика (ПД) – це метод вторинної профілактики вроджених вад розвитку в період вагітності, дає змогу отримати однозначний прогноз відносно здоров'я плода.

Методи пренатальної діагностики:

Неінвазивні:

- аускультация серцебиття плода – з 20 тижня;
- гравідограма (висота стояння дна матки) – з 20 тижня;
- УЗД плода:
 - I – у 11,1-13,6 тижні
 - II – у 18-21 тижні
 - III – у 32-36 тижнів
- ультразвукова доплерометрія, доплерографія;
- кардіотокографія – з 30 тижня;
- біофізичний профіль плода;
- лабораторний пренатальний скринінг.

Інвазивні:

- біопсія ворсин хоріону та плаценти;
- амніоцентез/амніотомія;
- кордоцентез;
- фетоскопія;
- біопсія тканин плода (шкіри, м'язів, печінки, селезінки та ін).

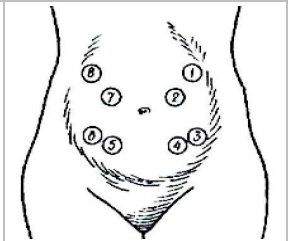
НЕІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ПЛОДА

I. АУСКУЛЬТАЦІЯ ТОНІВ СЕРЦЯ ПЛОДА

- з 20 тижнів вагітності

Норма ЧСС плода 110-170 уд/хв.

- 1 – тазове передлежання, I-ша позиція, задній вид;
- 2 – тазове передлежання, I-ша позиція, передній вид;
- 3 – потиличне передлежання, I-ша позиція, задній вид;
- 4 – потиличне передлежання, I-ша позиція, передній вид;
- 5 – потиличне передлежання, II-га позиція, передній вид;
- 6 – потиличне передлежання, II-га позиція, задній вид;
- 7 – тазове передлежання, II-га позиція, передній вид;
- 8 – тазове передлежання, II-га позиція, задній вид.

