



Патологічний перебіг вагітності та пологів

**Полтавський державний медичний університет
Кафедра акушерства і гінекології №2
к.м.н., доцент Тарановська О.О**



План лекції

- Ранній гестоз
- Переношена вагітність
- Багатоводдя / маловоддя
- Rh-ізоімунізація
- Затримка внутрішньоутробного розвитку плода
- Дистрес плода
- Багатоплідна вагітність
- Невиношування вагітності
- Гіпертензивні розлади
- Звичне невиношування
- Тазове передлежання
- Аномалії родової діяльності
- Клінічно вузький таз
- Акушерські кровотечі



РАННІ ГЕСТОЗИ

"малі" ускладнення вагітності, або
"неприємні симптоми при вагітності"

наслідок порушень нейро-вегетативно-
імунно-ендокринно-обмінної регуляції, в
якій ведучу роль відіграє
функціональний стан ЦНС (переважання
процесів збудження в стовбурі мозку)

- Ранні гестози, що часто зустрічаються - блювота вагітних і птіалізм.
 - легка (до 5 разів на добу),
 - помірна(від 5 до 10 разів)
 - надмірна або тяжка (hyperemesis gravidarum) з порушенням обміну речовин (більше 10 разів на добу).
- Ранні гестози, що рідко зустрічаються - дерматози вагітних, холестатичний гепатоз вагітних, гострий жировий гепатоз вагітних, хорея вагітних, остеомалія при вагітності.



ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ У ВАГІТНИХ

- **Хронічна гіпертензія**
- **Гестаційна гіпертензія**
- **Прееклампсія/еклампсія**

- ▶ легка
- ▶ середньої тяжкості
- ▶ тяжка
- ▶ еклампсія

HELLPP-синдром

(Hemolysis-мікроангіопатична гемолітична анемія,

Elevation of **L**iver enzymes - підвищена концентрація ферментів печінки в плазмі крові,

Low **P**latelet count - зниження рівня тромбоцитів).

- **Поєднана прееклампсія**
- **Гіпертензія неуточнена**

симптомокомплексом поліорганної та полісистемної недостатності, що виникає під час вагітності і є проявом неспроможності адаптаційних механізмів материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, що розвивається.

Від 10 до 15%.



НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ (НВ)

20-25% !!!!!

- **Самовільний викидень**

15%

до 22 тиж.(↓500г)

- ранній

до 11нед.+6дн.

- пізній

12нед. - 21нед.+6дн.

- **Передчасні пологи**

22нед - 36 нед.+6 дн.

9-10%- 5%



Звичне невинношування

*спонтанне переривання вагітності
2 і більше разів (у країнах СНД);
за класифікацією ВООЗ – більше 3 разів*

- I вагітність переривається у 12,3%,
- II – у 22%.
- після самовільного абортa - в 32%.



*Невиношування вагітності в
І триместрі складає **85%***

*у 80% з цих 85%
спочатку відбувається
загибель ембріона*

*Особливою клінічною формою
невиношування є вагітність,
що не розвивається –
викидень, що не відбувся.*



Лікування загрозового аборта

наказ МОЗ № 624

- У терміні ↑ 8 тиж. при відсутності ознак неблагоприємного прогноза:
 - *Ліжковий режим, утримання від статевого життя*
 - *Спазмолітики*
 - *Седативна терапія*
 - *Препарати прогестерона*



ПЕРЕНОШЕНА ВАГІТНІСТЬ

від 4% до 14%

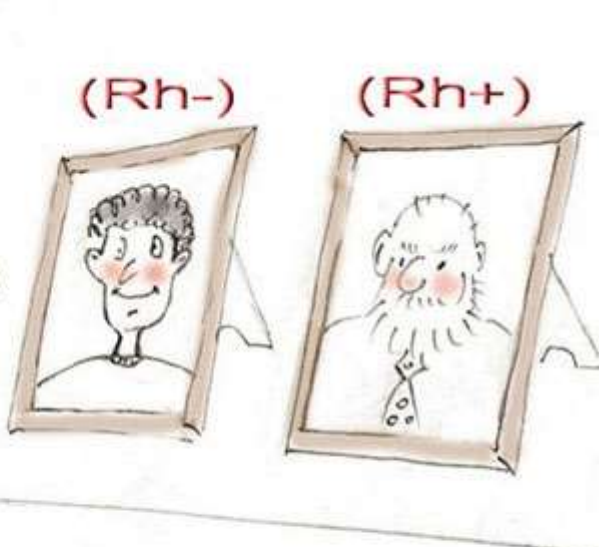
- відсутність зростання маси тіла вагітної, або її зменшення більш ніж на 1 кг;
- зменшення обводу живота на 5-10см, що пов'язано зі зменшенням кількості навколоплідних вод;
- маловоддя;
- наявність меконію в навколоплідних водах при розриві плодових оболонок;
- виділення молока, а не молозива з молочних залоз;
- незрілість або недостатня зрілість шийки матки



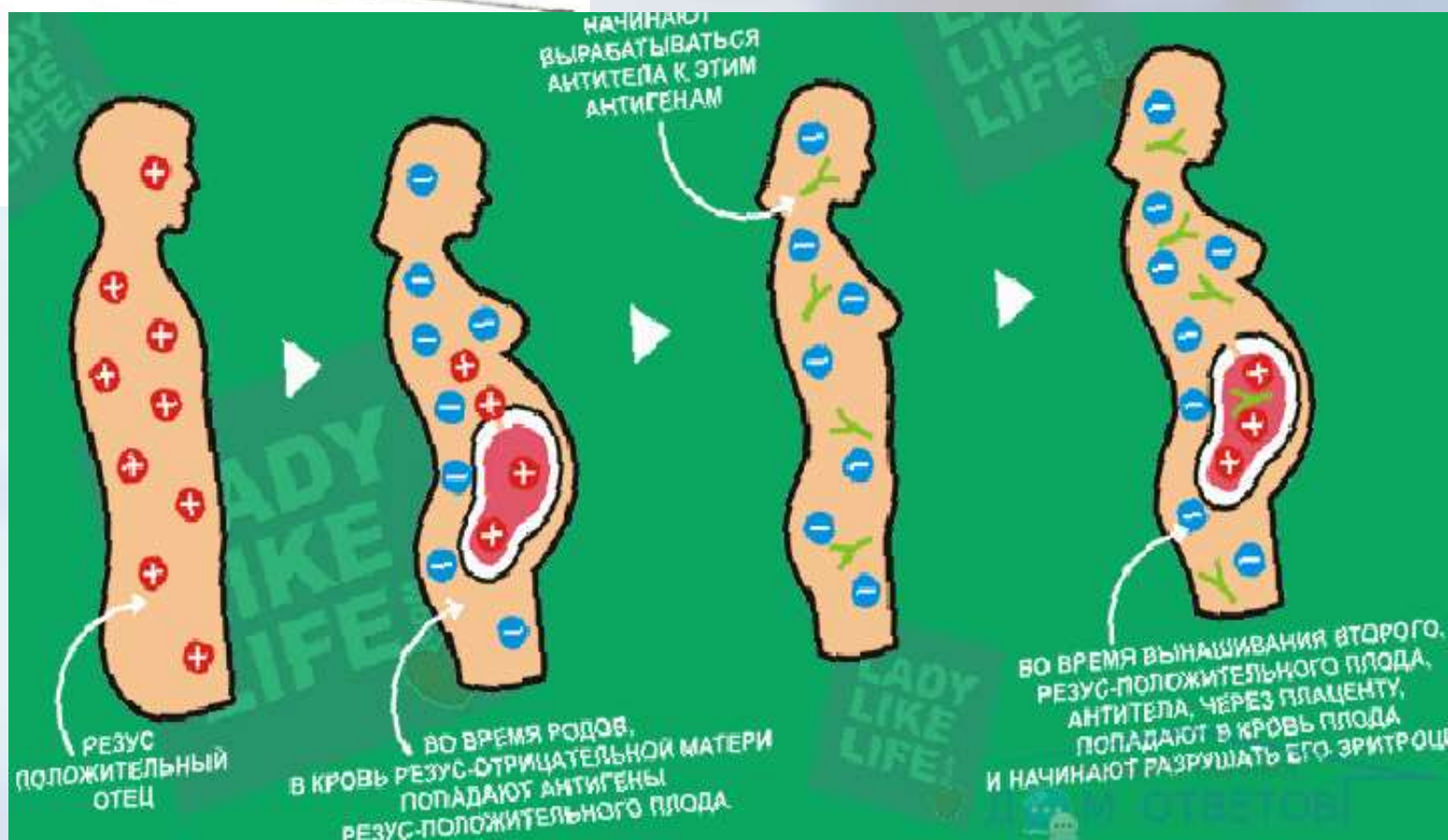
Багатоводдя / Маловоддя

Більше 2 літрів / Менше 500 мл

- Генетичні аномалії
- перенесені вірусні та бактеріальні інфекції (60%) - синдром інфікованих навколоплідних вод;
- цукровий діабет (поліурія у плода, реакція амніотичної оболонки у відповідь на підвищення рівня глюкози в навколоплідних водах).
- багатоплідна вагітність (синдром фето-фетальної трансфузії при монохоріальному типі плацентації).



