

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Медичний факультет
Кафедра акушерства та гінекології

КРОВОТЕЧІ В І-й ПОЛОВИНІ ВАГІТНОСТІ

*Методичні розробки для самостійної підготовки до практичних занять студентів V-VI курсів
рівня вищої освіти магістр галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина»
освітньої програми «Лікувальна справа»*

Кровотечі в І-й половині вагітності : методичні розробки / укл. : І. І. Хаща, О. В. Цмур, Н. В. Гецько; рец. : В. А. Маляр, О. О. Корчинська. — Ужгород : ДВНЗ «УжНУ», 2024. — 50 с.

Хаща Іван Іванович - д. мед. н., професор, кафедра акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ»

Цмур Ольга Василівна - к. мед. н., доцент, кафедра акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ»

Гецько Наталія Василівна - к. мед. н., асистент, кафедра акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ»

Рецензенти:

В. А. Маляр - д-р мед.наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ»

О. О. Корчинська - д-р мед.наук, професор кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «УжНУ»

Затверджено на засіданні кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ», протокол №5 від 20 березня 2024 року.

Схвалено та затверджено на засіданні методичної комісії медичного факультету ДВНЗ «УжНУ», протокол №5 від 21 березня 2024 року. Рекомендовано для використання в освітньому процесі.

Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради медичного факультету ДВНЗ «УжНУ», протокол №8 від 27 березня 2024 року.

Тема: кровотечі в I-й половині вагітності: класифікація, етіопатогенез, клініка, діагностика, методи лікування і профілактики.

Кількість годин: 2 години

I. Актуальність теми

Поява кровотечі із статевих шляхів під час вагітності є досить частим і завжди грізним симптомом різних її ускладнень або супутніх патологічних станів. Серед них є такі, що реально загрожують здоров'ю і життю вагітної і плода (ембріона). Розрізняють кровотечі в I-й половині вагітності (до 20-го тижня), у II-й половині вагітності, під час родів і в післяродовому періоді. Причини виникнення кровотеч в I-й половині вагітності багато численні та різноманітні. Тому дуже важливо для вибору адекватної допомоги встановити, насамперед, правильний клінічний діагноз. Тільки при такій умові можливо обрати оптимальну тактику ведення вагітності. Серед різних методів лікування є консервативні, направлені, переважно, на збереження вагітності та оперативні, різні способи яких використовують для переривання вагітності або певних хірургічних маніпуляцій при наявності показів. За рахунок правильно обраної стратегії і тактики ведення вагітності можна попереджувати розвиток патологічних кровотеч і добитися зниження показників материнської і перинатальної смертності.

II. Навчальні цілі заняття:

1. Знати класифікацію акушерських кровотеч в I-й половині вагітності і причини їх виникнення ($\alpha=II$);
2. Знати патогенетичні механізми розвитку акушерських кровотеч ($\alpha=II$);
3. Знати клінічну картину при різних типах акушерських кровотеч ($\alpha=II$);
4. Вміти проводити диференційну діагностику для визначення причини кровотечі в I-й половині вагітності ($\alpha=II$);
5. Вміти діагностувати самовільне переривання вагітності, визначати стадію процесу та вибрати відповідний спосіб лікування ($\alpha=III$);
6. Знати клінічні прояви, методи діагностики, диференціації та способи лікування порушеної і непорушеної ектопічної вагітності ($\alpha=II$);
7. Знати клінічні прояви, методи діагностики та способи лікування міхурового занеску та хоріонепітеліоми ($\alpha=II$);
8. Володіти необхідними методами для надання невідкладної допомоги ($\alpha=III$);
9. Засвоїти методи профілактики акушерських кровотеч в I-й половині вагітності ($\alpha=II$);

III. Виховні цілі заняття

1. *Деонтологічний аспект* – адекватне лікування акушерських кровотеч в I-й половині вагітності можливе при взаємодії сімейного лікаря, акушера-гінеколога та анестезіолога;
2. *Аспект професійної відповідальності* – своєчасна і правильна діагностика причин акушерських кровотеч дозволяє попередити розвиток життєво небезпечних ускладнень, що дає змогу зменшити материнські та плодові захворювання і втрати.

3. *Психологічний аспект* – вагітна з кровотечею в I-й половині вагітності повинна бути ознайомлена із симптоматикою даного захворювання з метою здійснення самоконтролю і своєчасного звернення за кваліфікованою допомогою, що визначає її важливу роль у процесі одужання і надає впевненості у сприятливому завершенні вагітності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
1. Попередні (забезпечуючі) 1) Анатомія 2) Фізіологія 3) Патологічна фізіологія 4) Терапія 5) Фармакологія 6) Акушерство	Кровообіг органів малого тазу. Центральна і периферична гемодинаміка. Згортуюча і антизгортуюча системи крові. Порушення гемодинаміки, водно-електролітного обміну, системи гемостазу. Геморагічний шок, ДВС-синдром. Захворювання крові Гормональні і кровоспинні препарати, засоби для інфузійної терапії, препарати крові, інгібітори протеаз, дезагреганти. Фізіологічні зміни при вагітності, діагностика вагітності, особливості плацентації та зміни гемодинаміки і гемостазу.	Провести тонометрію та інтерпретувати результат. Оцінити дані загального аналізу крові, коагулограми, визначити групу крові і резус фактор. Оцінити ступінь тяжкості. Класифікувати та дозувати враховуючи вплив на плід та новонародженого. Зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження. Провести і оцінити пробу Лі-Уайта.
2. Наступні (забезпечувані) 1) Анестезіологія	Методи інтенсивного спостереження за вагітною із кровотечею, схеми інтенсивної терапії при термінальних станах, пов'язаних із кровотечами, методи знеболення.	Провести знеболення, катетеризацію периферичних судин. Провести інтенсивну терапію геморагічного шоку, синдрому ДВЗК.
3. Внутрішньопрямна інтеграція 1) Захворювання крові і вагітність 2) Гінекологічні захворювання і вагітність	Клінічні прояви та критерії діагнозу хвороби Віллебранда, гемофілії. Захворювання шийки матки, які супроводжуються кровотечами Клінічні прояви і методи лікування кровотеч при різних захворюваннях шийки матки при вагітності.	Оцінити дані загального аналізу крові, коагулограми, цитогенетичного дослідження, УЗД, провести диф. діагностику з акушерськими причинами. Провести вагінальне дзеркальне дослідження, диференціювати кровотечу в залежності від її причини.

V. Структурно-логічна схема теми

Кровотечі в I-й половині вагітності зумовлені групою патологічних станів, симптомом яких є кровотеча з статевих шляхів під час вагітності терміном до 20-ти тижнів. За етіологією ці кровотечі можна розділити на дві групи:

- не пов'язані з патологією плідного яйця: «несправжні менструації», псевдоерозії, поліпи і рак шийки матки, травми піхви, варикозне розширення вен зовнішніх статевих органів і піхви;
- пов'язані з патологією плідного яйця: самовільний аборт, перервана позаматкова вагітність, міхуровий занесок.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 205 від 24.03.2014 «Клінічний протокол "Акушерські кровотечі" затверджено порядок надання медичної допомоги жінкам з різними типами акушерських кровотеч для зниження рівня показників материнської і плодової захворюваності і смертності шляхом підвищення якості та ефективності допомоги.

Насамперед, необхідно провести діагностику вагітності.

Діагноз вагітності встановлюється клінічно при затримці чергової менструації і при наявності наступних симптомів (сумнівні та ймовірні ознаки):

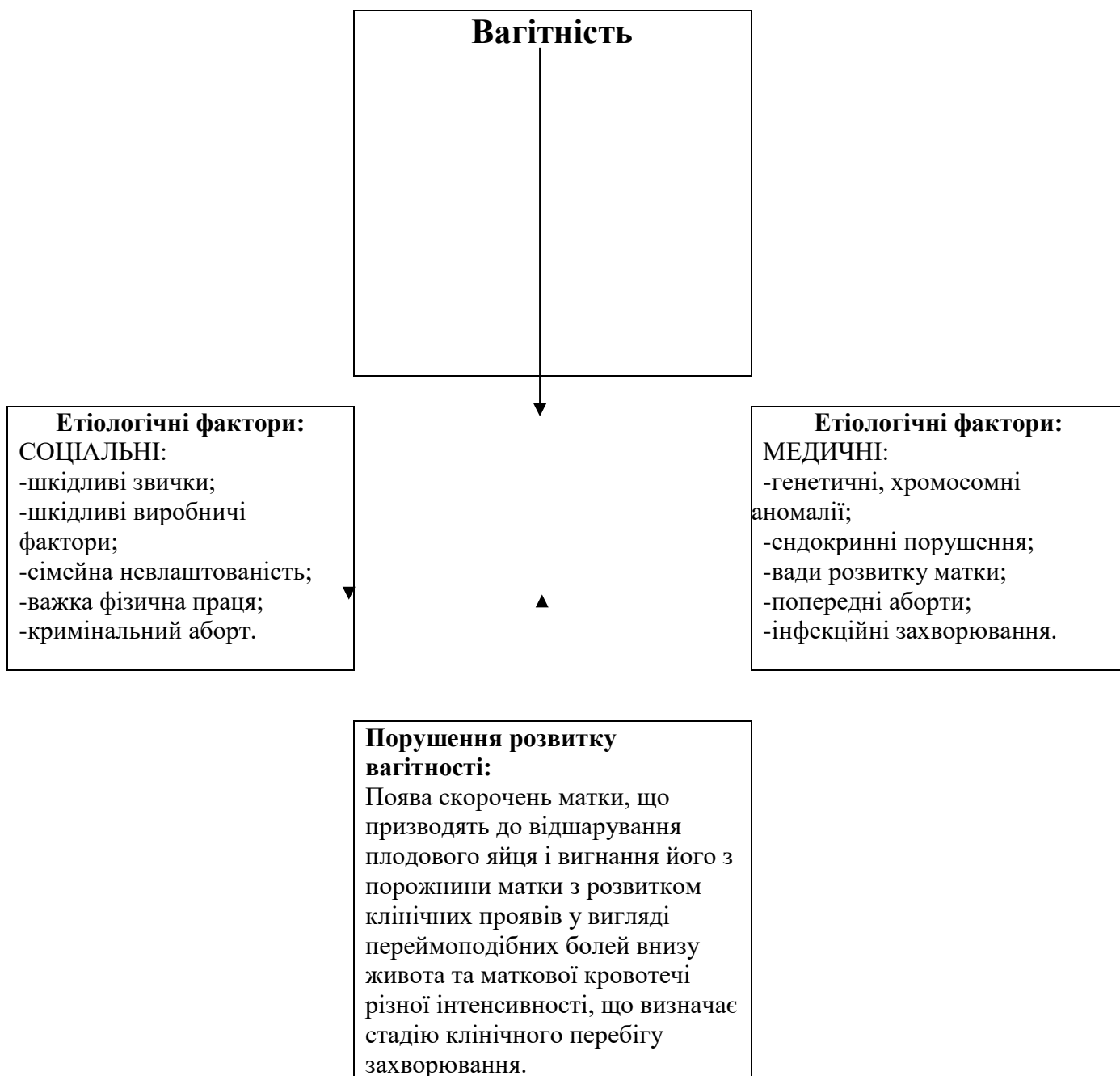
- нудоти;
- болюче нагрубання молочних залоз;
- часте сечовипускання;
- ціаноз слизової піхви і шийки матки;
- об'єктивне збільшення розмірів та зміна форми і консистенції матки.

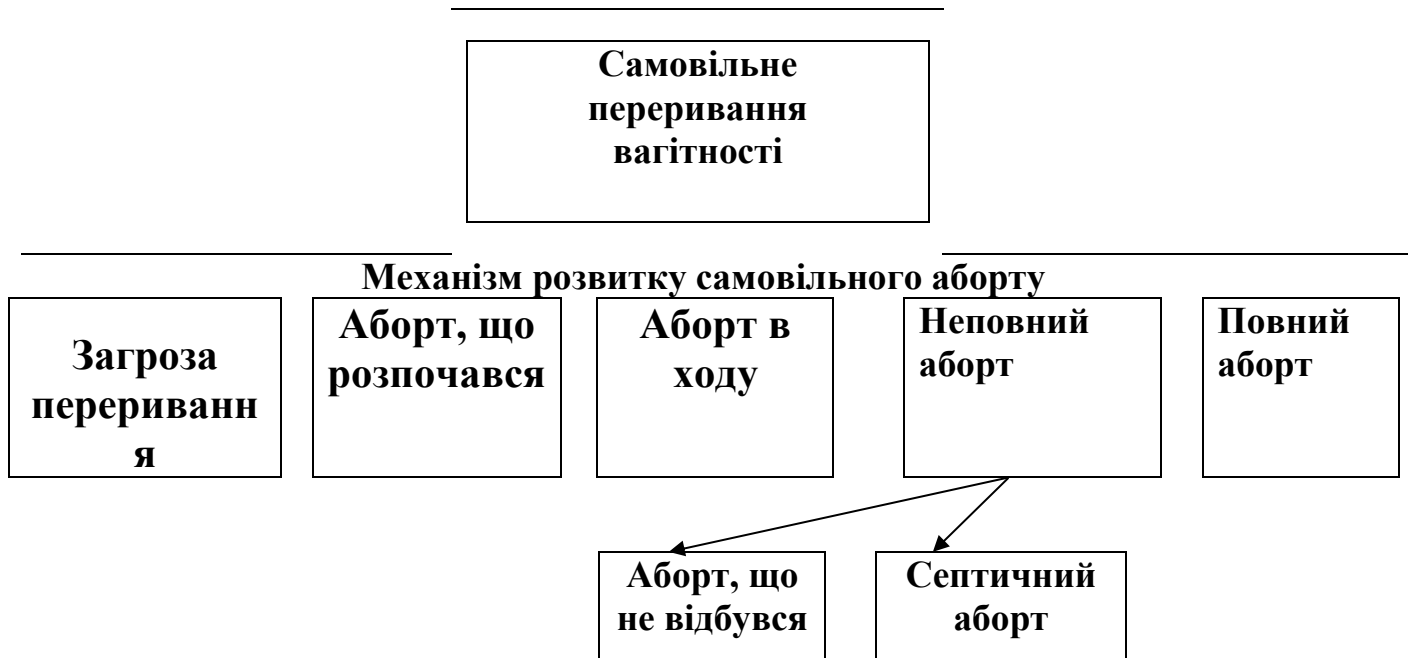
Для підтвердження вагітності, особливо в малих термінах, застосовують наступні методики:

- радіоімунний аналіз для кількісного визначення хоріонічного гонадотропіну (ХГ) в сечі є найбільш чутливим. Тривалість аналізу 70-180 хвилин, але він дозволяє визначати 1 мМО ХГ в 1 мл сечі через 7 днів після овуляції.
- імуноферментний аналіз (ELISA) проводиться протягом 4-5 хвилин. Він дозволяє визначати в сечі 50 мМО ХГ в 1 мл сечі на 10-12 день після овуляції.
- тест на пригнічення латекс-аглютинації проводиться в пробірці або на предметному склі і триває 2-3 хвилини. Він дозволяє виявити ХГ у сечі в концентрації 300-500 мМО/мл, що спостерігається через 4 тижні після останньої менструації.
- однокрокова тест-смужка на вагітність є швидким (декілька хвилин) імунохроматографічним аналізом для якісного виявлення вмісту хоріонічного гонадотропіну з чутливістю від 10 мМО ХГ в 1 мл сечі, за допомогою чого можна визначити вагітність на ранніх термінах.
- ультразвукова діагностика (УЗД) проводиться для визначення життєздатного зародка в порожнині матки, підтвердження терміну вагітності, виключення патології зародка або виявлення варіантів норми, наприклад, багатоплідної вагітності. При застосуванні трансвагінального датчика плідне яйце діаметром 1 мм візуалізується в порожнині матки через 4 тижні і 2 дні після останньої менструації при регулярному циклі, що на 1 тиждень швидше, ніж при трансабдомінальному скануванні. При УЗД в 6 тижнів вагітності визначається плідне яйце діаметром 25 мм і ембріон з серцебиттям. Трансвагінальне сканування дозволяє виявити ембріон з серцебиттям при діаметрі плідного яйця 15 мм. Визначається куприко-тім'яний розмір зародка. При встановленій довжині ембріона 3 мм, що відповідає близько 6 тижням вагітності,

більшість ультразвукових апаратів дозволяє виявити його серцебиття. Якщо серцебиття не визначається у ембріона довжиною 5 мм, показана повторне ультразвукове обстеження через 1 тиждень. Відсутність серцебиття в цьому терміні не обов'язково є ознакою страждання плода. Першою структурою, яка може бути чітко ідентифікована всередині плідного яйця, є жовточний мішок. Він визначається з терміну 5 тижнів 5 днів – дещо раніше, ніж сам зародок – і значно більший від зародку за розмірами. Виявлення жовточного мішка дозволяє відрізнити плідне яйце від простого скупчення рідини в порожнині матки і дозволяє виключити позаматкову вагітність. Наявність анембріонічної вагітності (порожнє плідне яйце) передбачається, якщо в плідному яйці не визначається жовточний мішок, якщо плідне яйце діаметром більше 25 мм не містить ембріон, а також при великих розмірах жовточного мішка (більше 6 мм).

