

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ
ПІД ЧАС ПЕРШОГО ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ.
ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ**

Методичні рекомендації
до практичних занять з акушерства
для здобувачів вищої освіти V курсу
медичного факультету

Харків – 2019

Рецензенти:

Г. В. Сторчак – кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології медичного факультету ХНУ імені В. Н. Каразіна;

В. П. Ромаєва – кандидат медичних наук, доцент кафедри перинатології, акушерства та гінекології ХМАПО.

*Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 6 від 29.05.2019 р.)*

А 44

Акушерські кровотечі під час першого триместру вагітності. Позаматкова вагітність : методичні рекомендації до практичних занять з акушерства для здобувачів вищої освіти V курсу медичного факультету / уклад. О. В. Грищенко, Т. О. Козуб. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. – 20 с.

Методичні рекомендації містять перелік теоретичних питань з теми «Акушерські кровотечі під час першого триместру вагітності. Позаматкова вагітність» для самостійної підготовки студентів до практичного заняття, список рекомендованої та додаткової літератури, а також приклад тестових завдань.

УДК 618.3-005.1+618.31](072)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2019

© Грищенко О. В., Козуб Т. О., уклад., 2019

© Дончик І. М., макет обкладинки, 2019

Навчальне видання

**Грищенко Ольга Валентинівна
Козуб Тетяна Олександрівна**

**АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ
ПІД ЧАС ПЕРШОГО ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ.
ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ**

Методичні рекомендації
до практичних занять з акушерства
для здобувачів вищої освіти V курсу
медичного факультету

Коректори *І. Ю. Агаркова, А. І. Самсонова*
Комп'ютерне верстання *Н. Є. Пруднік*
Макет обкладинки *І. М. Дончик*

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 0,6. Наклад 100 пр. Зам. № 116/19.

Видавець і виготовлювач
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009

Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна
Тел. 705-24-32

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. Етіологія, патогенез, класифікація, фактори ризику розвитку позаматкової вагітності.....	6
РОЗДІЛ 2. Трубна вагітність: клініка, діагностика, лікування.....	8
2.1. Прогресуюча трубна вагітність.....	8
2.2. Порушена трубна вагітність.....	8
2.3. Діагностика трубної вагітності.....	9
2.4. Лікування трубної вагітності.....	12
РОЗДІЛ 3. Яєчникова вагітність: клініка, діагностика, лікування.....	15
РОЗДІЛ 4. Шийкова вагітність: клініка, діагностика, лікування.....	16
РОЗДІЛ 5. Абдомінальна (черевна) вагітність: клініка, діагностика, лікування.....	17
ТЕСТОВІ ПИТАННЯ.....	18
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.....	20

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

МКХ – міжнародна класифікація хвороб
УЗД – ультразвукова діагностика
ХГЛ – хоріонічний гонадотропін людини

ВСТУП

Кровотечі під час вагітності займають одне з провідних місць в акушерській патології, суттєво впливають на показник материнської смертності, рівень якої складає до 30 %, а також спричиняють розвиток різних захворювань жіночого організму.

Проблема позаматкової вагітності є однією з серйозних проблем у гінекології. Ця патологія виявляється в 2–4 % від загального числа вагітностей і частота її збільшується. Актуальність проблеми обумовлена тим, що позаматкова вагітність – одна з частих причин материнської смертності. В структурі гінекологічної захворюваності питома вага ектопічної вагітності складає 1,6–25 % і має стійку тенденцію до зростання. Кожна друга жінка з ектопічною вагітністю має в анамнезі вказівку на порушення репродуктивної функції. Крім того, після перенесеної ектопічної вагітності у 60–80 % хворих розвивається неплідність, а у 20–30 % повторна позаматкова вагітність.

РОЗДІЛ 1

Етіологія, патогенез, класифікація, фактори ризику розвитку позаматкової вагітності

Позаматковою вагітністю вважається вагітність, за якої плідне яйце імплантується і розвивається поза порожниною матки.

Сучасна класифікація виділяє часті та рідкісні форми позаматкової вагітності.

За МКХ-10 розрізняють:

1. За локалізацією:

- абдомінальна (черевна) вагітність;
- трубна вагітність;
- яєчникова вагітність;
- інші форми позаматкової вагітності;
- позаматкова вагітність не уточнена.