Rh- ізоімунізація





ПРОФІЛАКТИКА RH-ІМУНІЗАЦІЇ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ПРИ ВІДСУТНОСТІ ІМУНІЗАЦІЇ ВАГІТНОЇ.

- у термін вагітності 28-32 тижня;
- у разі появи симптомів загрози переривання вагітності до 28 тижнів;
- після амніоцентезу чи біопсії хоріону;
- після видалення міхурцевого заносу;
- **після позаматкової вагітності;**
- **після переривання вагітності (не пізніше 48 годин після аборту);**
- **після випадкової трансфузії Rh-позитивної крові Rh-негативній жінці;**
- **після переливання тромбоцитарної маси;**
- в клінічних ситуаціях, що супроводжуються попаданням клітин плода в кровоток матері (відшарування плаценти, маткова кровотеча нез'ясованої етіології, травма матері (наприклад, автомобільна катастрофа).

В термін вагітності до 13 тижнів доза Rh0(D)імуноглобуліну складає 75 мкг, при терміні вагітності більше 13 тижнів – 300 мкг.

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ ПРИ НАРОДЖЕННІ RH-ПОЗИТИВНОЇ ДИТИНИ.

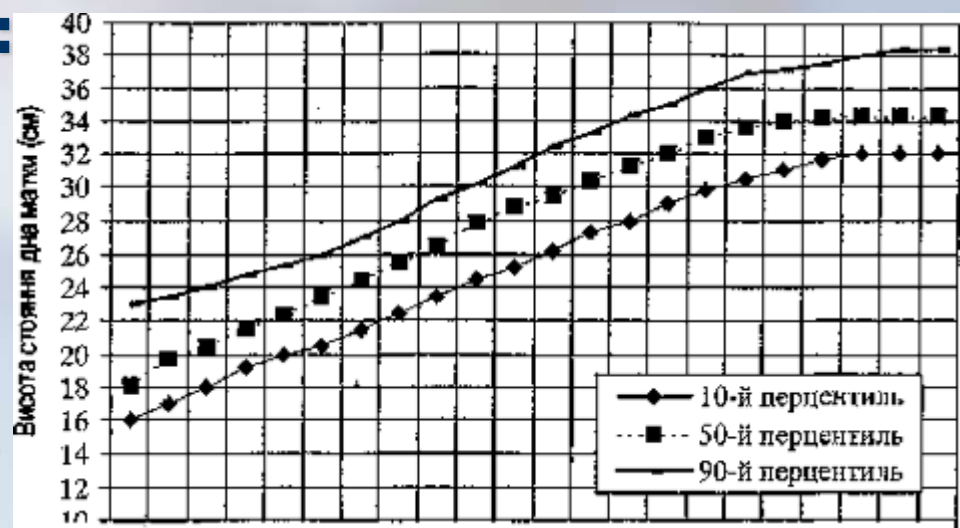
Впродовж перших 72 годин в/м вводиться 1 доза (300 мкг) анти-Rh0(D) імуноглобуліну.



ПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ. ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДА

За даними УЗД виділяють
три ступеня тяжкості ЗРП:

- ступінь - відставання показників фетометрії на 2 тижні від гестаційного терміну;
- ступінь - відставання на 3 - 4 тижні від гестаційного терміну;
- III - відставання більше ніж на 4 тижні.





ДИСТРЕС ПЛОДА ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

1. Аускультация серцевої діяльності
2. Біофізичний профіль плода (БПП)
3. Доплерометрія швидкості кровоплину в артерії пуповини
4. Визначення меконію у навколоплідних водах при розриві плідного міхура:

Тактика ведення пологів

- Уникати положення роділлі на спині;
- Припинити введення окситоцину, якщо він був раніше призначений;
- Якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері необхідно провести відповідне лікування;
- Якщо стан матері не є причиною патологічного серцевого ритму плода, а частота серцевих скорочень плода залишається патологічною на протязі трьох останніх перейм, треба провести внутрішнє акушерське дослідження для визначення акушерської ситуації та з'ясування можливих причин дистресу плода.
- При визначенні дистресу плоду необхідне термінове розродження:
 - у першому періоді пологів - кесарів розтин;
 - у другому періоді:
 - при головному передлежанні - вакуум-екстракція або акушерські щипці;
 - при сідничному - екстракція плода за тазовий кінець.

Багатоплідна вагітність

Згідно з формулою Гелліна:пологи двійнею –

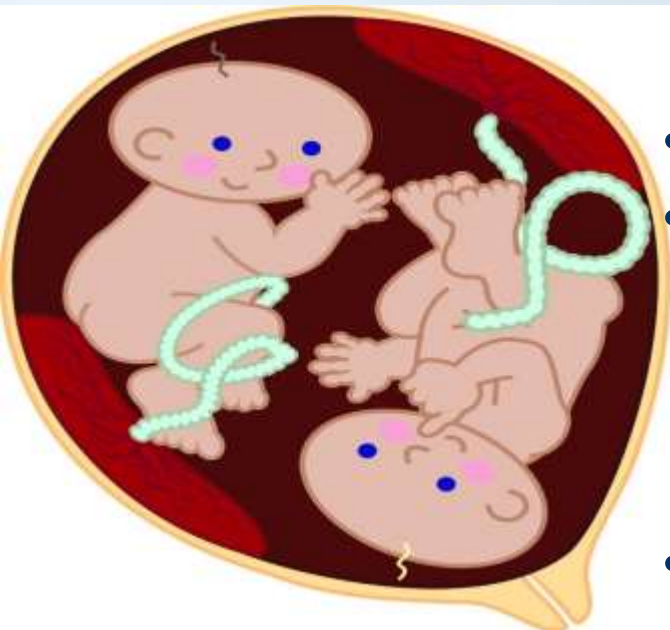
1раз/80 пологів, трійнею –
1раз/80² (6400), четвернею –
1раз/80³ (51200) пологів.

За останніх 15 років частота БВ значно зросла:

- на 50% - частота двоїн., на 400% - ч-а більш плідних вагіт-тей

Фактори, що зумовлюють зростання БВ:

- Агресивне використання ДРТ – 60-70%
- Широке використання гормональних препаратів, як для лікування безпліддя (кломіфен, ХГТ), так і в якості контрацепції (ребаунд-ефект)
- Вік жінки більше 35 років
- Расовий фактор
 - Найвища частота двоайцевих БВ– в африканських країнах– 45 із 1000 пологів,
 - найнижча – в Азії (Китай і Японія – 3 з 1000), в Європі та Америці – показники середні.
 - Монозиготні ж двійні у всьому світі з'являються з однаковою частотою – 3,5 на 1000.
- **Спадковість** Близнюки часто з'являються в сім'ях, де батьки (частіше матері) народилися в двійнях або трійнях.



Походження однайцевих близнюків

поділ 1 ембріонального зародку



1-3 д. - двохоріальна вагітність,
4-7 д. - монохоріальна
двоамніотична
8-12 д. – монохоріальна
моноамніотична
з 13-ї д. повний розподіл
ембріональних зачатків
неможливий і
розвиваються зрощені близнюки





Походження двояйцевих (ди- або полізиготних) двійнят

- а) одночасне дозрівання та овуляція 2 і більше фолікулів в 1яєчнику;
- б) дозрівання 2 та більше фолікулів та овуляції в 2 яєчниках;
- в) запліднення 2 та більше яйцеклітин, які дозріли в 1 яєчнику



- **Надзародження** – це запліднення яйцеклітин різних овуляційних періодів, тобто поява нової вагітності при наявності вже існуючої.
- **Надзапліднення** – запліднення двох або кількох яйцеклітин, які виділились під час однієї овуляції, сім'яридиною різних батьків.



Стільки щастя відразу!!!



БВ - це вагітність високого ризику, яка може супрово-ся низкою ускладнень, небезпечних для матері та плода

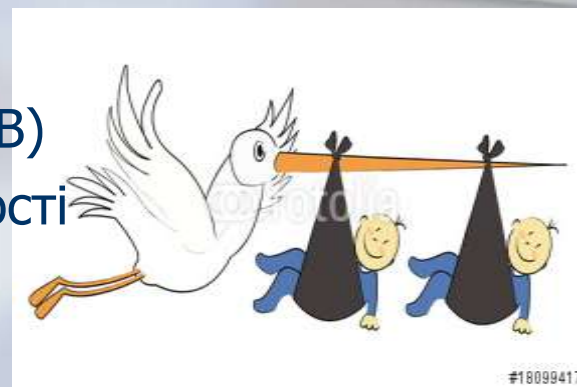


- *Неонатальна захворюваність та смертність* після БП зумовлена переважно проблемами, які пов'язані
 - з недоношеністю та їх віддаленими наслідками
 - народженням дітей з малою масою тіла.
- Ризик церебрального паралічу у дітей, що народились від БП
 - у 4 рази вище (двійня)
 - у 17 разів вище (трійня) ніж у дітей від одноплідних пологів.
- Ризик смерті дитини до одного року у 7 разів вище, ніж при одноплідній вагітності.