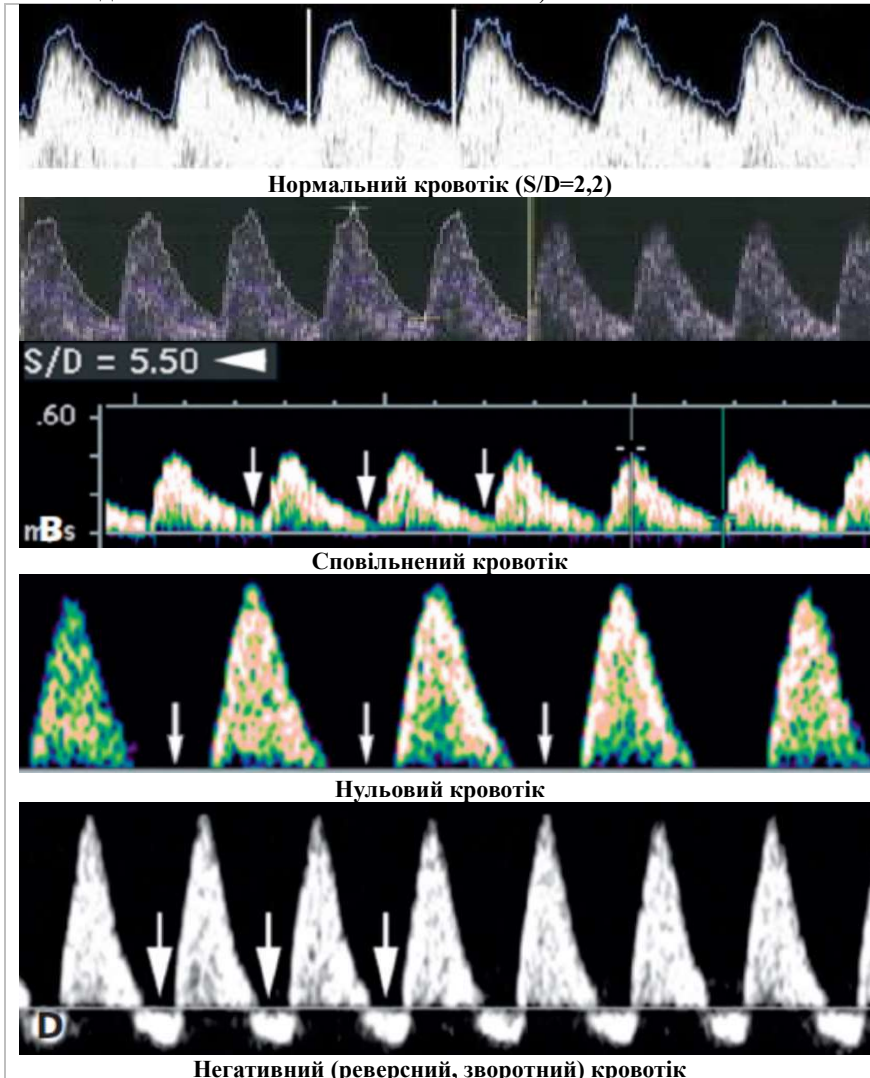


Місця аускультції:

- потиличне передлежання - нижче пупка на стороні, куди повернена спинка. При задньому виді – з боків живота по передній пахвовій лінії;
- лицеве передлежання - нижче пупка зі сторони, де знаходиться грудна клітка плода (при I-й позиції - справа, при II-й - зліва);
- поперечне положення - біля пупка, ближче до голівки плода;
- тазове передлежання - вище пупка, біля голівки плода на стороні, куди повернена спинка.