-





Комплексне обстеження з приводу кровотечі при вагітності необхідне для проведення диференційної діагностики і передбачає проведення загальноклінічних та спеціальних методів діагностики: огляд вульви і шийки матки в дзеркалах, цитологія, кольпоскопія, біопсія, бімануальне дослідження.

Самовільний викидень - abortus spontaneus

За визначенням ВООЗ, викиднем вважається «вигнання або вилучення із материнського організму ембріона чи плода вагою 500 г і менше» (що приблизно відповідає терміну 22 тижні, коли плід ще вважається не життєздатним).

Частота спонтанних викиднів відбувається в 15-20% всіх клінічно діагностованих вагітностей. Однак в дійсності, якщо врахувати всі «хімічно» діагностовані вагітності за показниками ХГ до терміну очікуваної менструації, частота викиднів може досягати 60%.

Шифр МКХ-10

Загрозливий аборт О02.0

Викидень, який не відбувся О02.1

Спонтанний аборт О03:

Неповний аборт О03.1-О03.4

Повний аборт О03.5-О03.9

Звичний викидень N96

Класифікація клінічна:

- загрозливий аборт;
- аборт в ході;
- неповний викидень;
- повний викидень;
- викидень, що не відбувся;
- септичний аборт;
- звичний аборт.

Клініко-діагностичні критерії.

Симптоми переривання вагітності:

- больовий синдром: біль, пов'язаний із скороченням матки;
- підвищений тонус матки;
- кровотеча різного ступеню інтенсивності;
- структурні зміни шийки матки.

Вираженість симптоматики залежить від стадії мимовільного аборт. На двох останніх симптомах базується диференційна діагностика етапів переривання вагітності. В залежності від стадії процесу визначається лікувальна тактика.

Сучасна класифікація в категорію «загрозливий аборт» включає два перших періоди єдиного патологічного процесу самовільного аборт, які раніше розглядали окремо – загроза переривання вагітності та аборт, що розпочався. Тому розглянемо їх для кращого розуміння у такій послідовності.

При **загрозі переривання вагітності** (*abortus imminens*) спостерігається підвищення скоротливої активності матки. На цій стадії патологічного процесу плодове яйце залишається прикріпленим до стінки матки. Клінічно загрозливий аборт проявляється відчуттям важкості чи помірними болями внизу живота, в попереці, крижах. У II триместрі вагітності болі можуть носити переймоподібний характер. Кровотеча відсутня. Шийка матки не укорочена, внутрішній і зовнішній зів закритий, тонус матки підвищений. Величина матки відповідає терміну вагітності.

Розпочатий аборт (*abortus incipiens*) характеризується частковим відшаруванням плодового яйця на фоні посилення скорочень матки. Болі також посилюються, з'являються кров'янисті виділення, як правило, помірні. Шийка матки збережена, зів закритий або дещо привідкритий, тонус матки підвищений. Величина матки відповідає терміну вагітності. В кожному п'ятому випадку аборт, що розпочався, прогресує до завершеного аборт.

Аборт в ходу (*abortus protractus*) характеризується повним відшаруванням плідного яйця від стінки матки і його опущенням, в тому числі і в цервікальний канал. Болі мають переймоподібний характер, кровотеча виражена. Цервікальний канал відкритий, в ньому визначаються елементи плідного яйця. Тонус матки сильно виражений, розміри її відповідають, як правило, теоретичному термінові.

При **неповному аборті** (*abortus incompletus*) після вигнання плодового яйця в порожнині матки знаходяться його залишки. В матці затримуються, як правило, плодове оболонки, плацента (хоріон) або їх частини. Болі переймоподібні, кровотеча сильно виражена. Цервікальний канал вільно пропускає палець. Матка має мякувату консистенцію, величина її менша, ніж повинна бути за теоретичним терміном.

Повний аборт (*abortus completus*) спостерігається тоді, коли плідне яйце виходить з порожнини матки. Болі практично відсутні, матка повністю скорочується, кровотеча припиняється. При вагінальному обстеженні визначається добре скорочена матка, розміри її менші від теоретично терміну, цервікальний канал може бути закритим.

Для діагностики необхідно виконати:

- оцінку загального стану вагітної;
- визначення теоретичного терміну вагітності;
- огляд шийки матки у дзеркалах, бімануальне дослідження;
- оцінку величини крововтрати.

Диференціальну діагностику при кровотечі, зумовленій самовільним перериванням вагітності, слід проводити з наступними станами:

- доброякісні або злроякісні захворювання шийки матки виключають шляхом дзеркального огляду, при потребі проводять кольпоскопію, цитологію, біопсію;
- кровотеча після затримки менструації у жінок з ановуляторними циклами характеризується негативними симптомами вагітності, від'ємним тестом на β -ХГ, звичайними розмірами і консистенцією матки;
- міхуровий занесок супроводжується збільшеними розмірами матки порівняно з теоретичним терміном, значним підвищенням рівня β -ХГ від нормативних показників, характерною ультразвуковою картиною типу «снігової бурі», кров'янисті виділення можуть бути у вигляді міхурців;
- при позаматковій вагітності болі, як правило, мають більш виражений характер, в залежності від виду переривання (розрив труби чи трубний аборт). При потребі можна провести ультразвукове обстеження, пункцію черевної порожнини через заднє склепіння.

Тактика лікування залежить від терміну вагітності і стадії мимовільного аборт. Враховуючи високу частоту (70-80%) генетичних та хромосомних аномалій в структурі причин самовільного переривання вагітності, особливо в термінах до 8-9 тижнів, деякі вчені рекомендують не проводити лікування, направлене на збереження вагітності. При загрозовому аборті та аборті, що розпочався вагітність може бути збережена і призначається відповідне етіопатогенетичне лікування:

- госпіталізація, ліжковий режим;
- гормональні препарати прогестерону – по схемі у випадках гормональної недостатності (встановленої анамнестично або лабораторно); дюфастон призначається 40 мг одночасно, далі по 10 мг 3 рази на добу до 12-14 тижнів (по потребі). При гормональній терапії важливо пам'ятати, що після досягнення клінічного ефекту відміна препарату проводиться поступово, по низхідній схемі. Раптове припинення прийому даних препаратів може призвести до синдрому відміни і прогресування патологічного процесу;
- вітамінотерапія – фолієва кислота - 3-5 мг на добу (залежно від анамнезу);
- седативна терапія – валеріана – 1-2 драже 3 рази в день;
- кровоспинні препарати – етамзілат (0,25-0,5 мг 3-4 рази в день per os або 12,5% розчин 2 мл 3-4 рази в день в/м чи в/в), транексам (250-500 мг 3-4 рази на добу per os).

Якщо ж мимовільний викидень діагностовано на стадії аборт в ході чи неповного аборт, то виконується інструментальна ревізія порожнини матки під внутрішньовенним наркозом з обов'язковим гістологічним дослідженням отриманого матеріалу. При необхідності призначають:

- препарати, що скорочують матку (10 ОД окситоцину внутрішньовенно крапельно або 0,5 мкг метилергометрину внутрішньовенно або внутрішньом'язово); при продовженні кровотечі вводять 800 мкг мізопростолу ректально;
- відновлення величини крововтрати за показаннями;
- антибактеріальна терапія за показаннями.

Також необхідно виділити такі окремі форми самовільного переривання вагітності, як **аборт, що не відбувся, септичний аборт та звичне невиношування.**

Якщо під час вагітності відбувається загибель ембріона чи плода, але ознаки самовільного аборту відсутні, то така вагітність вважається завмерлою і класифікується як **аборт, що не відбувся (missed abortion)**. Причини даної форми самовільного аборту схожі з етіологічними факторами мимовільного переривання вагітності. Основні клінічні ознаки missed abortion:

- зменшення вираженості суб'єктивних ознак вагітності;
- мажучі кров'янисті виділення;
- зменшені розміри матки відносно терміну вагітності;
- відсутність серцебиття плода за даними ультразвукової діагностики;
- часто виявляються морфологічні аномалії плідного яйця.

Основний ризик аборт, що не відбувся, пов'язаний з можливою коагулопатією при тривалому знаходженні загиблого плідного яйця в порожнині матки (4 тижні і більше). Воно піддається мацерації, некрозу і аутолізу.

При веденні таких пацієнток необхідно провести дослідження системи гемостазу, визначити групу крові і резус-фактор, а також мати все необхідне для зупинки можливої коагулопатичної кровотечі. При терміні вагітності до 14 тижнів можливе одномоментне видалення плідного яйця (перевагу слід віддати вакуум-аспірації). Для видалення загиблого плода у II триместрі вагітності можуть бути застосовані спеціальні методи: внутрішньовенне введення великих доз окситоцину, інтраамніальне введення простагландину F_{2α}, інтравагінальне введення простагландину E₂. Доцільно ввести напередодні випорожнення матки на ніч ламінарію в цервікальний канал.

При тривалому протіканні самовільного аборт, можливе проникнення мікрофлори з піхви в порожнину матки з наступним розвитком хоріоамніоніту і ендометриту. Формується клініка **септичного аборт, яка характеризується, насамперед, симптомами викидня, наявністю високої температури (більше 38°C), інтоксикаційним синдромом. Вираженість клінічних проявів залежить від ступеня розповсюдженості процесу. Розрізняють неускладнений інфікований (інфекція в межах матки), ускладнений інфікований (інфекція за межами матки) і септичний (процес набуває генералізований характер).**

Прогноз залежить від вираженості лихоманки, гіпотензії, олігурії, наявності інфекції за межами матки і терміном вагітності.

Пацієнтку з септичним аборт, необхідно комплексно обстежити (загальні аналізи крові і сечі, коагулограма з тромбоцитами, біохімічне дослідження крові, електроліти). Застосовують інтенсивні засоби лікування для стабілізації стану (антибактеріальна, протизапальна, дезінтоксикаційна, десенсибілізуюча терапія). Перед застосуванням антибіотиків проводять забір виділень з матки на бактеріологічне дослідження. Частими збудниками запального процесу є анаеробні мікроорганізми (анаеробні стрептококи, бактероїди і клостридії) та їх комбінації з іншими збудниками. До отримання результатів бактеріологічного дослідження емпірично призначають антибіотики широкого спектру дії з урахуванням можливих збудників та ступеня важкості процесу (наприклад, при обмежених і легких формах процесу може бути застосована монотерапія амоксицилін/клавуланат 1,2 г в/в кожні 8 годин або ампіцилін/сульбактам 1,5-3 г в/в кожні 8 годин; при важких станах застосовують комбінацію кліндаміцин 0,3-0,9 г в/в кожні 8 годин та гентаміцин 3-5 мг/кг/добу в/м кожні 12 годин або гентаміцин 3-5 мг/кг/добу в/м кожні 12 годин та

метронідазол 0,5г в/в кожні 8 годин або левофлоксацин 0,5г в/в кожні 12 годин та кліндаміцин 0,3-0,9г в\в кожні 8 годин або іміпенем/циластатин 0,5-1г в/в кожні 6-8 годин або цефоперазон/сульбактам 2-4г в/в кожні 12 годин). Тривалість лікування повинна складати 5-7 діб при умові клінічної ефективності антибіотикотерапії. Якщо немає ефекту від лікування протягом перших 3 діб, необхідно замінити антибіотики з урахуванням результатів бактеріологічного дослідження.

Септичний аборт є завжди показом до хірургічного лікування, тому що, насамперед, повинно бути видалено джерело інфікування. В залежності від стану жінки і ступеня важкості інфекції проводять оперативне втручання від кюретажу до екстирпації матки. При терміні вагітності до 12 тижнів після досягнення стабілізації стану проводять інструментальну ревізію порожнини матки для видалення залишків плідного яйця із використанням кюретки, вакуум-аспіратора. Втручання повинен проводити досвідчений лікар, враховуючи високий ризик перфорації матки. В термінах вагітності більше 12 тижнів плід з матки видаляють медикаментозно, застосовуючи утеротоніки (окситоцин 10 Од на фізіологічному розчині 400 мл або простагландини E₂ і F_{2α}). При розповсюдженні процесу за межі матки та наявних симптомах перитоніту необхідно провести екстирпацію матки. Також у важких випадках видаляють матку з плодом.

Звичне невиношування – наявність в анамнезі двох або більше самовільних переривань вагітності, які відбулися один за одним. Якщо переривання відбулися після нормальної успішної вагітності, то такий стан визначається, як «вторинний звичний викидень», якщо ні – використовується термін «первинний звичний викидень». Частота в популяції складає біля 2% вагітностей.

Найбільш частими причинами звичного невиношування є:

- ендокринні порушення репродуктивної системи;
- стерті форми дисфункції наднирників;
- ураження рецепторного апарату ендометрія;
- хронічний ендометрит з персистенцією умовно-патогенних мікроорганізмів або вірусів;
- істміко-цервікальна недостатність, аномалії розвитку матки, внутрішньоматкові синехії;
- аутоімунні порушення (антифосфоліпідний синдром).