Ускладнення БВ

- Передчасні пологи (від 30 до 60%БВ)
- Прееклампсія різних ступенів тяжкості
- Гестаційний діабет
- Пієлонефрит
- Анемія
- ПРПО
- ПВНРП



Специфічні ускладнення:

- o Синдром фето-фетальної трансфузії
- o Дискордантний рост плодів
- o ЗВУР
- o Загибель одного з плодів
- o Сіамські близнюки (зрощення близнюків)

СИНДРОМ МІЖБЛИЗНЮКОВОГО ПЕРЕТІКАННЯ

синдром фето-фетальної трансфузії
— скид крові від одного плода
(донора) до іншого (реципієнта)
внаслідок незбалансованості
плацентарно-плодового та
внутрішньоплацентарного
кровообігу за наявності у плаценті
крупних артеріо-венозних
анастомозів між судинними руслами
обох плодів. Зустрічається виключно
при МХ типі плацентації незалежно
від кількості плодів;





Ускладнення БП:

- Слабкість пологової діяльності (до 30%)
 - Надмірне розтягнення матки
 - Виключення з процесу скорочення значної частини міометрію
- ПВНРП після народження першого плода - від 3 до 7%
- Неправильне положення плода в пологах (до 60% у II) та випадіння пуповини та дрібних частин плода
- Дистресс плода
- Колізія обох близнюків
 - У випадку тазового п-я I плода та головного - II
- Кровотечі у післяпологовому періоді (до 25%)
- Ускладнення післяпологового періоду (субінволюція матки)



Ведення БП потребує наявності практичного досвіду у лікаря, ретельної організаційної підготовки та налагодженої командної роботи медичного персоналу.

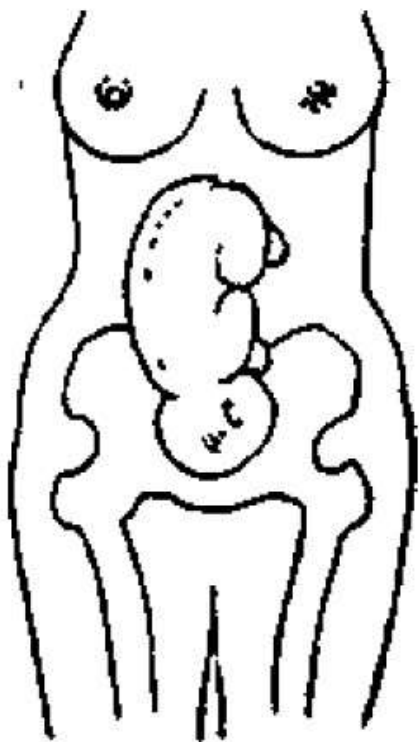


СПОСІБ РОЗРОДЖЕННЯ ТА ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ЗАЛЕЖИТЬ ВІД ХОРІАЛЬНОСТІ.

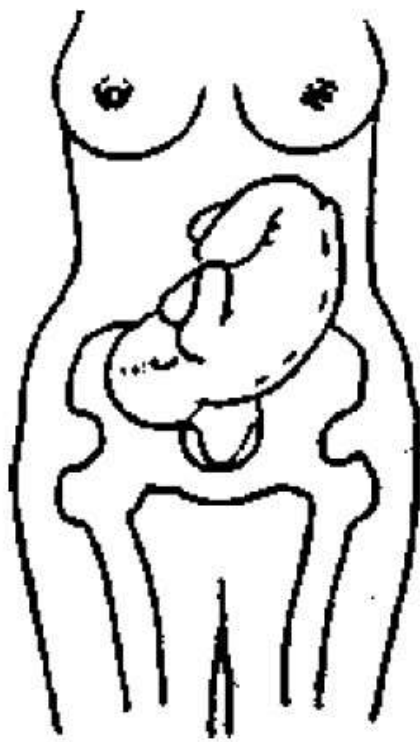
<i>Хоріальність</i>	<i>Оптимальний гестаційний вік для розродження двоїн</i>
Монохоріальна діамніотична Ризик ВУЗ плода(ів) при МХ двійні після 32 тиж. вагітності у 8 р. вище ніж у ДХ.	В 36-37 тижнів Якщо немає показів для більш раннього розродження.
Монохориальна <u>моноамніотична</u> Після 32 тижнів ПС значно збільшуються и сягають 11-22%	В 32 тижні
Дихоріальна діамніотична Найменший ризик ПС й захворюваності для дихоріальній двійні у 36-38 т.	В 37-38 тижнів



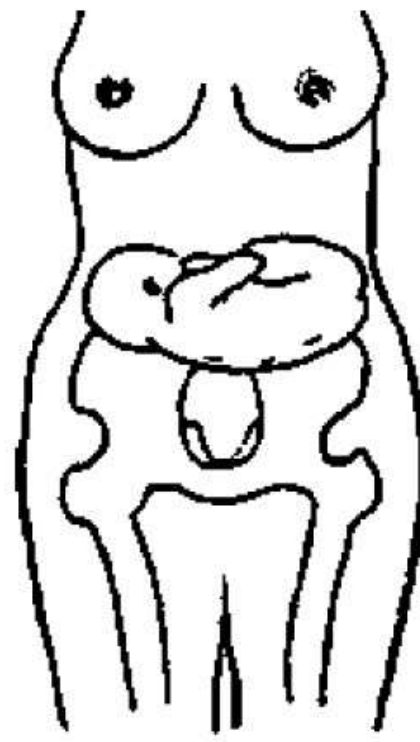
Неправильні положення плоду



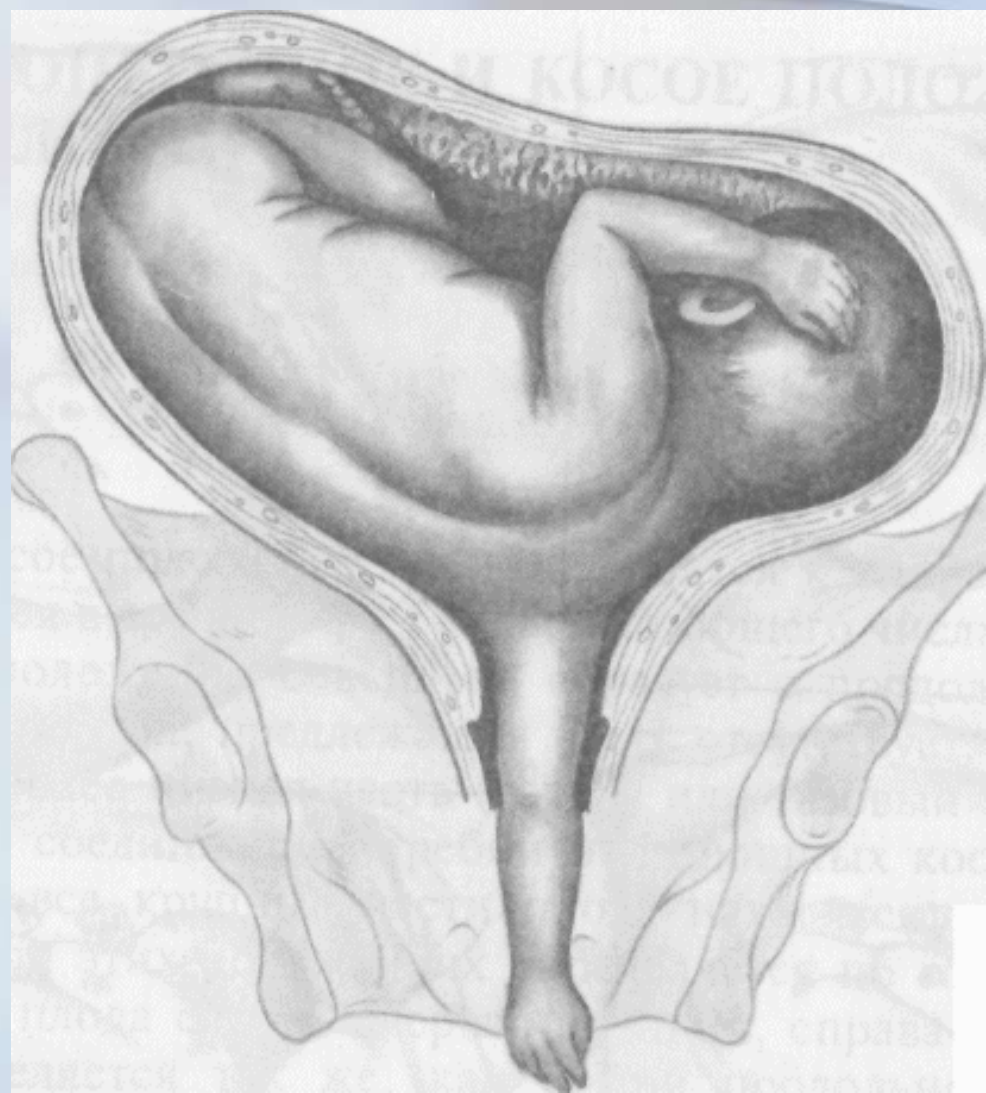
продольное



косое



поперечное





РОЗГИНАЛЬНЕ ВСТАВЛЕННЯ ГОЛІВКИ ПЛОДА



а



б



в



Тазове передлежання

Класифікація

1. Сідничне передлежання (згинальне):