2. За перебігом:

- прогресуюча;
- порушена (трубний аборт, розрив маткової труби);
- завмерла вагітність.

Найбільш часто зустрічається трубна локалізація (до 98,5 % випадків). Трубну вагітність поділяють на вагітність в ампулярному відділі маткової труби (43 %), в істмічному відділі (53,8 %), в інтерстиціальному відділі (2,8 %). До рідкісних форм позаматкової вагітності належать яєчникова (0,1–0,2 %), вагітність у зародковому розі матки (0,9 %), черевна (0,4 %), міжзв'язкова (0,1 %).

Етіологія та патогенез позаматкової вагітності.

Для пояснення причин та механізмів виникнення позаматкової вагітності було висунуто багато теорій, спільним для яких є положення щодо розвитку цієї патології з причин, які затримують нормальний транспорт плідного яйця по трубі.

Основною причиною порушення функції маткової труби є різні анатомічні зміни в її стінці або в оточуючих тканинах і органах, які найчастіше є наслідком різних запальних процесів. Перше місце серед причин займають запальні процеси жіночих статевих органів, які призводять до пошкодження тканин труби і порушують її прохідність.

Джерелом інфікування придатків матки часто буває червоподібний відросток або інші відділи кишечника. З цим пов'язана більша частота правосторонньої трубної вагітності.

Так само штучний аборт може викликати патологічні зміни в трубах і яєчниках.

Оперативні втручання на інших органах малого тазу також можуть бути етіологічними факторами позаматкової вагітності через утворення

спайок і зрощень, які змінюють анатомічні співвідношення в малому тазі і впливають на нормальні перистальтичні рухи труби.

Пухлини матки і придатків також змінюють анатомічні співвідношення в малому тазі і можуть зменшувати прозір труби, порушуючи прохід по ній яйцеклітини.

Наявність пухлин часто поєднується з порушенням гормональної функції яєчників, що негативно відбивається на стані маткової труби. Ендометріодні гетеротопії в трубах змінюють їх прозір, утворюють звуження і дивертикули. Ендометріоз часто поєднується із запальним процесом і супроводжується утворенням спайок і зрощувань навколо придатків матки.

Суттєву роль у виникненні позаматкової вагітності відіграють зміни гіпофізарно-яєчникових відношень, порушення циклічної секреції гіпофізарних гормонів, естрогенів, прогестерону, що має вплив на перистальтику труби. Враховуючи, що на транспортну функцію маткової труби мають вплив гормони яєчника, то в етіології позаматкової вагітності певне значення має дисфункція яєчників і інших ендокринних органів.

Недорозвинення статевого апарату (інфантилізм) також може бути причиною розвитку позаматкової вагітності, що пов'язано з надмірною довжиною і звивистістю маткових труб, порушенням гормональної активності яєчників. У таких хворих спостерігається непліддя, а з часом може виникнути позаматкова вагітність.

Факторами ризику розвитку позаматкової вагітності вважаються:

1. Запальні захворювання матки та придатків матки в анамнезі.
2. Рубцево-спайкові зміни органів малого таза внаслідок перенесених раніше операцій на внутрішніх статевих органах, пельвіоперитоніту, абортів.
3. Порушення гормональної функції яєчників.
4. Генітальний інфантилізм.
5. Ендометріоз.
6. Використання внутрішньоматкових контрацептивів.
7. Допоміжні репродуктивні технології.

РОЗДІЛ 2

Трубна вагітність: клініка, діагностика, лікування

2.1. Прогресуюча трубна вагітність

За прогресуючої позаматкової вагітності в організмі жінки відбуваються зміни, які притаманні нормальній матковій вагітності на ранніх термінах. В яєчнику розвивається жовте тіло, а в матці виникає децидуальна оболонка, яка макроскопічно не відрізняється від такої під час маткової вагітності. Тільки мікроскопічно визначається відсутність елементів плідного яйця. Матка розм'якшується і збільшується трохи в розмірах. Функціонуючий хоріон виробляє хоріонічний гонадотропін, який визначається під час дослідження. В організмі жінки виникають ті ж зміни, як і за нормальної вагітності: з'являються сумнівні і вірогідні ознаки вагітності (затримка менструації, хоча у певного відсотка жінок може бути відсутня затримка, нагрубають молочні залози, може з'являтися молозиво; виникають зміни з боку нервової системи, такі як дратливість, сонливість, нестійкість настрою; може з'явитися пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, сосків). З'являється ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки. У слизовій оболонці матки з'являється децидуальна тканина. Під час вагінального дослідження відмічається розм'якшення матки, особливо перешийка, проте після шести тижнів вагітності матка відстає в розмірах. Визначаються ознаки Горвіца–Гегара, Гентера, Губарева, але відсутні ознаки Снегірьова і Піскачека. Під час дворучного обстеження збоку від матки пальпується м'яке, пухлино-подібне утворення еластичної консистенції, болюче і пульсуюче.

