

В. М. ЗАПОРОЖАН, А. Г. ВОЛЯНСЬКА,  
Г. Л. ЛАВРИНЕНКО, Т. І. ПЕРМІНОВА,  
О. М. ПАВЛОВСЬКА, Т. М. АДАМОВСЬКА

*Ситуаційні задачі*  
**З АКУШЕРСТВА**

За редакцією академіка НАМН України  
професора В. М. ЗАПОРОЖАНА



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



# СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ З АКУШЕРСТВА

Навчальний посібник

За редакцією академіка НАМН України  
професора В. М. Запорожана



Одеса  
Одеський медуніверситет  
2014

УДК 618.2(076)  
ББК 57.16я73  
С 41

*Автори:* В. М. Запорожан, А. Г. Волянська, Г. Л. Лавриненко,  
Т. І. Пермінова, О. М. Павловська, Т. М. Адамовська

*Рецензенти:* О. В. Кравченко — доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри акушерства, гінекології та  
перинатології Буковинського державного медичного  
університету

Л. М. Маланчук — доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1  
Тернопільського державного медичного університету  
імені І. Я. Горбачевського

*Друкується за рішенням  
Центральної координаційно-методичної ради  
Одеського національного медичного університету  
(Протокол № 4 від 20 березня 2013 р.)*

© В. М. Запорожан, А. Г. Волянська,  
Г. Л. Лавриненко та ін., 2014

© Одеський національний медичний  
університет, 2014

ISBN 978-966-443-069-9

Навчальний посібник спрямований на самостійне вивчення акушерства та питань перинатології студентами вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, також буде цікавим для лікарів-інтернів акушерів-гінекологів і лікарів-інтернів загальної практики/сімейної медицини. Посібник складається з двох розділів, що містять ситуаційні задачі з фізіологічного та патологічного акушерства. Поряд із задачами зі спеціальних питань акушерства подані задачі з діагностики вагітності, оцінки стану плода, перинатальної патології, в яких використані можливості сучасних методів дослідження. Ця особливість зумовлює актуальність посібника як для студентів, так і лікарів різних спеціальностей.

Задачі укладені таким чином, що для встановлення діагнозу, визначення тактики ведення та лікування, прогнозування ймовірних ускладнень та прогнозу достатньо опису клінічної картини, даних інструментальних і лабораторних досліджень.

Розв'язок ситуаційної задачі можна перевірити за еталонами відповідей, що наведені у другому розділі посібника.

Колектив авторів сподівається, що посібник посприє оволодінню знаннями з акушерства. Зауваження та пропозиції, спрямовані на поліпшення посібника, будуть прийняті з подякою.

### СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АЛАТ	— аланінамінотрансфераза
АРТ	— антиретровірусна терапія
АсАТ	— аспартатамінотрансфераза
АТ	— артеріальний тиск
АФП	— альфа-фетопротеїн
БПП	— біофізичний профіль плода
БПР	— біпаріетальний розмір
БЧСС	— базальна частота серцевих скорочень
ВДМ	— висота дна матки
ВІЛ	— вірус імунодефіциту людини

ВМК	— внутрішньоматковий контрацептив
ГА	— гострий апендицит
ГРВІ	— гостра респіраторна вірусна інфекція
ДВЗ	— дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові
ДРТ	— допоміжні репродуктивні технології
ДСт	— довжина стегна
ДХС	— добровільна хірургічна стерилізація
ЕКГ	— електрокардіограма
ІФА	— імуноферментний аналіз
КОК	— комбіновані оральні контрацептиви
КТГ	— кардіотокограма
КТР	— куприко-тім'яний розмір
МЛА	— метод лактаційної аменореї
НСТ	— нестресовий тест
ОАА	— обтяжений акушерський анамнез
ОЖ	— окружність живота
ОЦК	— об'єм циркулюючої крові
ПДП	— передбачувана дата пологів
ПІК	— прогестагенові ін'єкційні контрацептиви
ПТП	— протизаплідні таблетки прогестагенового ряду
РІФ	— реакція імуофлюоресценції
СЗРП	— синдром затримки росту плода
ТТГ	— тиреотропний гормон
УЗД	— ультразвукова діагностика
ФПК	— фетоплацентарний комплекс
ХГЛ	— хоріонічний гонадотропін людини
ЧД	— частота дихання
ЧСС	— частота серцевих скорочень
ШВЛ	— штучна вентиляція легень
ШОЕ	— швидкість осідання еритроцитів
Нв	— гемоглобін
Нт	— гематокрит
РАРР-А	— протеїн, асоційований з вагітністю

**Тема 1. ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ.  
ПЕРИНАТАЛЬНА ОХОРОНА ПЛОДА.  
МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ.  
АКУШЕРСЬКА ТЕРМІНОЛОГІЯ** \_\_\_\_\_

**Задача 1**

На прийом до лікаря жіночої консультації прийшла пацієнтка Л. зі скаргами на відсутність менструації протягом 3 міс. Жінку також турбує нудота, відраза до м'ясної їжі, трапляється одноразове блювання вранці.

Вік 25 років, одружена, вагітностей не було. Менструації з 13 років, регулярні, через 28 днів по 4–5 днів. При зборі анамнезу з'ясовано, що пацієнтка хворіє на хронічний тонзиліт, хронічний пієлонефрит. При огляді: пацієнтка правильної статури, задовільного харчування. Зріст 155 см, маса тіла 52 кг. Шкіра і видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Розміри таза 26–28–31–21 см. Окружність променезап'ясткового суглоба 15 см. Артеріальний тиск (АТ) 115/66 мм рт. ст. Пульс 72 уд./хв. З боку внутрішніх органів патології не виявлено.

При бімануальному дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, відзначається ціаноз слизової оболонки шийки матки і піхви, піхва вузька, дно матки пальпується над лобковим симфізом, м'якої консистенції, при пальпації тонізується. Придатки не пальпуються. Виділення слизові.

**Питання**

1. Діагноз.
2. Вкажіть ймовірні ознаки, що підтверджують вагітність.
3. Перерахуйте лабораторні та інструментальні дослідження, які належить виконати при першому зверненні вагітної до лікаря.
4. Скільки візитів до лікаря рекомендовано вагітній жінці?
5. Які обстеження потрібно проводити вагітній при кожному візиті до жіночої консультації у I триместрі вагітності?

## Задача 2

Повторновагітна К. надійшла до акушерського стаціонару за направленням жіночої консультації. Перебуває на диспансерному обліку за вагітністю з 10 тиж. Вагітність друга, 30 тиж. Перша вагітність закінчилася вчасними пологами. Перша половина вагітності ускладнилася загрозою переривання, проведена зберігаюча терапія в гінекологічному відділенні. При надходженні скарг не висловлює; АТ 120/70 мм рт. ст., пульс 78 уд./хв, задовільних властивостей. Набряків немає. Акушерський статус: матка в нормальному тонусі, відповідає терміну вагітності, окружність живота (ОЖ) 89 см, висота дна матки (ВДМ) 30 см. Положення плода поздовжнє, голівка пальпується над входом у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд./хв, вислуховується праворуч біля пупка. Ворушіння плода відчуває добре.

У загальному аналізі крові: гемоглобін (Hb) — 110 г/л, лейкоцити —  $9 \cdot 10^9$ /л, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) — 29 мм/год. В аналізі сечі: відносна щільність — 1015, білок — 0,003 г/л, лейкоцити 0–2 у полі зору, еритроцити 1–2 у полі зору.

### *Питання*

1. Діагноз.
2. Вкажіть достовірні ознаки, що підтверджують вагітність.
3. Скільки разів і в які терміни потрібно проводити ультразвукове дослідження (УЗД) при нормальному перебігу вагітності?
4. В якому терміні вагітності оформляється допологова декретна відпустка? Яка її тривалість?
5. Які обстеження потрібно проводити при візиті до жіночої консультації у 30 тиж. вагітності?

## Задача 3

До дільничного лікаря жіночої консультації звернулася пацієнтка Н., 35 років, зі скаргами на затримку менструації (остання була 10 тиж. тому), нудоту, іноді одноразове блювання вранці, непереносимість запахів. Вважає себе вагітною, вагітність бажана. Соматично здорова. В анамнезі двоє пологів живими доношеними дітьми і два медичних аборти. Гінекологічні та венеричні захворювання заперечує.



При гінекологічному дослідженні встановлено: зовнішні статеві органи розвинені правильно, виражений ціаноз слизової оболонки піхви, шийка сформована, зовнішній зів закритий. Тіло матки в гіперантефлексії, розміром з гусяче яйце, пом'якшене, але при пальпації ущільнюється. Виділення слизові.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Вкажіть передбачувані та ймовірні ознаки, що підтверджують вагітність.
3. Яке обстеження потрібно призначити з урахуванням віку жінки?
4. В які терміни проводиться біохімічний скринінг, які параметри оцінюються?

### **Задача 4**

Першовагітна А., 26 років, прийшла на прийом до жіночої консультації, термін вагітності 39–40 тиж. Скарг не висловлює, відзначає відходження слизової пробки.

Менструації з 14 років, регулярні, по 4–5 днів, через 26–28 днів. Статеве життя з 25 років, від вагітності не оберігалася. Гінекологічних захворювань не було. Соматично здорова. Розміри таза 26–28–31–20 см; ОЖ 100 см, ВДМ 38 см, зріст 166 см, маса тіла 72 кг. Положення плода поздовжнє, пальпується щільна, правильної форми, м'якої консистенції частина плода, що балотує, притиснута до входу в малий таз. Спинка плода обернута вліво і вперед, справа пальпуються більш дрібні частини плода. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд./хв, вислуховується зліва вище пупка.

Внутрішнє акушерське дослідження: зовнішні статеві органи без особливостей, піхва вузька, шийка матки щільна, завдовжки 2 см, зовнішній зів пропускає кінчик пальця. Виділення слизові, у помірній кількості.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Визначте передбачувану масу плода.
3. В якому терміні вагітна жінка починає відчувати ворухіння плода?

4. Наведіть формулу для визначення передбачуваної дати пологів (ПДП).

5. Яка тактика лікаря жіночої консультації в даному випадку?

### **Задача 5**

На прийом до лікаря жіночої консультації звернулася пацієнтка К., 37 років, зі скаргами на відсутність менструації протягом 3,5 міс., набухання і болючість молочних залоз, підвищення апетиту.

Менструації з 13 років, встановилися відразу, по 3–4 дні, через 21 день, безболісні, у значній кількості. Останні три роки менструації нерегулярні, відзначає затримки на 1,5–2 міс., до лікаря не зверталася. Статеве життя з 19 років.

В анамнезі два мимовільних викидня в термінах 8–9 і 14–15 тиж. і одні передчасні пологи в 35–36 тиж., без ускладнень.

На момент огляду: пацієнтка правильної статури, помірного харчування. Шкіра і видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті; АТ 120/80 мм рт. ст. на обох руках, пульс 76 уд./хв, задовільних властивостей. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Експрес-тест на вагітність позитивний. При гінекологічному дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, слизові оболонки піхви і шийки матки ціанотичні, тіло матки в гіперантефлексії, перешийок розм'якшений, дно пальпується посередині між пупком і лобковим симфізом, при пальпації тонус матки підвищується. Придатки не пальпуються, склепіння вільні. Виділення слизові, у незначній кількості.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Назвіть основні групи ознак діагностики вагітності.
3. На чому заснований лабораторний метод визначення вагітності?
4. В які терміни проводяться скринінгові дослідження, які параметри оцінюються?
5. Кому показано медико-генетичне консультування?

## **Тема 2. ФІЗІОЛОГІЯ ПОЛОГІВ. ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ**

---

### **Задача 1**

Першовагітна Ж., 23 роки, надійшла до пологового будинку з доношеною вагітністю, скаржиться на перейми, що розпочалися 4 год тому. Перейми тривають 20–25 с, повторюються кожні 4–5 хв. Загальний стан роділлі задовільний. Температура тіла 36,7 °С; АТ 120/80 мм рт. ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) 80 уд./хв.

Положення плода поздовжнє, спинка обернута до лівої половини матки, передлежить голівка, яка розташована на 4 пальці вище симфізу. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 156 уд./хв.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, край тонкий, зовнішній зів має діаметр 2 см. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка. Мис недосяжний, частково доступні пальпації термінальні лінії та внутрішня поверхня симфізу, окрім верхнього краю.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Механізм згладжування та розкриття шийки матки у цієї роділлі.
3. Чи відповідає темп розкриття шийки матки періоду та фазі пологів?
4. Максимальна тривалість першого періоду пологів у цієї роділлі?
5. Вкажіть, у якій площині розташована голівка плода за даними зовнішнього та внутрішнього дослідження.
6. В який спосіб здійснюється аускультация серцевих тонів плода у цій фазі пологів?

### **Задача 2**

Пацієнтка П., що народжує вдруге, надійшла до пологового будинку з вагітністю 38 тиж. через 5 год після початку регулярних переймів. Вагітність друга, перші пологи два роки тому пе-

ребігали нормально. Температура 36,8 °С, АТ 120/180 мм рт. ст. Положення плода поздовжнє, перша позиція, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 162 уд./хв.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки вкорочена до 0,5 см із товстими крями, зів відкритий на 2,5 см. Плодовий міхур цілий. Голівка плода розташована у першій площині малого таза.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тривалість і назва першого періоду пологів.
3. Механізм згладжування та розкриття шийки матки у цієї роділлі. Характер розкриття зіва шийки матки.
4. Передні та задні навколоплідні води. Коли вилиття навколоплідних вод вважається своєчасним?
5. Яка тривалість першого періоду пологів у жінок, що народжують повторно?
6. Чи відповідає темп розкриття шийки матки періоду та фазі пологів?

### **Задача 3**

Першороділля М., 20 років, знаходиться у пологах, що розпочалися своєчасно та продовжуються 12 год. Відійшли світлі, прозорі навколоплідні води. Пологова діяльність — перейми по 45–50 с, 4–5 за 10 хв. Загальний стан роділлі задовільний, АТ 120/80 мм рт. ст., ОЖ 100 см, ВДМ 34 см. Розміри таза 25–28–31–20 см. Положення плода поздовжнє, спинка обернута вліво, передлежить голівка, що на один палець вище симфізу. Серцебиття плода 140 уд./хв.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що не народжувала, шийка матки згладжена, відкриття зіва повне. Плодовий міхур розірваний. Крижова западина заповнена голівкою, внутрішня поверхня симфізу недоступна для дослідження, але доступні нижні ості клубових кісток. Стрілоподібний шов голівки плода знаходиться у правому косому розмірі, мале тім'ячко визначається зліва попереду та лежить нижче інших точок голівки.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Характер передлеглої частини, позиція та вид.
3. В якій площині таза знаходиться голівка плода та які дані підтверджують це?
4. Яким розміром голівки пройде плід при цьому передлежанні, назва розміру, його значення, окружність голівки, що відповідає цьому розміру?
5. Яка точка голівки плода є провідною при цьому розмірі?
6. В якому періоді пологів знаходиться роділля?
7. В який спосіб здійснюється аускультация серцевих тонів плода у цьому періоді пологів?

### **Задача 4**

Роділля С., 26 років, надійшла до пологового будинку з активноюпологовою діяльністю, через 3 год народила живого доношеного хлопчика масою 3000 г, зростом 50 см. Через 15 хв після народження дитини виникла кровотеча, крововтрата становила 120 мл, триває.

Дані перевірки ознак відокремлення плаценти: а) затискач, що був накладений на пуповину біля статевої щілини, опустився на 10 см; б) матка плоска, вузька, дно піднялося вище пупа і відхилилося праворуч; в) при глибокому вдиху пуповина не втягується в піхву; г) пуповина подовжилася при потузі та не вкоротилася при її закінченні; д) при натисканні ребром кисті на підчерев'я пуповина не втягується у піхву; е) при натисканні на матку пупкові вени не наповнюються.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Чи відбулося відокремлення плаценти від стінок матки?
3. У якій черзі слід позначити цифрами ознаки відокремлення плаценти, описані в умовах завдання? Ознаки: 1 — Шредера; 2 — Альфельда; 3 — Кюстнера — Чукалова; 4 — Довженка; 5 — Клейна; 6 — Штрассмана.
4. Спосіб і порядок виділення посліду, що відокремився, з порожнини матки.
5. Методика виділення посліду за Абуладзе.