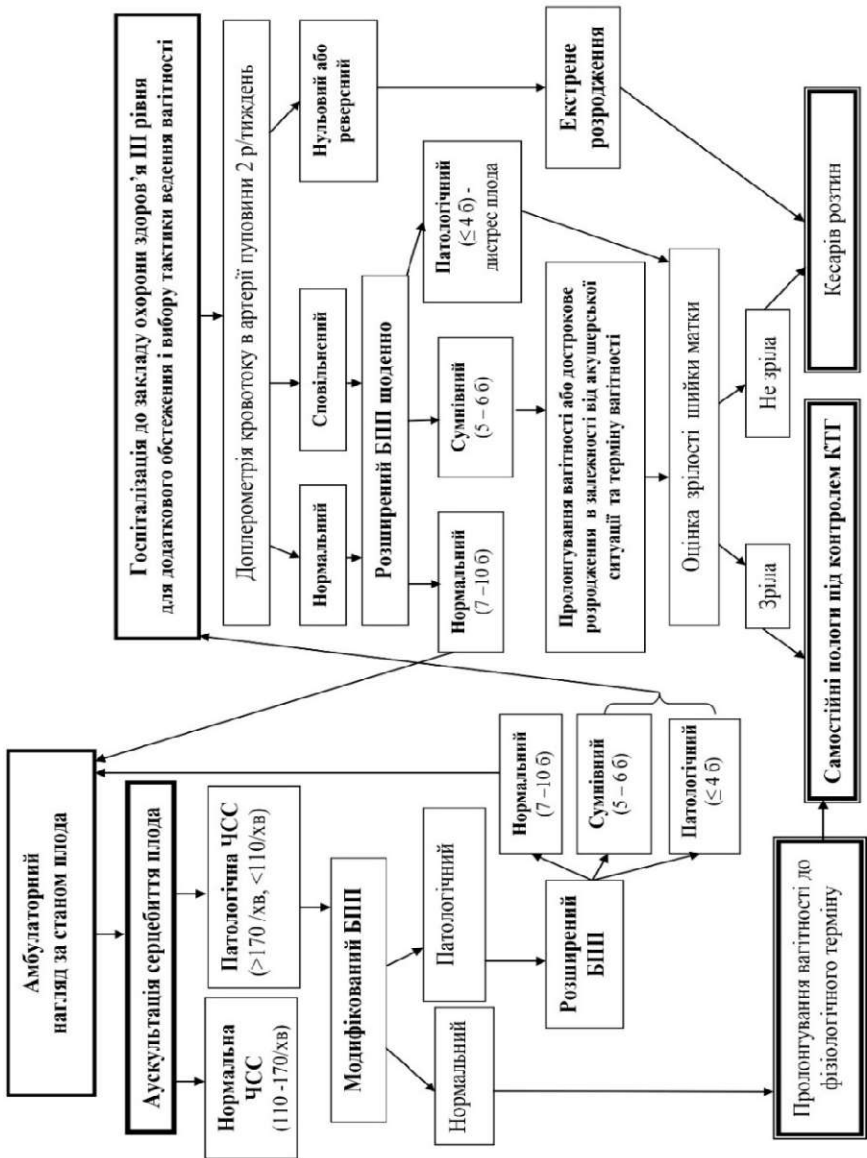


- **нульовий** – кровотік у фазі діастолі припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент);
- **негативний (реверсний, зворотний)** – кровотік у фазі діастолі набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії).



- при головному передлежанні – вакуум-екстракція або акушерські щипці;
- при сідничному передлежанні – екстракція плода за тазовий кінець.

Тактика ведення вагітності з дистресом плода





▫ накласти маску на лице дитини, накриваючи ніс, рот та верхівку підборіддя;



▫ щільно (герметично) зафіксувати маску на обличчі методом двоточкової фіксації: 1-ий і 2-ий пальці однієї руки помірно натискають на маску біля штока, інші пальці тієї ж руки забезпечують підтримку щелепи дитини;

▫ провести вентиляцію мішком Амбу з **частотою 30 разів/хв** (недоношеним - 30% O₂): перші 2-3 вдихи – 20-25 см H₂O, далі – 15-20 см H₂O;

- оцінити стан дитини через 30 с;
- якщо ЧСС 60-100/хв, то продовжуємо вентиляцію;
- якщо ЧСС < 60/хв, то переходимо до кроку С.

КРОК С - підтримка кровообігу, непрямий масаж серця (НМС):

! Показ до НМС – ЧСС < 60/хв після 30 с ефективної вентиляції!

Методи проведення НМС:

1. Метод великих пальців:

- кінчики великих пальців розміщують на нижній 1/3 грудини (над ділянкою ВИЩЕ мечоподібного відростка) перпендикулярно до грудної клітки;

- решта пальців двох рук підтримують спину дитини.



2. Метод двох пальців:

- кінчики 2 пальців однієї руки (2-го і 3-го або 3-го і 4-го) встановлюють перпендикулярно до грудної клітки на нижній 1/3 грудини (над ділянкою ВИЩЕ мечоподібного відростка) уздовж середньої лінії грудини;

- другу руку підкладають під спину дитини, чим забезпечується підтримка спини (валик під плечима піднімає спину над поверхнею стола).



- натискання перпендикулярно до поверхні грудної клітки;
- глибина компресії - 1/3 передньо-заднього розміру грудної клітки (4 см);
- між натискуваннями не відривати пальці від поверхні грудини;
- частота компресії – **90 за хв**;
- співвідношення **компресій до ШВЛ 3:1 (90 компресій : 30 вдихи)**;
- після кожних 3 натискань на грудину роблять паузу для проведення вентиляції, після чого натискання повторюють (у цей момент пальці від поверхні грудної клітки не відривають);



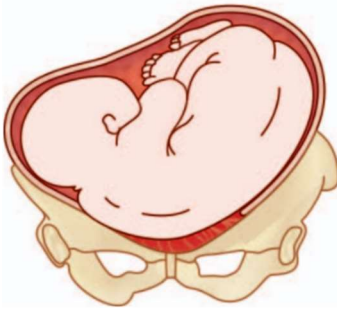
Етіологія

З боку плода: нервово-м'язові порушення, багатоплідність, мало- або багатоводдя.