2.2. Порущена трубна вагітність

Трубна вагітність переривається зазвичай на 4–6 тижні вагітності за типом трубного аборту (внутрішній розрив плідного вмістища) або розриву труби (зовнішній розрив).

Розрив маткової труби. У разі порушення цілісності маткової труби з розірваних судин починається кровотеча в черевну порожнину, яка призводить до анемії і геморагічного шоку. Чим ближче до матки розвивається вагітність у трубі, тим частіше виникає розрив труби і масивна внутрішня кровотеча. Серед повного здоров'я раптово виникає різкий біль унизу живота, особливо в одній з клубових ділянок, який віддає в задній прохід, поперек, нижні кінцівки. Часто буває короткочасна непритомність, запаморочення, нудота, блювота. З'являється потяг до дефекації. Хвора бліда, зіниці розширені, на обличчі холодний піт, губи бліді, з синюшним відтінком. В анамнезі у хворої ті ж характерні

особливості, що і за прогресуючої позаматкової вагітності. Пульс частий, слабкого наповнення і напруження. Артеріальний тиск знижений. З'являється френікус-симптом. Живіт здутий. Перкусія і пальпація його різко болюча. Визначаються симптоми подразнення очеревини. Якщо кровотеча продовжується, то картина шоку наростає, анемія прогресує. В більшості випадків кров'янисті виділення з піхви відразу після переривання вагітності відсутні, тому що децидуальна оболонка не встигає відшаруватись.

Трубний аборт відбувається частіше, ніж розрив труби. Клінічна картина за трубного аборту розвивається повільно. Відбуваються відшарування плідного яйця, внутрішній розрив плідного вмістища, і кров, яка потрапила в черевну порожнину, стікає в позаматковий простір та утворює позаматкову гематому. Інколи кров витікає з труби повільно, невеликими порціями й утворює навколо неї кров'яний зліпок – перитубарну гематому. Клінічна картина залежить від інтенсивності кровотечі. Як правило, у зв'язку з повільним розвитком захворювання клінічна картина не типова, симптоматика не чітка, загальний стан хворої тривалий час залишається задовільним. Тому діагностика часто викликає труднощі.

2.3. Діагностика трубної вагітності

Клінічні ознаки

1. Ознаки вагітності:

- затримка менструацій;
- нагрубання молочних залоз;
- зміна смакових, нюхових та інших відчуттів, характерних для вагітності;
- ознаки раннього гестозу (нудота, блювота);
- позитивні імунологічні реакції на вагітність (ХГЛ у сироватці крові та сечі).

2. Порушення менструального циклу – мажучі, кров'яні виділення зі статевих шляхів:

- після фіксування затримки менструацій;
- з початком наступної менструації;
- до настання очікуваної менструації.

3. Больовий синдром:

- односторонній переймоподібний або постійний біль внизу живота;
- раптовий інтенсивний біль у нижній частині живота;
- перитонеальні симптоми у нижньому відділі живота різного ступеня вираженості;
- іррадіація болю у пряму кишку, область промежини та крижі.

4. Ознаки внутрішньочеревної кровотечі (у разі порушеної позаматкової вагітності):

- притуплення перкуторного звуку у фланках живота;
- позитивний симптом Куленкампа (наявність ознак подразнення очеревини за умови відсутності локального м'язового напруження у нижніх відділах живота);
- у горизонтальному положенні хворої позитивний двосторонній «френікус»-симптом, а у вертикальному – запаморочення, знепритомнення;
- у разі значного гемоперитонеуму – симптом Щоткіна–Блюмберга;
- прогресуюче зниження показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту за результатами аналізу крові.