## Задача 5

У роділлі П. через 12 год 38 хв після початку пологової діяльності народився живий доношений хлопчик масою 3100 г, зростом 50 см. При народженні серцебиття у хлопчика 136 уд./хв, крик гучний, шкіра кінцівок ціанотична, рефлекс жваві, тонус дещо знижений. Через 5 хв шкіра кінцівок порожевіла, тонус досяг нормального рівня. Голівка у дитини доліхоцефалічної форми, витягнута спереду дозад. На потиличній частині голівки визначається рожева пухлина із центром, що знаходиться між великим і малим тім'ячками.

### *Питання*

1. При якому передлежанні голівки плода здійснилися пологи?
2. Вкажіть провідну точку при цьому передлежанні.
3. Яким розміром голівки проходив плід при цих пологах, вимірювання його, величина?
4. Чи відповідає тривалість описаних пологів фізіологічній?
5. Яка максимальна тривалість періодів пологів?
6. Які пологи вважають швидкими та стрімкими?
7. Здійсніть оцінку новонародженого за шкалами Апгар і Сільвермана.
8. Як здійснюється профілактика офтальмобленореї?

## **Тема 3. ФІЗІОЛОГІЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ. ФІЗІОЛОГІЯ ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ** \_\_\_\_\_

### Задача 1

Породілля А., друга доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, температура тіла 36,8 °С, пульс ритмічний. Внутрішні органи без патологічних змін. Молочні залози дещо збільшилися, гіперемії немає, ділянка ареоли у задовільному стані. Матка щільна, безболісна, контури чіткі, дно розташоване на 14 см вище лобка. Лохії кров'яністі, у невеликій кількості. Сечовиділення вільне. Випороження не було.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Зміни маси матки у післяпологовому періоді.
3. Зміни характеру секрету молочних залоз у післяпологовому періоді.
4. Склад молозива.
5. Зміни у функціональному стані кишечника у післяпологовому періоді. Чи відповідає нормі стан кишечника у цієї породіллі?
6. Швидкість інволюції матки у післяпологовому періоді. Чи відповідає висота розташування дна матки у цієї породіллі другій добі післяпологового періоду?
7. Які лікарські призначення необхідні відповідно до доби післяпологового періоду?

### **Задача 2**

Породілля С., п'ята доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, температура тіла 36,6 °С, пульс ритмічний, 72 уд./хв. З боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Молочні залози збільшені у розмірах, з підвищеною щільністю, не гіперемовані, ділянка ареоли у задовільному стані. Матка скоротилася, безболісна, дно знаходиться на 8 см вище лобка. Лохії кров'янисто-серозні, у невеликій кількості. Сечовипускання вільне. Випорожнення один раз на добу.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Зміни характеру лохий у післяпологовому періоді.
3. Динаміка інволюції шийки матки у післяпологовому періоді.
4. Склад жіночого молока.
5. Причини, які викликають порушення сечовипускання у післяпологовому періоді.

### **Задача 3**

Породілля М., десята доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, скарг немає. Температура тіла 36,7 °С, пульс ритмічний, 72 уд./хв. З боку внутрішніх органів патологіч-

них змін не виявлено. Молочні залози м'які, безболісні при огляді, ділянка ареоли не змінена. Матка скоротилася, дно над лобком не визначається. Лохії серозно-слизові, незначні. Випороження та сечовипускання вільні.

#### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Зміна маси тіла породіллі при фізіологічному перебігу післяпологового періоду.
3. Зміни ВДМ у післяпологовому періоді.
4. Зміни серцево-судинної системи у післяпологовому періоді.

#### **Задача 4**

У першороділлі К. загальна тривалість пологів становила 10 год 15 хв. Народила живу доношену дівчинку масою 3200 г, зростом 31 см. Шкіра новонародженої рожева. Кисті та стопи ціанотичні, крик гучний, дихання глибоке, рефлекси жваві, рухи активні, серцебиття 130 уд./хв, ритмічне. Через 5 хв шкіра кінцівок порожівіла, з'явилися смоктальні рухи. Голівка новонародженої доліоцефалічної форми, витягнута спереду дозад, на лівій тім'яній кістці визначається невелика рожева пухлина.

#### ***Питання***

1. Разом із неонатологом оцініть новонароджену за шкалою Апгар.
2. Коли можна прикласти цю дитину до грудей?
3. Визначте, в якому передлежанні та позиції народжувався плід.
4. Вкажіть послідовність заходів із первинної обробки новонародженого.

#### **Задача 5**

У пологовому відділенні за рік народилося 3500 новонароджених (2000 хлопчиків і 1500 дівчаток). З них народилося живими 3480 новонароджених, мертвими — 20. Померло у ранньому післяпологовому періоді (перші 7 діб) 50 новонароджених.



### ***Питання***

1. Перинатальна смертність у пологовому відділенні.
2. Мертвонародженість у відділенні.
3. Рання неонатальна смертність у відділенні.

## **Тема 4. ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ ПРИ ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ. ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ ПРИ АНОМАЛІЯХ КІСТКОВОГО ТАЗА. ПРОБЛЕМИ МАКРОСОМІЇ В АКУШЕРСТВІ, ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ ПРИ ВЕЛИКОМУ ПЛОДІ**

---

### **Задача 1**

Повторновагітна Ф., 30 років, з вагітністю 39 тиж. надійшла до акушерського стаціонара зі скаргами на регулярні перейми протягом 5 год. В анамнезі одні пологи, три аборти. Розміри таза 23–25–28–18 см. Матка витягнута в поперечному напрямку. Голівка плода пальпується зліва, тазовий кінець справа. Серцебиття плода ясне, ритмічне — 120 уд./хв, вислуховується справа від пупка.

При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття шийки матки 7 см. Плодовий міхур цілий. Передлегла частина плода не визначається. Мис досягається, діагональна кон'югата 11 см. Екзостозів немає.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Клінічні ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Тактика лікаря.
4. Які ускладнення можуть обтяжити пологи при вузькому тазі?
5. Які форми звуження таза трапляються часто, а які — рідко?

## Задача 2

Роділля Ф., 28 років, народжує повторно, надійшла до клініки з переймами протягом 9 год., навколоплідні води вилилися 10 год тому. Пологи своєчасні.

Дані анамнезу: спадковість не обтяжена, дитинство пройшло у важких матеріально-побутових умовах; була хворобливою дитиною, ходити почала з двох років. Менструація почалася з 15 років, встановилася відразу, тривалістю 3 дні через кожні 30 днів. Перша вагітність закінчилася народженням живої дитини масою 2700 г, друга — народженням дитини масою 2900 г та її смертю на другу добу внаслідок черепно-мозкової травми. Перші та другі пологи тривалі. Дві наступні вагітності закінчилися медичним абортom без ускладнень. Ця вагітність п'ята, жіночу консультацію відвідувала регулярно, ускладнень під час вагітності не було.

Об'єктивно: зріст — 150 см, маса тіла — 54 кг, голова велика, чотирикутної форми. Зуби рідкі, з поперечними жолобками. Грудна клітка запала, реберні чотки, нижні кінцівки вкорочені, викривлені у вигляді Х. Набряків немає. Живіт великий, відвислий, шкіра живота в'яла; АТ 120/80–120/85 мм рт. ст., пульс 76 уд./хв, задовільного наповнення і напруження. Температура тіла 36,7 °С. З боку внутрішніх органів відхилень від норми не виявлено. Сечовипускання самостійне.

Дані акушерського дослідження: ОЖ 104 см, ВДМ 38 см. Розміри таза 26–26–31–18 см. Положення плода поздовжнє, спинка — справа, дрібні частини — зліва. Передлегла частина плода — голівка малим сегментом у площині входу в малий таз. Ознака Вастена — голівка врівень із симфізом. Серцебиття плода 140 уд./хв.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, розкриття повне. Плодовий міхур відсутній, підтікають навколоплідні води у невеликій кількості з домішкою меконія. Голова — малим сегментом у площині входу в малий таз. Стрілоподібний шов — у поперечному розмірі входу в малий таз ближче до мису крижів. На передній тім'яній кістці пальпується велика пологова пухлина. Мис крижів досягається, діагональна кон'югата — 11,5 см.

Додаткові вимірювання: окружність променезап'ясткового суглоба — 14 см, висота лобкового симфізу — 4 см; розміри виходу малого таза: поперечний — 11 см, прямий — 10,5 см;

лобковий кут тупий; ромб Міхаеліса значно деформований, майже трикутної форми за рахунок зменшення верхньої половини ромба. Показники крові й сечі без змін.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Клінічні ознаки, що підтверджують діагноз.
3. План ведення пологів.
4. Які ускладнення під час вагітності можливі при вузькому тазі?

### **Задача 3**

У пологовий будинок надійшла першороділля А., 27 років, термін вагітності 39–40 тиж., з активною пологовою діяльністю протягом 8 год. Жінка скаржиться на утруднення сечовипускання, з'явилося бажання тужитися. Навколоплідні води вилилися 3 год тому. Розміри таза 26–29–30–20 см. Передбачувана маса плода (4300,0 ± 200,0) г. Положення плода поздовжнє, голівка плода притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд./хв, вислуховується зліва біля пупка.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вузька, повне відкриття шийки матки. Плодовий міхур відсутній. При огляді визначається набряк зовнішніх статевих органів і шийки матки. При катетеризації сечового міхура отримано невелику кількість сечі темно-жовтого кольору. Ознака Вастена позитивна.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. План ведення пологів.
3. Фактори ризику розвитку даної патології.
4. Вкажіть діагностичні ознаки описаного ускладнення.
5. Які умови необхідні для діагностики цього стану?

### **Задача 4**

Повторновагітна С., 30 років, доправлена до пологового відділення з регулярною пологовою діяльністю протягом 5 год. В анамнезі двоє пологів, один аборт. При огляді: перейми 50–60 с, регулярні. Положення плода поздовжнє, передлежить тазовий

кінець, притиснутий до площини входу в малий таз. Серцебиття плода приглушене, аритмічне 80–100 уд./хв, вислуховується зліва вище пупка. Навколоплідні води вилилися 15 хв тому, чисті.

При внутрішньому акушерському дослідженні: тонус м'язів тазового дна збережений, піхва жінки, що народжувала. Шийка матки згладжена, розкриття 7–8 см, плодовий міхур відсутній. Підтікають навколоплідні води. У піхві визначається пульсуюча петля пуповини. Передлежить тазовий кінець (пальпуються сідниці, міжсіднична щілина, крижі), притиснутий до площини входу в малий таз, мис недосяжний, екзостозів немає. На кардіограмі (КТГ) виражені варіабельні децелерації на тлі брадикардії.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.
3. Проведіть диференційну діагностику між сідничним і лицьовим передлежаннями за даними внутрішнього акушерського дослідження.
4. Можливі ускладнення під час вагітності при цьому передлежанні.
5. Фактори, що призводять до цієї патології.

### **Задача 5**

Повторновагітна Ш., 35 років, перші пологи у терміні 39 тиж. Навколоплідні води вилилися за 2 год до надходження до полового будинку. Перейми протягом 15–20 с через 7–8 хв. Дві попередні вагітності закінчилися медичними абортами за бажанням жінки. Останні 6 років лікувалася з приводу безплідності.

Положення плода поздовжнє, сідниці плода рухомі над входом у малий таз; ОЖ 100 см, ВДМ 39 см. Розміри таза 23–27–19 см. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, 90 уд./хв, вислуховується справа вище пупка.

При внутрішньому акушерському дослідженні: піхва вузька, шийка матки розташована по центру малого таза, вкорочена до 1,5 см, щільна, цервікальний канал має діаметр 1,5 см. Плодовий міхур відсутній. Сіднички плода рухомі над площиною входу в малий таз. Підтікають зеленуваті навколоплідні води.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.
3. Вкажіть види тазового передлежання плода.
4. Які показання до кесаревого розтину при тазовому передлежанні плода?
5. Тактика ведення вагітності при тазових передлежаннях плода.

## **Тема 5. АНОМАЛІ РОЗВИТКУ ПЛІДНОГО ЯЙЦЯ. БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ. АНОМАЛІ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА**

---

### **Задача 1**

Пацієнтка Н., 29 років, скаржиться на кров'янисті виділення зі статевих шляхів із відходженням дрібних бульбашок, часте блювання.

З анамнезу: дві вагітності, один штучний аборт, один мимовільний викидень. Остання менструація 16 тиж. тому.

Об'єктивно: шкіра і видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожеві. Температура тіла 36,6 °С, АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 84 уд./хв. У сечі визначається підвищення хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) у 10 разів. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Симптомів подразнення очеревини немає. На рівні пупка пальпується дно матки.

Огляд у дзеркалах: слизова оболонка піхви і шийка матки ціанотичні. Шийка матки циліндричної форми.

Бімануальне дослідження: матка збільшена до 24 тиж. вагітності, безболісна. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні, рухомі. Вагінальні склепіння вільні, інфільтратів у порожнині малого таза немає. Виділення кров'янисті з відходженням дрібних бульбашок.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Вкажіть основний патогенетичний механізм даної патології.
3. Тактика ведення пацієнтки.
4. Можливі форми описаної в задачі патології.
5. Які дослідження потрібно провести після лікувальних заходів?

### **Задача 2**

Хвора Г., 30 років, скаржиться на помірні кров'яністі виділення зі статевих шляхів, які чергуються із серозно-бурими білями; зниження маси тіла на 4 кг за останні два місяці.

З анамнезу: чотири вагітності, з них двоє пологів, один медичний аборт; 6 міс. тому перенесла міхуровий занос із повторним вишкрібанням порожнини матки через 2 міс. Тест на вагітність — позитивний.

Бімануальне дослідження: шийка матки завдовжки 3 см, зовнішній зів закритий. Матка збільшена до 9 тиж. вагітності, м'якої консистенції, безболісна при пальпації. Придатки матки не збільшені. Виділення зі статевих шляхів кров'яністі, помірні.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Яке дослідження допоможе визначити остаточний діагноз?
3. Стадії розповсюдження патологічного процесу.
4. Вкажіть характерну локалізацію метастазів при даній патології.
5. Які основні принципи лікування визначеної в задачі патології?

### **Задача 3**

Вагітна Е., 37 років, спостерігалася у жіночій консультації. Гінекологічний анамнез: менструації з 12 років, встановилися відразу, тривалістю 3–4 дні, через 30 днів, помірні, безболісні. Статеве життя з 22 років. Дві вагітності завершилися пологами великим плодом. Дана вагітність третя, термін гестації 40 тиж.

При огляді у приймальному відділенні: загальний стан задовільний, перейми через 5 хв по 20–25 с, помірної сили. АТ 120/70 мм рт. ст. Маса тіла вагітної 78 кг, зріст 162 см. Передня черевна стінка перерозтягнута, ОЖ 92 см, ВДМ 30 см. З допомогою другого прийому зовнішнього акушерського дослідження справа виявлена щільна округла частина плода, зліва — м'якуватої консистенції. Передлегла частина плода не визначається. Серцебиття плода 144 уд./хв, ясне, ритмічне, вислуховується на рівні пупка.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Яка тактика розродження пацієнтки?
3. Основні причини неправильного положення плода.
4. Терміни планового розродження пацієнтки.
5. Можливі ускладнення при поперечному положенні плода.

### **Задача 4**

До пологового будинку надійшла повторновагітна Л. при терміні гестації 36–37 тиж. Встановлений діагноз: вагітність друга, 36–37 тиж. Біхоріальна, біамніотична двійня. Поздовжнє положення плода, головне передлежання обох плодів. Перший період пологів. Загальний стан роділлі задовільний: АТ 110/70 мм рт. ст., пульс 78 уд./хв, задовільних властивостей. Пологова діяльність активна. Серцебиття плодів ритмічне — до 140 уд./хв.