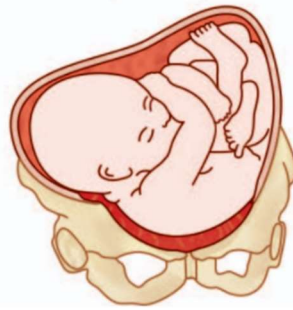
З боку матері: міома матки; сідлоподібна, дворога матка; передлежання плаценти; діастаз прямих м'язів живота.

ПОПЕРЕЧНЕ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА

Dorsoanterior position

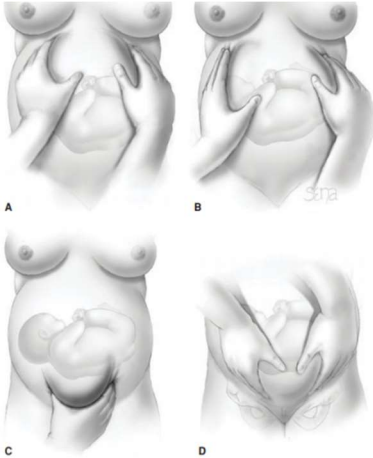


Dorsoposterior position



Діагностика

Зовнішнє акушерське дослідження:



- форма живота: поперечно-овальна або овально-коса;
- низьке стояння дна матки;
- не визначається передлегла частина;
- можна пропальпувати голівку плода праворуч / ліворуч від середньої лінії живота.

Прийоми Леопольда: дно матки - відсутня велика частина плода, бокові відділи - пальпація великих частин плода, передлегла частина не визначається.

Аускультация серцебиття плода: найкраще - в ділянці пупка.

Піхвове дослідження: після вилиття вод

і розкриття шийки на ≥ 4 см можна пропальпувати ребра, м/р проміжки, лопатку, аксілярну западину, іноді лікті чи кисть ручки; при випадінні ручки – великий палець ручки можна легко притиснути до долоні, кутоподібне розташування пальців, не пальпують п'яткову кістку.

УЗД плода: визначення позиції, виду плода, розташування спинки до входу в малий таз; при поперечному / косому положенні плода (багатоплідна



II. Спроба народити.

III. Прийоми II-го ряду: народження задньої ручки, прийом Рубіна, Вудса, Гаскіна, прийом Flip FLOP.

- епізіотомія;
- жінка розташовується на краю ліжка.

Тактика HELPERR

- HELP (покликати на допомогу);
- EPYSIOTOMY (Evaluate for Episiotomy, оцінка необхідності в епізіотомії);
- LEGS (Legs): прийом МакРоберта;
- PRESSURE (тиск): тиск над лобковим симфізом;
- ENTER (Enter, внутрішні прийоми): для переведення плечиків із прямого розміру в косий або поперечний: прийом Рубіна, прийом Вудса, зворотній прийом Вудса;
- ROLL (Roll the Patient, обертати пацієнтку): прийом Гаскіна (колінно-лікткове положення);
- REMOVE (Remove the Arm, вилучення або народження задньої ручки), нижче наведений рисунок.



Прийом МакРоберта: породілля лежить на спині, стегна максимально зігнуті, приведені до живота та трохи розведені, коліна притиснуті до грудей → відхилення лобкового симфізу допереду → випрямлення попереково-крижового кута → збільшення прямого розміру таза → згинання хребта плода в бік переднього плечика → заднє плечико опускається нижче миса → звільнення фіксованого плечика.



Тиск над лобковим симфізом → аддукція (згинання, приведення) переднього плечика.





Рідкі форми ранніх гестозів ДЕРМАТОЗИ ВАГІТНИХ

Класифікація дерматозів вагітних:

- атопічний дерматит вагітних;
- поліморфний дерматоз;
- пемфігоїд;
- внутрішньопечінковий холестаз.

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ ВАГІТНИХ (50% всіх дерматозів у вагітних):

• екзема:

- свербіж та висип на згинальних поверхнях верхніх та нижніх кінцівок, шиї та обличчі, долонях та підшвах;
- частіше виникає у I-II триместрах;
- після пологів зникає.