5. Порушення загального стану (у разі порушеної позаматкової вагітності):

- слабкість, запаморочення, знепритомнення, холодний піт, колапс, гемодинамічні порушення;
- нудота, рефлексорне блювання;
- метеоризм, однократна діарея.

Дані гінекологічного обстеження:

- під час огляду в дзеркалах шийка матки ціанотична, вічко закрите;
- піхвове дослідження різко болюче, особливо за зміщення шийки матки;
- матка дещо збільшена в розмірах, м'яка, різко болюча під час пальпації, складається враження, що матка «плаває» в рідині – симптом «плаваючої матки»;
- розміри матки менші, ніж мають бути на певному терміні вагітності;
- через одне з бокових склепінь визначаються придатки без чітких контурів;
- заднє склепіння вип'ячене, пальпація його різко болюча («крик Дугласа»).

Спеціальне лабораторне обстеження – якісний або кількісний тест на ХГЛ. Якісне визначення ХГЛ у сечі можливе у будь-якому закладі охорони здоров'я, тоді як кількісний аналіз β -ХГЛ у сироватці крові (рівень менший за очікуваний на відповідному терміні фізіологічної вагітності) виконується у медичних закладах III рівня.

Апаратні та інструментальні методи обстеження.

Трансвагінальне УЗД:

- відсутність плідного яйця у порожнині матки;
- візуалізація ембріона поза порожниною матки;
- виявлення утвору неоднорідної структури в області проекції маткових труб;
- значна кількість вільної рідини у дугласовому просторі.

Лапароскопія – візуальне встановлення позаматкової вагітності у вигляді:

- ретортоподібного потовщення маткової труби багряно-синюшого кольору;
- розриву маткової труби;
- кровотечі з ампулярного отвору або з місця розриву маткової труби;
- наявності у черевній порожнині і в дугласовому просторі крові у вигляді згортків або у рідкому стані;
- наявності у черевній порожнині елементів плідного яйця.

Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки:

- відсутність у вишкрібі елементів плідного яйця;
- наявність у вишкрібі децидуальної тканини.

Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки виконується за умови поінформованої згоди пацієнтки на цю маніпуляцію. У разі малого терміну затримки менструації, зацікавленості жінки у збереженні маткової вагітності та відсутності симптомів внутрішньочеревної кровотечі необхідно вибрати очікувальну тактику, орієнтуючись на клінічні ознаки, УЗД в динаміці спостереження та рівень β -ХГЛ у сироватці крові в умовах стаціонару.

Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви:

Проводиться для диференціальної діагностики. Наявність у пунктаті рідкої крові – одна з ознак порушеної позаматкової вагітності.

У разі клінічних ознак значної внутрішньочеревної кровотечі пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви не проводиться, оскільки це затримує час початку операції.

Таблиця 1.1

Діагностичні ознаки різноманітних форм трубної вагітності

Клінічні ознаки	Прогресуюча позаматкова вагітність	Трубний викидень	Розрив маткової труби
<i>Ознаки вагітності</i>	Позитивні	Позитивні	Позитивні
<i>Загальний стан хворої</i>	Задовільний	Періодично погіршується, короточасні непритомності, тривалі періоди задовільного стану	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати, прогресивне погіршення стану
<i>Біль</i>	Відсутній	Характер нападів, що періодично повторюються	З'являється у вигляді гострого нападу

Продовження таблиці 1.1

<i>Виділення</i>	Відсутні або незначні кров'яні	Кров'яні виділення темного кольору, з'являються після нападу болю	Відсутні або незначні кров'яні
<i>Піхвове дослідження</i>	Матка не відповідає терміну затримки місячних, поряд з маткою визначається утворення ретортоподібної форми, безболісне, склепіння вільні	Такі самі, болючість у разі зміщення матки, утворення без чітких контурів, заднє склепіння згладжене	Такі самі, симптоми «плаваючої матки», болючість матки і придатків з ураженого боку, нависання заднього склепіння
<i>Додаткові методи обстеження</i>	УЗД, визначення рівня β -ХГЛ, лапароскопія	Кульдоцентез, лапароскопія	Не проводяться

Диференціальна діагностика. Діагностика ектопічної вагітності достатньо проста у пацієток з аменореєю, ознаками вагітності, болями у нижніх відділах живота і кровотечею. Але необхідно виключати такі стани:

- перекрут або розрив кісти яєчника;
- гострий апендицит;
- переривання маткової вагітності;
- крововилив у жовте тіло;
- апоплексія яєчника.