Після народження першого плода масою 2800 г вилилися навколоплідні води. При внутрішньому акушерському дослідженні в піхві визначається пульсуюча пуповина другого плода. Голівка плода рухома над входом у малий таз, легко відштовхується при натисканні. Спроба заправити пуповину — без ефекту. Серцебиття плода 160 уд./хв. Передбачувана маса другого плода — 2500 г.

### ***Питання***

1. Яке ускладнення пологів виникло?
2. Яка подальша тактика розродження пацієнтки?
3. Можливі ускладнення вагітності при багатоплідді.
4. Показання до оперативного розродження при багатоплідній вагітності.

5. Терміни планового розродження шляхом операції кесаревого розтину при багатоплідній вагітності.

### **Задача 5**

Повторнороділля І., 32 роки, надійшла до пологового будинку з регулярною пологовою діяльністю. Жіночу консультацію не відвідувала. Навколоплідні води вилилися 10 год тому, пологова діяльність почалася 6 год тому. Передбачувана дата пологів, за даними жінки, через 3 тиж., ОЖ 100 см, ВДМ 29 см. Голівка плода пальпується зліва. Серцебиття плода не прослуховується. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, відкриття маткового зівя 9 см, у піхві визначається набрякла ручка плода.

#### ***Питання***

1. Яке ускладнення пологів виникло?
2. Механізм виникнення визначеного в задачі ускладнення пологів.
3. Основні клінічні ознаки визначеного в задачі ускладнення пологів.
4. Можливі наслідки визначеного в задачі ускладнення пологів.
5. Тактика ведення пацієнтки.

### **Тема 6. МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЛОДА. ДИСФУНКЦІЯ ПЛАЦЕНТИ. ДИСТРЕС ПЛОДА. СИНДРОМ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА**

---

#### **Задача 1**

Першовагітна Н., 20 років. В анамнезі два штучних аборти. У пологах 8 год, стомлена. Перейми через кожні 5–6 хв по 25–30 с, слабкі, помірно болісні. Навколоплідні води не виливалися. Сер-



цебиття плода приглушене, ритмічне, 90 уд./хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття маткового зівя 4–5 см, краї середньої товщини, погано розтягуються. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка плода, яка щільно притиснута до входу в малий таз. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі таза, мале тім'ячко зліва попереду.

Дані КТГ: базальна частота серцевих скорочень (БЧСС) — 90 уд./хв, варіабельність — 3–4 уд./хв, акцелерації відсутні, пізні децелерації (амплітудою > 30 уд./хв).

### **Питання**

1. Діагноз.
2. План ведення.
3. Яка методика аускультатії плода під час пологів?
4. Які параметри серцевого ритму при кардіотокографічному дослідженні свідчать про наявність дистресу плода під час пологів?

### **Задача 2**

Вагітна Р., 37 років, надійшла до відділення патології вагітності у задовільному стані з прогресуючою вагітністю 33 тиж. В анамнезі два мимовільних аборти у 7–8 тиж. Вторинна безплідність 14 років. Під час даної вагітності у 6–8 тиж. і 20–24 тиж. проводилося комплексне лікування загрози переривання вагітності. У 29–30 тиж. вагітна перенесла гостру респіраторну вірусну інфекцію (ГРВІ) з підвищенням температури до 38 °С. Лікувалася вдома. Протягом вагітності маса тіла збільшилася на 8 кг. У жіночій консультації на обліку перебувала з 8–9 тиж., обсяг обстежень достатній. Медико-генетичне консультування проводилося в 12 і 16 тиж. вагітності.

Об'єктивно: АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд./хв, частота дихання 18 за 1 хв; ВДМ 25 см, ОЖ 84 см. Вагітна оцінює рухи плода як задовільні. Матка в нормальному тонусі. Положення плода поздовжнє, сідниці плода пальпуються над входом у малий таз. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, 100 уд./хв. Дані внутрішнього акушерського дослідження відповідають терміну вагітності.

Дані УЗД: біпаріетальний розмір плода (БПР) 75 мм (30 тиж.), довжина стегна (ДСт) 55,3 мм (31 тиж.), ОЖ 152,9 мм (29 тиж.), маса плода (1385,0 ± 173,0) г. Плацента розташована по лівій задній бічній стінці, завтовшки 30 мм, ступінь зрілості — III, кількість вод помірно зменшена. Допплерометрія кровотоку в судинах плода — реверсний кровотік в артеріях пуповини. Біофізичний профіль плода (БПП) — 4 бали.

### *Питання*

1. Діагноз.
2. План ведення.
3. На підставі яких методів дослідження можлива діагностика синдрому затримки росту плода (СЗРП)?
4. Що є показанням для госпіталізації при СЗРП?
5. Вкажіть показання до розродження шляхом кесаревого розтину при СЗРП.

### **Задача 3**

Вагітна М., 26 років, доправлена до відділення екстрагенітальної патології зі скаргами на погіршення ворущіння плода. Хворіє на цукровий діабет протягом 8 років, цукровий діабет I типу, середнього ступеня тяжкості. Менструації з 12 років, встановилися відразу, протягом 4–5 днів, через 28 днів, у помірній кількості, безболісні. Статеве життя з 22 років. Вагітність перша, 32–33 тиж. Перебуває на обліку в жіночій консультації з 10 тиж. вагітності.

Об'єктивно: стан вагітної при надходженні задовільний; температура тіла 36,6 °С; зріст 162 см, маса тіла 79 кг. Статура правильна. Шкіра і видимі слизові оболонки нормального забарвлення, тургор нормальний. Набряків немає. Пульс 78 уд./хв, правильний, АТ 120/80–125/80 мм рт. ст. Розміри таза 26–29–32–21 см. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, рухома над входом у малий таз. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, 160 уд./хв, вислуховується зліва нижче пупка.

Дані додаткових методів дослідження: БПП — 7 балів; доплерометрія кровотоку в судинах плода — уповільнений кровотік в артеріях пуповини.

### *Питання*

1. Діагноз.
2. План ведення.

3. Які додаткові дослідження необхідно провести для оцінки стану фетоплацентарного комплексу (ФПК)?

4. Що являє собою модифікований біофізичний профіль плода?

5. За яких умов у даному випадку можливе розродження через природні пологові шляхи?

#### **Задача 4**

Пацієнтка К., 23 роки, вагітність перша, термін вагітності 39 тиж. За 5 год до моменту надходження до пологового будинку вилилися навколоплідні води. Перейми через 4 хв по 35 с середньої сили.

При об'єктивному обстеженні виявлено: зріст 167 см, маса тіла 80 кг. Розміри таза при пельвіометрії: 26–28–31–20 см; ОЖ 100 см, ВДМ 36 см. Збільшення маси тіла за вагітність — 12 кг. Шкіра фізіологічного забарвлення, набряків немає; АТ 115/70 мм рт. ст., ЧСС 80 уд./хв, температура тіла 36,7 °С. Плід розташований паралельно довгій осі матки, спинка плода зліва, голівка плода притиснута до входу в малий таз. При аускультативній серцевої діяльності плода виявлено: ЧСС 180 уд./хв, тони ритмічні, приглушені.

При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено: шийка матки згладжена, відкриття 3 см, край шийки матки щільні, помірно розтяжні, завтовшки 0,5 см. Передлежить голівка, яка притиснута до входу в малий таз; стрілоподібний шов у правому косому розмірі площини входу в малий таз, мале тім'ячко розташоване зліва біля лобка. Плодовий міхур не визначається, мис недосяжний, екзостозів немає, підтікають зеленуваті води. Проведена КТГ, виявлено: базальна ЧСС 180 уд./хв, ранні децелерації амплітудою > 50 уд./хв зі зменшенням ЧСС до 90 уд./хв.

#### **Питання**

1. Діагноз.

2. План ведення.

3. Які методи діагностики дистресу плода використовують під час пологів?

4. Які показники КТГ під час пологів свідчать про несприятливий прогноз і необхідність термінового розродження?

5. Яким способом виконується термінове розродження при дистресі плода під час пологів?

## Задача 5

Роділля Д., 30 років, доправлена до пологового будинку з районної лікарні з доношеною вагітністю. Пологова діяльність триває протягом 10 год.

Анамнез: дана вагітність шоста, в анамнезі двоє пологів і три медичних аборти без ускладнень. Другі пологи ускладнилися слабкістю пологової діяльності. Дитина народилася в стані асфіксії тяжкого ступеня. Остання вагітність закінчилася медичним абортom два роки тому. При даній вагітності спостерігається в жіночій консультації з 14-го тижня. Вагітність перебігала на тлі анемії легкого ступеня, пацієнтка отримувала амбулаторне лікування. При терміні вагітності 25 тиж. протягом 10 днів перебувала на стаціонарному лікуванні з приводу загрози передчасних пологів. Загальне збільшення маси тіла 12 кг. Протягом вагітності пройшла триразово УЗД: при терміні 10 тиж. — низька плацентажія; 22 тиж. — без патології; 32 тиж. — ознаки передчасного дозрівання плаценти.

Об'єктивно: зріст 157 см, маса тіла 64 кг. Пульс 78 уд./хв, ритмічний, АТ 120/75 мм рт. ст.; температура тіла 36,6 °С. Розміри таза 26–28–30–20 см, ОЖ 105 см, ВДМ 35 см. Серцебиття плода приглушене, під час переймів уповільнюється до 70 уд./хв, між переймами відновлюється до 90 уд./хв.

Дані дослідження піхви: піхва жінки, що народжувала, розкриття шийки матки повне, плодового міхура немає. Голівка у вузькій частині порожнини малого таза. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко біля лобка; мис недосяжний. Підтікають навколоплідні води з домішками меконія.

На КТГ: БЧСС 80 уд./хв, акцелерації відсутні, пізні децелерації амплітудою > 50 уд./хв, тривалістю > 90 с.

### *Питання*

1. Діагноз.
2. План ведення.
3. Які параметри серцевого ритму при КТГ свідчать про задовільний стан плода під час пологів?
4. Яким способом виконується термінове розродження у разі дистресу плода під час пологів?
5. Яке діагностичне значення має визначення меконія в навколоплідних водах при розриві плодового міхура?

**Тема 7. ІЗОАНТИГЕННА НЕСУМІСНІСТЬ КРОВІ МАТЕРІ І ПЛОДА. ПАТОЛОГІЯ ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ. АСФІКСІЯ НОВОНАРОДЖЕНОГО. ТОКСИКО-СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ. МЕТОДИ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАНІМАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНОГО**

---

**Задача 1**

Вагітна А., 26 років, із Rh-негативною належністю крові взята на облік у жіночій консультації у терміні 9–10 тиж. У чоловіка Rh-позитивна належність крові. Вагітність третя, перша закінчилася фізіологічними пологами, дитина здорова, друга — викиднем у 16–17 тиж. Після пологів був діагностований цукровий діабет класу В. При обстеженні титр Rh-антитіл 1:16–1:32.

**Питання**

1. Діагноз.
2. Тактика ведення вагітної.
3. Профілактика резус-конфлікту у жінок із Rh-негативною належністю крові.

**Задача 2**

У вагітної С., 27 років, у 30 тиж. діагностована резус-ізоsensibilізація, титр антитіл 1:32. У жінки обтяжений акушерський анамнез (ОАА): перша вагітність завершилася викиднем у 10–11 тиж., друга — мертвонародженням у 37–38 тиж. у зв'язку з гемолітичною хворобою плода.

Під час об'єктивного обстеження виявлено: положення плода поздовжнє, спинка плода обернута вліво, передлежить голівка. Серцебиття плода 146 уд./хв.

Дані УЗД: розміри плода відповідають терміну вагітності, наявна гепатоспленомегалія плода, підвищена кількість навколоплідних вод, гіпертрофія (50 мм) плаценти.

**Питання**

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.

3. Ознаками якого ускладнення є зміни, що діагностовані при УЗД?
4. Вкажіть ультразвукові ознаки водянки плода.
5. Показаннями до якої діагностичної процедури є наявність ультразвукових ознак гемолітичної хвороби плода?

### Задача 3

Роділля П., 31 рік, надійшла до пологового відділення з переймами, що продовжуються 8 год. Вагітність рік тому закінчилася передчасними пологами.

При надходженні стан роділлі задовільний, температура тіла 36,6 °С, АТ 115/70 мм рт. ст., набряків немає. Патологічних змін внутрішніх органів не знайдено. Положення плода поздовжнє, голівка зовнішніми прийомами над симфізом не визначається. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 146 уд./хв. У приймальному відділенні вилилися чисті навколоплідні води та почалися потуги.

Дані внутрішнього акушерського дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, відкриття повне. Плодовий міхур відсутній. Голівка розташована у площині вузької частини малого таза, стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко біля симфізу. Кістки таза без деформації.

Через 30 хв від початку потуг народилася жива доношена дівчинка масою 3200 г, крик з'явився одразу, гучний. Дитина в'яла, малоактивна. Шкіра бліда, дещо жовтувата. Набряків немає. Живіт м'який, печінка і селезінка збільшені.

Послід відокремився і виділився через 10 хв, цілий. Маса посліду 1100 г; крововтрата 120 мл.

У породіллі кров В (III) групи Rh-негативна, у дитини — А (II) групи Rh-позитивна. У крові, що узята з пуповини, вміст білірубіну — 85,6 мкмоль/л, Hb — 138 г/л, кількість еритроцитів — 1,5 Т/л, незначна кількість нормобластів та еритробластів, помірний лейкоцитоз. Погодинний приріст білірубіну — 8,5 мкмоль/л.

#### *Питання*

1. Визначте стан новонародженої.
2. Ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Клінічні форми цього захворювання.
4. Лікування.
5. Показання до замінного переливання крові.

#### Задача 4

До пологового будинку надійшла роділля Д., 26 років, з активною пологовою діяльністю, що розпочалася 12 год тому. Через 2 год після надходження жінка народила живого доношеного хлопчика масою 4250 г, зростом 53 см. Крик з'явився одразу, гучний. Дихання глибоке. Шкіра рожева. Серцебиття ясне, частота 146 уд./хв. Відзначається знижений тонус м'язів, обмеження активних рухів правої верхньої кінцівки.

На другу добу неонатального періоду спостерігається приведення ручки до тулуба з внутрішньою ротацією у плечовому суглобі та пронацією у передпліччі, рухи кисті та пальців вільні.

#### *Питання*

1. Визначте стан новонародженого.
2. З'ясуйте діагноз.
3. Ознаки, що підтверджують діагноз.
4. Найімовірніша причина ускладнення, що виникло.

#### Задача 5

До приймального відділення пологового будинку звернулася вагітна Т., 20 років, зі скаргами на вилиття навколоплідних вод. Через 16 год розпочалася регулярна пологова діяльність. Пологи закінчилися народженням живої доношеної дівчинки масою 3450 г, зростом 51 см, з оцінкою за шкалою Апгар 8–8 балів. Загальна тривалість пологів 12 год 30 хв. Безводний проміжок 28 год 30 хв.

На третю добу неонатального періоду загальний стан дитини погіршився: знизилася активність смоктання, з'явилися блювання, ціаноз, жовтяниця, мав місце напад апное.

При огляді: шкіра бліда, температура тіла 38,2 °С, частота дихання 80 уд./хв, при перкусії визначається легеневий звук, при аускультатії — пуерильне дихання. Кількість серцевих скорочень — 156 уд./хв. Потиличні м'язи ригідні, велике тім'ячко вибухає, симптом Керніга позитивний.

#### *Питання*

1. Діагноз.
2. Причина захворювання новонародженого.

3. Які дослідження потрібно здійснити для підтвердження попереднього діагнозу?

4. Яких профілактичних заходів потрібно вжити для запобігання токсикосептичних захворювань новонароджених у разі передчасного вилиття навколоплідних вод?