неповне або чисто сідничне (передлежать сіднички плода);

повне або змішане сідничне (передлежать сіднички плода разом із стопами);

2. Ножне передлежання (розгинальне):

неповне (передлежить одна ніжка плода);

повне (передлежать обидві ніжки плода);

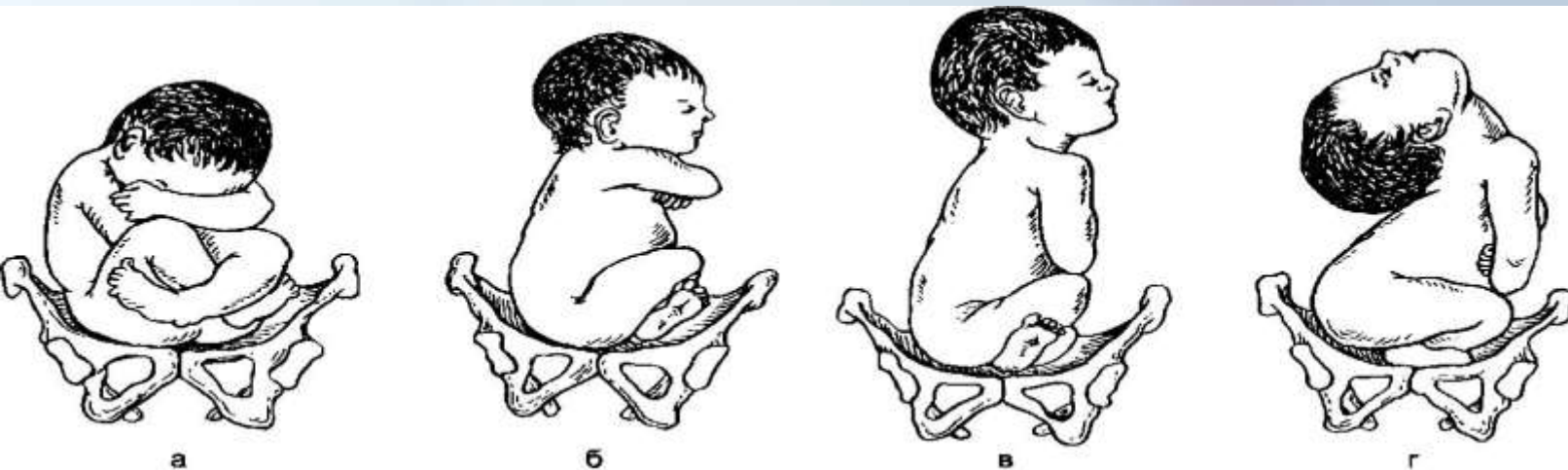
колінне передлежання





За величиною кута між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода розрізняють чотири варіанти положення голівки, що має суттєве значення для визначення методу ведення пологів у разі тазового передлежання:

- голівка зігнута, кут більший 110° ;
- голівка слабо розігнута, "поза військового" - I ступінь розгинання голівки, кут $100-110^\circ$;
- голівка помірно розігнута - II ступінь розгинання, кут $90-100^\circ$;
- надмірне розгинання голівки, "плід дивиться на зірки" - III ступінь розгинання голівки, кут менший за 90° .



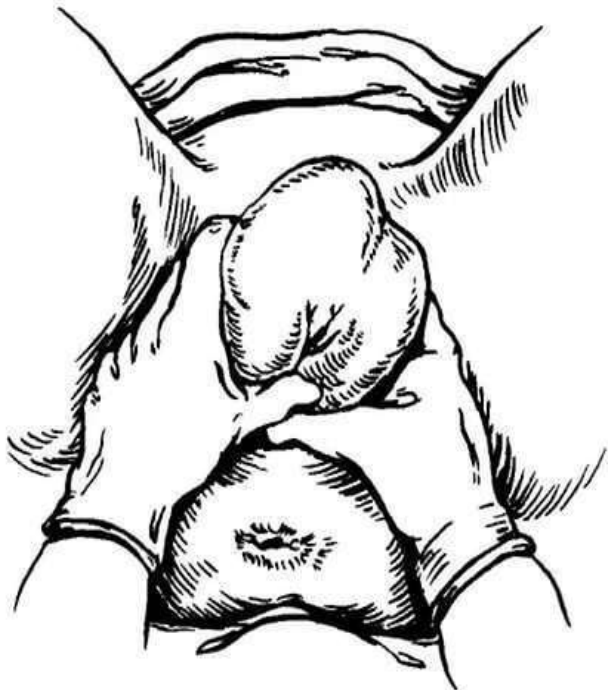
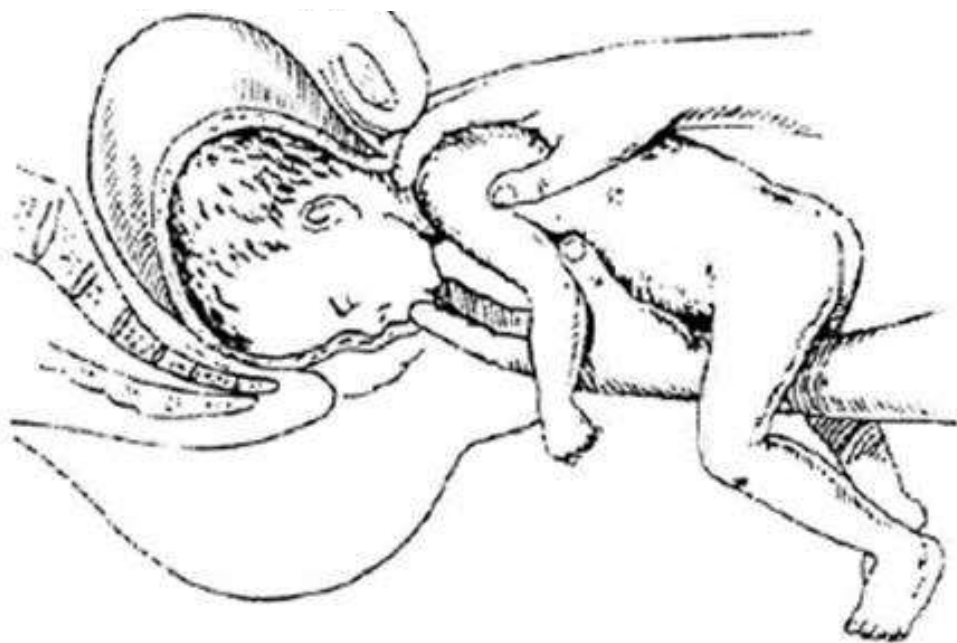


Рис. 76. Оказание пособия
при смешанном и ножном
предлежаниях

а

б





Плановий кесарів розтин проводять за наступними показаннями:

- Очікувана маса плода 3700,0 і більше;
- Ножне передлежання плода;
- Розгинання голівки III ступеня за даними УЗД
- Пухлини шиї плода та гідроцефалія.

АНОМАЛІЇ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

- **Патологічний прелімінарний період (хибні перейми, або несправжні пологи).**
- **Слабкість родової діяльності (гіпоактивність, або інертність матки):**
 - первинна (уповільнена латентна фаза пологів);
 - вторинна (уповільнена активна фаза пологів);
 - слабкість потуг (уповільнений період вигнання):
- **Надмірно сильна родова діяльність (гіперактивність матки).**
- **Дискоординована родова діяльність.**
 - Дискоординація пологової діяльності;
 - Гіпертонічна дисфункція матки;
 - Тетанічні скорочення матки (судомні перейми);
 - Циркулярна дистоція шийки матки (контракційне кільце).

	Гіподинаміка	Норма	Гіпердинаміка
1.Частота переймів за 10 хв	< 2	2—5	> 5
2.Інтенсивність переймів	< 30 мм. рт. ст.	30 — 50 мм. рт. ст.	>50 мм. рт. ст.
3.Тривалість переймів	< 50 сек	60—100 сек	> 100 сек
4.Аритмічність (хв)	3 >	1—2	< 1



- токолітична терапія v_2 -адреноміметиками (гексопреналин 25 мкг (5 мл) в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду в/в крапельно повільно - 10-15 крапель на хвилину) з урахуванням протипоказань (А).
- седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг у добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2 % розчину промедолу) (С);.
- Окситоцин 1 мл (5 ОД) в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду в/в крапельно зі збільшенням швидкості введення



ВЕЛИКИЙ ПЛІД

- *За останні роки пологи великим плодом збільшилися майже в 4 рази й трапляються у 8-14% випадках.*
- перинатальна смертність в 2-3 рази перевищує смертність плодів із середньою масою тіла.