2.4. Лікування трубної вагітності

Принципи ведення хворих з ектопічною вагітністю:

1. Підозра на позаматкову вагітність є показанням для термінової госпіталізації.

2. Рання діагностика допомагає зменшити кількість ускладнень і надає можливість застосовувати альтернативні методи лікування.

3. У разі встановленого діагнозу позаматкової вагітності необхідно провести невідкладне оперативне втручання (лапароскопія, лапаротомія). Оперативне лікування позаматкової вагітності є оптимальним. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності.

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

5. На догоспітальному етапі у разі порушеної позаматкової вагітності об'єм невідкладної допомоги визначається загальним станом хворої та кількістю крововтрати. Інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів) залежить від стадії геморагічного шоку (див. тему «Геморагічний шок»).

6. Тяжкий стан хворої, наявність виражених гемодинамічних порушень (гіпотонія, гіповолемія, гематокрит менше 30 %) – абсолютні показання для оперативного втручання лапаротомним доступом із видаленням вагітної маткової труби і проведенням протишокової терапії.

7. Застосовують комплексний підхід до лікування жінок із позаматковою вагітністю, який включає:

- оперативне лікування;
- боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою;
- ведення післяопераційного періоду;
- реабілітацію репродуктивної функції.

8. Оперативне лікування проводять як лапаротомним, так і лапароскопічним доступом. До переваг лапароскопічних методик належать:

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

9. Виконання органозберігаючих операцій за позаматкової вагітності супроводжується ризиком розвитку у післяопераційному періоді персистенції трофобласту, що є результатом його неповного видалення з маткової труби і черевної порожнини. Найбільш ефективним методом профілактики цього ускладнення є ретельне промивання черевної порожнини 2–3 літрами фізіологічного розчину і однократне введення метотрексату у дозі 75–100 мг внутрішньом'язово у першу, другу добу після операції.

Операції, що застосовують у разі трубної вагітності:

1. *Сальпінгостомія (туботомія).* Виконується подовжня сальпінгостомія. Після видалення плідного яйця сальпінгостому не ушивають. 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 плідне яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби. За неможливості виконання сальпінго-анастомозу 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.

Консервативне лікування позаматкової вагітності

Лікування прогресуючої позаматкової вагітності метотрексатом може проводитися лише у закладах охорони здоров'я третього рівня, де є можливість визначення β -субодиниці ХГЛ у сироватці крові та проведення УЗД трансвагінальним датчиком.

Щоб уникнути введення метотрексату за нормальної маткової вагітності або викидня, що не відбувся, його призначають лише у таких випадках:

1. Підвищений рівень β -ХГЛ у сироватці крові після органозберігаючої операції на матковій трубці, яка виконана з приводу прогресуючої позаматкової вагітності.

2. Стабілізація або підвищення рівня β -ХГЛ у сироватці крові протягом 12–24 годин після роздільного діагностичного вишкрібання або вакуум-аспірації, якщо розмір плідного яйця в області придатків матки не перевищує 3,5 см.

3. Визначення під час УЗД трансвагінальним датчиком плідного яйця діаметром не більше 3,5 см в області придатків матки у разі рівня β -ХГЛ більше 1500МО/л за відсутності плідного яйця у порожнині матки.

Якщо рівень β -ХГЛ у сироватці зменшився менше ніж на 15 % на восьму добу, метотрексат вводять повторно у тій же дозі.

Якщо рівень β -ХГЛ у сироватці підвищився на більше ніж 15 %, хвору спостерігають, щотижня визначають рівень β -ХГЛ доти, поки цей рівень не буде менше 10 МО/л.

РОЗДІЛ 3

Яєчникова вагітність: клініка, діагностика, лікування

Розвивається у разі запліднення яйцеклітини у порожнині фолікула. Частота яєчничкової вагітності складає 0,5–1 % від усіх позаматкових вагітностей і займає друге місце за частотою після трубної вагітності. Єдиним фактором ризику цього варіанта позаматкової вагітності є використання внутрішньоматкових контрацептивів.