Схема обстеження при звичному невиношуванні вагітності

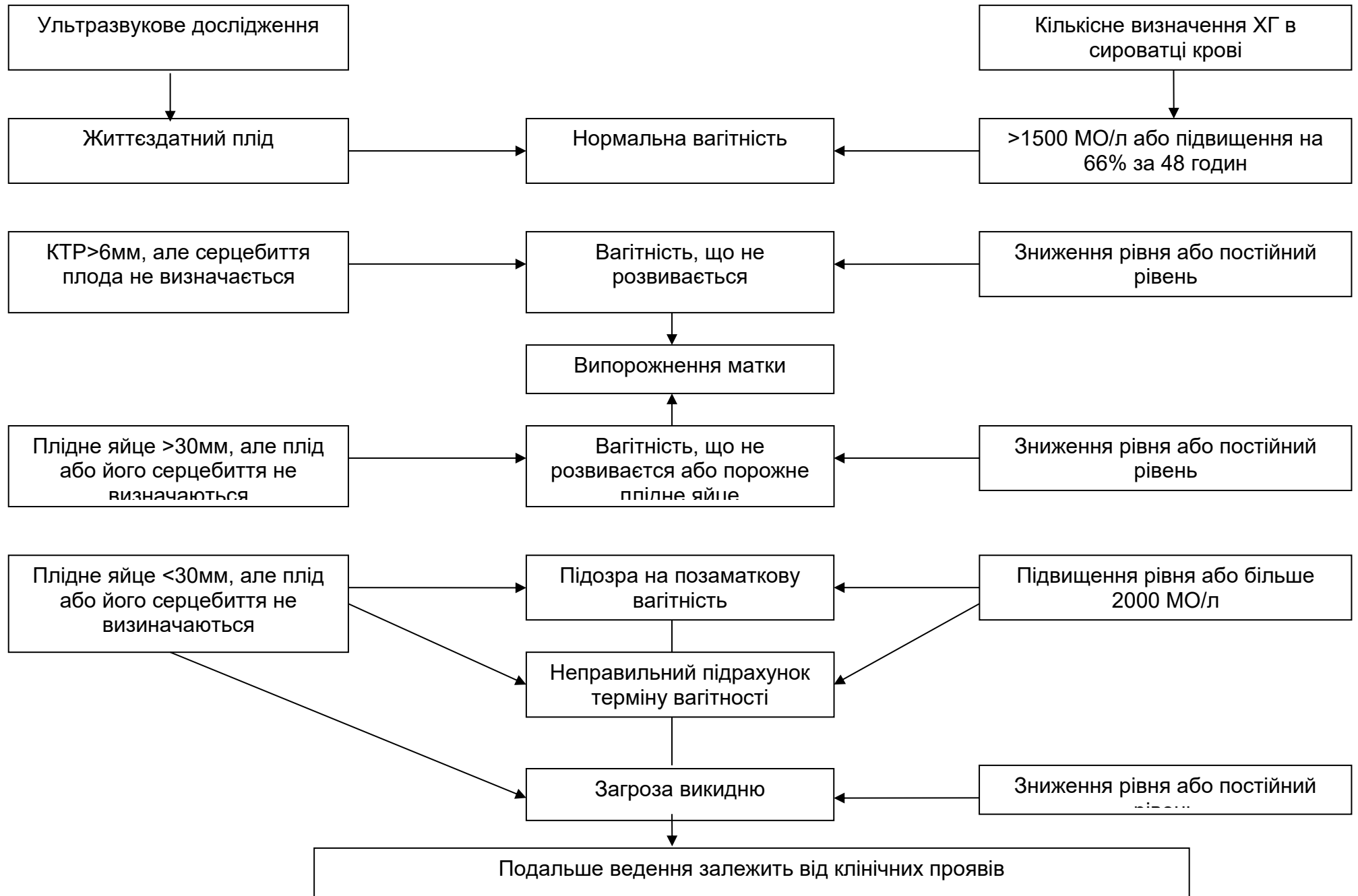
- анамнез – гінекологічний, акушерський, соматичний
- огляд спеціаліста за показаннями
- час, протягом якого наступила вагітність
- терміни переривання попередніх вагітностей
- деталі проведених раніше обстежень та лікувань
- хромосомне каріотипування обох батьків
- визначення рівня гонадотропних гормонів в середині менструального циклу (фолікулостимулюючий гормон, лютеїнізуючий гормон)
- ультразвукова діагностика органів малого таза (стан шийки, матки і придатків)
- визначення рівня антифосфоліпідних антитіл (АФА) – вовчакового антикоагулянта (ВА) і антикардіоліпінних антитіл (АКА)

- гемостазіограма (або коагулограма), генетичний аналіз крові на спадкову тромбофілію;
- бактеріологічне дослідження мікрофлори статевих органів.

Лікування

На сьогоднішній момент немає даних, які би показували значний ефект певного виду терапії, тому вибір одного з численних лікувальних режимів проводиться часто емпірично. Ряд рандомізованих контрольованих досліджень показали, що у жінок із звичним невиношуванням і наявними АФА (за виключенням жінок із системним червоним вовчаком (СЧВ) або епізодами тромбозу) при щоденному застосуванні малих доз аспірину (75мг) частота народження живих дітей складає 80%, в той же час як при прийомі плацебо в поєднанні з охоронним режимом ця частота складає 85%. Якщо в анамнезі є епізоди тромбозу або СЧВ, лікування повинне включати щоденний прийом протягом усієї вагітності аспірину 70-80 мг і введення гепарину (10 000 ОД п/ш) відразу після виявлення при УЗД серцебиття плода. За показами призначаються препарати низькомолекулярного гепарину у відповідних дозах і схемах. Також можливим є застосування глюкокортикоїдів. Фолієва кислота показана в дозі 5 мг на добу протягом всієї вагітності.

Схема ведення хворих при наявності в них аменореї, позитивного тесту на вагітність і кровотечі з статевих шляхів.



Емпіричні правила – охоронний режим при веденні жінок із звичним невиношуванням:

- в лежачому положенні протягом 0,5 – 1 години слухати через навушники музику з розслаблюючим ефектом
- на 9 тижні вагітності припинити роботу
- після виявлення серцебиття плода проводити УЗД в динаміці
- загрозливий викидень розвивається у 60% жінок при появі будь-якої кровотечі з статевих шляхів; на один тиждень призначається ліжковий режим
- заборона статевих контактів до 13 тижнів вагітності або до завершення 2 тижнів після терміну, в якому перервалася попередня вагітність
- не переїжджати під час вагітності
- ніяких фізичних навантажень, крім щоденної 10-хвилинної прогулянки і плавання
- не відвідувати спортивний зал, не грати в теніс
- не управляти автомобілем до 13 тижнів
- не приймати вдома гостей
- не відвідувати вечірки, весілля, похорони (за виключенням смерті близьких родичів)
- не ставити вдома натуральні квіти
- щоденний прийом 15 мг фолієвої кислоти до 15 тижнів вагітності
- не приймати гарячі ванни і не купатися в цілющих джерелах
- уникати контактів з побутовою хімією, не використовувати спреї
- уникати домашньої роботи, прибирання
- протягом 3 днів у тиждень не займатися іншими дітьми
- не мандрувати
- відвідувати кінотеатр в денний час
- уникати місць скупчення людей

Самовільний аборт при істміко-цервікальній недостатності (ІЦН)

Можна виділити окрему форму самовільного аборту, пов'язану з недостатністю шийки матки внаслідок перенесених захворювань, насамперед, від травматичного пошкодження шийки матки. Відносний ризик розвитку ІЦН зростає із збільшенням числа перенесених індукованих викиднів. Самовільний аборт при ІЦН представляє собою безсимптомне розширення внутрішнього зіву шийки матки і приводить до спонтанного розриву плодового міхура і втрати плода. Дилатація внутрішнього зіву розвивається у II триместрі вагітності при життєздатному плоді, не супроводжується кровотечею і підвищенням скоротливої активності матки. При УЗД характерно виявлення укороченої шийки матки (менше 25 мм при нормі 40 мм), яка набуває форму «лійки» або «кльова». Виявлення при УЗД розширеного до 23 мм і більше внутрішнього зіву шийки матки вказує на ІЦН, ширина внутрішнього зіву менше 19 мм дозволяє виключити цей діагноз. Лікування ІЦН проводиться накладанням циркулярних швів на шийку матки на рівні внутрішнього зіву. Першим запропонував свою методику накладання швів Широкар в 1955 році. З того часу запропоновано ряд інших методик накладання швів. Ефективність даного способу лікування досягає 90%, забезпечуючи виношування вагітності. Перед лікуванням проводиться мікроскопічне та бактеріологічне обстеження піхви та шийки матки, особливо на β -гемолітичний стрептокок, при потребі - санація піхви. Накладення швів на шийку матки бажано

здійснювати в терміні вагітності 14 тижнів. В терміні вагітності 36-37 тижнів нитку перерізають.

При виникненні кровотечі з статевих шляхів в ранніх термінах вагітності виключення ектопічної вагітності (ЕВ) є частиною диференційної діагностики.

Позаматкова вагітність – це імплантація заплідненої яйцеклітини поза децидуально зміненим ендометрієм. Частота складає біля 2%, після штучного запліднення і пересадки ембріона – 4-7%.

На сьогоднішній час ведення випадків ектопічної вагітності регулюється наказом МОЗ України N 1730 від 24.09.2022 р. «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність».

Класифікація.

1. За МКХ-10:

О00 Позаматкова вагітність

О00.0 Абдомінальна (черевна) вагітність

О00.1 Трубна вагітність

Вагітність у матковій трубі

Розрив маткової труби внаслідок вагітності

Трубний аборт

О00.2 Яєчниковна вагітність

О00.8 Інші форми позаматкової вагітності

Шийкова

Комбінована

В розі матки

Внутрішньозв'язкова

В брижі матки

О00.9 Позаматкова вагітність неуточнена

2. За перебігом :

-прогресуюча;

-порушена (трубний аборт, розрив маткової труби);

-завмерла вагітність.

Вагітність у жінок може протікати з нормальною імплантацією в порожнині матки(маткову), ектопічну і вагітність невідомої локалізації. Термін «ектопічна вагітність» часто вважали синонімом позаматкової вагітності, оскільки більшість випадків ектопічної вагітності (ЕВ) знаходяться у фаллопієвих трубах. Однак, останніми роками зростає кількість випадків ЕВ, які локалізуються поза порожниною матки, але в межах матки, таких як вагітність у рубці на матці після кесаревого розтину, шийкова, інтрамуральна та інтерстиціальна вагітності. Ці типи ЕВ зумовлені, як правило, рубцями або неповним загоєнням після хірургічної травми матки під час кесаревого розтину, міомектомії та оперативної гістероскопії.

Ектопічна вагітність є основною причиною материнської захворюваності та смертності. Кровотеча внаслідок розриву фаллопієвої труби або розриву інших структур, у яких імплантована ЕВ, є основною причиною материнської смертності в першому триместрі і становить від 4 до 10 відсотків усіх смертей, пов'язаних з вагітністю. Більшість цих смертей відбувається до госпіталізації або під час

транспортування пацієнтки до ЗОЗ. Показник частоти ЕВ на 1000 жінок фертильного віку в Україні за 2021 рік склав 0,50, на 1000 вагітностей- 15,25, на 1000 народжених живими- 18,39.

Основною локалізацією ектопічної вагітності є маткові труби (98% ектопічної вагітності): ампулярний відділ – 81%, перешийок – 12%, фімбріальний кінець – 5%, інтерстиціальний сегмент – 2%. Іншими місцями можливої локалізації ектопічної вагітності є яєчники (1-3 %), шийка матки (1 %), черевна порожнина (1 %).

Фактори ризику розвитку ектопічної вагітності:

- позаматкова вагітність в анамнезі;
- запальні захворювання статевих органів;
- безпліддя в анамнезі;
- застосування індукторів овуляції, екстракорпоральне запліднення;
- аномалії положення і розвитку статевих органів, статевий інфантилізм;
- пухлиноподібні утворення матки і придатків;
- наявність ендометріозу;
- порушення міграції плідного яйця;
- індукований викидень в анамнезі;
- використання внутрішньоматкових контрацептивних засобів;
- інфекції, що передаються статевим шляхом (хламідіоз, трихомоніаз, гонорея);
- ендокринні захворювання.

Половина всіх жінок, яким встановлено діагноз ЕВ, не мають будь-яких відомих факторів ризику. Жінки з ЕВ в анамнезі мають підвищений ризик рецидиву, ймовірність становить приблизно 10 %.

В розвитку ектопічної вагітності будь-якої локалізації прийнято виділяти два етапи – **прогресування і переривання вагітності**.

На етапі **прогресування клінічна** картина не порушеної позаматкової вагітності, як правило, нічим не відрізняється від маткової вагітності. Жінка вважає себе вагітною, характерними є сумнівні та ймовірні ознаки вагітності – затримка менструації, нудоти, нагубання молочних залоз, зміни смаку і апетиту, ціаноз слизової піхви та шийки матки, розм'якшення перешийка матки. При вагінальному обстеженні можна виявити при відповідній локалізації латерально від матки в області придатків округле, гладке, помірно болюче, м'якуватої консистенції пухлиноподібне утворення невеликих розмірів, обмежено рухоме. Достовірним методом діагностики прогресуючої ектопічної вагітності є трансвагінальна ехографія геніталій, яка дозволяє виявити вже на ранніх етапах вагітності децидуальну трансформацію ендометрія та наявність поза порожниною матки плідного яйця з живим ембріоном. Трансвагінальне ультразвукове дослідження (УЗД) є найкращим методом діагностики ектопічної трубної вагітності. Оскільки жінки рідко звертаються за допомогою на ранніх термінах вагітності, частота виявлення патології на даному етапі є низькою, біля 5-8%. При потребі можна

визначити наявність та рівень хоріонічного гонадотропіну одним із доступних способів. При фізіологічній вагітності рівень ХГ зростає вдвічі кожні 2 дні, при позаматковій – незначно.

Тривалість етапу прогресування ектопічної вагітності та розвиток клінічної картини порушеної позаматкової вагітності відрізняється в залежності від локалізації плідного яйця. У переважній більшості випадків (приблизно 8 з 10), при розміщенні в ампулярній, фімбріальній частині вагітність розвивається відносно довго, до 6-8 тижнів, за рахунок доброго розтягнення труби у цьому відділі. Для такої локалізації характерним є переривання вагітності по типу трубного абортів із поступовим розвитком симптоматики.

При трубному аборті через фімбріальну частину маткової труби відбувається вигнання плідного яйця. В подальшому можлива повторна імплантація трофобласта в черевній порожнині (вторинна абдомінальна вагітність) або на яєчнику (яєчникова вагітність). Трубний аборт може призвести до масивної і профузної кровотечі, що вимагає ургентного хірургічного лікування або мінімальною кровотечею, яка не потребуватиме подальшого лікування. Регресування трубної вагітності може статися спонтанно, хоча важко передбачити, у яких пацієнток відбудеться регрес трубної вагітності без ускладнень.

Фіксація вагітності у вузьких частинах труби (перешийок, інтерстиціальний відділ) є причиною раннього, раптового та бурхливого розвитку клініки переривання ектопічної вагітності. При розриві труби розвивається, зазвичай, значна кровотеча. Вона може стати фатальною, якщо терміново не буде виконано оперативне втручання.

У рідких випадках розвиток плідного яйця з черевною локалізацією може прогресувати до термінів доношеної вагітності і навіть бути причиною клінічних помилок.

Для ЕВ характерні різні симптоми. Навіть якщо симптом є малопоширеним, він може бути значущим. Симптоми ЕВ включають:

- загальні симптоми:
 - біль у черевній порожнині або ділянці малого таза;
 - аменорея або затримка менструації;
 - вагінальні кровотечі зі згустками крові чи без них;
- інші симптоми:
 - чутливість молочних залоз;
 - симптоми з боку шлунково-кишкового тракту;
 - запаморочення, слабкість чи втрата свідомості;
 - біль у ділянці плеча;
 - симптоми з боку сечовидільних шляхів;
 - елементи тканин у виділеннях;
 - відчуття тиску на пряму кишку або біль при дефекації.