## **Тема 8. РАННІ ГЕСТОЗИ. ГІПЕРТОНІЧНІ РОЗЛАДИ ПРИ ВАГІТНОСТІ. ПРЕЕКЛАМПСІЯ. ЕКЛАМПСІЯ**

---

### **Задача 1**

Вагітна Н., 29 років, надійшла до відділення патології вагітних за направленням лікаря жіночої консультації, 34–35 тиж. гестації. Дана вагітність перша. Перебуває на обліку з 10 тиж. вагітності. З 29 тиж. скаржиться на підвищення артеріального тиску до 130/90–140/90 мм рт. ст. Супровідна патологія — хронічний пієлонефрит з ремісією протягом 5 років. При надходженні скарг немає, АТ 150/100 мм рт. ст. на обох руках. Матка у нормальному тонусі, ВДМ становить 34 см вище лобка, ОЖ 94 см. Передлежить голівка плода, пальпується над входом у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, вислуховується зліва нижче пупка ближче до середньої лінії живота. Набряки гомілок та стоп. Білок сечі — 0,9 г/л.

#### **Питання**

1. Діагноз.
2. Які додаткові методи дослідження потрібні для підтвердження діагнозу?
3. Акушерська тактика.
4. Показання до призначення гіпотензивних препаратів при прееклампсії.
5. Які гіпотензивні препарати показані вагітним?

### **Задача 2**

До пологового будинку надійшла пацієнтка С., що народжує вперше, 34 роки, скаржиться на головний біль, запаморочення, миготіння «мушок» перед очима, набряки ніг, кистей рук.



При огляді: загальний стан тяжкий, загальмована. Артеріальний тиск 170/110 мм рт. ст. на лівій руці й 165/100 мм рт. ст. на правій. Матка відповідає 36–37 тиж. вагітності, що узгоджується з передбачуваним терміном. Серцебиття плода ясне, ритмічне, вислуховується зліва нижче пупка. Набряклість стоп, гомілок, кистей, передньої черевної стінки. Піхвові дослідження: піхвова частина шийки матки вкорочена до 1,5 см, розм'якшена; цервікальний канал пропускає палець за внутрішній зів, тканини в ділянці внутрішнього зів ущільнені. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка плода, яка притиснута до входу в малий таз. Крижовий мис не досягається.

Дані додаткового обстеження:

КТГ: БЧСС 160 уд./хв, амплітуда осциляцій > 10 уд./хв, частота миттєвих осциляцій > 6 на хв, акцелерацій 2 за 1 хв, децелерацій немає. Рухи плода — більше трьох, нестресовий тест (НСТ) реактивний.

УЗД: вагітність 36 тиж., 3 дні (за менструацією). Плід один у головному передлежанні. Серцебиття — «+», рухи — 3, дихальні рухи > 30 с. Розміри плода відповідають 35–36 тиж. вагітності. Ехоструктури легенів зрілі. Плацента по задній стінці, II ступеня зрілості. Кількість вод — норма. Аномалій розвитку плода немає.

Загальний аналіз сечі — білок 2,1 г/л. Добова протеїнурія — 6,5 г на добу.

### *Питання*

1. Діагноз.
2. Акушерська тактика.
3. Які ознаки характерні для тяжкої прееклампсії?
4. Як проводити динамічне спостереження за вагітною з тяжкою прееклампсією?

### **Задача 3**

Повторновагітна М., 30 років, доправлена до пологового будинку зі скаргами на головний біль та в епігастральній ділянці, погіршення зору, набряки нижніх кінцівок, передньої черевної стінки. Термін вагітності 38 тиж.

Менструації з 12 років, встановилися одразу тривалістю 4–5 днів, через 28 днів, у помірній кількості, безболісні. Статеве життя з 22 років. Перша вагітність закінчилася медичним аборт-

том за бажанням жінки при терміні вагітності 10 тиж. Дана вагітність друга. Перша половина вагітності перебігала без ускладнень. В останні 3 тиж. з'явилися набряки на ногах. Консультацію не відвідувала.

Загальний стан середнього ступеня тяжкості, збуджена, АТ 180/120, 175/115 мм рт. ст., набряки нижніх кінцівок, передньої черевної стінки. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, яка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, 150 уд./хв вислуховується справа нижче пупка. Під час зовнішнього акушерського дослідження лікар помітив фібрилярні сипання мимічної мускулатури і верхніх кінцівок.

Аналіз крові: Нь — 126 г/л; гематокрит (Ht) — 41 %, тромбоцитів —  $155 \cdot 10^9$  /л. Аналіз сечі: протеїнурія — 4,5 г/л, циліндурія.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика лікаря.
3. З якими захворюваннями необхідно проводити диференційну діагностику при даній патології?
4. Варіанти перебігу даної патології.
5. Як довго після пологів повинна тривати магnezіальна терапія?

### **Задача 4**

Першовагітна Р., 20 років, надійшла до пологового будинку зі скаргами на нудоту, слинотечу, блювання до 15 разів на добу, не пов'язане з прийомом їжі.

У дитинстві хворіла на кір, скарлатину.

Менструації з 13 років, встановилися одразу, протягом 3–4 днів, через 21 день, безболісні, у значній кількості. Статеве життя з 19 років.

Два тижні тому з'явилися нудота, блювання після їжі, які в найближчі дні частішали. За цей час втрата маси тіла дорівнювала 3 кг. Лікарем жіночої консультації жінка направлена до пологового будинку.

При надходженні: загальний стан задовільний, шкірні покриви бліді, сухі, склери іктеричні. Тургор шкіри знижений. Статура правильна, харчування знижене. Маса тіла 56 кг, зріст 160 см. У

легенях дихання везикулярне; АТ 110/60 мм рт. ст., пульс 96 уд./хв, температура тіла 37,5 °С. Тони серця дещо приглушені. Язик сухий з легким білуватим нальотом, відчувається запах ацетону з рота. Живіт м'який, безболісний, печінка та селезінка не збільшені в розмірах.

Піхвове дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, є ціаноз слизової оболонки входу в піхву. Матка збільшена до 8 тиж. вагітності, м'якої консистенції, рухома, безболісна. Придатки матки не визначаються. Виділення слизові.

При дослідженні крові виявлено: Нb — 100 г/л, лейкоцити —  $11 \cdot 10^9$  /л; еритроцити —  $3 \cdot 10^{12}$ /л; білок загальний — 70 г/л. В аналізі сечі: ацетон (+ + +), гіалінові й зернисті циліндри, протеїнурія — 1,5 г/л.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.
3. До яких ускладнень призводить дана патологія?
4. З якими захворюваннями потрібно проводити диференційну діагностику даної патології?
5. Які показання до переривання вагітності?

### **Задача 5**

Повторновагітна П., 32 роки, перебуває на обліку в жіночій консультації. Дані анамнезу: з перенесених захворювань відзначає кір, ГРВІ. У віці 11 років двостороння пневмонія. Менструації з 14 років, через 28 днів, тривалістю 4 дні, безболісні. Статеве життя з 20 років. Перша вагітність настала через два роки після початку статевого життя і закінчилася штучним абортom при терміні вагітності 10 тиж. Дана вагітність друга. На диспансерному обліку перебуває з терміну вагітності 8 тиж. Відвідує жіночу консультацію регулярно. Термін гестації на момент звернення 35–36 тиж. Протягом останнього тижня з'явилися набряки на ногах, АТ 150/90 мм рт. ст., стан задовільний. Матка в нормальному тонусі, ВДМ 35 см вище лобка, ОЖ 94 см. Передлежить голівка плода, пальпується над входом у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 134 уд./хв, вислуховується справа нижче пупка. Аналіз сечі — білок 0,033 г/л.

### **Питання**

1. Діагноз.
2. Які додаткові методи дослідження потрібні для підтвердження діагнозу?
3. Акушерська тактика.
4. Які існують показання до госпіталізації вагітних із даною патологією?
5. Як проводиться розродження вагітних із даною патологією?

### **Задача 6**

Повторновагітна Р., 34 роки, термін вагітності 37–38 тиж., надійшла до пологового будинку зі скаргами на нудоту, блювання, біль в епігастральній ділянці та правому підребер'ї. З'явилися локальний біль у ділянці передньої стінки матки, кров'янисті виділення зі статевих шляхів, жовтяниця шкіри та слизових оболонок. Перестала відчувати рухи плода.

Із анамнезу: дана вагітність четверта, два медичних аборти у ранні терміни, одні пологи. При теперішній вагітності знаходиться на обліку в жіночій консультації з 12 тиж. вагітності. Перший триместр без ускладнень, у 31–32 тиж. проходила лікування в умовах стаціонару денного перебування з приводу легкої преєклампсії.

При пальпації печінка на 5 см нижче реберної дуги, різко болісна. Пульс 80 уд./хв, АТ 90/60 мм рт. ст., температура тіла 36,8 °С. Матка в гіпертонусі. Серцебиття плода під час аускультатії та на кардіомоніторі не визначається. При внутрішньому акушерському обстеженні: піхва жінки, що народжувала, шийка матки вкорочена до 1,5 см, розм'якшена, за шкалою Бішопа 5–6 балів. Плодовий міхур цілий. Голівка плода притиснута до входу малого таза. Виділення кров'янисті, помірні. Мис крижів недосяжний, екзостозів не виявлено. При виконанні амніотомії вилилося близько 50 мл меконіально-геморагічних навколоплідних вод.

Сеча бурого кольору близько 30,0 мл за 3 год.

Лабораторне дослідження: гемолізована плазма, тромбоцити —  $120 \cdot 10^9/\text{л}$ , лейкоцити —  $29,9 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ — 28 мм/год. Загальний білірубін — 280 мкмоль/л (прямої — 280 мкмоль/л). Різке збільшення амінотрансфераз (аспартатамінотрансфераза (АсАТ) — 269,4 МО/л, аланінамінотрансфераза (АлАТ) — 198 МО/л).

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Акушерська тактика.
3. З чим необхідно диференціювати дану патологію?
4. Лабораторні діагностичні ознаки даної патології.
5. Які ускладнення даної патології?

## **Тема 9. НЕВИНОШУВАННЯ ТА ПЕРЕНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ** \_\_\_\_\_

### **Задача 1**

До гінекологічного відділення надійшла повторновагітна М., 24 роки, термін гестації 16–17 тиж., скаржитья на періодичні тягнучі болі внизу живота і в поперековій ділянці протягом 5 діб. В анамнезі: попередні пологи чотири роки тому ускладнилися розривом шийки матки II ступеня. Післяпологовий період перебігав без особливостей.

Об'єктивно: шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору, язик чистий, вологий. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Хворіє на запори. Сечовипускання безболісне, дещо прискорене. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки розм'якшена, вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал вільно пропускає один палець. Плодовий міхур цілий. Матка в нормотонусі, збільшена відповідно до терміну вагітності. Придатки матки не збільшені, вагінальні склепіння вільні. Виділення із статевих шляхів білі.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Вкажіть існуючі стадії мимовільного аборту.
3. Які дослідження потрібно призначити?
4. Яка тактика ведення пацієнтки?
5. Вкажіть обов'язкові умови для накладення шва на шийку матки або встановлення акушерського песарія.

## Задача 2

Першовагітна С., 25 років, резус-негативний тип крові, термін гестації 10–11 тиж., звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на переймоподібний біль унизу живота і рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді. Язик чистий, вологий. Діяльність серця ритмічна, тони гучні, пульс 98 уд./хв, задовільних властивостей, АТ 100/60 мм рт. ст. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Фізіологічні відправлення у нормі.

При вагінальному дослідженні: шийка матки ціанотична, розм'якшена, завдовжки 1 см, цервікальний канал вільно пропускає один палець. Матка збільшена до 10–11 тиж. вагітності, щільна. Придатки матки не пальпуються, ділянка їх вільна. Вагінальні склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, зі згустками.

### Питання

1. Діагноз.
2. Дії лікаря жіночої консультації у даному випадку.
3. Тактика ведення пацієнтки у подальшому.
4. Які дослідження потрібні у стаціонарі в ургентному порядку?
5. Вкажіть реабілітаційні заходи після мимовільного аборт.

## Задача 3

Повторновагітна К., 26 років, при терміні гестації 30 тиж. надійшла до акушерського стаціонару зі скаргами на періодичний переймоподібний біль унизу живота. В анамнезі два мимовільних аборти у пізніх термінах.

Об'єктивно: шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору; язик чистий, вологий. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Діяльність серця ритмічна, тони гучні, пульс 88 уд./хв, задовільних властивостей, АТ 90/60 мм рт. ст. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Молочні залози м'які. Щитоподібна залоза не збільшена у розмірах. Живіт збільшений вагітною маткою, овоїдної форми. Тіло матки чітких контурів, локальної болючості немає. Матка періодично тонізується. Ворушіння плода відчуває добре. Сер-

цебиття плода ясне, ритмічне, до 150 уд./хв, вислуховується зліва нижче пупка. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення у нормі.

При вагінальному дослідженні: шийка матки розм'якшена, завдовжки 1,5 см, центрована; цервікальний канал пропускає кінчик пальця; передлежить голівка, яка притиснута до входу в малий таз. Плодовий міхур цілий. Екзостозів у порожнині малого таза немає, мис недосяжний. Виділення слизові.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Яке лабораторне обстеження потрібно призначити у першу чергу?
3. Тактика ведення пацієнтки.
4. Які групи препаратів застосовують при проведенні токолітичної терапії?
5. Схема медикаментозної профілактики респіраторного дистрес-синдрому.

### **Задача 4**

Першовагітна І., 26 років, доправлена до відділення патології вагітності при терміні гестації 42 тиж. за направленням лікаря жіночої консультації. Скарг немає. Ворушіння плода відчуває добре. Серцебиття плода ясне, ритмічне, до 145 уд./хв, вислуховується справа нижче пупка. Розміри таза 25–28–30–20 см; ОЖ 98 см, ВДМ 36 см. Матка у нормальному тонусі. Вагітність перебігала без ускладнень. Маса тіла збільшилася на 14 кг.

При внутрішньому акушерському дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без ознак запалення, піхва вільна, шийка матки розм'якшена, відхилена до крижів, завдовжки 1,5 см, зовнішній зів пропускає кінчик пальця, передлежить головка, рухома над входом у малий таз. Плодовий міхур цілий. Екзостозів у порожнині малого таза немає, мис недосяжний. Виділення зі статевих шляхів слизові.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Вкажіть основні параметри шкали Бішопа й оцініть ступінь зрілості шийки матки в ситуаційній задачі.

3. Яка тактика ведення і розродження пацієнтки?
4. Вкажіть умови для проведення індукції пологів.
5. Перелічіть способи індукції пологової діяльності.

### **Задача 5**

Першовагітна П., 28 років, термін гестації 42–43 тиж., госпіталізована до пологового будинку із скаргами на вилиття навколоплідних вод 2 год тому. Через годину після вилиття навколоплідних вод почалася регулярна пологова діяльність. Перейми тривалістю 25–30 с через 3–4 хв. Серцебиття плода 180–190 уд./хв, приглушене. Розміри таза 25–28–30–18 см, ОЖ 98 см, ВДМ 41 см.

При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву 5 см, передлежить голівка, яка притиснута до входу в малий таз, кістки черепа щільні, шви і тім'ячка вузькі; стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва ближче до лобка. Підтікають меконіальні навколоплідні води. Екзостозів у порожнині малого таза немає, мис недосяжний.

#### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Перелічіть основні причини переношування вагітності.
3. Вкажіть основні ускладнення при переношеній вагітності для матері й плода.
4. Яка тактика розродження пацієнтки.
5. Які ознаки переношеного плода?

### ***Тема 10. АНОМАЛІЇ СКОРОТЛИВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАТКИ*** \_\_\_\_\_

#### **Задача 1**

Першороділля К., 26 років, надійшла до пологового відділення зі скаргами на перейми, що розпочалися 6 год тому. Перейми слабкої сили, тривалістю 20–25 с, дві за 10 хв.