• пруріго:

- свербіж та папульозний висип на верхніх та нижніх кінцівках, животі;
- може виникнути у всіх триместрах;
- частота 1:300.

• фолікуліт вагітних:

- висип у вигляді вузликів 2-4 мм на плечах, спині, грудній клітці, животі;
- після пологів зникає протягом 1-2 міс;
- частіше виникає у II-III триместрах;
- частота 1:3000;
- можливе використання перексиду бензола при вираженому свербіжі.

ПОЛІМОРФНИЙ ДЕРМАТОЗ ВАГІТНИХ

- свербіж, висип у вигляді папул, бляшок, пухирців на животі (окрім області пупка), грудні залози, верхні кінцівки, стегна;
- частіше виникає у III триместрі у жінок із надлишковою масою тіла/ожирінням, при багатоплідній вагітності, повторних вагітностях;
- може зникнути на останніх тижнях вагітності.

ПЕМФІГОЇД ВАГІТНИХ

- висип у вигляді папул, бляшок і пухирців в ділянці пупка, на шкірі грудної клітки, спини, стегон, верхніх кінцівок; можливе ураження СО;
- у 75% загострення в пологах;
- частіше виникає у II триместрі;
- частота 1:50000;
- асоційований із передчасними пологами та народженням дітей із низькою масою тіла.



АНЕМІЯ У ВАГІТНИХ

Анемія – клініко-гематологічний симптомокомплекс, що характеризується зменшенням кількості еритроцитів та гемоглобіну в одиниці об'єму крові.

Поза вагітністю організм жінки без менструації кожного дня витрачає близько 1 мг заліза, при менструації – 2 мг.

При вагітності:

Обов'язкова витрата заліза – 220 мг

Збільшення кількості еритроцитів – 450 мг

Ріст плода – 270 мг

Формування плаценти та пуповин – 90 мг

Втрата крові у пологах – 200 мг

1230 мг організм витрачає на забезпечення гестації (≈4,4 мг/д)

У 9 разів збільшується потреба в залізі

Класифікація анемії За ступенем тяжкості

Ступінь тяжкості	Рівень Hb, г/л
Легка	110-90
Середня	89-70
Важка	< 70

Деякі виділяють < 40 г/л – дуже важка анемія.

Нормальні показники для Hb, Ht при вагітності

По ВООЗ: Hb <110 г/л – протягом всієї вагітності.

UK guidelines: Hb <110 г/л – в I триместрі, <105 г/л – II і III триместрах, < 100 г/л у післяпологовому періоді.

CDC, 2011:

Триместр	Hb, г/л	Ht, %
I	110	33
II	105	32
III	110	33

Переважає більшість випадків анемії у вагітних – це залізодефіцитна анемія (90%), половина з них має поєднаний залізо- і фолієводефіцитний генез. Решта видів анемії зустрічається у вагітних відносно рідко.

Залізодефіцитна анемія (ЗДА)

Причини

Недостатнє надходження заліза з їжею або підвищена потреба в залізі: дієта, вагітність та лактація, ріст і дозрівання у підлітковому віці, інтенсивні заняття спортом.

Порушення всмоктування заліза: аутоімунний атрофічний гастрит, інфекція H. pylori, гастректомія, резекція кишечника, ахлоргідрія, целиакія, глистні інвазії.

Кровотечі різної етіології: надмірні менструації, маткові кровотечі, міома, ШКК (виразка, пухлини, поліпи, хвороба Крона, геморої, тріщини прямої кишки), гематурія та ін.



Покази для переривання вагітності (до 12 тижнів):

- фіброзно-кавернозний ТБ легень;
- активна форма ТБ хребта, таза;
- активна форма ТБ кульшового, колінного, гомілкового суглобів;
- двобічний ТБ нирок.

При дисемінованому ТБ протипоказане переривання вагітності.