При необхідності, особливо у випадках із стертою клінічною картиною, що спостерігається при трубному аборті, з метою диференційної діагностики можна застосувати швидкі імунохроматографічні тести на патологічну вагітність, які вказують на знижену концентрацію ХГ і є ознакою порушеного розвитку вагітності. Для підтвердження діагнозу застосовують метод трансвагінальної ехографії геніталій, при якій визначаються значна кількість вільної дрібнодисперсної рідини у черевній порожнині з елементами дещо підвищеної ехогенності з неоднорідною структурою, як пластівці (розцінюються, як рідка кров із згорками) та пухлиноподібне утворення

латерально від матки з частково нечіткими контурами, неоднорідною структурою різної ехогенності, наявним рідинним компонентом; інколи можуть визначатися елементи плодового яйця – ембріон без серцебиття, деформований жовточний мішок, хоріальна тканина.

Таблиця 1 Порівняльні характеристики клінічної симптоматики переривання вагітності по типу трубного абортів і розриву труби.

Клінічний симптом	Порушена трубна вагітність	
	по типу трубного аборту	по типу розриву труби
Ознаки вагітності	позитивні	позитивні
Кров'янисті виділення	помірні	помірні
Біль	помірний	значний, до больового шоку
Загальний стан	не порушений, як правило	порушений
Симптоми внутрішньої кровотечі (блідість шкіри і слизових, тахікардія, гіпотонія)	помірно виражені	значно виражені
Вагінальне дослідження	дозволяє визначити болюче пухлиноподібне утворення біля матки без чітких контурів і меж, болючість при рухах за шийку матки, нависання і болючість заднього склепіння піхви	утруднене внаслідок різкої болючості при пальпації, різка болючість при рухах за шийку матки, виражене нависання і різка болючість заднього склепіння піхви
Додаткові методи обстеження	Ультразвукова діагностика, кульдоцентез, лапароскопія	Не проводяться

В комплексному обстеженні жінок з підозрою на порушену позаматкову вагітність можна використати діагностичну пункцію черевної порожнини через заднє склепіння (кульдоцентез). Характерним є наявність темної крові з ворсинками хоріона, які плавають при розміщенні даної крові у посудині з водою.

Клінічна картина рідких форм позаматкової вагітності подібна до описаної вище симптоматики трубної вагітності, що утрудняє діагностику.

Яєчникова вагітність частіше переривається на 6-8 тижні по типу розриву вмістилища плода з симптомами внутрішньої кровотечі, перитоніту, геморагічного шоку. Подібна клінічна картина характерна і для **вагітності в рудиментарному розі матки**. Уточнення діагнозу проводять, як правило, під час операції. **Черевна вагітність** також має схожу симптоматику. В літературі є описані випадки доношеної черевної вагітності і отримання при лапаротомії живої дитини.

Шийкова вагітність локалізується в цервікальному каналі, звідси і вся характерна при цьому симптоматика: без болюча кровотеча в I-у триместрі, ниючі болі в попереку, збільшення об'єму шийки матки (діжкоподібна форма) абсолютно та відносно з розмірами тіла матки, розтягнення і ексцентричне розміщення зовнішнього

зіву, через який інколи можна побачити нижній полюс плодового яйця. Кінцево діагноз встановлюється за допомогою УЗД, коли плідне яйце локалізоване не в тілі матки, а в шийці нижче рівня внутрішнього вічка і наявний кровотік навколо плідного яйця, визначений за допомогою кольорового доплерівського картування.

Диференційну діагностику ектопічної вагітності проводять з матковою вагітністю (на етапі прогресування), перериванням маткової вагітності в ранніх термінах, гідросальпінксом внаслідок хронічного сальпінгіту, ретенційною кістою яєчника, перекрутом ніжки кісти або пухлини яєчника, апоплексією яєчника, гострим апендицитом, перитонітом, травмою печінки і селезінки. Основними критеріями для диференційної діагностики являються:

- сумнівні та ймовірні ознаки вагітності (в т.ч. і дані ретельно зібраного анамнезу);
- невідповідність розмірів матки до теоретичного терміну;
- виявлення пухлиноподібного утворення в області придатків матки;
- зниження рівня β -ХГ і прогестерону відносно норми для теоретичного терміну вагітності;
- відсутність плодового яйця в порожнині матки за даними УЗД;
- ультразвукова картина патологічних змін в придатках та черевній порожнині, характерна для перерваної ектопічної вагітності.

Лікувальна тактика при ектопічній вагітності

Підозра на позаматкову вагітність є показом до термінової госпіталізації. При умові ранньої діагностики прогресуючої трубної вагітності і наявності відповідних показів можливе консервативне ведення до її самостійного розривання. Успіх консервативної тактики досягає 70%. Консервативне ведення передбачає застосування спеціальних лікарських препаратів, вимірювання рівня β -ХГ двічі в перші 2 тижні, потім 1 раз в тиждень до його зникнення. З лікувальною метою використовують метотрексат – цитотоксичний препарат, який вводять внутрішньом'язово для системної дії або в ектопічне плідне яйце для локального ефекту. По дії метотрексат є антиметаболічним препаратом, який порушує синтез ДНК за рахунок блокади метаболізму фолієвої кислоти. Особливо вираженою є його дія на клітини трофобласту, які активно діляться. Доза для в/м введення складає 50 мг/м² або 1 мг/кг маси тіла. Введення метотрексату не впливає на майбутню репродуктивну функцію та частоту повторної позаматкової вагітності.

У разі встановленого діагнозу порушеної позаматкової вагітності необхідно провести невідкладне оперативне втручання (лапароскопія, лапаротомія). Лапароскопічний хірургічний доступ кращий, ніж лапаротомія. За наявності здорової протилежної маткової труби слід віддати перевагу сальпінгектомії замість сальпінготомії. У жінок із наявністю в анамнезі факторів зниження фертильності (попередня ЕВ, ураження протилежної труби, хірургічні втручання на органах черевної порожнини, запальні захворювання органів малого таза) необхідно розглянути можливість виконання сальпінготомії.

У разі вираженої клінічної картини порушеної ектопічної вагітності, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання у найкоротші терміни лапаротомним доступом. Якщо клінічна картина стерта, немає ознак гіповолемії та внутрішньої кровотечі – проводять УЗД органів малого тазу і/або лапароскопію.

На догоспітальному етапі у разі порушеної позаматкової вагітності об'єм невідкладної допомоги визначається загальним станом хворої та величиною крововтрати. Інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів) залежить від стадії геморагічного шоку. Тяжкий стан хворої, наявність виражених гемодинамічних порушень (гіпотонія, гіповолемія, гематокрит менше 30%) є абсолютними показаннями для оперативного втручання лапаротомним доступом з видаленням вагітної маткової труби і проведенням протишокової терапії.

При лікуванні жінок з позаматковою вагітністю застосовують комплексний підхід, який включає:

- а) оперативне лікування;
- б) боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою;
- в) ведення післяопераційного періоду;
- г) реабілітацію репродуктивної функції.

Оперативне лікування проводять як лапаротомним, так і лапароскопічним доступом. До переваг лапароскопічної методики відносяться:

- скорочення тривалості операції;
- скорочення тривалості післяопераційного періоду;
- скорочення тривалості перебування в стаціонарі;
- зменшення частоти післяопераційних ускладнень;
- зменшення кількості рубцевих змін передньої черевної стінки;
- косметичний ефект.

Виконання органозберігаючих операцій при позаматковій вагітності супроводжується ризиком розвитку у післяопераційному періоді персистенції трофобласта, що є результатом його неповного видалення з маткової труби і черевної порожнини. Найбільш ефективним методом профілактики даного ускладнення є ретельний туалет черевної порожнини 2–3 літрами фізіологічного розчину і однократне введення метотрексату у дозі 75-100мг внутрішньом'язово у першу, другу добу після операції.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:

1. *Сальпінгостомія (туботомія).* Виконується поздовжня сальпінгостомія. Після видалення плодового яйця сальпінгостому звичайно не зшивають. У разі, коли ворсини хоріона не проростають у м'язову оболонку маткової труби, обмежуються її вишкрібанням.

2. *Сегментарна резекція маткової труби.* Видаляють сегмент маткової труби, де знаходиться плодове яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби. При неможливості виконання сальпінго-сальпінго анастомоза можна перев'язати обидва кінці і накласти анастомоз пізніше.

3. *Сальпінгектомія.* Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечею. Операцію і гемотрансфузію у такому разі проводять одночасно.

При яєчниковій вагітності хірургічне лікування включає виділення плодового яйця та клиновидну резекцію яєчника. У разі масивного ураження яєчника та значної внутрішньочеревної кровотечі виконують оваріектомію.

Лікування шийкової вагітності:

1. У разі діагностованої шийкової вагітності – категорична відмова від проведення вишкрібання стінок порожнини матки, яке може призвести до розвитку профузної кровотечі.

2. Метод лікування шийкової вагітності – хірургічний (екстирпація матки). Для лікування шийкової вагітності може розглядатися застосування метотрексату.

3. Після підтвердження діагнозу шийкової вагітності визначають групу крові та Rh- фактор, встановлюють венозний катетер, отримують поінформовану письмову згоду хворої на виконання екстирпації матки. У відділенні трансфузіології замовляють одноступеневу свіжозаморожену плазму, свіжо заготовлену еритроцитарну масу, готують препарати гідроксиетильованого крохмалю.

Лікування абдомінальної (черевної) вагітності

Враховуючи високий ризик материнської смертності, відразу після встановлення діагнозу проводять хірургічне лікування. Під час оперативного лікування виділяють і перев'язують судини, що постачають кров до плаценти, і, при можливості, видаляють її. Якщо це неможливо у зв'язку з сильною кровотечею, плаценту тампують. Тампони видаляють через 24-48 годин.

Якщо виділити ці судини не вдається, проводять перев'язку і відсікання пуповини, а плаценту залишають.

Післяопераційний період.

У разі знаходження плаценти після операції у черевній порожнині її стан оцінюють за допомогою УЗД і визначення рівня α -субодиниці ХГЛ. У цих випадках дуже високий ризик кишкової непрохідності, нориць, сепсису. Застосування метотрексату протипоказано, так як це супроводжується тяжкими ускладненнями, насамперед сепсисом. Причиною сепсису є масивний некроз плаценти.

Трофобластична хвороба (ТХ)

Терміном «трофобластична хвороба» позначається патологічна проліферація тканини трофобласту, в результаті чого значно зростає продукція хоріонічного гонадотропіну. Клінічними проявами ТХ є ациклічні кровотечі з статевих шляхів. Іноді відмічається виділення із піхви ворсин хоріона у вигляді міхурів з рідинним вмістом.

Класифікація трофобластичної хвороби за ВООЗ:

1. Міхуровий занесок (*mola hydatidosa*):
 - повний
 - неповний
2. Інвазивний (деструючий) міхуровий занесок
3. Хоріонкарцинома
4. Трофобластична пухлина плацентарної площадки
5. Трофобластична пухлина, різні види:
 - гіпертрофія плацентарної площадки
 - вузол або бляшка плацентарної площадки
6. Некласифікована патологія трофобласта

Стадії розвитку трофобластичної хвороби

Клінічні варіанти захворювання	Стадії за FIGO ¹	TNM номенклатура ²
Первинна пухлина не може бути оцінена	-	TX
Немає ознак первинної пухлини	-	T0
Пухлина обмежена маткою	I	T1
Пухлина розповсюджується (проростає або метастазує) в інші органи: піхву, яєчники, широку зв'язку, маткові труби	II	T2
Метастази в легені	III	M1a
Віддалені метастази в інші органи, з ураженням легенів або без їх ураження	IV	M1b

Примітки: FIGO – міжнародна федерація гінекологів і акушерів
TNM – Tumor, Nodus, Metastasia

Міхуровий занесок (МЗ)

Класифікація за МКХ – 10:

- O01** – міхуровий занесок
- O01.0** – міхуровий занесок класичний
- O01.1** – міхуровий занесок неповний і частковий
- O01.9** – міхуровий занесок неуточнений
- O02** - інші анормальні продукти зачаття

Міхуровий занесок може бути повним і частковим. У 85-90% випадків при **повному міхуровому занеску** виявляють порушення запліднення. Наприклад, запліднюється «порожня» яйцеклітина, що не містить хромосом, одним сперматозоїдом, що містить половинний набір хромосом (23X). За рахунок редуплікації в майбутньому гаплоїдний батьківський набір хромосом подвоюється, і, відповідно, повний МЗ характеризується наявністю диплоїдного набору хромосом, частіше всього 46XX. Таким чином, при повному МЗ наявні тільки батьківські хромосоми. Захворювання характеризується набуханням і набряком ворсин хоріона і дифузною проліферацією трофобласта. Тканина зародка або плода відсутня. В 10-30% випадків після видалення міхурового занеску розвивається персистуюча трофобластична хвороба, яка вимагає лікування. Хіміотерапія необхідна в 1 випадку з 10.

Частковий міхуровий занесок характеризується триплоїдним каріотипом (69 хромосом). Під час запліднення відбувається об'єднання однієї яйцеклітини зі звичайним набором хромосом (23X) з двома сперматозоїдами, в результаті чого утворюється триплоїдний набір хромосом (69 XXX або 69 XXY). Плодові або зародкові тканини, як правило, зберігаються. Визначаються різного розміру ворсини хоріона з ділянками набряку та гіперплазії трофобласта. Ризик переродження в хоріонепітеліому невеликий. Необхідність хіміотерапії після видалення часткового МЗ виникає в 1-у випадку з 200.

Повний або частковий МЗ може злоякісно трансформуватися. Навіть після хірургічного видалення МЗ може персистувати, обмежуючись порожниною матки або проникаючи в міометрій. В подальшому може виникати емболізація в легені або піхву, або трансформація МЗ в хоріонепітеліому.

Клінічна картина міхурового занеску характеризується наступними ознаками:

- Наявність сумнівних та ймовірних ознак вагітності;
- Виникнення кровотечі різної характеристики, іноді з міхурцями занеску;
- Відсутність достовірних ознак вагітності, в тому числі і за даними ультразвукової діагностики (характерна часткова або повна картина «снігової бурі»);
- Розміри матки об'єктивно більші, ніж повинні бути за теоретичним терміном;
- Часто (біля 50%) визначаються тека-лютеїнові кісти яєчників;
- Вже в I – у триместрі вагітності можуть виникати ознаки пізнього гестозу;
- Рівень концентрації β -ХГ значно (в десятки, сотні разів) перевищує нормальні показники для теоретичного терміну вагітності.

Діагностика МЗ базується на даних клінічного обстеження, ультразвукового сканування, визначенні рівня β -ХГ, гістологічного дослідження. Диференційна діагностика проводиться з викиднем, багатоплідною вагітністю і хоріонкарциною.

Лікування. Встановлення діагнозу МЗ вимагає його видалення. Евакуація МЗ може бути здійснена кюреткою, вакуум-аспіратором, пальцем при достатньому розкритті шийки матки. Особливу обережність слід проявити при кюретажі у зв'язку з високим ризиком перфорації матки і супутньої кровотечі за рахунок її розтягнення, низького тонуусу та можливої деструкції стінки матки. Всі отримані тканини необхідно відправити на гістологічне дослідження.