Діагностика

Клінічні ознаки такі самі, як і за трубної вагітності. За порушеної яєчничковій вагітності також можлива клініка геморагічного шоку. У 75 % випадків яєчничкової вагітності помилково виставляють діагноз апоплексії яєчника. У діагностиці допомагає УЗД органів малого таза, особливо трансвагінальним датчиком, коли плідне яйце візуалізується в області яєчника та позитивна якісна реакція на ХГЛ.

Ознаки яєчничкової вагітності під час УЗД:

- маткова труба на враженій стороні незмінена;
- плідне яйце знаходиться в проекції яєчника;
- плідне яйце з'єднане з маткою власною зв'язкою яєчника;
- серед плодових оболонок візуалізується тканина яєчника.

Лікування

Хірургічне лікування включає в себе видалення плідного яйця та клиноподібну резекцію яєчника. У разі масивного ураження яєчника та значної внутрішньочеревної кровотечі виконують оваріектомію.

РОЗДІЛ 4

Шийкова вагітність: клініка, діагностика, лікування

Шийкова вагітність – це один із рідких та тяжких варіантів позаматкової вагітності, коли імплантація заплідненої яйцеклітини відбулася у каналі шийки матки.

Діагностика

1. Анамнез, у тому числі гінекологічний. Звертають увагу на кількість абортів та перебіг післяабортного періоду, перенесені запальні захворювання внутрішніх геніталій, у тому числі шийки матки.

2. Огляд шийки матки у дзеркалах. Візуалізація ціанотичної бочкоподібної шийки матки.

3. Обережне бімануальне гінекологічне обстеження. Матка разом із шийкою у вигляді «піскового годинника».

4. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.

Ультразвукові ознаки шийкової вагітності:

- відсутність плідного яйця в порожнині матки;
- гіперехогенність ендометрія (децидуальна тканина);
- неоднорідність міометрія;
- матка у вигляді «піскового годинника»;
- розширення каналу шийки матки;
- плідне яйце в каналі шийки матки;
- плацентарна тканина в каналі шийки матки;
- закрите внутрішнє маткове вічко.

Диференціальна діагностика

Шийкову вагітність диференціюють із самовільним абортom, міомою, раком шийки матки, випадінням субмукозної міоми на ніжці, трофобластичною пухлиною, передлежанням та низьким розташуванням плаценти. УЗД дозволяє досить чітко провести диференційну діагностику, виявити відмінності між шийковою вагітністю та іншою акушерсько-гінекологічною патологією.

Лікування

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).

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

РОЗДІЛ 5

Абдомінальна (черевна) вагітність: клініка, діагностика, лікування

Складає 0,003 % від усіх випадків позаматкової вагітності. Розрізняють первинну і вторинну черевну вагітність. Під *первинною* розуміють імплантацію заплідненої яйцеклітини в черевній порожнині. *Вторинна* – формується, коли плідне яйце знаходиться в черевній порожнині після трубного аборт. Материнська смертність за черевної вагітності у 7–8 разів вища, ніж за трубної, і в 90 разів вища, ніж за маткової.

Діагностика

Клінічні прояви залежать від терміну вагітності:

1. У першому та на початку другого триместру вони мало відрізняються від симптомів трубної вагітності.
2. У більш пізні терміни вагітні скаржаться на болі під час ворухіння плода, відчуття ворухінь в епігастральній області або раптове припинення ворухіння плода.
3. Під час фізикального дослідження легко пальпуються м'які частини плода і окремо матка невеликих розмірів.
4. Для діагностики використовують УЗД.
5. Виконання діагностичної лапароскопії у першому триместрі вагітності.

Лікування

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 за можливості видаляють її. Якщо це неможливо у зв'язку з сильною кровотечею, плаценту тампують. Тампони видаляють через 24–48 годин і більше. 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 субодиниці ХГЛ. У цих випадках дуже високий ризик кишкової непрохідності, нориць, сепсису. Застосування метотрексату протипоказано, оскільки це супроводжується тяжкими ускладненнями, насамперед сепсисом. Причиною сепсису є масивний некроз плаценти.