Фактори, що впливають на масу плода

Фізіологічні:

- вага матері до вагітності й при першому звертанні до лікаря;
- зріст матері;
- кількість попередніх пологів;
- вік вагітних за 30 років;
- етнічна належність;
- стать плода;
- спадковість;
- зріст батька.

Патологічні:

- переношування;
- цукровий діабет вагітної;
- надмірне харчування,
- набрякова форма гемолітичної хвороби плода.

Особливості перебігу вагітності

- набряки;
- прееклампсія;
- багатоводдя;
- загроза переривання вагітності;
- гестаційний пієлонефрит;
- анемія;
- переношування.

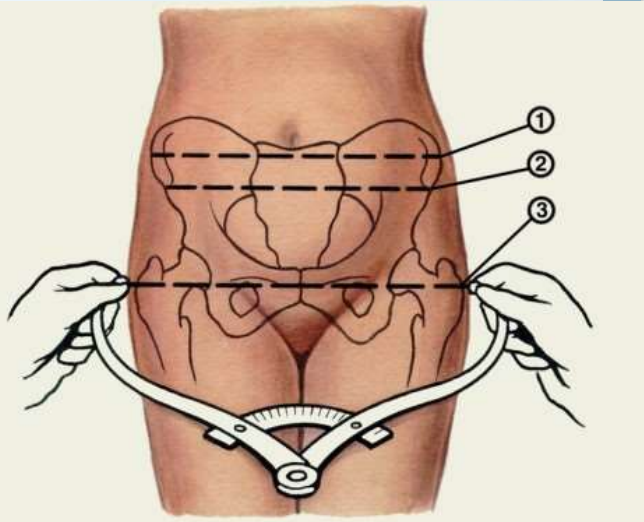
Особливості перебігу пологів

- несвоєчасне відходження навколоплідних вод;
- неправильні вставлення голівки плода;
- слабкість пологової діяльності;
- клінічно вузький таз;
- дистонія плечиків плода;
- дистрес плода;
- травматизм плода
- травматизм матері



ВУЗЬКИЙ ТАЗ

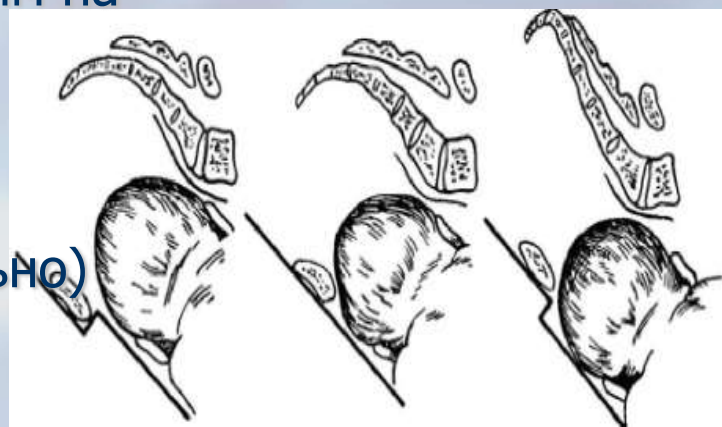
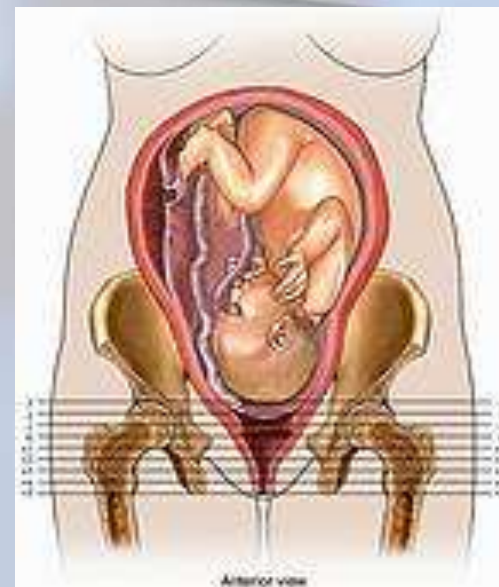
- Ступень звуження таза визначають за величиною істинної кон'югати (согуидаіа уега), яка дорівнює :
- при I ступені 11 - 9 см;
- при II ступені 9 - 7 см;
- при III ступені 7 - 5 см;
- при IV ступені < 5 см .





Діагностичні ознаки клінічно вузького таза:

- відсутність поступального руху голівки при повному розкритті шийки матки та нормальній пологовій діяльності;
- симптом Вастена врівень або позитивний (розмір Цангемейстера більше, ніж кон'югата екстерна);
- недостатнє прилягання шийки матки до голівки плода (нависання шийки матки);
- високе розташування контракційного кільця;
- поява потуг при високому розташуванні голівки плода;
- набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи;
- симптоми здавлення сечового міхура.
- За наявності двох або більше ознак встановлюють діагноз клінічно (функціонально) вузького таза.





АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ

Під час вагітності:

- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти.

В пологах:

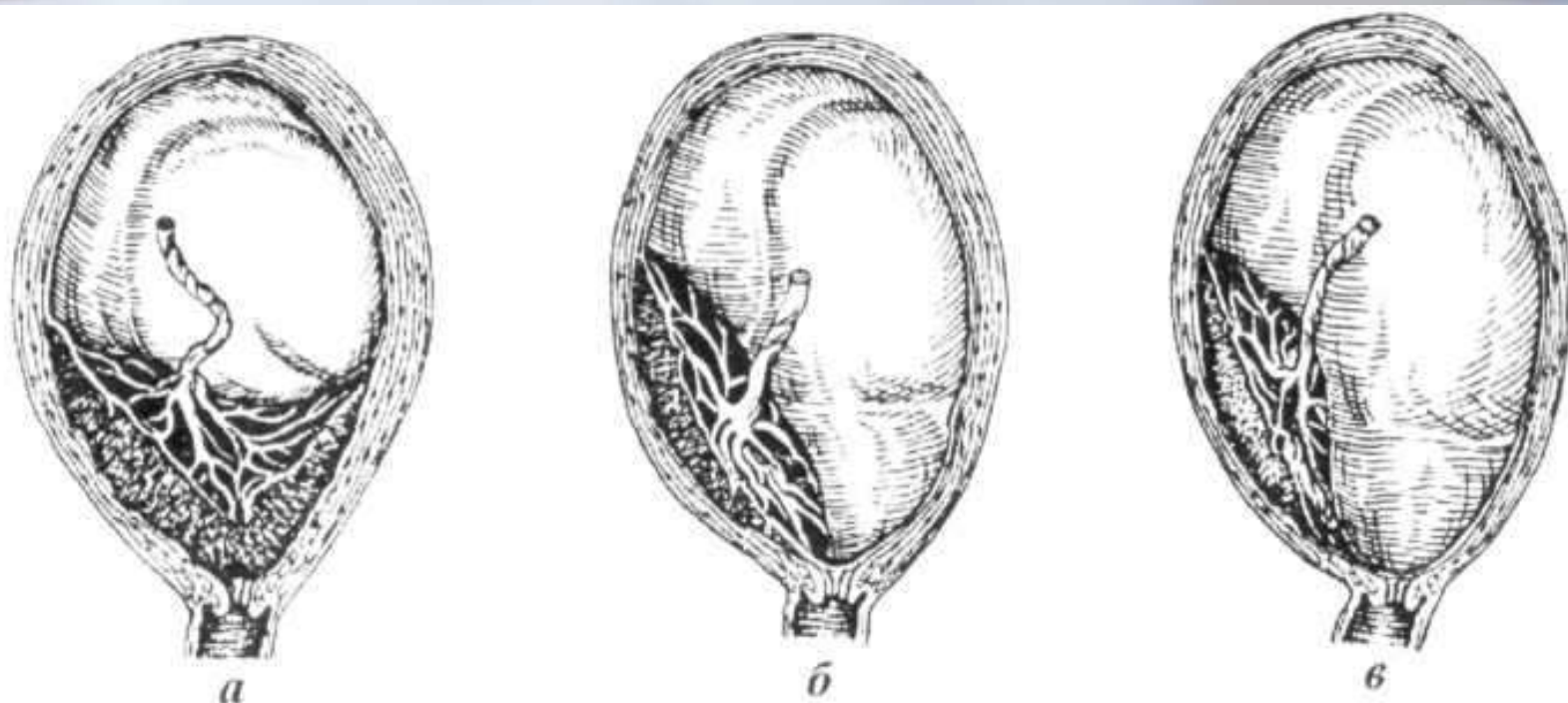
- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти;
- розрив матки;
- травма м'яких пологових шляхів.