Спадковість роділлі не обтяжена. Менструації з 14 років, тривалістю 3–4 дні через 28 днів, помірні, безболісні. У шлюбі три роки.

Після одруження хворіла на цистит, запалення яєчників. Темперішня вагітність двічі (у 9–10 та 16–17 тиж.) ускладнювалася загрозою переривання. Лікувалася у стаціонарних умовах.

Об'єктивно: стан задовільний, температура тіла 36,7 °С, АТ115/75 мм рт. ст., пульс 80 уд./хв. Набряків немає. Змін внутрішніх органів не виявлено.

Живіт збільшений вагітною маткою, ОЖ 100 см, ВДМ 37 см. Розміри таза 26–28–30–20 см. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, що притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ритмічне, 156 уд./хв.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що не народжувала, шийка матки згладжена, відкриття шийки матки 2 см. Плодовий міхур відсутній, підтікають світлі навколоплідні води. Передлежить голівка, що притиснута до входу в малий таз, мис недосяжний.

Через 4 год проведене друге внутрішнє акушерське дослідження: відкриття шийки матки становить 3 см.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Які ознаки підтверджують діагноз?
3. Вкажіть причини ускладнення, що виникло.
4. План ведення пологів.

### **Задача 2**

Першовагітна А., 27 років, пологова діяльність триває 10 год. Протягом останньої години перейми послабшали: 20–25 с через 4–5 хв.

Об'єктивно: живіт збільшений вагітною маткою, ОЖ 98 см, ВДМ 36 см. Положення плода поздовжнє, перша позиція, передній вид, передлежить голівка, малим сегментом у площині входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 126 уд./хв.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що не народжувала, шийка матки згладжена, відкриття 6–7 см, плодовий міхур відсутній. Передлежить голівка малим сегментом при вході

в малий таз, стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва біля симфізу. Мис недосяжний. Підтікають світлі навколоплідні води.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Яким чином визначається характер пологової діяльності?
3. Методи оцінки пологової діяльності.
4. Тактика ведення пологів.

### **Задача 3**

Роділля Н., 30 років, надійшла до пологового будинку з доношеною вагітністю через 2 год від початку переймів.

Анамнез: менструація з 12 років, тривалістю 3 дні, через 28 днів, помірна, безболісна. Теперішня вагітність третя, попередні закінчилися своєчасними пологами.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 36,4 °С, АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд./хв. Стан внутрішніх органів без відхилень; ОЖ 110 см, ВДМ 33 см. Розміри таза 26–29–31–20 см. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка малим сегментом у площині входу в малий таз. Серцебиття плода 136 уд./хв, значної сили. Під час зовнішнього дослідження відійшла невелика кількість навколоплідних вод.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що народжувала, шийка матки згладжена, відкриття 5–6 см. Плодовий міхур розірваний. Передлежить голівка малим сегментом у площині входу в малий таз; стрілоподібний шов у поперечному розмірі, мале тім'ячко зліва, велике — справа, вище малого. Мис недосяжний, деформацій таза немає.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Причини описаного порушення пологової діяльності.
3. Які ускладнення можуть виникнути у цій клінічній ситуації?
4. План ведення пологів.

## Задача 4

Роділля Л., 25 років, звернулася до пологового будинку з приводу переймів, що розпочалися 12 год тому. Скаржитися на постійний біль у попереку.

Анамнез: у дитинстві хворіла на краснуху та паротит, дорослою нічим не хворіла. Менструація з 14 років, тривалістю 3 дні, через 28 днів, помірна, безболісна. Перша вагітність закінчилася своєчасними пологамі, друга — медичним аборті, третя — мимовільним викиднем, що ускладнився післяабортним ендометриті. Теперішня вагітність перебігала без ускладнень.

Об'єктивно: стан задовільний, статура правильна, зріст 162 см, маса тіла 68 кг. Температура тіла 36,8 °С, пульс 82 уд./хв, АТ 115/70 мм рт. ст. Стан внутрішніх органів без відхилень. Останні 6 год відсутнє сечовипускання. Катетером виведено 400 мл прозорої сечі. Аналіз сечі: відносна щільність 1018, кількість лейкоцитів 1–2 у полі зору, еритроцитів немає, патологічна мікрофлора відсутня.

Зовнішнє акушерське дослідження: живіт збільшений вагітною маткою, ОЖ 98 см, ВДМ 33 см. Тонус матки під час переймів нерівномірний. Перейми протягом 25 с через 4–6 хв супроводжуються болем, який розповсюджується від нижнього сегмента матки вгору. Розташування плода поздовжнє, передлежить голівка, що притиснута до входу в малий таз. Серцебиття ритмічне, 132 уд./хв. Розміри таза 25–28–31–21 см. Передбачувана маса плода (3200,0 ± 200,0) г. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що народжувала, шийка матки згладжена, розкриття 3 см. Плодовий міхур плоский. Передлежить голівка, що притиснута до входу в малий таз, мис недосяжний. Деформації таза немає.

### *Питання*

1. Діагноз.
2. Причини, що викликають описане ускладнення.
3. Можливі ускладнення дискординованої діяльності.
4. Лікування.
5. Прогноз пологів, якщо описане ускладнення помилково вважати слабкістю пологових сил.

## Задача 5

Першовагітна С., 22 роки, до пологового будинку надійшла у терміні 38–39 тиж., скаржиться на біль унизу живота, у ділянках попереку і куприка. Біль різної тривалості й інтенсивності турбує жінку більше 6 год. Тонус матки підвищений. Спадковість необтяжена. Хворіє на вегетосудинну дистонію. Менструації з 15 років, тривалістю 5–6 днів, через 34 дні, помірні, болісні. Переліг вагітності без ускладнень. Зовнішнє акушерське дослідження: живіт збільшений вагітною маткою, ОЖ 94 см, ВДМ 35 см. Розміри таза 26–29–31–20 см. Положення поздовжнє, перша позиція, передній вид головного передлежання. Серцебиття плода ясне, 152 уд./хв. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що не народжувала, шийка матки 3 см, відхилена до симфізу, щільна, зовнішній зів закритий. Мис недосяжний. Кісткових деформацій таза немає. Виділення слизові, помірні.

### *Питання*

1. Діагноз.
2. Причини виникнення описаного ускладнення.
3. Патогенетичне підґрунтя розвитку ускладнення.
4. Лікувальна тактика.

## **Тема 11. ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ ПРИ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ** —

### Задача 1

На прийомі у жіночій консультації першовагітна Н., 23 роки, скаржиться на слабкість, швидку стомлюваність. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Артеріальний тиск 110/60 мм рт. ст. на обох руках. Пульс 102 уд./хв, ритмічний, задовільних властивостей. Термін гестації 32 тиж. Ворушіння плода відчуває добре. Серцебиття плода ясне, ритмічне, до 140 уд./хв, вислуховується справа нижче пупка. В аналізі крові: Нb — 93 г/л, еритроцити — 3,0 Т/л, лейкоцити — 7,2 Г/л, кольоровий показник — 0,82, ШОЕ — 32 мм/год. У аналізі сечі: відносна щільність 1008, реакція — кисла, білок — 0,033 г/л, цукор — відсутній, еритроцити —

відсутні, лейкоцити — 5–6 у полі зору, епітелій — одиничний у полі зору.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Яка анемія спостерігається у вагітних найчастіше?
3. Вкажіть чинники, що впливають на ризик розвитку залізо-дефіцитної анемії у вагітних.
4. Критерії тяжкості анемії за рівнем гемоглобіну.
5. Яка тактика ведення пацієнтки?

### **Задача 2**

Першовагітна Ф., 34 роки, термін гестації 32–33 тиж., скаржиться на часту печію після прийому їжі, дискомфорт в епігастрії. Зріст жінки 162 см, маса тіла 107 кг. Під час вагітності на момент огляду маса збільшилася на 10 кг. Ворушіння плода відчуває добре, серцебиття плода ясне, ритмічне, до 150 уд./хв, вислуховується зліва нижче пупка.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Вкажіть основні патогенетичні механізми даної патології.
3. При яких захворюваннях проводиться диференційна діагностика?
4. Методи немедикаментозної корекції даної патології.
5. Методи медикаментозної корекції даної патології у вагітних.

### **Задача 3**

Вагітна К., 30 років, термін гестації 30 тиж., скаржиться на гарячку, лихоманку, нежить, біль у горлі, кашель впродовж трьох днів. Уранці з'явилися блювання, діарея, геморагічний висип на шкірі. Об'єктивно: температура тіла 38,2 °С, АТ 90/60 мм рт. ст., пульс 54 уд./хв, кількість дихань 24/хв, слизові оболонки ціанотичні, на шкірі — геморагічний висип.

### ***Питання***

1. Попередній діагноз.
2. Тактика ведення вагітної.
3. Показання до госпіталізації.
4. Можливі ускладнення описаного захворювання.
5. Лікувальна тактика.
6. Показання до переведення на штучну вентиляцію легень (ШВЛ).

### **Задача 4**

Першовагітна М., 34 роки, при терміні гестації 11–12 тиж. взята на облік до жіночої консультації. Скаржиться на слабкість, підвищену стомлюваність, задишку, серцебиття, кардіалгії. При аускультатії серця на верхівці вислуховується клацання відкриття мітрального клапана, акцент II тону на легеневій артерії. На електрокардіограмі (ЕКГ) — миготлива аритмія. При вагінальному дослідженні: шийка матки розм'якшена, вкорочена до 1,5 см, тіло матки збільшене відповідно 11–12 тиж. гестації. Придатки матки не пальпуються, ділянка їх безболісна. Вагінальні склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Вкажіть основні гемодинамічні порушення при визначеній у задачі патології.
3. Які абсолютні протипоказання до виношування вагітності при патології, що наведена у прикладі.
4. Вкажіть можливі ускладнення під час даної вагітності.
5. Тактика ведення пацієнтки.

### **Задача 5**

Першовагітна К., 26 років, термін гестації 10–11 тиж., на прийомі у жіночій консультації скаржиться на періодичний тягнучий біль унизу живота і в поперековій ділянці, темні кров'яні виділення зі статевих шляхів, загальну слабкість, нездужання, зниження маси тіла, постійну сухість у роті, спрагу, поліурію.

Об'єктивно: пацієнтка гіперстенічної статури, шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Гемодинамічні показники в межах норми.

При вагінальному дослідженні: шийка матки розм'якшена, завдовжки до 2 см, зовнішній зів пропускає кінчик пальця, тіло матки збільшене відповідно до 10–11 тиж. гестації. Придатки матки не пальпуються, ділянка їх безболісна, вагінальні склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів темні, мажучі, кров'янисті.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Які дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу?
3. Вкажіть абсолютні протипоказання до пролонгування вагітності у I триместрі при описаній у задачі екстрагенітальній патології.
4. Терміни планових госпіталізацій пацієнток при описаній у задачі екстрагенітальній патології.
5. Можливі ускладнення вагітності у пацієнток із наведеною у прикладі екстрагенітальною патологією.

### **Задача 6**

Повторновагітна Н., 30 років, термін 7 тиж., звернулася до жіночої консультації зі скаргами на плаксивість, підвищену дратівливість, блювання до 10 разів на добу, тремор рук, перебоїв в роботі серця, підвищення АТ до 140/90 мм рт. ст. Вагітність третя, дві попередні закінчилися викиднем у термінах 9 та 12 тиж. Лікувалася з приводу невиношування. Спадковість обтяжена наявністю дифузно-токсичного зоба у матері.

Об'єктивно: зріст 175 см, маса тіла 75 кг, обличчя гіперемоване, спостерігається випинання очних яблук, поодинокі мигання, блиск очей; АТ 150/100 мм рт. ст., ЧСС 100 уд./хв. Аналіз крові: тиреотропний гормон (ТТГ) — 0,001 (0,4–4,0), Т<sub>4</sub> вільний — 2,2 (0,9–1,7), Т<sub>3</sub> вільний — 5,4 (до 3,5).

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика лікаря.

3. Умови сприятливого перебігу вагітності при описаному захворюванні.

4. Можливі ускладнення вагітності у пацієнток із описаним захворюванням.

### **Задача 7**

Першовагітна Л., 27 років, надійшла до відділення патології вагітних, термін гестації 34–35 тиж. Перебуває на обліку в жіночій консультації з 10 тиж. вагітності. Соматичний анамнез не обтяжений. Скаржитися на загальну слабкість, головний біль, підвищення температури тіла до 38 °С, тупий біль у попереку; АТ 110/70 мм рт. ст., пульс 88 уд./хв, задовільних властивостей. Ворушіння плода відчуває добре. Серцебиття плода ясне, ритмічне, до 140 уд./хв, вислуховується зліва нижче пупка ближче до середньої лінії живота. Матка у нормальному тонусі. Симптом Пастернацького позитивний з обох сторін.

#### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Які методи дослідження потребуються для підтвердження діагнозу?
3. Акушерська тактика.
4. Вкажіть групи антибіотиків, які можна призначати під час вагітності.
5. Яка тактика розродження вагітних при цій патології?

### **Задача 8**

Першовагітна С., 25 років, взята на облік до жіночої консультації при терміні гестації 12 тиж. При первинному клініко-лабораторному обстеженні у пацієнтки була виявлена безсимптомна бактеріурія. Загальний стан вагітної задовільний. Скарг немає. Соматичний анамнез не обтяжений. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожеві. Язик чистий, вологий; АТ 110/70 мм рт. ст., пульс 78 уд./хв, задовільних властивостей. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Молочні залози без патологічних новоутворень. Щитоподібна залоза не збільшена. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання вільне, безболісне. Випорожнення регулярні.



### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Вкажіть діагностичні критерії безсимптомної бактеріурії у вагітних.
3. Тактика ведення пацієнтки.
4. Лікування, що необхідне у даному клінічному випадку.
5. Яке профілактичне лікування потрібно призначити при описаному в задачі клінічному випадку?

### **Задача 9**

Першовагітна А., 25 років, термін гестації 26 тиж., потрапила до відділення екстрагенітальної патології зі скаргами на біль в епігастрії до приймання їжі, відчуття тяжкості та повноти в епігастрії, нудоту, слабкість, запаморочення, діарею.

Об'єктивно: шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді, язик обкладений сірим нальотом, при пальпації — болючість в епігастральній ділянці; АТ 110/70 мм рт. ст., пульс 80 уд./хв, задовільних властивостей. Ворушіння плода відчуває добре. Серцебиття плода ясне, ритмічне, до 140 уд./хв, вислуховується зліва нижче пупка. Матка у нормальному тонусі. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Вкажіть фактори ризику розвитку гострого гастриту при вагітності.
3. Лікування, що необхідне у даному клінічному випадку.
4. Яке профілактичне лікування потрібно призначити при описаному у прикладі клінічному випадку?
5. Тактика розродження вагітних із гострим гастритом.

### **Задача 10**

Вагітна Я., 25 років, надійшла до пологового будинку з діагнозом: вагітність 36 тиж. Вогнищевий туберкульоз легенів у фазі інфільтрації. Скарги на загальну слабкість, стомлюваність. Хворіє 8 років, перебуває на обліку в тубдиспансері. При терміні вагітності 17 тиж. після тяжкого грипу відбулася активізація ту-

беркульозного процесу. Після лікування протитуберкульозними препаратами, при негативних результатах обстеження на БК у мокроті, задовільному загальному стані була виписана з дозволом на пролонгування вагітності. Спадковість не обтяжена. Перенесені захворювання: у дитинстві грип, ангіна. Менструальна функція не порушена. У шлюбі. Статеве життя з 24 років, чоловік здоровий. На обліку в жіночій консультації з 8 тиж. вагітності.