ТЕСТОВІ ПИТАННЯ

1. Хворій 30 років, в шлюбі 4 роки, за цей час був один мимовільний аборт у 8 тижнів. Статевим життям живе з 18 років. Вагітності до шлюбу не було, від вагітності не стереглась. Апендикс не видалений. Остання менструація затримується на 9 днів. Напередодні відмітила незначні кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Звернулась до жіночої консультації через появу різкого болю внизу живота, нудоту, слабкість, метеоризм, однократну діарею. Який попередній діагноз?

- *А. Порушена трубна вагітність.
- В. Гострий апендицит.
- С. Харчове отруєння.
- Д. Порушення менструального циклу.

2. Хвора, 24 роки, прооперована з приводу порушеної трубної вагітності, виконана лівостороння тубектомія. У вагітності зацікавлена. Які рекомендації потрібно надати жінці?

- *А. Протягом 6 місяців проводити контрацепцію.
- В. Дозволити вагітність після першої менструації.
- С. Визначити рівень β -ХГЛ через 2 місяці.
- Д. Провести контроль УЗД через місяць.

3. Жінка, 23 роки, звернулася до гінеколога зі скаргами на рясні кров'яністі виділення зі статевих шляхів після затримки менструації на 8 тижнів. Під час огляду тіло матки збільшене до 12 тижнів вагітності, кровотеча з елементами тканини, що нагадує пухирці. Яке додаткове обстеження є найбільш доцільним?

- *А. Ультразвукове дослідження.
- В. Рентгенологічне обстеження.
- С. Імунологічний тест на вагітність.
- Д. Лапароскопічне обстеження.
- Е. Визначення хоріонічного гонадотропіну.

4. Позаматкова вагітність не може бути:

- А. Трубна.
- В. Яєчникова.
- С. Черевна.
- Д. В рудиментарному розі матки.
- *Е. В сечовому міхурі.

5. Основні причини розвитку трубної вагітності:

- А. Запальні процеси в трубі.

В. Непрохідність маткових труб.

*С. Все перелічене.

6. Клінічна класифікація трубної вагітності включає в себе такі види, **крім:**

А. Прогресуюча.

*В. Матковий викидень.

С. Трубний викидень.

Д. Розрив труби.

7. Основними симптомами трубної прогресуючої вагітності бувають:

А. Відсутність затримки місячних.

В. Нормальний менструальний цикл.

С. Поява «стрій» на животі.

Д. Поява пігментних плям.

*Е. Зростаючі розпираючі болі внизу живота.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Обов'язкова

1. Степанківська Г. К. Акушерство / Г. К. Степанківська, О. Т. Михайленко. – К. : Здоров'я, 2000. – 520 с.
2. Фізіологічне акушерство (змістовний модуль) : навчальний посібник для студентів медичних факультетів / [Б. М. Венцківський, В. В. Камінський, В. І. Грищенко та ін.]. – К. : Чайка-Всесвіт, 2008. – 95 с.
3. Акушерство та гінекологія / кол. авт. ; за ред. А. М. Громової, В. К. Ліхачова. – Полтава : Полтава, 2000. – 600 с.
4. Акушерство : підручник / кол. авт. ; за ред. акад. НАН України В. І. Грищенка, проф. М. О. Щербини. – К. : Медицина, 2009. – 408 с.
5. Акушерство : учебник / [Г. М. Савельева, В. И. Кулаков, А. Н. Стрижаков и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. – М. : Медицина, 2000. – 816 с.
6. Ганич М. М. Фантомне акушерство : навч. посібник для практичних занять з акушерства / М. М. Ганич. – Ужгород, 2000. – 128 с.

Додаткова література

1. Маркін Л. Б. Актуальні питання сучасного акушерства : навчальний посібник / Л. Б. Маркін, О. О. Матвієнко, К. Л. Шатилович. – Львів : Світ, 2008. – 218 с.
2. Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні : Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р.
3. Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги в Україні : Наказ МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р.
4. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги : Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р.
5. Про затвердження клінічних протоколів «Акушерські кровотечі» : Наказ МОЗ України № 205 від 24.03.2014 р.

Інформаційні ресурси

1. www.uzhnu.edu.ua – Інформаційний пакет (ESTC).
2. <http://www.moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України.
3. <http://medstandart.net/byspec/9> – Стандарти надання медичної допомоги в Україні.