Наступне спостереження. Тривалість спостереження і потреба в подальшому лікуванні залежить від виду міхурового занеску і динаміки інволюції клінічних проявів захворювання. Основну роль відіграє зниження рівня хоріонічного гонадотропіну. Визначення рівня ХГ проводиться один раз в тиждень протягом першого місяця після видалення МЗ, далі кожні 2 тижні протягом другого місяця, в подальшому один раз в місяць. Необхідно призначити ефективну контрацепцію, щоб підвищення рівня ХГ на фоні вагітності не було сприйнято за персистенцію міхурового занеску. Якщо через 56 днів після видалення МЗ рівень ХГ знижується нижче 5 МО/л, період спостереження може бути обмежений до 6 місяців і жінка може вагітніти. Якщо рівень ХГ не знизився нижче 5 МО/л, спостереження триває протягом 2 років. При персистенції трофобластичної хвороби протягом 6 місяців після видалення міхурового занеску використовують до повного вилікування малотоксичну схему метотрексат/фолієва кислота. Загальна частота вилікування після МЗ складає більше 99%. Для лікування пацієнток з персистуючою формою МЗ застосовують наступні схеми: етопозид, метотрексат, актиноміцин D або циклофосфамід з винкристином. При локалізації метастазів в ЦНС також слід проводити хіміотерапію. Хіміотерапія не впливає значно на репродуктивну функцію. Ризик повторного виникнення МЗ після першого епізоду складає 1 на 76, а з 6 жінок, що перенесли МЗ двічі, рецидив виникає в одній.

Частота розвитку хоріокарциноми після МЗ складає 1 на 30, після своєчасних родів хоріонкарцинома розвивається в 1 випадку з 50000.

Хоріокарцинома – це злоякісна пухлина трофобласту. Вона звичайно пов'язана із гестаційним процесом і може розвиватися після міхурового занеску, викидня, позаматкової вагітності або термінових родів. Приблизно в кожному другому випадку

розвитку хоріокарциноми передують міхуровий занесок. 25% випадків карциноми розвивається після викидня, 22% - після нормальної вагітності, 3% - після позаматкової вагітності. Хоріокарцинома може метастазувати в піхву, кишечник, легені, печінку, мозок.

Класифікація за МКХ-10

С 58 - злоякісні новоутворення плаценти

Клінічна картина характеризується, насамперед, ациклічними кров'янистими виділеннями, на початку – помірними, в подальшому – рясними, що виникають внаслідок руйнування пухлиною кровоносних судин. Кровотеча може відбуватися і в черевну порожнину. Метастазування спричиняє розвиток характерних симптомів в залежності від їх локалізації.

Сприятливі прогностичні фактори при хоріокарциномі:

- рівень ХГ в добовій сечі <100 000 МО/л
- рівень ХГ в сироватці крові <40 000 МО/л
- термін вагітності <4 тижнів
- відсутність метастазів в мозок або печінку.

Лікування хоріонепітеліоми, як правило, є комплексним. При розвитку профузної внутрішньочеревної або зовнішньої кровотечі, інвазії в міометрій проводиться гістеректомія. З метою консервативного лікування застосовують різні схеми протипухлинних препаратів в залежності від ступеня ризику – монотерапія метотрексатом з фолієвою кислотою при малому ступеню ризику, до комбінованої терапії етопозідом, метотрексатом і актиноміцином D почергово з циклофосфамідом і вінкрістіном при важкому ступеню ризику. Тривалість спостереження залежить від рівня ХГ і триває до 2 років.

План та організаційна структура змісту заняття

№	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Цілі в рівні засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали метод. забезпечення	Час (хв)
1.	2.	3.	4.	5.	6.
I Підготовчий етап					
1.	Організаційні заходи			Академ. Журнал	
2.	Постановка навчальних цілей і їх мотивація			П.2 “Навчальні цілі” П.1 “Актуальність”	
3.	Контроль вихідного рівня знань, навиків, умінь:				
	1) Мати уявлення про механізми запліднення та імплантації, фізіологію вагітності	I	Фронтальне теоретичне опитування	Питання	
	2) Знати діагностику вагітності на ранніх термінах	II	Індивідуальне письмове опитування	Питання	
	3) Знати класифікацію та етіологію кровотеч в I половині вагітності	II	Індивідуальне усне опитування	Питання	

	4) Засвоїти клініку, діагностику, диф. діагностику кровотеч в I-й половині вагітності	II	Тестовий контроль II рівня	Тести II рівня	Л ю н к и , м у л я ж і , с т р у к т у р н о - л о г і ч н а с х е м а
	5) Засвоїти принципи медикаментозного та оперативного лікування хворих з різними видами кровотеч в I-й половині вагітності	II	Вирішення типових задач	Задачі II рівня	
	6) Вміти діагностувати захворювання, які являються причинами кровотеч в I-й половині вагітності	III	Вирішення нетипових задач	Задачі III рівня	
	II Основний етап				
	Формування професійних навиків та вмінь				
1.	Провести обстеження жінок з кровотечею	III	Практичний тренінг	Хвора, рекомендації по методиці обстеження	
2.	Оволодіти навичками вагінального огляду в дзеркалах та бімануального обстеження, ультразвукової діагностики вагітності та інших способів	III	Практичний тренінг	Вагінальне дзеркало, рукавички, апаратура для ультразвукової діагностики, сеча вагітної, тест на вагітність	
3.	Провести курацію хворої з кровотечею	III	Професійний тренінг	Хвора, історія хвороби, рекомендації по оформленню історії хвороби	

4.	Вміти вибрати діагностичний алгоритм та провести диференційну діагностику кровотечі за клінічними формами	III	Тестовий контроль III рівня	Тести III рівня	
5.	Інтерпретувати клініко-лабораторні та інструментальні дані з метою диференційної діагностики кровотеч різної етіології	III	Практичний тренінг	Історія хвороби, дані лабораторного обстеження хворої	
6.	Вміти обрати оптимальну схему лікування кровотечі в залежності від клінічної форми та ступеня тяжкості.	III	Вирішення нетипових задач III рівня	Задачі III рівня	
III Заклучний етап					
1.	Контроль та корекція професійних вмінь та навиків	III	Вміння: індивідуальний контроль Навики: атипова ситуаційна задача III рівня	Хвора, історія хвороби атипова ситуаційна задача III рівня	15
2.	Підведення підсумків заняття				
3.	Домашнє завдання			Орієнтаційна карта для роботи з літературою	

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

VII.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Фронтальне теоретичне експрес-опитування ($\alpha=I$)

1. Дайте визначення поняття “ запліднення”.

Запліднення - це процес злиття зрілих чоловічої (сперматозоїд) та жіночої (яйцеклітина) статевих клітин, в результаті чого виникає зигота, що несе генетичну інформацію як матері, так і батька.

2. Яка тривалість здатності до запліднення статевих клітин?

Сперматозоїди зберігають здатність до запліднення протягом близько 5 днів, а яйцеклітина – 24-48 годин.

3. Де відбувається процес злиття статевих клітин?

Переважно місцем запліднення є ампулярна частина маткової труби.

4. Який із статевих гормонів називається «гормоном вагітності» і чому?

«Гормоном вагітності» називається прогестерон, бо він викликає секреторну трансформацію ендометрія, знижує тонус міоцитів і їх чутливість до окситоцину та забезпечує необхідні для виношування властивості шийки матки.

5. На яку добу після запліднення відбувається імплантація?

На 5-6 добу від запліднення плідне яйце на етапі морули попадає в порожнину матки, де перетворюється на бластоцисту. Після поділу на ембріобласт і трофобласт клітини останнього стануть хоріоном і, в майбутньому, плацентою.

6. За рахунок якого механізму йде вироблення прогестерону в ранні терміни вагітності?

Після формування трофобласту клітини останнього виробляють хоріонічний гонадотропін, який відповідає за перетворення менструального жовтого тіла в жовте тіло вагітності, де і виробляється прогестерон до етапу плацентації (12-14 тижнів).

7. Скільки триває розвиток вагітності в нормі?

280 днів або 10 акушерських або 9 календарних місяців з 1-о дня останньої менструації.

8. Що таке істинний термін розвитку вагітності, яка його тривалість?

Це період розвитку вагітності від моменту запліднення до родів і в нормі складає 266 днів.

9. Назвіть основні елементи плідного яйця.

Ембріон (плід), жовточний мішок, децидуальна оболонка, амніотична оболонка, хоріон (плацента).

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

№	Тести I рівня	Еталон відповіді
1.	Кровотечі першої половини вагітності це: а. Кровотечі до 12 тижнів вагітності б. Кровотечі до 16 тижнів вагітності в. Кровотечі до 20 тижнів вагітності г. Кровотечі до 22 тижнів вагітності д. Кровотечі до 28 тижнів вагітності	в
2.	Причинами патологічної кровотечі при вагітності можуть бути, КРІМ: а. Самовільний аборт б. Хвороби шийки матки в. Несправжня менструація г. Трофобластичні захворювання д. Ектопічна вагітність	в
3.	Основними характеристиками несправжньої менструації є перераховані, КРІМ: а. Виникають у дні очікуваної менструації б. Коротші від звичайної менструації в. Менший об'єм від звичайної менструальної крововтрати г. Свідчать про патологію плідного яйця д. Не потребують лікування	г
4.	При самовільному аборті зберігаючи терапію проводять при стадії: а. Неповного аборту б. Повного аборту в. Аборту в ходу г. Септичного аборту д. Загрозливого аборту	д
5.	Для діагностики стадії мимовільного аборту застосовують всі методи, КРІМ:	в

	<ul style="list-style-type: none"> а. Вагінальне обстеження б. Дзеркальне обстеження в. Зондування матки г. Бімануальне обстеження д. Ультразвукове обстеження 	
6.	<p>Основним методом лікування неповного аборту є:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Інструментальне вишкрібання стінок матки б. Пальцеве видалення плідного яйця в. Утеротонічні препарати г. Кровоспинні препарати д. Гормональні препарати 	а
7.	<p>При медикаментозному лікуванні загрозливого мимовільного аборту застосовують препарати, КРІМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Гестагенів б. Хоріонічного гонадотропіна в. Бета-адреноміметиків г. Кровозупинних д. Спазмолітиків 	в
8.	<p>Найбільш частою локалізацією ектопічної вагітності є:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Яєчники б. Маткові труби в. Черевна порожнина г. Шийка матки д. Комбінована 	б
9.	<p>Основними сучасними методами лікування трубної вагітності є наступні, КРІМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Лапаротомічна тубектомія б. Лапароскопічна тубектомія в. Застосування прогестинів г. Лапароскопічна сальпінгостоматопластика д. Застосування цитостатиків 	в
10.	<p>Основними клінічними симптомами перерваної трубної вагітності є:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Вагінальна кровотеча б. Больовий синдром в. Анемічний синдром г. Затримка менструації д. Всі перелічені 	д
11.	<p>Для підтвердження діагнозу позаматкової вагітності оптимальним методом діагностики є:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Трансвагінальна ехографія б. Трансабдомінальна ехографія в. Гормональна діагностика г. Діагностична лапароскопія д. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння 	а
12.	<p>Основними причинами міхурового занеску є:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Порушення запліднення б. Плацентарний мозаїцизм в. Хромосомні аномалії г. Генетичні мутації д. Токсичний вплив різних чинників 	а

13	Від чого залежить тривалість спостереження за жінкою із перенесеним випадком міхурового занеску? а. Динаміки зниження рівня бета-хоріонічного гонадотропіну б. Гістологічного типу міхурового занеску в. Стану текалютеїнових кіст яєчників г. Репродуктивних побажань пацієнтки д. Ризику розвитку хоріокарциноми	а
14	Основні симптоми міхурового занеску: а. Маткова кровотеча б. Невідповідність об'єктивних розмірів матки по відношенню до менструального терміну в. Відсутність достовірних ознак вагітності г. Картина «снігової бурі» при ультразвуковому обстеженні д. Всі перелічені	д

Індивідуальне усне опитування ($\alpha=II$)

1. Розділіть симптоми вагітності по групах.

Розрізняють сумнівні, імовірні та достовірні ознаки вагітності.

2. Що таке сумнівні ознаки вагітності? Назвіть їх.

Сумнівні ознаки – це суб'єктивні відчуття:

1. нудоти, блювання, зміни апетиту (відраза до м'яса, риби, ін.)
2. зміни нюхових відчуттів (відраза до запахів)
3. неврологічні розлади: нездужання, дратівливість, сонливість, мінливий настрій, запаморочення
4. пігментація шкіри на обличчі, по білій лінії живота, в області сосків
5. часте сечовипускання
6. збільшення об'єму живота, відчуття нагубання молочних залоз

3. Що таке ймовірні ознаки вагітності? Назвіть їх.

Це об'єктивні ознаки, які виявляються в статевих органах, молочних залозах, результатах лабораторного дослідження:

1. припинення менструацій у здорової жінки репродуктивного віку
2. збільшення молочних залоз, їх напруженість, поява молозива
3. ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки
4. зміна величини, форми і консистенції матки
5. позитивні імунологічні тести на вагітність

4. Які достовірні ознаки вагітності?

1. Пальпація частин плода у II-й половині вагітності – голівки, сідниць, спинки, кінцівок
2. Чіткі серцеві тони плода, що виявляються безпосередньо (стетоскопом) або кардіотокографією
3. Визначення рухів плода пальпаторно
4. Результати додаткового методу діагностики – ультразвукового обстеження

5. Перерахуйте основні методики діагностики вагітності

Для підтвердження вагітності, особливо малих термінів, застосовують наступні методики:

- радіоімунний метод
- імуноферментний аналіз (ELISA)
- тест на пригнічення латекс-аглютинації
- однокрокова тест-смужка на вагітність

- ультразвукова діагностика

6. Дайте визначення терміну викидень (самовільний аборт)

За визначенням ВООЗ, викиднем вважається «вигнання або вилучення із материнського організму ембріона чи плода вагою 500 г і менше» (що приблизно відповідає терміну 22 тижні, коли плід ще вважається нежиттєздатним).

7. Клінічна класифікація самовільних абортів

- загрозливий аборт;
- аборт в ході;
- неповний викидень;
- повний викидень;
- викидень, що не відбувся.
- септичний аборт
- звичний аборт

8. Назвіть основні симптоми переривання вагітності

- больовий синдром: біль, пов'язаний із скороченням матки;
- підвищений тонус матки;
- кровотеча різного ступеню інтенсивності;
- структурні зміни шийки матки.

9. Назвіть ознаки загрози переривання вагітності

- підвищення скоротливої активності матки
- відчуття важкості чи помірні болі внизу живота, в попереці, крижах; у II триместрі вагітності болі можуть носити переймоподібний характер
- кровотеча відсутня або незначна
- шийка матки не укорочена, внутрішній і зовнішній зів закритий, тонус матки підвищений
- величина матки відповідає терміну вагітності.

10. Назвіть ознаки аборту в ході

- болі переймоподібного характеру
- виражена кровотеча
- цервікальний канал відкритий, в ньому визначаються елементи плодового яйця
- тонус матки сильно виражений
- розміри матки відповідають, як правило, теоретичному терміну.

11. Назвіть ознаки неповного аборту

- в матці затримуються, як правило, плодові оболонки, плацента (хоріон) або їх частини
- болі переймоподібні
- кровотеча сильно виражена
- цервікальний канал вільно пропускає палець
- матка має мякувату консистенцію

- величина матки менша, ніж повинна бути за теоретичним терміном.

12. Назвіть ознаки повного аборту

- болі практично відсутні
- матка добре скорочена
- кровотеча припиняється
- розміри матки менші від теоретичного терміну
- цервікальний канал може бути закритим.

13. Диференціальна діагностика самовільного аборту

Слід проводити з наступними станами:

- доброякісні або злоякісні захворювання шийки матки
- кровотеча після затримки менструації у жінок з ановуляторними циклами
- міхуровий занесок
- позаматкова вагітність

14. Дайте визначення замерлої вагітності. Назвіть її основні клінічні ознаки

Якщо під час вагітності відбувається загибель ембріона чи плода, але ознаки самовільного аборту відсутні, то така вагітність вважається замерлою і класифікується як аборт, що не відбувся (**missed abortion**). Основні клінічні ознаки missed abortion:

- зменшення вираженості суб'єктивних ознак вагітності
- мажучі кров'яністі виділення
- зменшені розміри матки відносно терміну вагітності
- відсутність серцебиття плода за даними ультразвукової діагностики
- часто виявляються морфологічні аномалії плідного яйця

15. Що таке септичний аборт?