Загальний стан задовільний. Шкіра звичайного забарвлення. Температура тіла 36,5 °С, пульс 74 уд./хв, АТ 110/60 мм рт. ст. Серце без патології. У легенях вислуховуються поодинокі вологі хрипи. Розміри таза 25–28–32–21 см, ОЖ 89 см, ВДМ 34 см. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Серцебиття ясне, ритмічне, 140 уд./хв. При піхвовому дослідженні виявлено: шийка матки сформована, завдовжки 3 см, цервікальний канал закритий. Кісткових змін у малому тазі не виявлено.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Чи правильно вчинили лікарі, дозволивши пролонгувати вагітність?
3. Тактика ведення вагітної.
4. Принципи лікування вагітних із туберкульозом легень.

### **Задача 11**

Вагітна С., 30 років, термін гестації 32–33 тиж., надійшла до пологового будинку зі скаргами на зниження частоти рухів плода, головний біль, слабкість, набряки нижніх кінцівок. Пацієнтка стурбована, оскільки з акушерського анамнезу відомо, що перша вагітність закінчилася викиднем у терміні 10 тиж. Через шість місяців після викидня у жінки був тромбофлебіт глибоких вен ніг, з приводу якого лікувалася у судинного хірурга, у подальшому тромбофлебіт загострювався 1–2 рази на рік. Друга вагітність закінчилася викиднем, що не відбувся, у 20 тиж. Під час вагітності був епізод загострення тромбофлебіту. Після другої вагітності протягом року спостерігалось зниження гемоглобіну і кількості тромбоцитів. Стан покращився без будь-якого лікування. Третя вагітність закінчилася внутрішньоутробною загибеллю плода в терміні 25 тиж. Слабкість, загострення тром-

бофлебіту, поява мігреноподібного головного болю були розцінені як наслідки стресової ситуації. Під час третьої вагітності була позитивна реакція Вассермана. Результати реакції імунофлюоресценції (РІФ) негативні.

Об'єктивно: шкіра і видимі слизові оболонки звичайного забарвлення, язик вологий. Температура тіла 36,6 °С, АТ 160/100 мм рт. ст., ЧСС 100 уд./хв. Набряки нижніх кінцівок.

Акушерське обстеження: положення плода поздовжнє, над входом у малий таз пальпується тверда частина, що балатує. Серцебиття 100 уд./хв, глухе, ритмічне, вислуховується зліва нижче пупка. Лабораторні дані: тромбоцити — 150 Г/л, протеїнурія — 3,6 г/л, RW — позитивна. Біофізичний профіль плода — 6 балів. Допплерометрія судин пуповини — сповільнений діастолічний кровотік.

### *Питання*

1. Діагноз.
2. План ведення.
3. Основні причини невиношування при зазначеній патології.
4. Причина хибнопозитивної реакції Вассермана у даному випадку.

### **Задача 12**

Вагітна Р., 28 років, термін гестації 34 тиж., при відвідуванні жіночої консультації покаржилася на сухість у роті, спрагу, зниження апетиту, одноразове блювання. Вагітність друга. Перша вагітність у 24 роки закінчилася фізіологічними пологами, дівчинка народилася здоровою, масою 2700 г. Вагітна хворіє на цукровий діабет 2 типу протягом чотирьох років. Захворювання пов'язує з першою вагітністю, коли вперше було виявлено підвищення глюкози у крові натще до 7,0 ммоль/л наприкінці II триместру вагітності. Спостерігається у лікаря-ендокринолога, на тлі прийому метформіну досягнута стадія компенсації цукрового діабету. З 10 тиж. цієї вагітності отримує інсулін, суворо дотримується дієти.

При огляді: набряки нижніх кінцівок, АТ 135/95 мм рт. ст., ЧСС 80 уд./хв; ОЖ 92 см, ВДМ 29 см. За останній тиждень маса тіла збільшилася на 200 г. Рівень глюкози у крові 9,2 ммоль/л.

У загальному аналізі сечі — білок 0,65 г/л. Загальний аналіз крові у межах норми. Дані УЗД: фетометрично плід відповідає 32 тиж. вагітності, ЧСС плода 120 уд./хв, БПП — 6 балів, підвищена кількість навколоплідних вод.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.
3. План обстеження.
4. Чи можливе використання пероральних препаратів, що знижують рівень цукру в крові?
5. Визначте найбільш ймовірну причину стану плода.
6. Прогноз перебігу вагітності.

### **Задача 13**

Повторновагітна С., 26 років, термін гестації 30 тиж., скаржиться на сухість шкірних покривів, значну слабкість, стомлюваність, набряки обличчя і нижніх кінцівок, почуття клубка при ковтанні, запори, порушення сну. З анамнезу відомо, що протягом останніх п'яти років знаходилася під диспансерним наглядом у ендокринолога з приводу багатовузлового зоба.

Об'єктивно: зріст 168 см, маса тіла 81 кг, шкіра суха у ділянці обличчя, кистей рук, гомілок. При пальпації щитоподібної залози визначаються вузлові утворення у ділянці перешийка діаметром 1 см, безболісні, щільної консистенції. Шийні лімфовузли не збільшені.

Акушерське дослідження: ОЖ 89 см, ВДМ 32 см, над входом у малий таз балатує голівка. Серцебиття плода вислуховується зліва нижче пупка, 180 уд./хв.

Лабораторні дослідження: ТТГ — 6,0 (0,4–4,0), Т<sub>4</sub> — 0,7 (0,9–1,7).

Дані УЗД: об'єм щитоподібної залози 25 мм<sup>3</sup>, визначається безліч гіпоехогенних утворень діаметром до 8–10 мм.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.
3. Найбільш ймовірні ускладнення для матері й дитини.

## Задача 14

Вагітна А., 28 років, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на біль у ногах, швидку стомлюваність, набряки, судомні посмикування м'язів ніг. Пацієнтку спостерігає сімейний лікар з 12 тиж. вагітності. В анамнезі: один мимовільний викидень у терміні 8–9 тиж.; друга вагітність, що ускладнилася прееклампсією середнього ступеня тяжкості, закінчилася індукованими пологами у терміні 35–36 тиж. Дана вагітність запланована. Перед цим пацієнтка приймала протягом двох років комбіновані оральні контрацептиви (КОК). Двічі під час теперішньої вагітності лікувалася у стаціонарі з приводу загрози переривання.

При огляді: правильної статури, індекс маси тіла 33,5; АТ 90/60 мм рт. ст., ЧСС 80 уд./хв. Тони серця ритмічні, в легенях вислуховується везикулярне дихання. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Тонус матки непідвищений, ОЖ 108 см, ВДМ 20 см. Серцебиття плода не вислуховується. Виділення зі статевих шляхів слизові. Відзначаються набряки нижніх кінцівок: біля правого гомілковостопного суглоба на 1,5 см більше, ніж біля лівого. Сечовипускання й випорожнення не порушені.

### *Питання*

1. Діагноз.
2. Вкажіть чинники, що сприяють розвитку описаної патології під час вагітності.
3. Обсяг обстеження, який має бути запропонований пацієнтці.
4. Диференційна діагностика.
5. Лікування.
6. Термін та методи розродження.

## Задача 15

Першороділля А., 21 рік, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на біль у животі, багаторазове блювання, підвищення температури до 38,2 °С. Знаходиться під наглядом сімейного лікаря з 9 тиж. вагітності, на час звернення термін вагітності 19 тиж.

При огляді: загальний стан середнього ступеня тяжкості, температура тіла 38,2 °С, АТ 115/75 мм рт. ст., ЧСС 108 уд./хв, частота дихання 20/хв. Шкіра та слизові оболонки бліді, язик сухий, обкладений білим нальотом. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. У легенях вислуховується везикулярне дихання. Живіт бере

участь у диханні, при пальпації визначається болісність у правій здухвинній ділянці, підвищення тонусу матки, біль при рухах правого стегна. Печінка і селезінка не пальпуються, симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання вільне, двічі було випорожнення, напіврідке, зі слизом.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи без запальних змін, шийка матки завдовжки 3 см, відхилена дозад, епітелій цілий. Зовнішній зів точковий. Матка збільшена до 19 тиж. вагітності, у підвищеному тонусі, зміщення вбік супроводжується болем. Виділення слизові.

Загальний аналіз сечі: питома вага 1020, колір солом'яножовтий, білок, ацетон, уробілін — не знайдені, лейкоцити 4–6 у полі зору, еритроцити 0–1 у полі зору.

Загальний аналіз крові: Нb — 110 г/л, еритроцити — 4,01 Г/л, кольоровий показник — 0,9, лейкоцити 12,5 Г/л, е — 1 %, ю — 2 %, с — 72 %, л — 11 %, м — 4 %, ШОЕ — 15 мм/год.

### **Питання**

1. Діагноз.
2. Причини збільшення частоти описаного захворювання під час вагітності.
3. Диференційний діагноз.
4. Тактика лікування описаної у задачі патології під час пологів.

## **Тема 12. АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС ПЕРШОГО ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ. ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ. АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС ДРУГОЇ ПОЛОВИНИ ВАГІТНОСТІ, У ПОЛОГАХ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ. ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ І РЕАНІМАЦІЯ ПРИ КРОВОТЕЧІ В АКУШЕРСТВІ**

---

### **Задача 1**

Хвора Г., 32 роки, надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на переймоподібний біль у нижніх відділах живота і помірні кров'янисті виділення зі статевих шляхів.

З анамнезу: менструації з 14 років, встановилися одразу, протягом 3–4 днів, через 28 днів, безболісні, помірні. Остання — 3 міс. тому. Статеве життя з 20 років. Усього було чотири вагітності, дві з яких закінчилися своєчасними пологами, дві — штучними абортами без ускладнень. Вважає себе вагітною, вагітність бажана.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, пульс — 72 уд./хв, АТ 110/70 мм рт. ст. Шкіра і видимі слизові оболонки звичайного кольору. Живіт м'який, безболісний.

У дзеркалах: слизова оболонка піхви і шийки матки ціанотична, шийка матки циліндричної форми, вкорочена. Виділення з цервікального каналу темні, кров'яністі, у помірній кількості.

Бімануально: тіло матки збільшене до 11–12 тиж. вагітності, м'яке, рухливе, безболісне. При пальпації матка легко збудлива, тонізується. Шийка матки завдовжки близько 3 см, зовнішній зів закритий. Придатки матки з обох сторін не пальпуються, ділянка їх безболісна.

Дані УЗД: матка збільшена до 12 тиж. вагітності. У порожнині матки візуалізується ембріон. Куприко-тім'яний розмір (КТР) відповідає 12 тиж., серцебиття (+), рухи (+). Аномалій розвитку не виявлено. Хоріон із ділянкою відшарування по нижньому полюсу плідного яйця розміром 10–15 мм. Шийка матки 35 мм, канал закритий.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. План ведення.
3. Які додаткові методи обстеження потрібно призначити?
4. Вкажіть стадії мимовільного аборту.
5. Як змінюється рівень біохімічних маркерів при несприятливому прогнозі вагітності?

### **Задача 2**

Хвора С., 26 років, доправлена машиною «швидкої допомоги» до гінекологічного відділення зі значною матковою кровотечею. Протягом останніх двох днів відчувала ниючий біль унизу живота, але до лікаря не звернулася. Годину тому біль посилювався, з'явилася кровотеча. Спадковий анамнез необтяжений, у дитинстві хворіла на кір. Менструації з 12 років, без особливостей.

Остання менструація 3 міс. тому. Вагітність перша, на обліку в жіночій консультації не перебувала.

При піхвовому і бімануальному дослідженнях: піхва заповнена згустками крові, після видалення яких видно ціанотичну шийку матки циліндричної форми. Канал шийки матки вільно пропускає палець, у каналі визначається плодовий міхур. Матка збільшена до 12 тиж. вагітності, округлої форми, м'якої консистенції, рухома, безболісна. Придатки не визначаються. Виділення кров'янисті, значні.

### *Питання*

1. Діагноз.
2. План ведення.
3. Вкажіть вагінальні ознаки описаного у задачі ускладнення вагітності.
4. Проведіть диференційну діагностику цього ускладнення вагітності.
5. Яка тактика у разі продовження кровотечі після евакуації вмісту матки?

### **Задача 3**

Вагітна М., 34 роки, доправлена до пологового будинку з приводу кровотечі з піхви, яка почалася раптово, безболісно. Термін вагітності 38 тиж. В анамнезі штучний аборт, який ускладнився ендометритом. Загальний стан задовільний, пульс 89 уд./хв, ритмічний; АТ 110/70 мм рт. ст., 115/70 мм рт. ст. Матка у нормальному тонусі, безболісна, положення плода косе, серцебиття ясне, ритмічне, 150 уд./хв. З піхви — кровотеча зі згустками крові. Крововтрата 500 мл.

Внутрішнє акушерське дослідження (при розгорнутій операційній): шийка матки вкорочена до 1,5 см, центрована, цервікальний канал розкритий до 2 см, на всій площі внутрішнього зіву визначається м'яка, губчаста тканина. Під час дослідження кровотеча посилилася. Аналіз крові: Нb — 105 г/л, лейкоцити —  $7,3 \cdot 10^9$  /л, ШОЕ — 10 мм/год. Аналіз сечі: білок — 0,033 г/л, лейкоцити — 1–2 у полі зору. За даними УЗД, у нижньому сегменті матки розташована плацента.

### *Питання*

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.



3. Яка класифікація аномального розташування плаценти?
4. Хто належить до групи ризику описаного ускладнення?
5. Від яких факторів залежить тактика лікаря при цій патології?

#### **Задача 4**

Першовагітна С., 29 років, термін 36 тиж., доправлена машиною «швидкої допомоги» до пологового будинку зі скаргами на слабкість, головний біль, запаморочення, біль у животі, кров'янисті виділення з піхви. Хворіє на гіпертонічну хворобу. Вагітність перебігала на тлі прееклампсії, з приводу чого лікувалася у стаціонарі. Загальний стан вагітної середнього ступеня тяжкості, шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді. Пульс 100 уд./хв, ритмічний, слабкого наповнення і напруження; АТ 150/100 мм рт. ст., 160/100 мм рт. ст. Матка в підвищеному тонусі, болісність зліва біля дна. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 100 уд./хв, ритмічне, приглушене.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки сформована, зовнішній зів закритий, через переднє склепіння піхви визначається голівка плода над площиною входу в малий таз, виділення кров'янисті помірні, темного кольору. Аналіз сечі: протеїнурія 2,5 г/л, циліндрурія. Аналіз крові: Hb — 90 г/л; Ht — 42 %, тромбоцити —  $182 \cdot 10^9$ /л. Дані УЗД: ретроплацентарна гематома 3–4 см зліва у ділянці дна матки.

#### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.
3. Класифікація даної патології.
4. Хто належить до групи ризику за виникнення цього ускладнення вагітності?
5. Що може бути безпосередньою причиною цього стану?

#### **Задача 5**

У породіллі В., 25 років, відбулися своєчасні пологи живою доношеною дівчинкою — маса тіла 3450 г, зріст 50 см, без асфіксії. В анамнезі одні пологи і два штучних аборти. Перший

період пологів ускладнився первинною слабкістю пологової діяльності. Післяпологовий період перебігав без ускладнень. Через 10 хв після народження посліду почалася маткова кровотеча. Дно матки на 6 см вище пупка, матка м'яка, атонічна. При зовнішньому масажі матка скорочується, потім знову розслабляється з поновленням кровотечі зі згустками крові. Крововтрата дорівнює 800 мл. Аналіз крові: Нb — 89 г/л, лейкоцити —  $6,3 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ — 10 мм/год.

Аналіз сечі: білок — 0,033 г/л, лейкоцити — 1–2 у полі зору.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.
3. Причини виникнення ранніх післяпологових кровотеч.
4. Що спричиняє гіпотонію або атонію матки?
5. У чому полягає профілактика розвитку післяпологової кровотечі у пологах та у післяпологовому періоді?