В послідовому та ранньому післяпологовому періоді:

- гіпо- та атонія матки;
- розрив матки;
- травма м'яких пологових шляхів;
- часткове щільне прикріплення плаценти;
- затримка частин посліду в матці;
- коагулопатична кровотеча.

Передлежання плаценти

0,3-0,8% загальної кількості пологів



ПОВНЕ

НЕПОВНЕ НИЗЬКЕ ПРИКРІПЛЕННЯ

КРАЙОВЕ

БОКОВЕ

КРОВОВТРАТА ДО 250 МЛ

КРОВОВТРАТА > 250 МЛ
НЕЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРМІНУ ВАГ.

КОНСЕРВАТИВНА ТЕРАПІЯ, ПІДГОТОВКА
ЛЕГЕНІВ ПЛОДА ДО 34 ТИЖ. ВАГ.

ПРИПИНЕННЯ КТ

ВІДНОВЛЕННЯ КТ

РОЗРОДЖЕННЯ ПРИ ДОЗРІВАННІ ЛЕГЕНЬ ПЛОДА

НИЗЬКА ПЛАЦЕНТАЦІЯ,
НЕПОВНЕ П-ННЯ

ПОВНЕ
ПЕРЕДЛЕЖАННЯ

КЕСАРІВ РОЗТИН

ЗРІЛІ ПОЛОГОВІ ШЛЯХИ

НЕЗРІЛІ ПОЛОГОВІ ШЛЯХИ

ДИСТРЕС ПЛОДУ

ТАЗОВЕ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ

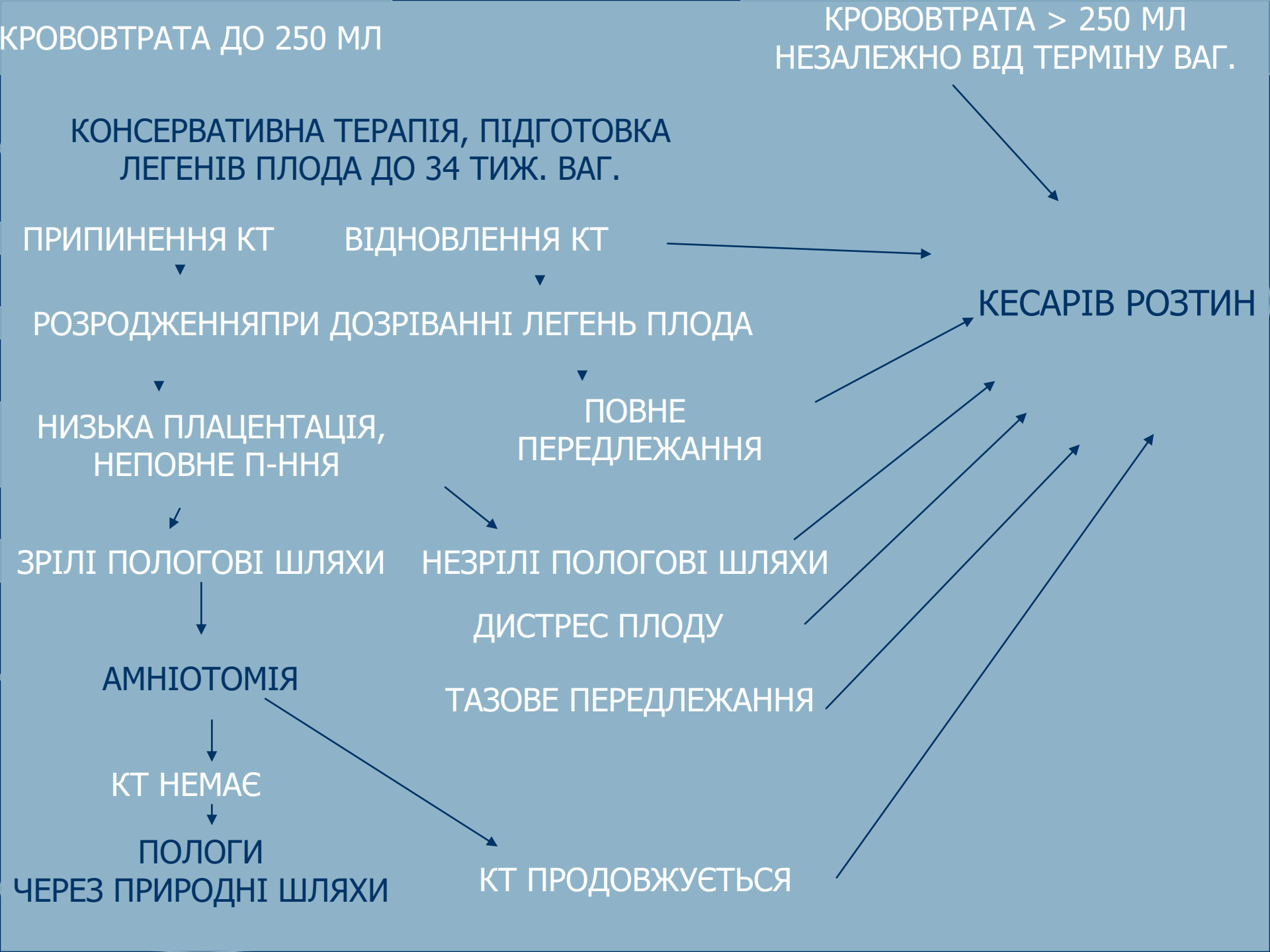
АМНІОТОМІЯ

КТ НЕМАЄ

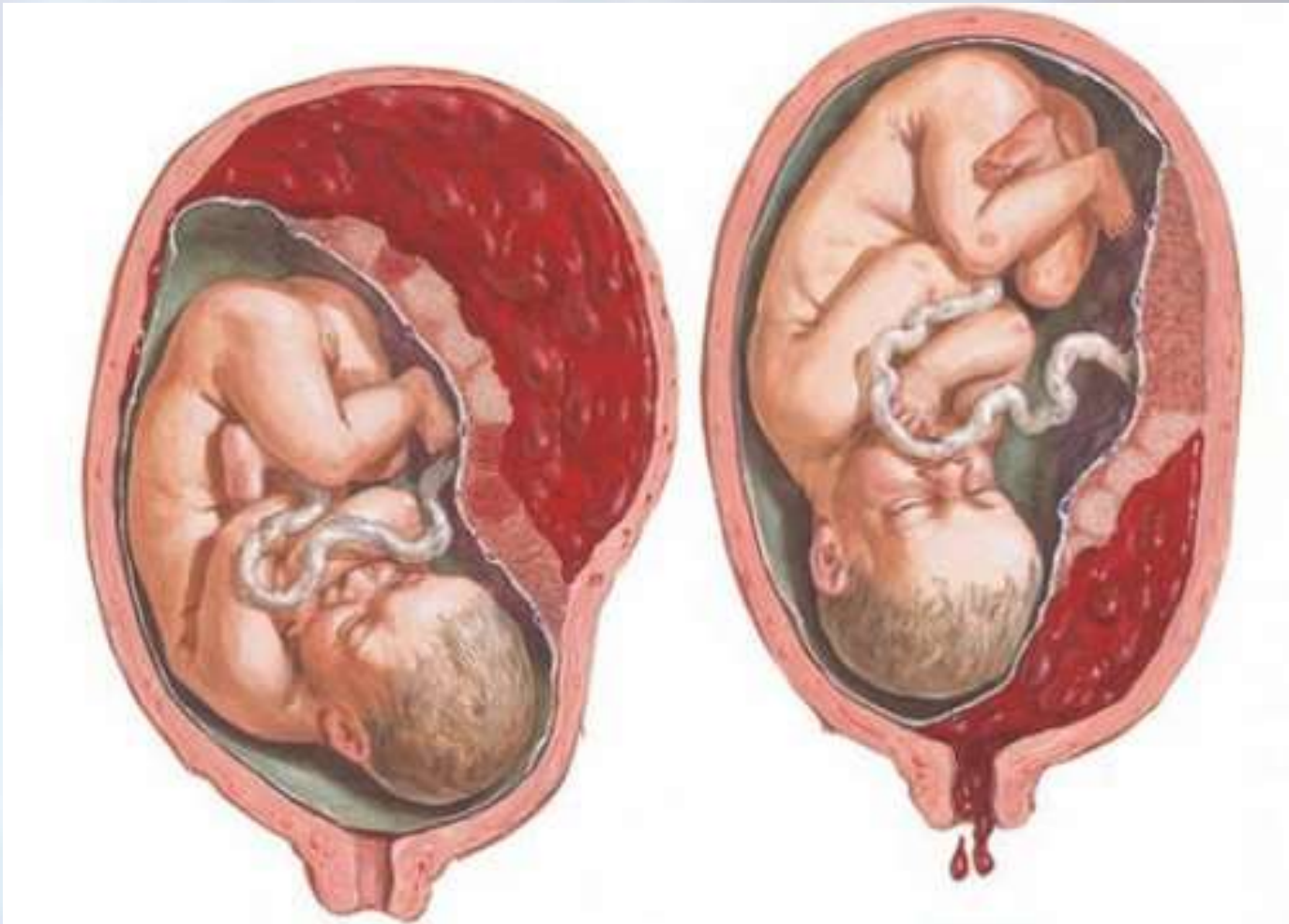
КТ ПРОДОВЖУЄТЬСЯ

ПОЛОГИ

ЧЕРЕЗ ПРИРОДНІ ШЛЯХИ



ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ



**Прогресуюче відшарування, ГШ,
дистрес плода, ДВЗ**

**Непрогресуюче відшарування,
Плід не страждає**

II період

Вагітність,
I період

Кесарів розтин

Консервативна терапія
під ретельним наглядом

Тазове перед-ння