Це патологічний стан, що характеризується, насамперед, симптомами викидня, розвитком хоріоамніоніту і ендометриту, наявністю високої температури (більше 38⁰C), інтоксикаційним синдромом.

16. Дайте визначення звичного невиношування

Звичне невиношування – це наявність в анамнезі двох або більше самовільних переривань вагітності, які відбулися одне за одним.

17. Назвіть основні причини звичного невиношування

Найбільш частими причинами звичного невиношування є:

- ендокринні порушення репродуктивної системи
- стерті форми дисфункції наднирників
- спадкові та набуті тромбофілії
- ураження рецепторного апарату ендометрія
- хронічний ендометрит з персистенцією умовно-патогенних мікроорганізмів або вірусів
- істміко-цервікальна недостатність, аномалії розвитку матки, внутрішньоматкові синехії
- аутоімунні порушення (антифосфоліпідний синдром)

18. Опишіть схему обстеження при звичному невиношуванні

Схема обстеження при звичному невиношуванні вагітності

- анамнез – гінекологічний, акушерський, соматичний

- огляд спеціаліста за показаннями
- час, протягом якого наступила вагітність
- терміни переривання попередніх вагітностей
- деталі проведених раніше обстежень та лікувань
- хромосомне каріотипування обох батьків
- визначення рівня гонадотропних гормонів в середині менструального циклу (фолікулостимулюючий гормон, лютеїнізуючий гормон)
- ультразвукова діагностика органів малого тазу (стан шийки, матки і придатків)
- визначення рівня антифосфоліпідних антитіл (АФА) – вовчакового антикоагулянта (ВА) і антикардіоліпінних антитіл (АКА)
- гемостазіограма (коагулограма), генетичний аналіз крові на спадковій тромбофілії
- бактеріологічне дослідження мікрофлори статевих органів.

19. Дайте визначення поняття «істміко-цервікальна недостатність» (ІЦН)

ІЦН - окрема форма самовільного абортів, пов'язана з недостатністю шийки матки внаслідок перенесених захворювань, насамперед, від травматичного пошкодження шийки матки. Самовільний аборт при ІЦН представляє собою безсимптомне розширення внутрішнього зіву шийки матки і приводить до спонтанного розриву плодового міхура і втрати плода. Дилатація внутрішнього зіву розвивається у II триместрі вагітності при життєздатному плоді, не супроводжується кровотечею і підвищенням скоротливої активності матки.

20. Дайте визначення поняття «ектопічна вагітність»

Ектопічна вагітність - це імплантація заплідненої яйцеклітини поза децидуально зміненим ендометрієм.

21. Класифікація ектопічної вагітності

1. За МКХ-10:

О00 Позаматкова вагітність

О00.0 Абдомінальна (черевна) вагітність

О00.1 Трубна вагітність

Вагітність у матковій трубі

Розрив маткової труби внаслідок вагітності

Трубний аборт

О00.2 Яєчниковна вагітність

О00.8 Інші форми позаматкової вагітності

Шийкова

Комбінована

В розі матки

Внутрішньозв'язкова

В брижі матки

О00.9 Позаматкова вагітність неуточнена

2. За перебігом :

-прогресуюча;

-порушена (трубний аборт, розрив маткової труби);

-завмерла вагітність

22. Фактори ризику виникнення ектопічної вагітності

- позаматкова вагітність в анамнезі
- запальні захворювання статевих органів
- безпліддя в анамнезі

- застосування індукторів овуляції, екстракорпоральне запліднення
- аномалії положення і розвитку статевих органів, статевий інфантилізм
- пухлиноподібні утворення матки і придатків
- наявність ендометріозу
- порушення міграції плідного яйця
- індукований викидень в анамнезі
- використання внутрішньоматкових контрацептивних засобів
- інфекції, що передаються статевим шляхом (хламідіоз, трихомоніаз, гонорея)
- ендокринні захворювання

23. *Опишіть клінічну картину прогресуючої ектопічної вагітності*

Основні клінічні характеристики:

- нічим не відрізняється від маткової вагітності
- характерними є сумнівні та ймовірні ознаки вагітності
- при вагінальному обстеженні можна виявити при відповідній локалізації латерально від матки в області придатків округле, гладке, помірно болюче, м'якуватої консистенції пухлиноподібне утворення невеликих розмірів, обмежено рухоме
- достовірним методом діагностики прогресуючої ектопічної вагітності є трансвагінальна ехографія геніталій, яка дозволяє виявити вже на ранніх етапах вагітності децидуальну трансформацію ендометрія та наявність поза порожниною матки плідного яйця з живим ембріоном.
- при фізіологічній вагітності рівень ХГ зростає вдвічі кожні 2 дні, при позаматковій – незначно.

24. *Опишіть клінічну картину порушеної позаматкової вагітності по типу трубного аборт*

- позитивні ознаки вагітності
- помірні кров'яністі виділення
- помірний біль
- не порушений, як правило, загальний стан
- помірно виражені симптоми внутрішньої кровотечі (блідість шкіри і слизових, тахікардія, гіпотонія)
- при вагінальному дослідженні визначається болюче пухлиноподібне утворення біля матки без чітких контурів і меж, болючість при рухах за шийку матки, нависання і болючість заднього склепіння піхви
- з додаткових методів обстеження використовують ультразвукову діагностику, кульдоцентез, лапароскопію

25. *Опишіть клінічну картину порушеної позаматкової вагітності по типу розриву труби*

- позитивні ознаки вагітності
- помірні кров'яністі виділення
- виражений біль

- загальний стан порушений
- сильно виражені симптоми внутрішньої кровотечі
- вагінальне дослідження утруднене внаслідок вираженої больової реакції при пальпації, рухах за шийку матки, нависає болюче склепіння піхви
- додаткові методи діагностики, як правило, не потрібні

26. Диференційна діагностика при позаматковій вагітності

Диференційну діагностику ектопічної вагітності проводять з матковою вагітністю (на етапі прогресування), перериванням маткової вагітності в ранніх термінах, гідросальпінксом внаслідок хронічного сальпінгіту, ретенційною кістою яєчника, перекрутом ніжки кисти або пухлини яєчника, апоплексією яєчника, гострим апендицитом, перитонітом, травмою печінки і селезінки. Основними критеріями для диференційної діагностики являються:

- сумнівні та ймовірні ознаки вагітності (в т.ч. і дані ретельно зібраного анамнезу)
- невідповідність розмірів матки до теоретичного терміну
- виявлення пухлиноподібного утворення в області придатків матки
- зниження рівня β -ХГ і прогестерону відносно до норми для теоретичного терміну вагітності
- відсутність плодового яйця в порожнині матки за даними УЗД
- ультразвукова картина патологічних змін в придатках та черевній порожнині, характерна для перерваної ектопічної вагітності

27. Дайте визначення трофобластичному захворюванню

Терміном «трофобластична хвороба» позначається патологічна проліферація тканини трофобласту, в результаті чого значно зростає продукція хоріонічного гонадотропіну.

28. Які види класифікації трофобластичної хвороби знаєте?

Розрізняють класифікацію за ВООЗ, за стадіями перебігу та за МКХ-10.

29. Наведіть класифікацію трофобластичної хвороби за ВООЗ:

1. Міхуровий занесок (mola hydatidosa):
 - повний
 - неповний
2. Інвазивний (деструючий) міхуровий занесок
3. Хоріокарцинома
4. Трофобластична пухлина плацентарної площадки
5. Трофобластична пухлина, різні види:
 - гіпертрофія плацентарної площадки
 - вузол або бляшка плацентарної площадки
6. Некласифікована патологія трофобласта

30. Дайте визначення міхурового занеску

Міхуровий занесок – це один із видів трофобластичної хвороби, що виникає внаслідок порушень запліднення і характеризується доброякісним переродженням ворсин хоріону.

31. Опишіть клінічну картину міхурового занеску.

Клінічна картина міхурового занеску характеризується наступними ознаками:

- Наявність сумнівних та ймовірних ознак вагітності
- Виникнення кровотечі різної характеристики, іноді з міхурцями занеску

- Відсутність достовірних ознак вагітності, в тому числі і за даними ультразвукової діагностики (характерна часткова або повна картина «снігової бурі»)
- Розміри матки об'єктивно більші, ніж повинні бути за теоретичним терміном
- Часто (біля 50%) визначаються тека-лютеїнові кісти яєчників
- Вже в I–у триместрі вагітності можуть виникати ознаки гестозу
- Рівень концентрації β -ХГ значно (в десятки, сотні разів) перевищує нормальні показники для терміну вагітності

32. *Перечисліть основні діагностичні критерії міхурового занеску.*

Діагноз міхурового занеску базується на даних клінічного обстеження, ультразвукового сканування, гістологічного дослідження, визначенні рівня β -ХГ.

33. *З якими станами проводиться диференційна діагностика міхурового занеску?*

Диференційна діагностика проводиться з викиднем, багатоплідною вагітністю і хоріокарциномою.

34. *Що таке хоріокарцинома?*

Хоріокарцинома – це злоякісна пухлина трофобласта. Вона звичайно пов'язана з гестаційним процесом і може розвиватися після міхурового занеску, викидня, позаматкової вагітності або термінових родів.

35. *Назвіть основні клінічні симптоми хоріонепітеліоми.*

Клінічна картина характеризується, насамперед, ациклічними кров'янистими виділеннями, на початку – помірними, в подальшому – рясними, що виникають внаслідок руйнування пухлиною кровоносних судин. Кровотеча може відбуватися і в черевну порожнину. Метастазування спричиняє розвиток характерних симптомів в залежності від їх локалізації.

Індивідуальне письмове опитування (а=II)

1. *Яка тактика лікаря при поєднанні вагітності з кровоточивою псевдоерозією шийки матки?*

Кров'яністі виділення при псевдоерозії незначні, неболючі, часто – контактні. Необхідно провести спеціальне дослідження для виключення самовільного аборту і раку шийки матки. Призначається консервативне лікування псевдоерозії.

2. *Яка тактика лікаря при поліпі цервікального каналу?*

При виявленні в цервікальному каналі кровоточивого поліпу необхідно провести поліпектомію з наступним гістологічним дослідженням.

3. *Яка тактика лікаря при поєднанні вагітності і раку шийки матки?*

При встановленні раку шийки матки при вагітності жінка повинна бути госпіталізована в онкодиспансер і необхідно провести розширену екстирпацію вагітної матки.

4. *Яка тактика лікаря при травмах піхви та розриві варикозних вен в поєднанні з вагітністю?*

Необхідно визначити механізм і локалізацію пошкодження та відновити цілісність тканин, при необхідності з перев'язкою судин.

5. *Тактика лікування хворих з мимовільними абортами*

Залежить від терміну вагітності і стадії мимовільного аборту. При загрозовому аборті та аборті, що розпочався вагітність може бути збережена і призначається відповідне лікування. Якщо ж мимовільний викидень діагностовано на стадії аборту в ході чи неповного аборту, то виконується інструментальна ревiзiя порожнини матки під внутрішньовенним наркозом з обов'язковим гістологічним дослідженням отриманого матеріалу.

6. *Назвіть основні принципи лікування загрозового аборту*

- госпіталізація, ліжковий режим;
- гормональні препарати при ознаках гормональної недостатності
- вітамінотерапія
- седативна терапія
- кровоспинні препарати

7. *Принципи лікування аборту в ході*

Проводять інструментальну ревiзiю порожнини матки

При необхідності призначають:

- препарати, що скорочують матку
- відновлення величини крововтрати за показаннями;
- антибактеріальну терапію за показаннями.

8. *Принципи лікування неповного аборту*

Проводять інструментальну ревiзiю порожнини матки

При необхідності призначають:

- препарати, що скорочують матку
- відновлення величини крововтрати за показаннями;
- антибактеріальну терапію за показаннями.

9. *Принципи лікування замерлої вагітності*

Необхідно провести дослідження системи гемостазу, визначити групу крові і резус-фактор, а також мати все необхідне для зупинки можливої коагулопатичної кровотечі. При терміні вагітності до 14 тижнів можливе одномоментне видалення плідного яйця (перевагу слід віддати вакуум-аспірації). Для видалення загиблого плода у II триместрі вагітності можуть бути застосовані спеціальні методи: внутрішньовенне введення великих доз окситоцину, інтраамніальне введення простагландину F_{2α}, інтравагінальне введення простагландину E₂. Доцільно ввести напередодні випорожнення матки на ніч ламінарію.

10. *Принципи лікування септичного аборту.*

- комплексне обстеження (загальні аналізи крові і сечі, коагулограма з тромбоцитами, біохімічне дослідження крові, електроліти)
- інтенсивні засоби лікування для стабілізації стану (антибактеріальна, протизапальна, дезінтоксикаційна, десенсибілізуюча терапія)
- бактеріологічне дослідження
- емпірично призначають антибіотики широкого спектру дії
- хірургічне лікування - від кюретажу до екстирпації матки; у важких випадках видаляють матку з плодом.

11. *Основні принципи лікування звичного невиношування*

Вибір одного з численних лікувальних режимів проводиться часто емпірично, обов'язково з урахуванням етіологічного фактору. При наявності в анамнезі епізодів тромбозу або СЧВ лікування повинне включати щоденний прийом протягом усієї вагітності аспірину 70-80 мг і введення гепарину (10 000 ОД п/ш) відразу після виявлення при УЗД серцебиття плода. За

показами призначають препарати низькомолекулярного гепарину у відповідних дозах. Також можливим є застосування глюкокортикоїдів. Фолієва кислота показана в дозі 5 мг на добу протягом усієї вагітності.

12. *Принципи лікування істміко-цервікальної недостатності*

Лікування ІЦН проводиться накладанням циркулярних швів на шийку матки на рівні внутрішнього зіву за різними методиками. Перед лікуванням проводиться мікроскопічне та бактеріологічне обстеження піхви та шийки матки, особливо на β -гемолітичний стрептокок, при потребі - санація піхви. Накладення швів на шийку матки бажано здійснювати в терміні вагітності 14 тижнів. В терміні вагітності 36-37 тижнів нитку перерізають.

13. *Лікувальна консервативна тактика при позаматковій вагітності*

- при підозрі на позаматкову вагітність показана термінова госпіталізація
- можлива при умові ранньої діагностики прогресуючої трубної вагітності і наявності відповідних показів
- консервативне ведення передбачає застосування спеціальних лікарських препаратів, вимірювання рівня β -ХГ двічі в перші 2 тижні, потім 1 раз в тиждень до його зникнення
- з лікувальною метою використовують метотрексат – цитотоксичний препарат, який вводять внутрішньом'язово для системної дії або в ектопічне плідне яйце для локального ефекту.
- введення метотрексату не впливає на майбутню репродуктивну функцію та частоту повторної позаматкової вагітності

14. *Лікувальна оперативна тактика при позаматковій вагітності*

- у разі вираженої клінічної картини порушеної ектопічної вагітності, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання у найкоротші терміни лапаротомним доступом. Якщо клінічна картина стерта, немає ознак гіповолемії та внутрішньої кровотечі – проводять УЗД органів малого таза і/або лапароскопію.
- при лікуванні жінок з позаматковою вагітністю застосовують комплексний підхід, який включає:
 - а) оперативне лікування;
 - б) боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою;
 - в) ведення післяопераційного періоду;
 - г) реабілітацію репродуктивної функції.