Терміни планової госпіталізації:

- до 12 тижнів для вирішення питання щодо виношування вагітності;
- 26-32 тижні в зв'язку з ↑ навантаженням на серцево-легеневу систему;
- 36-37 тижнів для допологової підготовки.

Протитуберкульозна терапія у вагітних

- терапію розпочати у II-му триместрі вагітності (більшість ПТП може викликати тератогенний ефект у I-му триместрі вагітності);
- не застосовують ін'єкційні препарати (аміноглікозиди, капреоміцин) та етіонамід/протіонамід через тератогенні ефекти;
- контроль функцій печінки кожні 3-4 тижні;
- профілактика нейротоксичних реакцій від ізоніазиду та етамбутолу:

Піридоксин (В₆) 50-100 мг/д одночасно з ізоніазидом, 100-200 мг/д (при розвитку побічних реакцій)

Тіамін (В₁) 1,5-1,9 мг/д

Ціанокобаламін (В₁₂)

- пневмоперітонеум в післяпологовий період (при деструктивному процесі).

Родорозрішення

- пологи через природні пологові шляхи;
- КР за акушерськими показами.

Грудне вигодовування

Усі антимікобактеріальні препарати попадають у материнське молоко в низькій концентрації, яка є невеликою фракцією терапевтичних доз для немовлят. Рекомендується переводити дітей на штучне вигодовування, оскільки тривалий вплив на немовлят навіть малих доз препаратів може викликати небажані ефекти.

У матері активний ТБ (БК+) → ізоляція від новонародженого (дитину слід передати членам родини до моменту конверсії мазка).

Протитуберкульозні препарати I ряду для лікування ВДТБ, рецидивів та хронічного ТБ за чутливості до них МБТ		
Препарат	Добова доза	Можливі токсичні реакції
Ізоніазид (H)	0,3*-0,45 г	гепатотоксичні
Рифампіцин (R)	0,45*-0,6 г	гепатотоксичні
Піразинамід (Z)	1,5*-2 г	гепатотоксичні
Етамбутол (E)	0,8*-1,2 г	-
Стрептоміцин (S)	Протипоказаний протягом всього терміну вагітності	тератогенні



ЗАХВОРЮВАННЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ВАГІТНІСТЬ

Йод і вагітність

Під час вагітності збільшується потреба у I_2 за рахунок $\uparrow$ синтезу гормонів ЩЗ, посилення екскреції із сечею, трансплацентарного перенесення, дейодування тиреоїдних гормонів в плаценті.

До 8-12 тижнів вагітності: потреба в гормонах ЩЗ покривається за рахунок роботи ЩЗ матері (рівень Т4 матері, що надходить до плода через хоріон і плаценту).

10-12 тижнів вагітності: початок синтезу тиреотропних гормонів у плода у незначній кількості, ЩЗ здатна до кумуляції I_2 та до синтезу йодтиронінів. Тому саме в I-ий триместр дуже важливий прийом препаратів йоду вагітною. Фізіологічні зміни роботи ЩЗ: вироблення ХГЛ плацентою $\rightarrow \uparrow$ рівня ХГЛ на 10-12 тижнях вагітності $\rightarrow$ ХГЛ взаємодіє з рецепторами ТТГ $\rightarrow$ стимулювальна дія на ЩЗ $\rightarrow \uparrow$ синтез тиреоїдних гормонів $\rightarrow$ механізм зворотного негативного зв'язку $\rightarrow \downarrow$ рівня ТТГ $\rightarrow$ транзиторий гестаційний тиреотоксикоз $\rightarrow$ ХГЛ нормалізується до 18-20 тижня вагітності $\rightarrow$ нормалізація гормонів ЩЗ. В II-му триместрі $\uparrow$ рівня трироксин-зв'язуючого глобуліну $\rightarrow$ погано фільтрується нирками $\rightarrow \uparrow$ рівнів Т3, Т4 $\rightarrow$ після пологів $\rightarrow$ рівень цих гормонів нормалізується протягом 4-6 тижнів.