Головне перед-ня

Ефект
-

Матка Кювелера

Екстракція за тазов. кінець

Акушерські щипці

КТ гіпотонічна або
коагулопатична

Ефект
+

Ручне відділення плаценти
та видалення посліду

Ретельний нагляд

Розродження в срок

Відновлення КТ

Окситоцин, 10 ОД
Мізопростол 800 мкг

Екстирпація матки





ПІСЛЯПОЛОГОВІ КРОВОТЕЧІ

Т - тонус
Т - травма
Т - тканина
Т - тромбін

Тактика ведення акушерської кровотечі

ранній початок етіологічно обумовленої терапії:

- **тканина – ручне обстеження порожнини матки**
- **травма родових шляхів – ушивання**
- **тонус – окситоцин**
- **розрив матки - лапаротомія**

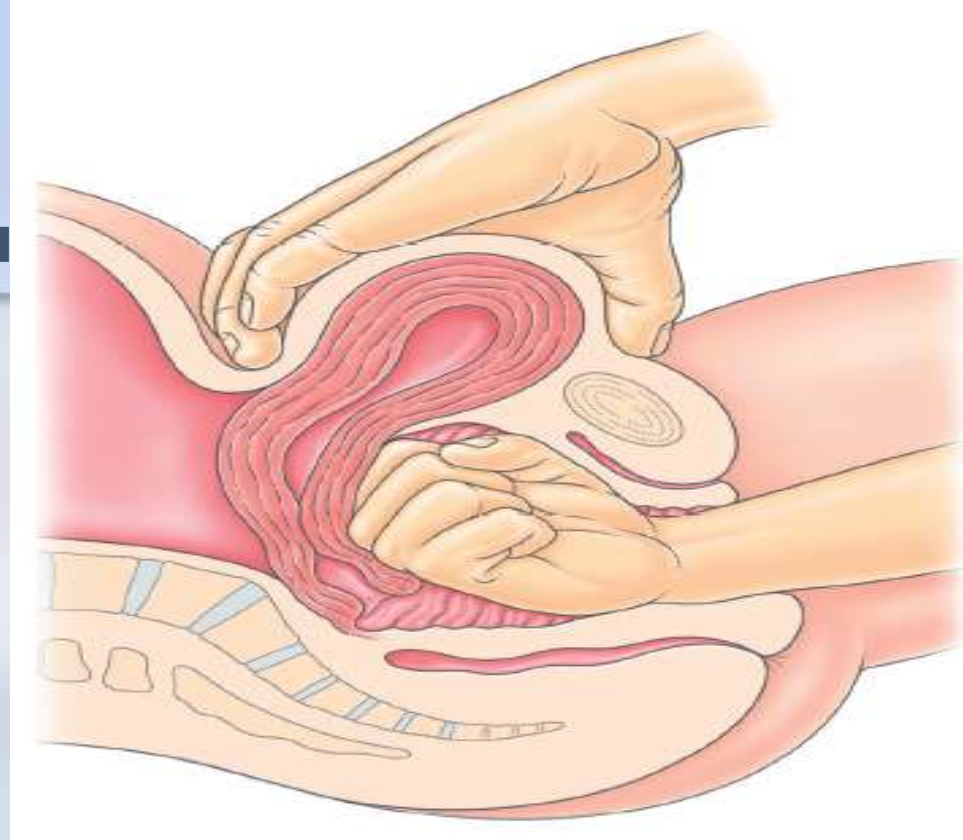
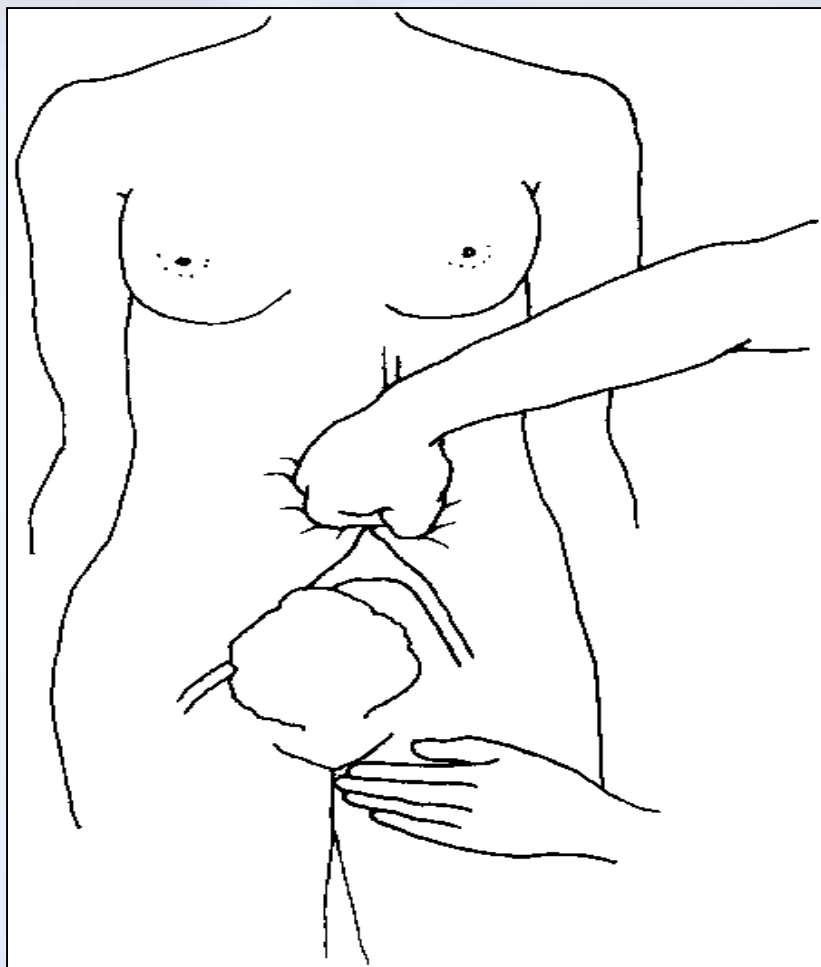


Акушерська тактика при пізніх післяпологових кровотечах

- оцінка величини крововтрати та загального стану породіллі;
- катетеризація периферичних (або і центральних) вен;
- інструментальна ревізія порожнини матки під в/в наркозом;
- введення утеротоніків – в/в кр. **ОКСИТОЦИН** 10-20 ОД на 400 мл фіз.розч.;
- у разі продовження кровотечі – **мізопростол** 800 мкг ректально;
- при крововтраті вище 1,5% від маси тіла –
лапаротомія і екстирпація матки,
а при необхідності –
перев'язування внутрішніх клубових артерій.