## **Тема 13. ОПЕРАТИВНЕ АКУШЕРСТВО** \_\_\_\_\_

### **Задача 1**

Повторнонавігтна Ж., 25 років, надійшла до пологового будинку зі скаргами на періодичний головний біль, підвищення артеріального тиску. Термін гестації 38 тиж. Пологової діяльності немає, АТ 170/115 мм рт. ст., набряки нижніх кінцівок, передньої черевної стінки. Білок сечі — 6,2 г/л. Серцебиття плода 125–130 уд./хв, вислуховується зліва нижче пупка. Ворушіння плода відчуває добре. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки завдовжки 0,5 см, розм'якшена, центрована, відкриття маткового зіву 3 см. Передлежить голівка, що притиснута до входу в малий таз; стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва, ближче до лобка. Плодовий міхур цілий. Екзостозів у порожнині малого таза немає. Мис недосяжний.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.

3. Протягом якого часу треба провести розродження жінки?
4. Який метод розродження є найбільш доцільним у даному клінічному випадку?
5. Вкажіть можливі ускладнення кесаревого розтину для матері.

## **Задача 2**

Повторновагітна М., 32 роки, знаходиться у пологах 8 год. Термін вагітності 40 тиж. Розміри таза 25–28–30–20 см. Перейми протягом 50–55 с через 1–1,5 хв, різко болісні. Матка між переймами не розслабляється, у гіпертонусі. Серцебиття плода до 120 уд./хв. Ознака Вастена позитивна.

При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття маткового зіву повне, передлежить голівка, що притиснута до входу в малий таз; стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко зліва ближче до крижів. Плодовий міхур відсутній. Підтікають меконіальні навколоплідні води.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.
3. Обґрунтуйте тактику ведення пацієнтки.
4. Вкажіть обов'язковий обсяг передопераційного обстеження пацієнтки.
5. Перелічіть категорії ургентності при виконанні кесаревого розтину.

## **Задача 3**

Першовагітна К., 24 роки, знаходиться у другому періоді пологів. Термін вагітності 38–39 тиж. Потуги помірної сили протягом 55–60 с через 1–1,5 хв. Серцебиття плода приглушене, 80–85 уд./хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття маткового зіву повне, голівка плода на тазовому дні; стрілоподібний шов у прямому розмірі площини виходу з малого таза, мале тім'ячко біля лобка.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.

3. Обґрунтуйте тактику ведення пацієнтки.
4. Які показання до накладення акушерських щипців?
5. Вкажіть протипоказання до накладення акушерських щипців.

#### **Задача 4**

Вагітна Ф., 30 років, надійшла до пологового будинку при терміні гестації 38 тиж. зі скаргами на кров'яні виділення зі статевих шляхів, запаморочення, біль у животі. Спадковість необтяжена. Перша вагітність шість років тому завершилася своєчасними пологамі. Наступні три вагітності завершилися абортми у ранньому терміні. Дана вагітність п'ята, до 36 тиж. перебігала без ускладнень. За два тижні до надходження до пологового будинку з'явилися набряки нижніх кінцівок, але пацієнтка відчувала себе задовільно і до жіночої консультації не зверталася.

Під час госпіталізації загальний стан тяжкий. Шкіра бліда, нижні кінцівки набряклі. У сечі — білок 0,3 г/л. Пульс 100 уд./хв, слабкого наповнення, АТ 90/50 мм рт. ст. Із статевих шляхів виділяється в невеликій кількості темна кров. При пальпації матка щільна, болісна. Серцебиття плода не вислуховується.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки завдовжки 1,5 см, відкриття маткового зівва 2 см. Плодовий міхур цілий, напружений. Передлежить голівка, розташована над входом у малий таз, мис недосяжний. Виділення кров'яні, помірні.

#### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?
3. Обґрунтуйте тактику ведення пацієнтки.
4. Вкажіть першочергові заходи, яких потрібно вжити персоналу пологового будинку.
5. Дайте визначення поняттю «матка Кювелера».

#### **Задача 5**

Повторновагітна С., 38 років, надійшла до пологового будинку зі скаргами на перейми протягом 10 год, тривалістю 20–25 с через кожні 5–6 хв. Вилиття навколоплідних вод 2 год тому. Вагітність доношена. В анамнезі четверо пологів без ускладнень.

Загальний стан задовільний: АТ 110/60 мм рт. ст., пульс 80 уд./хв, задовільних властивостей, температура тіла 36,7 °С. Живіт збільшений вагітною маткою. Матка витягнута у поперечному напрямку. Голівка плода визначається справа, тазовий кінець — зліва. Рухів плода роділля не відчуває. Серцебиття плода не вислуховується, за допомогою КТГ-апарата не реєструється.

Внутрішнє акушерське дослідження: в піхві визначається набрякла ручка плода, повне відкриття маткового зіву.

### *Питання*

1. Яке ускладнення пологів виникло?
2. Дайте визначення поняттю «декапітація».
3. Перелічіть основні умови для проведення декапітації.
4. Які інструменти використовуються при проведенні декапітації?
5. Вкажіть можливі ускладнення при проведенні декапітації плода.

## **Тема 14. ПІСЛЯПОЛОГОВІ СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

---

### **Задача 1**

У породіллі Р., 24 роки, на десяту добу після пологів з'явилися скарги на виражену слабкість, нездужання, озноби, підвищення температури тіла до 39 °С протягом доби, біль у лівій молочній залозі.

Об'єктивно: температура тіла 38,3 °С, пульс 98 уд./хв, озноб. Шкіра і видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Ліва молочна залоза збільшена в розмірах, напружена, гіперемована у верхньому латеральному квадранті, там же визначається інфільтрація тканин без чітких меж.

При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована; тіло матки щільне, безболісне при пальпації, розміри матки відповідають добі післяпологового періоду; придатки матки не пальпуються, ділянка їх безболісна. Вагінальні склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів сукровичні, без запаху.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Яка існує класифікація даної патології?
3. Вкажіть фактори, що сприяють розвитку даної патології.
4. Лабораторні критерії даної патології.
5. Тактика ведення пацієнтки.

### **Задача 2**

Породілля М., 25 років, на п'яту добу після пологів поскаржилася на болісність, напруженість лівої молочної залози, підвищення температури тіла до 39 °С.

Об'єктивно: температура тіла 38,6 °С, пульс 94 уд./хв. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Ліва молочна залоза у верхньому зовнішньому квадранті болісна при пальпації, там же визначається ущільнення тканини молочної залози.

При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, тіло матки щільне, безболісне при пальпації, розміри матки відповідають добі післяпологового періоду; придатки матки не пальпуються, ділянка їх безболісна. Вагінальні склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'яністі, помірні, без запаху.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Класифікація післяпологових захворювань молочної залози.
3. Які можливі причини виникнення визначеної у задачі патології?
4. Лабораторні критерії визначеної у задачі патології.
5. Тактика ведення пацієнтки.

### **Задача 3**

Породілля С., 19 років, переведена до відділення обсервації на п'яту добу післяпологового періоду. У пологах була проведена епізіотомія. Скарги на нездужання, біль у ділянці промежини.

Краї епізіотомної рани вкриті гнійним нальотом, гіперемовані. Температура тіла 37,2 °С, пульс 88 уд./хв. Молочні залози м'які, без патологічних новоутворень. Матка щільна, дно на 6 см вище лобка. Лохії серозно-кров'яністі, помірні.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Який м'яз перетинається при епізіотомії?
3. Вкажіть діагностичні критерії означеної у задачі патології.
4. Основні причини даної патології.
5. Тактика ведення пацієнтки.

### **Задача 4**

Породілля П., 23 роки, на п'яту добу після ускладнених пологів (тривалий безводний період — 20 год) скаржитися на виразну загальну слабкість, нездужання, періодичний біль унизу живота, підвищення температури тіла до 38,8 °С.

Об'єктивно: температура тіла 38,8 °С, озноб, пульс 100 уд./хв. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені у розмірах. Молочні залози у стадії нагрубання. Годує дитину за вимогою. Соски молочних залоз цілі. Живіт м'який, болісний при пальпації в гіпогастрії. Дно матки на 4 см нижче пупка. При вагінальному дослідженні: матка збільшена до 18 тиж. вагітності, м'яка, болісна при пальпації. Лохії кров'яністі, мутні, з неприємним запахом.

### ***Питання***

1. Який діагноз найбільш імовірний?
2. Вкажіть клінічні варіанти визначеної у задачі патології.
3. Лабораторні критерії описаної патології.
4. Основні клінічні ознаки даної патології.
5. Тактика ведення пацієнтки.

### **Задача 5**

Породілля К., 28 років, дві доби тому було проведено кесарів розтин через 22 год після вилиття навколоплідних вод у зв'язку з дистресом плода. На момент огляду скаржитися на загальну

слабкість, нездужання, однократне блювання, біль по всьому животу, здуття кишечника, затримку газів. Шкіра бліда. Язик сухий, обкладений сірим нальотом. Температура тіла 38,9 °С, пульс 120 уд./хв, АТ 110/70 мм рт. ст. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Молочні залози у стані фізіологічного нагрубаня, соски цілі. Живіт роздутий, симптом Щоткіна — Блюмберга позитивний. При перкусії визначається ексудат у нижньобокових відділах живота.

### ***Питання***

1. Який діагноз найбільш імовірний?
2. Перелічіть основні причини визначеної у задачі патології.
3. Основні клінічні ознаки описаної у задачі патології.
4. Вкажіть лабораторно-інструментальні критерії даної патології.
5. Тактика ведення пацієнтки.

## **Тема 15. ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ І ВАГІТНІСТЬ** \_\_\_\_\_

### **Задача 1**

Першовагітна А., 23 роки, надійшла до пологового будинку зі скаргами на переймоподібний біль унизу живота протягом 4 год та вилиття світлих прозорих навколоплідних вод 2 год тому. Вагітність 38–39 тиж. Жіночу консультацію не відвідувала, вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) — статус невідомий. У пологовому відділенні було проведено тестування експрес-методом, отримано позитивний результат ВІЛ-інфікування.

Загальний стан жінки задовільний, АТ 120/80 мм рт. ст. на обох руках. Перейми тривалістю 20–25 с через 3,5–4 хв. Положення плода поздовжнє, голівка плода притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 144 уд./хв, вислуховується зліва вище пупка; ОЖ 95 см, ВДМ 37 см. Розміри таза у межах норми.

При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву 4 см. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі входу в малий таз, мале тім'ячко зліва. Плодовий міхур відсутній. Екзостозів у порожнині малого таза немає, мис недосяжний.



### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика розродження пацієнтки та ведення новонародженого.
3. Тактика у разі отримання сумнівного результату методом імуноферментного аналізу (ІФА) перед пологами або у пологах.
4. Як відбувається передача ВІЛ від матері до дитини?
5. Яку інформацію необхідно надати вагітній при виявленні позитивного ВІЛ-статусу?

### **Задача 2**

До жіночої консультації звернулася пацієнтка С., 27 років, скарги на відсутність менструації протягом 10 тиж., нудоту й іноді одноразове блювання вранці, непереносимість запахів, набухання і болючість молочних залоз.

Менструації з 13 років, встановилися одразу, тривалістю 3–4 дні, через 21 день, безболісні, у значній кількості. Останні три роки менструації нерегулярні, із затримками на 1,5–2 міс., до лікаря не зверталася. Статеве життя з 17 років. В анамнезі один мимовільний викидень у терміні 8–9 тиж., без ускладнень.

Три роки тому виявлений випадково ВІЛ, знаходилася на обліку в Центрі СНІДу. До вагітності приймала антиретровірусну терапію (АРТ), припинила після того, як дізналася про вагітність. Вірусне навантаження 5000 РНК копій/мл, CD4 390 клітин/мкл.

На момент огляду: пацієнтка правильної статури, зниженого харчування. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки звичайного кольору, чисті; АТ 120/80 мм рт. ст. на обох руках, пульс 76 уд./хв, задовільних властивостей. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Експрес-тест на вагітність позитивний.

При піхвовому дослідженні встановлено: зовнішні статеві органи розвинені правильно, слизова оболонка піхви і шийки матки ціанотична, тіло матки в гіперантефлексії, розміром із гусяче яйце, пом'якшене, але при пальпації ущільнюється. Придатки не пальпуються, склепіння вільні. Виділення слизові, у незначній кількості.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Тактика ведення вагітної.
3. Від чого залежить вибір методу розродження у ВІЛ-інфікованих вагітних?

4. Які заходи потрібні для безпечного ведення пологів у ВІЛ-інфікованих жінок?

5. Вкажіть основні принципи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

### **Задача 3**

Першороділля О., 31 рік, термін гестації 40 тиж., надійшла до пологового будинку зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота. Поздовжнє положення, головне передлежання, перша позиція. Перейми тривалістю 20–25 с через 8–10 хв, достатньої сили. Безводний період 6 год. Гемодинамічні показники у межах норми. Серцебиття плода ясне, ритмічне 144 уд./хв. З обмінної карти: ВІЛ-інфікована, вірусне навантаження 12 000 РНК копій /мл. Знаходиться на диспансерному обліку протягом трьох років.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву на 2 см, передлежить голівка, яка притиснута до входу в малий таз. Плодовий міхур відсутній, підтікають прозорі навколоплідні води. Мис недосяжний.

#### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Вкажіть чинники, що підвищують ризик передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини?
3. З якого терміну вагітності проводиться АРТ ВІЛ-інфікованим пацієнткам?
4. Тактика розродження пацієнтки.

### **Задача 4**

Повторновагітна Ф., 26 років, в анамнезі одні своєчасні пологи і один викидень, взята на облік до жіночої консультації у терміні 10–11 тиж., обстежена за чинним протоколом. При другому візиті пацієнтці роз'яснено, що результат її тесту на ВІЛ розцінено як сумнівний.

#### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Вкажіть причини неможливості впевненого ВІЛ-статусу.

3. Тривалість серологічного «вікна» при ВІЛ-інфекції.
4. Клінічні прояви гострої стадії ВІЛ-інфікування.

### **Задача 5**

Першовагітна К., 28 років, надійшла до пологового будинку при терміні гестації 40 тиж. у латентній фазі пологів. Перейми тривалістю 20–25 с через 5–6 хв. Стан жінки задовільний. Гемодинамічні показники у межах норми. Серцебиття плода ясне, ритмічне, до 140 уд./хв; ОЖ 96 см, ВДМ 36 см. Розміри таза 25–27–30–20 см. З обмінної карти: Z21, вірусне навантаження 17 000 РНК копій/мл.

При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву на 2 см, передлежить голівка, яка притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва ближче до лобка. Плодовий міхур цілий, наливається під час перейми. Екзостозів у порожнині малого таза немає, мис недосяжний.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. В які терміни вагітності проводиться тестування на ВІЛ-інфекцію?
3. Вкажіть чинники, що підвищують передачу ВІЛ-інфекції від матері до дитини.
4. З якого терміну вагітності пацієнтки з ВІЛ-інфекцією повинні отримувати АРТ?
5. Тактика розродження пацієнтки.

## **Тема 16. ПОЛОГОВИЙ ТРАВМАТИЗМ \_\_\_\_\_**

### **Задача 1**

Першороділля М., 23 роки, надійшла до пологового відділення з активною пологовою діяльністю: чотири перейми тривалістю 40–45 с за 10 хв. Пологи розпочалися 10 год тому. Спад-

ковість не обтяжена. Соматичні захворювання заперечує. Перобіг вагітності без ускладнень.

Роділля нормальної статури: зріст 159 см, маса тіла 65 кг. Температура тіла 36,7 °С, пульс 76 уд./хв, АТ 115/75 мм рт. ст. Набряків немає. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, ОЖ 107 см, ВДМ 33 см. При пальпації встановлено, що спинка плода обернута вліво, передлегла частина над симфізом не визначається.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що не народжувала, шийка матки згладжена, відкриття повне. Плодовий міхур цілий, оболонки інструментально розведені, вилилося приблизно 200 мл світлих навколоплідних вод. Передлежить голівка, розташована у площині вузької частини малого таза. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва біля симфізу. Через 30 хв після надходження розпочалися потуги. Під час врізування голівки промежина значно випинається, шкіра її стала блідою та блискучою. Надана допомога із захисту промежини. Народився живий доношений хлопчик масою 3520 г зростом 51 см. Послід відокремився та виділився самостійно через 10 хв, цілий.