15. *Які види оперативного втручання застосовують при трубній вагітності*

- *сальпінгостомія (туботомія)*. Виконується поздовжня сальпінгостомія. Після видалення плодового яйця сальпінгостому, як звичайно, не зшивають. У разі, коли ворсини хоріона не проростають у м'язову оболонку маткової труби, обмежуються її вишкрібанням.
- *сегментарна резекція маткової труби*. Видаляють сегмент маткової труби, де знаходиться плодове яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби. При неможливості виконання сальпінго-сальпінго анастомоза можна перев'язати обидва кінці і накласти анастомоз пізніше.
- *сальпінгектомія*. Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечею. Операцію і гемотрансфузію у такому разі проводять одночасно.

16. *Лікувальна тактика при шийковій вагітності*

- у разі діагностованої шийкової вагітності – категорична відмова від проведення вишкрібання стінок порожнини матки, яке може призвести до розвитку профузної кровотечі
- метод лікування шийкової вагітності – хірургічний (екстирпація матки)
- після підтвердження діагнозу шийкової вагітності визначають групу крові та Rh- фактор, встановлюють венозний катетер, отримують поінформовану письмову згоду хворої на виконання екстирпації матки. Замовляють одногрупну свіжозаморожену плазму, свіжо заготовлену еритроцитарну масу, готують препарати гідроксиетильованого крохмалю.

17. Лікувальна тактика при абдомінальній вагітності

Відразу після встановлення діагнозу проводять хірургічне лікування. Під час оперативного лікування виділяють і перев'язують судини, що постачають кров до плаценти, і, при можливості, видаляють її. Якщо це неможливо у зв'язку з сильною кровотечею, плаценту тампують. Тампони видаляють через 24-48 годин.

Якщо виділити ці судини не вдається, проводять перев'язку і відсікання пуповини, а плаценту залишають.

Післяопераційний період.

У разі знаходження плаценти після операції у черевній порожнині її стан оцінюють за допомогою УЗД і визначення рівня α -субодиниці ХГЛ. У цих випадках дуже високий ризик кишкової непрохідності, нориць, сепсису. Застосування метотрексату протипоказано, так як це супроводжується тяжкими ускладненнями, насамперед сепсисом. Причиною сепсису є масивний некроз плаценти.

18. Які основні принципи лікування міхурового занеску?

Встановлення діагнозу МЗ вимагає його видалення. Евакуація МЗ може бути здійснена кюреткою, вакуум-аспіратором, пальцем при достатньому розкритті шийки матки. Особливу обережність слід проявити при кюретажі внаслідок високого ризику перфорації матки і кровотечі за рахунок її розтягнення, низького тонуусу та можливої деструкції стінки матки. Всі отримані тканини необхідно відправити на гістологічне дослідження.

19. В чому полягає наступне спостереження за перенесеним міхуровим занеском?

Тривалість спостереження і потреба в подальшому лікуванні залежить від виду міхурового занеску і динаміки інволюції клінічних проявів захворювання. Основну роль відіграє зниження рівня хоріонічного гонадотропіну. Визначення рівня ХГ проводиться один раз в тиждень на протязі першого місяця після видалення МЗ, далі кожні 2 тижні на протязі другого місяця, в подальшому один раз місяць. Необхідно призначити ефективну контрацепцію, щоб підвищення рівня ХГ на фоні вагітності не було прийнято за персистенцію міхурового занеску. Якщо через 56 днів після видалення МЗ рівень ХГ знижується менше 5 МО/л, період спостереження може бути обмежений до 6 місяців і жінка може вагітніти. Якщо рівень ХГ не знизився нижче 5 МО/л, спостереження триває на протязі 2 років. При персистенції трофобластичної хвороби на протязі 6 місяців після видалення міхурового занеску використовують до повного вилікування малотоксичну схему метотрексат/фолієва кислота. Загальна частота вилікування після МЗ складає більше 99%. Для лікування пацієток з персистуючою формою МЗ застосовують наступні схеми: етопозид, метотрексат, актиноміцин D або циклофосфамід з винкристином. При локалізації метастазів в ЦНС також слід проводити хіміотерапію. Хіміотерапія не впливає значно на репродуктивну функцію.

20. Які основні принципи лікування хоріокарциноми?

Лікування хоріонепітеліоми, як правило, є комплексним. При розвитку профузної внутрішньочеревної або зовнішньої кровотечі, інвазії в міометрій проводиться гістеректомія. З метою консервативного лікування застосовують різні схеми протипухлинних препаратів в залежності від ступеня ризику – монотерапія метотрексатом з фолієвою кислотою при малому ступеню ризику, до комбінованої терапії етопозідом, метотрексатом і актиноміцином D почергово з циклофосфамідом і

вінкрістіном при важкому ступеню ризику. Тривалість спостереження залежить від рівня ХГ і триває до 2 років.

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

№	Тести II рівня	Еталон відповіді
1.	Кровотечі, не пов'язані з патологією плодового яйця, можуть бути обумовлені: а. несправжніми менструаціями б. істинними менструаціями в. псевдоерозією г. міомою матки д. поліпами шийки матки е. ендометріозом тіла матки є. раком шийки матки ж. травмами піхви з. варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів і піхви і. порушенням згортання крові	а, б, в, г, д, е, є, ж, з, і
2.	Кровотечі, пов'язані з патологією плодового яйця, можуть бути обумовлені: а. аборт, що починається б. несправжніми менструаціями в. самовільним аборт, що відбувається в ході вагітності г. перерваною трубною вагітністю д. міхуровим занеском е. цервікальною нідацією	а, в, г, д, е
3.	Несправжні менструації під час вагітності - це: а. кров'яні виділення із статевих шляхів в ранні терміни вагітності б. кров'яні виділення із статевих шляхів в середині вагітності (другий триместр) в. співпадають по терміну з днями, коли має бути звичайна менструація г. залежності по терміну від звичайної менструації немає	а, в
4.	Несправжні менструації під час вагітності характеризуються: а. довші за звичайну менструацію б. коротші за звичайну менструацію в. рясні та інтенсивніші за звичайну менструацію г. мізерні за звичайну менструацію д. вимагають лікування е. не вимагають терапії є. є відшаруванням хоріону ж. еквівалентні аборт, що розпочався	б, г, е
5.	Тактика лікаря при поєднанні вагітності з псевдоерозією шийки матки, що кровоточить: а. не робити спеціальних досліджень б. провести діагностику для виключення аборт, що починається в. провести діагностику для виключення раку шийки матки	б, в, е

	г. електрокоагуляція псевдоерозії д. лазерокоагуляція псевдоерозії е. консервативні методи лікування	
6.	Спеціальні методи дослідження при поєднанні вагітності з псевдоерозією шийки матки, що кровоточить : а. огляд шийки матки в дзеркалах б. кольпоскопічне дослідження в. біопсія шийки матки г. цитологічне дослідження д. бактеріологічне дослідження цервікальних виділень	а, б, г, д
7.	Яка тактика лікаря при поліпах шийки матки, що кровоточать, під час вагітності? а. амбулаторне спостереження б. потрібна госпіталізація в. кольпоскопічне дослідження г. проведення поліпектомії д. вишкрібання цервікального каналу е. конізація шийки матки є. електро-, термо-, або лазерна коагуляція поліпа шийки матки, що кровоточить ж. хірургічні методи лікування протипоказані з. консервативна терапія	б, в, г, ж, з
8.	Яка тактика лікаря при поєднанні вагітності і раку шийки матки : а. пролонгація вагітності можлива при вузловій формі за відсутності регіональних метастазів б. пролонгація вагітності можлива при дифузній формі за відсутності регіональних метастазів в. потрібне проведення штучного аборт з подальшою госпіталізацією в онкологічний стаціонар г. потрібна радикальна операція - розширена екстирпація вагітної матки	г
9.	Яка тактика лікаря при травмах піхви і кровотечі з варикозно розширених вен, що поєднуються з вагітністю : а. можливе амбулаторне спостереження і лікування б. потрібна госпіталізація в. встановити джерело кровотечі г. відновлення цілісності пошкодженої тканини д. при необхідності — перев'язка варикозно розширених вен піхви е. профілактика можливого мимовільного переривання вагітності	б, в, г, д
10	Які клінічні форми аборт першої половини вагітності : а. самовільний аборт в ходу б. штучний аборт в. міхуровий занесок г. порушена трубна вагітність д. шийкова нідація	а, б

11	<p>Які клінічні форми abortus spontaneus першої половини вагітності :</p> <p>а. abortus imminens (загрозливий аборт) б. abortus incipiens (аборт, що почався) в. abortus protragens (аборт в ході) г. abortus incompletus (неповний аборт) д. abortus completus (повний аборт) abortus cervicalis (шеечний викидень)</p>	а, б, в, г, д
12	<p>Чим характеризується abortus imminens (загрозливий аборт);</p> <p>а. як правило, мажучі кров'яні виділення із статевих шляхів б. завжди сильні, проривні кровотечі в. пов'язаний з відшаруванням хоріону г. пов'язаний з відшаруванням плаценти (на 4 місяці вагітності) д. пов'язаний часто з інфекційно-запальним процесом, патогенетично має місце порушення моторної функції матки і зниження здатності крові згортатися е. пов'язаний з патологією ворсин хоріону є. спостерігається підвищення тону мати ж. має місце розм'якшення, укорочення, згладжування шийки матки і відкриття маткового зіву з. розм'якшення, укорочення, згладжування шийки матки і відкриття маткового зіву не спостерігається и. болі в попереку і (або) внизу живота</p>	є, з, и
13	<p>Abortus incipiens (аборт, що почався) характеризується:</p> <p>а. має місце розм'якшення, укорочення, згладжування шийки матки і відкриття маткового зіву б. розм'якшення, укорочення, згладжування шийки матки і відкриття маткового зіву не спостерігається в. кров'яні виділення із статевих шляхів г. сильні, проривні кровотечі д. переймоподібні болучі скорочення матки</p>	б, в, д
14	<p>При діагностиці abortus protragens (аборт в ході) :</p> <p>а. визначається розм'якшення, укорочення, згладжування шийки матки і відкриття маткового зіву б. розм'якшення, укорочення, згладжування шийки матки і відкриття маткового зіву не спостерігається в. потрібне медикаментозне забезпечення і строге спостереження за станом жінки г. може бути необхідно форсувати вигнання плоду д. прибігати до форсування вигнання плоду не можна е. лікарська тактика залежить від об'єму та інтенсивності кровотечі</p>	а, г, є
15	<p>Abortus completus (повний аборт) характеризується:</p> <p>а. мимовільне видалення всього плодового яйця б. можлива затримка залишків децидуальної оболонки в. залишків децидуальної оболонки при abortus completus немає г. ускладненням може бути порушення зворотного розвитку матки, ендометрит д. ускладнення при abortus completus, як правило, не спостерігаються е. потрібна ревізія порожнини матки / вишкрібання порожнини матки</p>	а, в, д

16	<p>Abortus incompletus (неповний аборт) :</p> <ul style="list-style-type: none"> а. характеризується затримкою частин плодового яйця в порожнині матки б. показана інструментальна ревізія порожнини матки в. за відсутності кровотечі оперативне лікування не показане г. при щільній матці і відсутності кровотечі, що скоротилася, оперативне лікування (інструментальне видалення частин хоріону/плаценти) протипоказане д. може призвести до порушення моторної функції матки, її субінволюції е. можливі такі ускладнення, як ендометрит, сепсис є. можливі такі ускладнення, як плацентарні поліпи, відтерміновані кровотечі 	а, б, д, е, є
17	<p>При nidatio cervicalis має місце:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. збереження здатності міометрія шийки матки до скорочення б. міометрій шийки матки втрачає здатність до скорочення в. кровотеч не спостерігаються г. кровотечі з'являються вже на ранніх термінах вагітності д. кровотечі обумовлені втратою здатності м'язових волокон шийки матки до скорочення е. кровотечі обумовлені патологією ворсин хоріону є. кровотечі обумовлені розкриттям шийки матки і «розгортанням» нижнього сегменту матки 	б, г, д
18	<p>Nidatio cervicalis клінічно проявляється:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. «бочкоподібною» шийкою матки б. шийка матки укорочена, ціанотична в. шийка матки подовжена, ціанотична г. збільшення тіла матки відповідає терміну вагітності д. збільшення тіла матки не відповідає терміну вагітності е. між тілом і шийкою матки є «перетяжка», завдяки чому матка набуває форми «пісочного годинника» 	а, б, д
19	<p>Лікування при nidatio cervicalis припускає:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. збереження вагітності б. необхідність в перериванні вагітності в. консервативну терапію, спрямовану на релаксацію м'язів матки, гальмування її спонтанної активності, «підйом» хоріону/плаценти г. гемостатичні препарати і терапію, спрямовану на профілактику можливої кровотечі д. терапію, спрямовану на поліпшення матково-плацентарного/хоріонального кровообігу і профілактику внутрішньоутробної затримки розвитку плода е. оперативне лікування (екстирпація матки) є. вишкрібання шийки матки з мінімальною зоною травматизації судин) 	б, є

20	<p>Основними критеріями для диференційної діагностики позаматкової вагітності є:</p> <p>а. сумнівні та ймовірні ознаки вагітності (в т.ч. і дані ретельно зібраного анамнезу)</p> <p>б. невідповідність розмірів матки до теоретичного терміну</p> <p>в. виявлення пухлиноподібного утворення в області придатків матки</p> <p>г. зниження рівня β-ХГ і прогестерону відносно до норми для теоретичного терміну вагітності</p> <p>д. відсутність плодового яйця в порожнині матки за даними УЗД</p> <p>е. ультразвукова картина патологічних змін в придатках та черевній порожнині, характерна для перерваної ектопічної вагітності</p> <p>є. дані загального аналізу крові</p>	а, б, в, г, д, е
----	---	------------------

Задачі II рівня

№		Еталон відповіді
1.	<p>Вагітна Л., 28 років. В анамнезі 1 нормальні роди. Дана вагітність друга, бажана. Остання менструація – 2,5 місяці тому. Звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на помірну кровотечу та болі внизу живота. За результатами проведеного комплексного дослідження встановлено самовільний аборт, що розпочався. <i>Визначте подальшу тактику ведення.</i></p> <p>а. направити в стаціонар</p> <p>б. призначити лікування в амбулаторних умовах</p> <p>в. провести інструментальну ревізію порожнини матки</p> <p>г. призначити комплексну зберігаючу терапію</p> <p>д. провести контрольне ультразвукове обстеження через 2 тижні</p>	а, г, д
2.	<p>Вагітна А., 24 роки, доставлена в стаціонар зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, рясні кров'яні виділення із статевих шляхів згустками, слабкість. АТ 100/60 мм.рт.ст., пульс 90 уд/хв, температура тіла 37°C. Остання менструація 2 місяці тому. При вагінальному дослідженні: шийка матки ерозована, ціанотична, симптом «зіниці» від'ємний, зовнішнє вічко пропускає палець. Матка збільшена до 6 тижнів вагітності, неболюча. Придатки з обох боків не визначаються. Склепіння глибокі, неболючі. <i>Діагноз?</i></p> <p>а. Дисфункціональна маткова кровотеча</p> <p>б. Неповний аборт</p> <p>в. Порушена позаматкова вагітність</p> <p>г. Запалення додатків матки</p> <p>д. Міома матки</p>	б