Двуручна компресія матки

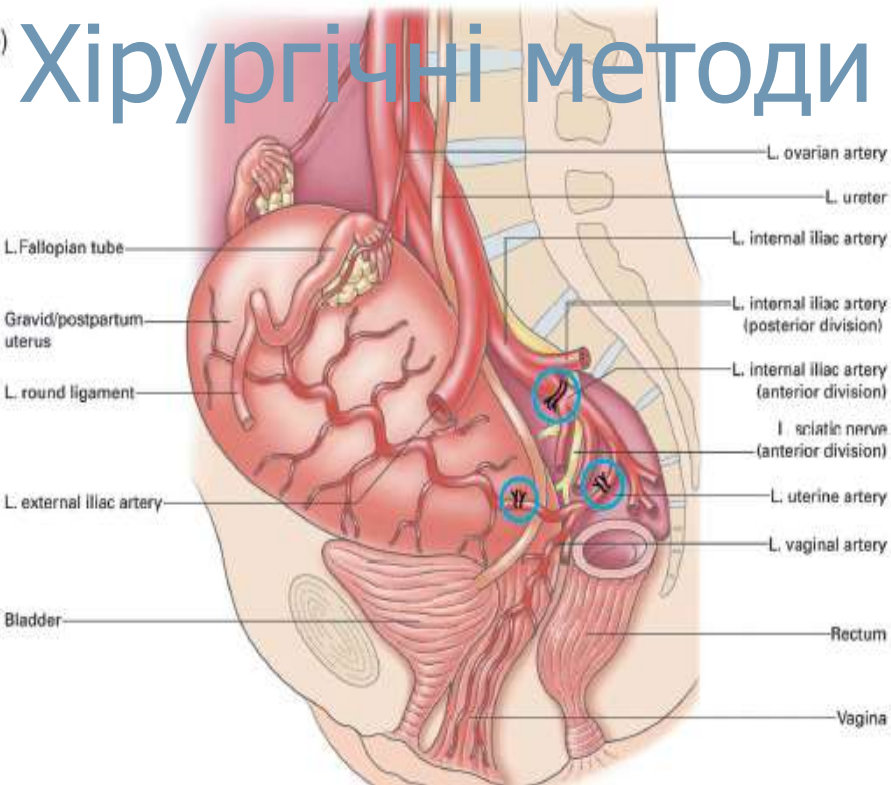


Компресія черевної
аорти та визначення
пульса
на а. femoralis

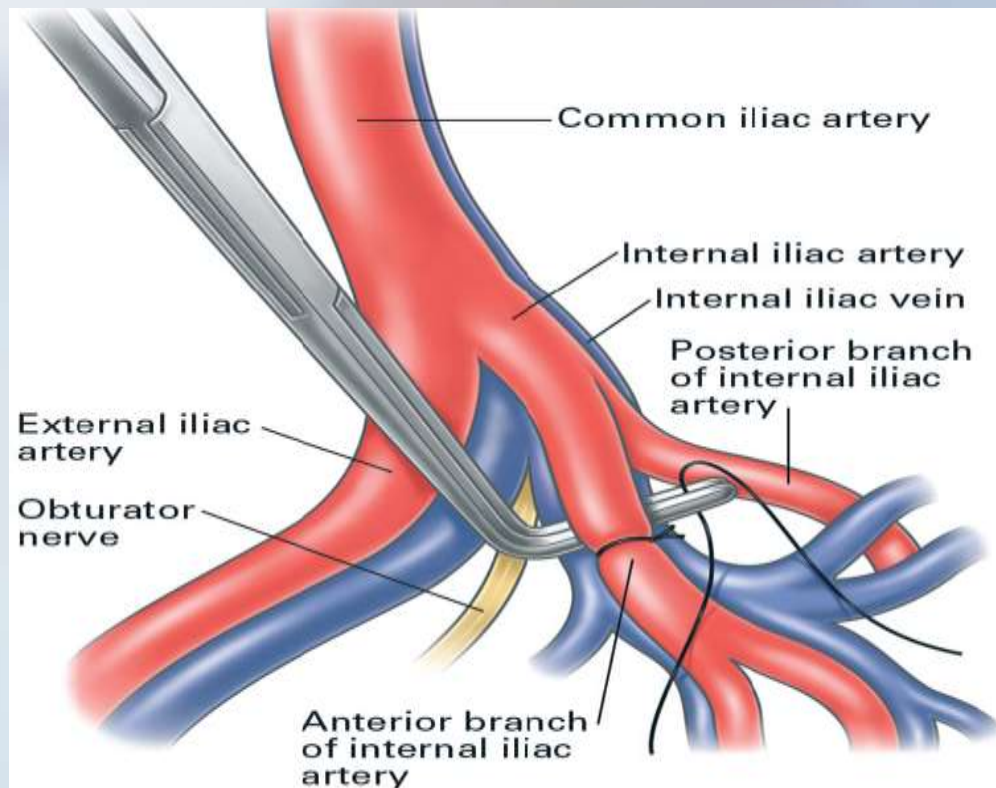
Хірургічні методи лікування

лігування маткових артерій
(+ яєчникових артерій)

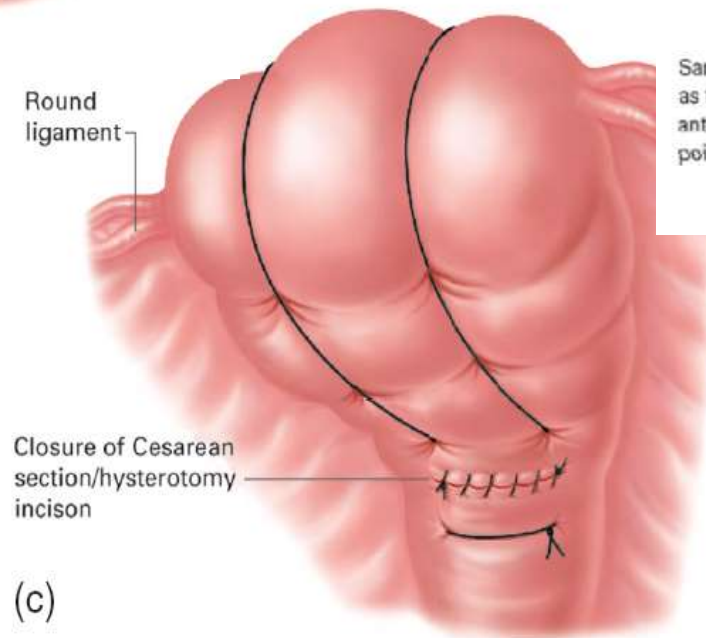
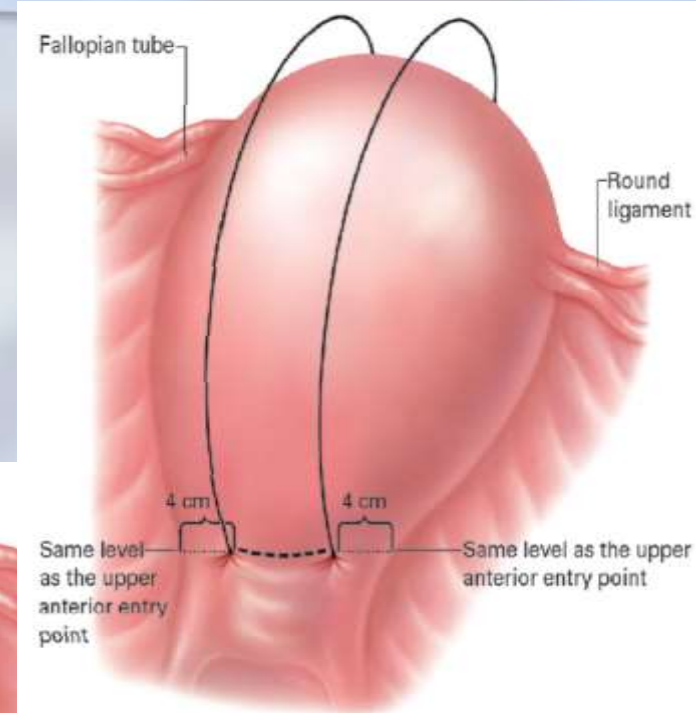
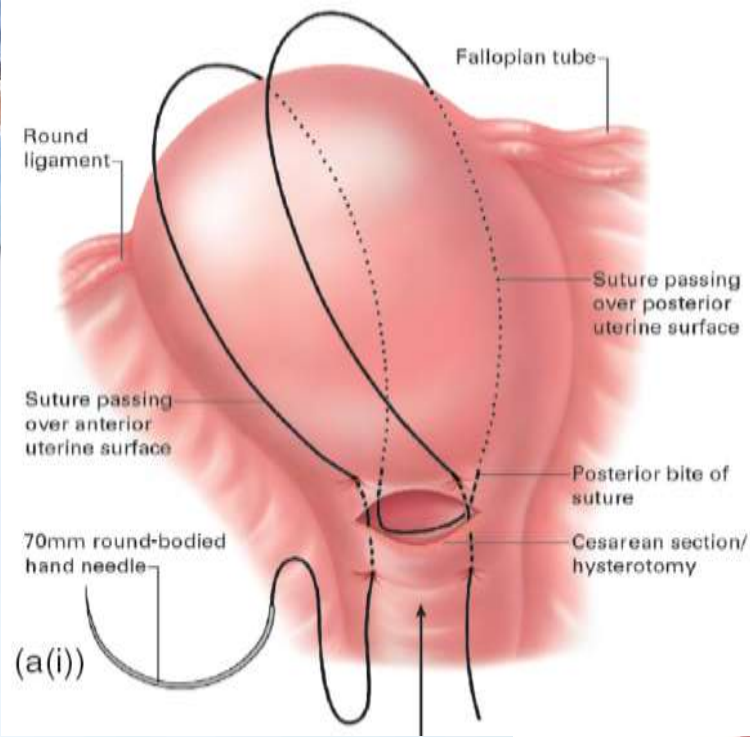
- 92-96-100% успішних
випадків



лігування внутрішніх
клубових артерій
– 42-100 % успіху



ХІРУРГІЧНИЙ КОМПРЕСІЙНИЙ ШОВ Б-ЛИНЧА





ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Що таке ЗВУР? Які існують ступені ЗВУР?
2. Назвіть види аномалії пологової діяльності.
3. За яким параметрами визначають ступінь звуження таза?
4. Які найбільш часті причини акушерських кровотеч?



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