Норми ТТГ	
I триместр	0,1-2,5 мМО/мл
II триместр	0,2-3,0 мМО/мл
III триместр	0,3-3,0 мМО/мл

Скринінг функцій ЩЗ до 7-8 тижня вагітності всім жінкам: визначення рівня ТТГ.

Рекомендація по прийому йоду вагітним

Калій йодид 250 мкг щодня протягом всієї вагітності та періоду грудного вигодовування.

ГІПОТИРЕОЗ

Гіпотиреоз - стан, обумовлений тривалою, стійкою нестачею гормонів щитовидної залози (Т3 і Т4).

Зустрічається у 2-5% вагітних.

Часта причина – хронічний лімфоцитарний тиреоїдит (аутоімунний тиреоїдит Хашимото).

Гіпотиреоз – причина безпліддя, тому що гіпотиреоз $\rightarrow$ відсутність овуляції.

Клінічна картина

- втомлюваність, загальна слабкість, порушення пам'яті, $\uparrow$ маси тіла, непереносимість низьких температур, сухість шкіри, шкіра жовтушна, випадіння волосся/брів, хриплий голос, задишка, закрепи, сонливість вдень.



КРОВОТЕЧА У ПОСЛІДОВОМУ (ІІІ) ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ

Причини

- патологія прикріплення плаценти (pl.accreta, increta, percreta);
- патологія виділення плаценти - защемлення плаценти.

ПРИРОЩЕННЯ ПЛАЦЕНТИ

- Pl. accreta (75-78%) – відносно прирощення плаценти – наявні одиничні ворсинки в базальному ендометрію;
- Pl. increta (17-18%) – істинне прирощення плаценти або проникнення ворсинок до середини міометрію;
- Pl. percreta (5-7%) – плацентарні ворсинки перфорують всю стінку матки, може вrostати у суміжні тазові органи, наприклад, сечовий міхур.

Фактори ризику

- кесарів розтин, placenta accreta в анамнезі;
- вишкрібання порожнини матки;
- субмукозна міомектомія, вроджені аномалії матки (дворога матка);
- аденоміоз, ендометрит;
- ЕКЗ.

Клінічні ознаки

- кровотеча після народження дитини або до народження посліду;
 - відсутність ознак відокремлення плаценти протягом 30 хв при АВТПП та очікуваній тактиці ведення ІІІ періоду пологів;
 - невдала спроба ручного відокремлення плаценти під в/в наркозом.
- Але при появі кровотечі в разі АВТПП та відсутності ознак відокремлення плаценти через 15 хв необхідно термінове видалення посліду.

Діагностика

УЗ-ознаки:

- втрата анехогенної ретроплацентарної зони;
- утончення або відсутність гіперехогенної межі між маткою та сечовим міхуром;
- наявність локальних екзофітних мас, що проникають у сечовий міхур;
- патологічні плацентарні лакуни із турбулентним потоком.

Ознаки на кольоровому доплері:

- ↑ васкуляризація межі між маткою та сечовим міхуром;
- дифузний або локальний лакунарний кровообіг;
- судинні озерця з турбулентним потоком;
- звивистість плацентарних судин різного калібру;
- мостоподібні судини (проходять перпендикулярно міометрію за межі серозної оболонки).

3D доплер:

- численні когерентні судини через товщу межі між маткою та сечовим міхуром (базальна площа);



- системний червоний вовчак (СЧВ);
- пневмонія або інфекції дихальних шляхів (особливо грип);
- післяпологова кровотеча;
- прееклампсія;
- інфекції генітального тракту.

Шкала QuickSOFA (Експрес-SOFA)

Показник	Бали
Частота дихання ≥ 22 /хв	1
Систолічний АТ ≤ 100 мм Hg	1
Шкала ком Глазго < 15 балів	1

Результат: 2 з 3 балів у пацієнтів з підозрою на інфекцію свідчить про високий ризик смерті чи тривалого перебування у ВПІТ.