3.	<p>Хвора А, 25 років, поступила в стаціонар зі скаргами на болі внизу живота та кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Вагінально: матка збільшена до величини гусячого яйця, з рівними контурами, неболюча. Цервікальний канал вільно пропускає палець. У вічку пальпується частина плідного яйця. Із піхви – незначні кров'янисті виділення. <i>Яке лікування провести хворій?</i></p> <p>а. Призначити гормони б. Гемостатичні і антианемічні препарати в. Інструментальне видалення залишків плідного яйця г. Інфузійно-трансфузійна терапія д. Антибіотикотерапія</p>	в
4.	<p>Вагітна Б, 29 років. Доставлена «швидкою допомогою» з матковою кровотечею. На протязі останніх днів відчувала тянучі болі внизу живота, але за допомогою не зверталася. Годину тому з'явилися переймоподібні болі внизу живота і кровотеча. Хвора стоїть на обліку в жіночій консультації з вагітністю 11-12 тижнів. Піхвове дослідження: піхва виповнена згустками крові, шийка матки розкрита на 2 см, в каналі визначається напружений плодовий міхур. Матка збільшена до 11-12 тижнів вагітності, напружена. Виділення кров'яні, дуже рясні. <i>Яка тактика лікаря?</i></p> <p>а. Вишкрібання стінок порожнини матки б. Проведення токолітичної терапії в. Консервативне спостереження г. Призначення прогестерону д. Проведення гемотрансфузії</p>	а
5.	<p>Хвора, 28 років, поступила до гінекологічного відділення зі скаргами на кров'янисті виділення з піхви при вагітності 16 тижнів. Протягом вагітності двічі лікувалася з приводу викидня, що розпочався. УЗД не проводилося. Матка при пальпації тістуватої консистенції, неболюча, ВДМ – 24 см. Частини плода не визначаються, серцебиття не вислуховується. З обох боків матки пальпуються овальні утвори 5х6см. <i>Який найбільш імовірний діагноз?</i></p> <p>а. Загроза передчасних родів б. Передлежання плаценти в. Передчасне відшарування плаценти г. Міхуровий занесок д. Антенатальна загибель плода</p>	г
6.	<p>Хвора Л., поступила до стаціонару зі скаргами на кров'янисті виділення, нудоту та блювання. Остання менструація – 2 місяці тому. Вагінально: матка збільшена до 12 тижнів вагітності, м'яка, вічко закрите. Шийка матки без особливостей. Запідозрено міхуровий занесок, <i>Які дослідження найбільш раціональні для підтвердження діагнозу?</i></p> <p>а. Аналіз крові на прогестерон б. Біологічні проби на вагітність в. УЗД г. Кольпоскопічне дослідження д. Амніоскопія</p>	в

7.	<p>Вагітна В., 27 років, направлена до стаціонару жіночою консультацією для лікування. В анамнезі – 2 самовільних аборти. При обстеженні виявлено вагітність 14 тижнів, вагінально – вкорочена шийка матки, вічко пропускає кінчик пальця, Встановлено діагноз: істміко-цервікальна недостатність. <i>Тактика лікаря:</i></p> <p>а. Накласти циркулярний шов на матку після обстеження б. Ліжковий режим із призначенням седативних препаратів в. Не чекати розвитку самовільного аборт, а ввести утеротонічні препарати г. Провести гормональне лікування д. Провести амніоцентез та перервати вагітність</p>	а
8.	<p>Хвора А., 25 років, поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на затримку менструації, незначні кров'яністі виділення з піхви, ниючі болі внизу живота. Об'єктивно: Пульс 72 уд/хв, АТ – 110/70 мм.рт.ст., температура тіла – 36,7°C. При бімануальному дослідженні виявлено справа від матки тяжистий утвір. Зліва придатки без особливостей. Склепіння чутливі при дослідженні. Запідозрено позаматкову вагітність. <i>Які методи діагностики і лікування найбільш інформативні?</i></p> <p>а. Дослідження титру ХГ у сироватці крові та сечі в динаміці б. Черезпіхвова ехографія в. Гістеросальпінгографія д. Гістеректомія е. Лапароскопія</p>	е
9.	<p>Жінка 29 років доставлена до стаціонару бригадою швидкої допомоги зі скаргами на переймоподібні болі у животі, запаморочення, слабкість. АТ 100/60 мм.рт.ст., пульс 108 уд/хв, ритмічний. Остання менструація 1,5 місяці тому, температура тіла 37,2°C. Гінекологом при огляді запідозрена порушена позаматкова вагітність. <i>Які методи дослідження можна використати для підтвердження діагнозу?</i></p> <p>а. Пункцію черевної порожнини через задне склепіння піхви б. Лапароскопію в. Ехографію внутрішніх статевих органів г. Діагностичне вишкрібання порожнини матки з наступним гістологічним дослідженням вишкрібу д. Аналіз крові на ХГ</p>	а, в
10.	<p>Хвора М., 25 років, скаржиться на болі внизу живота, затримку менструації на 2 тижні, незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів. В анамнезі 2 артіфіційних аборти, хронічний двобічний аднексит. При об'єктивному дослідженні: пульс 80 уд/хв, АТ – 100/70 мм.рт.ст. Живіт болючий в нижніх відділах, симптом Блюмберга (Щьоткіна) слабо позитивний справа. При огляді в дзеркалах: шийка матки чиста, виділення незначні, кров'яністі. При бімануальному дослідженні: тіло матки нормальних розмірів, рухи за шийку різко болючі, справа від матки пальпується болючий пухлиноподібний утвір з нечіткими контурами, задне склепіння нависає, болюче. <i>Діагноз?</i></p> <p>а. Перекрут ніжки кісти правого яєчника б. Апоплексія правого яєчника в. Викидень, що розпочався г. Пельвіоперитоніт д. Трубний аборт</p>	д

11	<p>Жінка 26 років доставлена в стаціонар зі скаргами на біль внизу живота, що виник раптово, іррадіює в ділянку прямої кишки, запаморочення, кров'янисті виділення зі статевих шляхів на протязі тижня, затримку менструації на 4 тижні. Шкірні покриви бліді, температура тіла 36,6С°, пульс 90 уд/хв, АТ 90/50 мм.рт.ст. Симптоми подразнення очеревини позитивні в нижніх відділах живота. В дзеркалах: синюшність слизової піхви і шийки матки. Бімануальне дослідження: межі тіла матки і додатків чітко не визначаються через різку болючість. Визначається симптом «плаваючої матки», нависання і болючість склепінь. <i>Який найбільш імовірний діагноз?</i></p> <p>а. Гострий апендицит б. Апоплексія яєчника в. Гострий правобічний аднексит г. Перекрут ніжки пухлини яєчника д. Розрив маткової труби</p>	д
12	<p>До гінекологічного відділення на ношах доставлена хвора 24 років, у якої після затримки менструації на 6 тижнів з'явилися болі внизу живота, відчуття тиску на пряму кишку. Вдома відзначалася короткочасна втрата свідомості. Враховуючи дані загального та гінекологічного обстеження, значну анемію (Hb70г/л), черговий лікар виставив діагноз: <i>Порушена позаматкова вагітність по типу розриву лівої маткової труби, геморагічний шок III ступеню. Якою має бути подальша тактика?</i></p> <p>а. Негайна лапаротомія, тубектомія з проведенням реанімаційних заходів б. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви в. Проведення реанімаційних заходів, через 1-2 доби лапаротомія в плановому порядку г. Провести додатково лапароскопію д. Провести додатково трансвагінальне ультразвукове дослідження органів малого тазу</p>	а

VII.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

№	Задачі III рівня	Еталон відповіді
1.	<p>Вагітна С., 24 років. Дана вагітність перша, терміном 14 тижнів. Доставлена в гінекологічний стаціонар зі скаргами на виражені болі внизу живота переймоподібного характеру та сильну маткову кровотечу. Захворювання розвинулося протягом останньої доби після фізичного перевантаження. Об'єктивно: Загальний стан задовільний. Піхвове дослідження: у піхві багато згустків крові, після видалення яких доступна огляду чиста шийка матки, котра розкрита на 2 см, а із зовнішнього її зіву звисає багряно-ціанотична тканина губчатої структури вільним краєм у піхву. Матка величиною біля 9-10 тижнів вагітності. Кровотеча продовжується, рясна. <i>Запишіть найбільш імовірний діагноз. Опишіть послідовність ваших дій.</i></p>	<p><u>Діагноз:</u> вагітність I, 14 тижнів. Самовільний аборт в ході.</p> <p><u>Необхідно:</u> - провести місцеву парацервікальну анестезію або загальне знеболення за допомогою анестезіолога;</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести видалення тканини з цервікального каналу абортцангом; - провести інструментальну ревізію порожнини матки; - відправити отриману тканину на гістологічне дослідження.
2.	<p>Жінка 24 років, звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на помірні короточасні кров'яністі виділення, що виникають після статевого контакту. В анамнезі 1 нормальні роди. На даний час є затримка менструації на 8 тижнів. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Вагінальне дослідження: при огляді шийки матки в дзеркалах навколо зовнішнього зіву визначається гіперемована ділянка з дрібнососочковою структурою, яка при доторкуванні легко кровить. При бімануальному дослідженні визначається збільшена матка до розмірів голівки новонародженого, неболюча, рухома, в нормальному тонусі. <i>Про яке ускладнення вагітності можна думати? В чому полягає подальша тактика лікаря?</i></p>	<p><u>Діагноз:</u> вагітність II, 12 тижнів. Цервіцит. Псевдоерозія шийки матки з кровотечею.</p> <p><u>Необхідно:</u> - для підтвердження діагнозу взяти матеріал з цервікального каналу і піхви для бактеріоскопії, цитології, визначення інфекційного збудника;</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести кольпоскопічну діагностику; - призначити комплексне лікування ускладнення вагітності після встановлення етіологічного фактору запального процесу.

3.	<p>Вагітна, 28 років. Звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на тянучі болі внизу живота і в попереці. Два дні тому після перерви на роботі відчула болі, які пройшли після відпочинку і повернулися знову. Під час даної четвертої вагітності у 12 тижнів знаходилася на стаціонарному лікуванні з приводу загрози мимовільного аборт, виписана в задовільному стані. З анамнезу відомо, що попередні три вагітності закінчилися мимовільними абортами на 14, 16 і 20 тижнях. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Дно матки на середині відстані між лоном і пупком, матка в нормальному тонусі. Кров'янисті виділення відсутні. Піхвове дослідження: піхва вузька, шийка матки чиста, вкорочена, зів вільно пропускає палець. <i>Встановіть діагноз. В чому полягає подальша тактика лікаря?</i></p>	<p><u>Діагноз:</u> Вагітність IV, 16 тижнів. Загроза самовільного аборту. Істміко-цервікальна недостатність. Звичне невиношування. <u>Необхідно:</u> - госпіталізувати в гінекологічне відділення; - провести повноцінне обстеження і призначити зберігаючу терапію: дюфастон 10 мг 3 рази на добу, валеріану 2 драже 3 рази на день, фолієва кислота – 1 мг 3 рази на добу; - після відповідної підготовки провести накладання циркулярного шва на шийку матки.</p>
4.	<p>До лікаря жіночої консультації звернулася жінка із помірною кровотечею із статевих шляхів, яка розпочалася 2 дні тому. Вважає себе вагітною, бо є затримка менструації на 6 тижнів та позитивний тест на вагітність. На обліку з приводу вагітності не перебуває. Дана вагітність перша. Анамнези не обтяжені. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Матка пальпується через передню черевну стінку, висота стояння дна матки – на 4 поперечних пальці вище лона. При вагінальному огляді визначається шийка матки з вираженим ціанозом, видима помірна кровотеча з міхурцями різного діаметру, заповненими мутною рідиною. Проведено ультразвукове дослідження, при якому матка заповнена неоднорідною тканиною, що нагадує картину «снігової бурі», а в області яєчників визначаються з обох боків визначаються кістозні утвори діаметром біля 5-6 см. <i>Встановіть діагноз. Визначте лікувальну тактику.</i></p>	<p><u>Діагноз:</u> Вагітність 10 тижнів. Повний міхуровий занесок. <u>Необхідно:</u> - госпіталізація в гінекологічне відділення, повноцінне обстеження; - вакуум-аспірація міхурового занеску з наступним гістологічним дослідженням; - диспансерний нагляд за жінкою, тривалість якого залежить від гістологічної форми міхурового занеску.</p>

VII.2. Матеріали контролю для заключного етапу заняття

№	Нетипові задачі III рівня	Еталон відповіді
---	---------------------------	------------------

<p>1. Вагітна Л., 18 років, знаходиться на диспансерному обліку в жіночій консультації з приводу перенесеного 6 місяців тому повного міхурцевого занеску. Відмічається позитивна динаміка зворотного розвитку симптомів міхурцевого занеску у вигляді зменшення розмірів текалютеїнових кіст яєчників та зниження рівня β-ХГ до 10 МО/л. На протязі останнього тижня відмічає появу помірних кров'янистих виділень та зростання рівня β-ХГ вище 500 МО/л. <i>Про яке ускладнення можна думати? В чому полягає подальша тактика лікаря?</i></p>	<p><u>Діагноз:</u> Хоріоепітеліома. <u>Необхідно:</u> - госпіталізація в гінекологічне відділення; - ретельне проведення фракційного вишкрібання стінок порожнини матки з наступним гістологічним дослідженням; - при підтвердженні хоріоепітеліоми призначити курс хіміотерапії в залежності від патологоанатомічного заключення.</p>
<p>2. Вагітна П., 28 років, вперше звернулася за медичною допомогою до лікаря жіночої консультації в терміні 28 тижнів за датою останньої менструації. Дана вагітність третя, в анамнезі одні строкові фізіологічні роди, запалення придатків, позаматкова вагітність з видаленням правої труби. При пальпації голівка визначається безпосередньо під передньою черевною стінкою. Під час проведення ультразвукового обстеження встановлено наявність прогресуючої вагітності, що за даними фотометрії відповідає терміну 26 тижнів; визначається окремо від плода матка, дещо збільшена в розмірах, з децидуоподібною трансформацією ендометрія. <i>Про яке ускладнення вагітності можна думати? В чому полягає подальша тактика лікаря?</i></p>	<p><u>Діагноз:</u> Вагітність III, 26 тижнів, черевна. <u>Необхідно:</u> - госпіталізація в родильне відділення; - профілактика респіраторного дистрес-синдрому новонародженого дексаметазоном 6 мг в/м кожні 12 годин чотирьохкратно; - динамічне спостереження за станом матері і плода; - при задовільному стані матері і плода – очікувальна тактика до досягнення терміну доношеності (37 тижнів); - при розвитку ускладнень (внутрішньо-черевна кровотеча, порушення стану плода) або досягнення терміну доношеності – оперативне лікування з дотриманням принципу органозбереження.</p>

ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

А. Основні:

1. Акушерство та гінекологія: у 4 томах. — Том 1. Акушерство: підручник (ВНЗ IV р. а.) / В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін та ін.; за ред. В.М. Запорожана. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2013. - 1032 с.
2. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. - Київ: "Здоров'я", 2000. – 780 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.09.2022 р. № 1730 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність».
4. Наказ МОЗ України від 24.03.2014 р. № 205 «Про затвердження Клінічного протоколу «Акушерські кровотечі».

Б. Додаткові:

1. Акушерські кровотечі : навчальний посібник / В.І Бойко, Т. В. Бабар ; Сум. держ. ун-т. - Суми : СДУ, 2017. - 117 с.
2. Маркін Л.Б., Матвієнко О.О., Шатилевич К.Л. Актуальні питання сучасного акушерства: Навчальний посібник. – Львів: Світ, 2008. – 218 с.