Шкала SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

Показник	0	1	2	3	4
Оксигенація PaO ₂ /FiO ₂ , мм Hg	>400	<400	<300	<200 з респ. підтримкою	<100 з респ. підтримкою
Коагуляція Тр, $\times 10^9$ /мм ³	>150	<150	<100	<50	<20
Білірубін , мкмоль/л	20	20–30	33–101	102–204	>204
Гіпотензія , ступінь інотропної підтримки	cAT >70 mm Hg	cAT <70 mm Hg	Д<5 або добутамін	Д 5–15 або НА <0,1	Д >15 або НА 0,1
ШКГ	15	13-14	10-12	6-9	<6
Креатинін , мг/дл	<1,2 (110)	1,2-1,9	2,0–3,4 (171– 299)	3,5–4,9 (300– 440)	>4,9 (440)
Діурез				<500 мл/добу	<200 мл/добу

НА – норадреналін, Д – допамін, ШКГ – шкала ком Глазго.

PaO₂/FiO₂ (індекс оксигенації) → показник оцінки функції обміну O₂ в легенях: відношення парціального тиску O₂ в артеріальній крові до фракції кисню на вдиху).

Норма PaO₂/FiO₂ – 500.

Критерії септичного шоку:

- стійка гіпотензія, що вимагає застосування вазопресорів для підтримки серАТ ≥ 65 мм Hg;
- лактат сироватки > 2 ммоль/л (> 18 мг/дл), незважаючи на адекватну інфузійну терапію.

Критерії SIRS [Sepsis-3, 2016]

SIRS визначається при наявності ≥ 2 критеріїв:

- температура $> 38,3$ °C або < 36 °C;
- тахікардія > 90 /хв;



Додаток 6
ПРОТОКОЛ

ультразвукового обстеження вагітних
I УЗ-обстеження (11тиж+1 день - 13 тиж+6 днів)

Дата " ____ " _____ 200_ р. Інд. карта

ПІБ _____

Дата народження _____ Дата обстеження _____ 1-й день о/м _____

Метод сканування: трансабдомінальне / трансвагінальне

Розміри матки: довжина _____ ширина _____ передньо-задній _____

Контури матки рівні, чіткі (нерівні, бугристі).

Має серединне положення (зміщена праворуч, ліворуч).

Структура міометрію не змінена (змінена). Тонус міометрію не підвищений (підвищений по передній, задній стінці, локальний гіпертонус _____).

Патологічні ехо-включення _____

Об'ємні утворення: _____ Перетинка у матці _____

У порожнині матки візуалізується одне (два, три) плідне яйце правильної форми (_____).

Діаметр плідного яйця _____ мм Кількість ембріонів: _____

Ділянки відшарування плідного яйця не визначаються (визначаються у області _____).

БІОМЕТРИЯ ПЛЮДА

Куприко-тім'яний розмір (КТР) _____ мм

Біпаріетальний розмір (БПР) _____ мм

Кістки черепа візуалізуються (не візуалізуються)

Окружність живота _____ мм

Середній діаметр живота _____ мм

Довжина стегна _____ мм

Інші: _____

Комірцевий простір _____ мм

Наявність носової кістки _____ мм (візуалізуються, не візуалізуються)

Інші ехо-маркери хромосомних синдромів (лицевий кут, трикуспідальна регургітація, кровотік у венозній протоці _____)

Серце _____ Серцебиття (с / ні) ЧСС _____ уд/хв.

Передня черевна стінка _____ (цілісність, наявність киля)

Рухова активність плода (нормальна, знижена, відсутня) _____

Локалізація хоріону: _____, товщина _____ мм, структура _____

Шийка матки: _____ мм; цервікальний канал _____ мм, діаметр внутрішнього вічка: _____ мм

Стан придатків матки _____

Особливості _____

Висновок УЗД: _____

Підпис лікаря _____ П.І.Б.