Огляд за допомогою дзеркала: шийка матки ціла, наявний розрив задньої стінки піхви у нижній третині, шкіри та м'язів промежини, за виключенням зовнішнього сфінктера прямої кишки.

### ***Питання***

1. З яким варіантом членорозташування плода надійшла роділля?
2. Діагноз.
3. Клінічні дані, що підтверджують діагноз.
4. Акушерська тактика.
5. Класифікація розривів промежини залежно від об'єма ушкодження тканин.

### **Задача 2**

Роділля М., 26 років, надійшла до пологового відділення в кінці першого періоду пологів, що розпочалися 10 год 30 хв тому. Через 1 год 10 хв народила живого доношеного хлопчика масою 3980 г, зростом 53 см. Одразу ж після народження дитини розпочалася кровотеча незначної інтенсивності. Роділля

здійснила сечовипускання. Ведення третього періоду пологів активне. Через 10 хв народився цілий, без дефектів послід. Матка щільна, кульоподібна, дно її розташоване на 2 см нижче пупка. Кровотеча продовжується, кров згорнулася у щільний згусток. Крововтрата дорівнює 450 мл. Промежина ціла. При огляді за допомогою дзеркала справа виявлений значний розрив шийки матки, що доходить до правої частини склепіння піхви.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Клінічні ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Класифікація розривів шийки матки.
4. Акушерська тактика при розривах шийки матки.
5. Причини, що сприяють розриву шийки матки.

### **Задача 3**

Повторнороділля А., 28 років, надійшла до пологового відділення зі скаргами на переймоподібний біль. Вагітність доношена, своєчасна.

В анамнезі трое пологів. Останні пологи два роки тому ускладнилися слабкістю пологової діяльності, інтранатальним дистресом плода. Пологи було завершено шляхом операції накладання акушерських щипців. Маса дитини 3900 г.

При теперішній вагітності пологова діяльність почалася 10 год тому, безводний період 5 год. Роділля неспокійна, перейми потужні, різко болісні з короткими паузами. У паузах матка повністю не розслаблюється, з'явилося бажання тужитися.

Об'єктивно: зріст 165 см, маса тіла 72 кг, температура тіла 36,6 °С, пульс 90 уд./хв, АТ 130/90 мм рт. ст. на обох руках. Розміри таза 25–28–31–20 см; ОЖ 110 см, ВДМ 43 см. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Серцебиття плода 160 уд./хв. Ознака Вастена позитивна, зв'язки напружені, болісні. Сеча самостійно не відходить; виведена катетером — з домішками крові.

Внутрішнє акушерське дослідження: розкриття маткового зіва повне, плодовий міхур розірваний, голівка притиснута до входу в малий таз із виразною пологовою пухлиною. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі, зміщений від провідної вісі до мису,

мале тім'ячко — зліва, велике — справа. Мис недосяжний. Виділення кров'янисті, у помірній кількості.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Клінічні ознаки, що супроводжують діагноз.
3. Причини виникнення ускладнення описаних пологів.
4. Тактика ведення пологів.

### **Задача 4**

Роділля М., 26 років, госпіталізована до пологового відділення у тяжкому стані. З анамнезу: перша вагітність завершилася штучним абортom у терміні 10 тиж., без ускладнень. Друга вагітність три роки тому — своєчасними пологами, розродження здійснене шляхом кесаревого розтину у зв'язку з інтранатальним дистресом плода. Дана вагітність третя, ускладнилася в терміні 8–9 тиж. загрозою переривання. Термін вагітності на момент надходження 37 тиж.

Об'єктивно: вагітна загальмована, скарги на біль унизу живота. Температура 36,8 °С, АТ 90/50 та 80/50 мм рт. ст., пульс 120 уд./хв. Рухів плода не відчуває. Живіт напружений, болісний при пальпації, визначається тупий перкуторний звук у спадистих місцях. Контури матки нечіткі. Під червону стінкою визначаються дрібні частини плода, серцебиття його не вислуховується.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна. Шийка матки завдовжки 3 см, розташована за віссю таза, зовнішній зів закритий. Пальпація уявного рубця на матці через переднє склепіння, екскурсії шийки матки болісні. Передлегла частина розташована високо над входом у таз, зміщена вліво.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Клінічні ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Причини, що зумовили описану патологію.
4. Тактика ведення пацієнтки.

### **Задача 5**

Породілля К., 34 роки, переведена з фізіологічного до обсерваційно-акушерського відділення на шосту добу після поло-

гів у зв'язку з виділенням сечі через піхву. Останні дві доби зафіксована субфебрильна температура.

З анамнезу: перша вагітність закінчилася передчасними пологами живою дитиною масою 2200 г. Другі пологи ускладнилися передчасним розривом плодових оболонок, первинною слабкістю пологових сил. У зв'язку з цим були накладені акушерські щипці та вилучена жива дівчинка масою 3800 г. Після пологів шийка матки і піхва оглянуті у дзеркалах — цілі. Рана після епізіотомії ушита вікриловим швом. Після пологів наявна затримка сечі, утруднене сечовипускання, утруднення при катетеризації сечового міхура у зв'язку з набряком зовнішніх статевих органів та передньої губи шийки матки.

Об'єктивно: загальний стан породіллі задовільний. Температура тіла 37,4 °С, АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 86 уд./хв. Патологічних змін внутрішніх органів не діагностовано.

По передній стінці піхви у верхній третині визначений рубцевий тяж, який досягає склепіння та утворює щілину розміром 1–2 см. Зі щілини випинається тканина яскраво-червоного кольору та виділяється сеча.

### ***Питання***

1. Діагноз.
2. Клінічні симптоми, що підтверджують діагноз.
3. Додаткові методи дослідження, що допомагають уточнити діагноз.
4. Причини ускладнення.
5. Профілактика описаного ускладнення.

## **Тема 17. ПІСЛЯПОЛОГОВА КОНТРАЦЕПЦІЯ \_\_\_\_\_**

### **Задача 1**

Породілля А., 29 років, народила дівчинку масою 3600 г 48 год тому у терміні вагітності 39–40 тиж., розпочала годувати груддю дитину відразу після пологів.

### ***Питання***

1. Яка ефективність методу лактаційної аменореї (МЛА)?
2. Критерії використання МЛА.

3. Переваги МЛА для матері.
4. Чим корисне для дитини використання МЛА?

## **Задача 2**

Пацієнтка Б., 32 роки, народила дитину 2 міс. тому. На даний момент жінка годує груддю тричі на день. Звернулася до лікаря з питаннями щодо контрацепції у післяпологовому періоді.

### ***Питання***

1. Використання внутрішньоматкової контрацепції (ВМК) у післяпологовому періоді.
2. Чи можна поєднувати ВМК з грудним вигодовуванням?

## **Задача 3**

Пацієнтка О., 22 роки, 3 міс. тому народила хлопчика, груддю дитину годує двічі на добу. Звернулася до лікаря з питаннями щодо контрацепції у післяпологовому періоді.

### ***Питання***

1. Можливі наслідки при використанні у післяпологовому періоді КОК?
2. Які оральні контрацептиви можна використовувати під час грудного вигодовування?
3. Типи і механізм дії протизаплідних таблеток прогестагенового ряду (ПТП).
4. Побічні ефекти, що можуть виникнути при використанні ПТП.

## **Задача 4**

Пацієнтка С., 26 років, у терміні 35 тиж. вагітності. Звернулася до лікаря з питаннями щодо контрацепції у післяпологовому періоді.



### ***Питання***

1. Які методи контрацепції можливі при годуванні дитини грудним молоком від народження до 6 тиж. після пологів?
2. Які методи контрацепції можна застосовувати при годуванні дитини грудним молоком до 6 міс. після пологів?
3. Чи можливе використання КОК і МЛА при годуванні дитини грудним молоком через 6 міс. після пологів?

### **Задача 5**

Пацієтка Г., 37 років, 6 міс. тому народила хлопчика, груддю дитину годує двічі на добу. Хворіє на гіпертонічну хворобу І Б ст. Гіпотензивні засоби використовує за потребою. Звернулася до лікаря з питаннями щодо контрацепції у післяпологовому періоді.

### ***Питання***

1. Які методи контрацепції потрібно призначити з урахуванням віку, екстрагенітальної патології, режиму вигодовування дитини?
2. Типи і механізм дії прогестагенових ін'єкційних контрацептивів (ПІК).
3. Переваги використання ПІК.
4. Які побічні ефекти можливі при використанні ПІК?

### **Тема 1. Фізіологія вагітності. Перинатальна охорона плода. Методи обстеження вагітних. Акушерська термінологія**

#### **Задача 1**

1. Вагітність перша, 12 тиж.

2. Відсутність менструацій протягом 3 міс.; збільшення матки до 12 тиж. вагітності; ціаноз слизової шийки матки і піхви; розм'якшення матки; скорочення матки при пальпації.

3. Лабораторні дослідження: загальний аналіз сечі (включаючи тест на наявність білка), посів сечі (виявлення безсимптомної бактеріурії), група крові та резус-належність, загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів і Нt, серологічне обстеження на сифіліс, тест на ВІЛ-інфекцію, тест на наявність HbsAg, мазок на цитологію, мазок на флору (за показаннями), УЗД.

4. При нормальному перебігу вагітності рекомендовано 9 візитів до жіночої консультації, решта — за показаннями.

5. При кожному візиті до жіночої консультації вагітній вимірюють АТ, пульс, температуру тіла, висоту стояння дна матки із занесенням даних у гравідограму, призначають зробити загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка.

#### **Задача 2**

1. Вагітність друга, 30 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, друга позиція, передній вид.

2. Вислуховання серцебиття плода, пальпація живота з визначенням положення, передлежання, позиції та виду плода, визначення ворушінь плода.

3. Перше УЗД — при термінах вагітності від 11 тиж. + 1 день до 13 тиж. + 6 днів вагітності. Друге — при термінах вагітності 18–21 тиж. Проведення третього УЗД визначається індивідуально.

4. Допологова декретна відпустка надається вагітним у 30 тиж. Тривалість допологової декретної відпустки становить 70 днів.

5. При візиті до жіночої консультації в 30 тиж. вагітності проводять: огляд і пальпацію молочних залоз; огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен; аускультацию ЧСС плода; вимірюють АТ, пульс, температуру тіла, ВДМ із занесенням даних в гравідограму; загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка, кров на антитіла при Rh-негативній належності крові.

### **Задача 3**

1. Вагітність п'ята, 8 тиж.

2. До передбачуваних ознак належать: нудота, одноразове блювання вранці, непереносимість запахів. Ймовірні ознаки: затримка менструації, ціаноз слизової піхви (ознака Скробанського), тіло матки в гіперантефлексії (ознака Гентера), розміром з гусяче яйце, пом'якшене, але при пальпації ущільнюється (ознака Снегірьова).

3. З урахуванням віку жінки (35 років) потрібно провести медико-генетичне консультування.

4. Біохімічний скринінг: I триместр у термінах вагітності від 11 тиж. + 1 день до 13 тиж. + 6 днів (протеїн, асоційований з вагітністю (РАРР-А), вільний  $\beta$ -ХГЛ); II триместр у терміні вагітності 16–20 тиж. (альфа-фетопротеїн (АФП) + вільний  $\beta$ -ХГЛ (double-test), або АФП + вільний  $\beta$ -ХГЛ + вільний естріол (triple-test)) з розрахунками індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода (при інформованій згоді — всім або за показаннями). Жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності й не були включені до груп високого ризику, рекомендується у II триместрі визначати лише рівень АФП.

### **Задача 4**

1. Вагітність перша, 39–40 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, передній вид.

2. Передбачувана маса плода:  $100 \cdot 38 = 3800,0 \text{ г} \pm 200,0 \text{ г}$ .

3. Жінка, що народжує вперше, починає відчувати ворухіння плода в 20 тиж. вагітності; жінка, що народжує вдруге — в 18 тиж.

4. Передбачувану дату пологів у практичному акушерстві вихаровують за формулою Naegele: ПДП = (ПМ + 7 днів) – 3 міс. + 1 рік, де ПМ — перший день останньої менстрації.

5. При цьому візиті лікар інформує жінку про потребу в 9-му візиті (у 41 тиж.) і госпіталізацію до стаціонару в 41 тиж. вагітності. У разі відмови від госпіталізації — посилений антенатальний моніторинг (КТГ — двічі на тиждень, УЗД рівня амніотичної рідини).

### Задача 5

1. Вагітність четверта, 15–16 тиж.

2. Усі ознаки вагітності поділяються на три основні групи: передбачувані, ймовірні й достовірні.

3. Лабораторний метод діагностики вагітності ґрунтується на визначенні у плазмі крові або сечі ХГЛ ( $\beta$ -субодиниці ХГЛ). Визначення в крові 1500–2500 мМО/мл ХГЛ відповідає 3–4 тиж.

4. Біохімічний скринінг: I триместр у термінах вагітності від 11 тиж. + 1 день до 13 тиж. + 6 днів (РАРР-А, вільний  $\beta$ -ХГЛ); II триместр у термінах 16–20 тиж. (АФП + вільний  $\beta$ -ХГЛ (double-test), або АФП + вільний  $\beta$ -ХГЛ + вільний естріол (triple-test)) з розрахунками індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода (при інформованій згоді — всім або за показаннями). Жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності й не були включені до груп високого ризику, рекомендується у II триместрі визначати лише рівень АФП. Ультразвукова діагностика: комірний простір у терміні 11–12 тиж. гестації — до 2 мм, у 13 тиж. допустимий до 2,5 мм; фронто-максиллярний кут до 13 тиж. — до 90°; кістки носа реєструються симетричні. У терміні 18–21 тиж. для виключення вад розвитку і діагностики генетичної патології проводиться УЗД.

5. Показання до медико-генетичного консультування: вік жінки 35 років і більше, вік чоловіка 40 років і більше; наявність у одного з подружжя спадкової патології, хромосомної перебудови або вроджених вад розвитку; наявність у вагітної фенілкетонурії, муковісцидозу та інших спадкових захворювань; наявність у сім'ї живих або померлих дітей із спадковою або хромосомною патологією, вродженими вадами розвитку, розумовою відсталістю,

мертвонародження, наявність вищевказаної патології у родичів; кровозмішаний шлюб; звичне невиношування вагітності невстановленого генезу в I триместрі вагітності, несприятливі впливи в ранні терміни вагітності (захворювання, прийом медикаментів); ускладнений перебіг вагітності (загроза переривання з раннього терміну, що не піддається лікуванню; маловоддя, багатоводдя); вагітності після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ); патологія плода, виявлена при пренатальному скринінгу (УЗД, біохімічні маркери), наявність у подружжя шкідливих факторів, пов'язаних з професією.

## **Тема 2. Фізіологія пологів. Знеболювання пологів**

### **Задача 1**

1. Вагітність перша, 39–40 тиж. Поздовжнє положення плода, перша позиція, передній вид головного передлежання. Пологи перші, своєчасні, перший період пологів, латентна фаза.

2. Механізм згладжування і розкриття шийки матки у першороділей такий: спочатку розкривається перешийок матки, потім здійснюється розширення каналу шийки матки, яка при цьому вкорочується та згладжується, таким чином утворюючи з порожниною матки єдинийпологовий канал. Після цього здійснюється розгладжування, стоншення, потім розкриття маткового зіву.

3. У цієї роділлі темп розкриття шийки матки відповідає латентній фазі першого періоду пологів, бо за 4 год здійснилося згладжування шийки, а діаметр зіву сягнув 2 см.

4. Максимальна тривалість першого періоду пологів у жінок, що народжують вперше, дорівнює 15 год.

5. Голівка плода розташована в площині входу малого таза, тому що при зовнішньому дослідженні на голівці розташувалися чотири пальці лікаря, а при внутрішньому дослідженні верхній край симфізу і, частково, термінальні лінії зайняті голівкою.

6. У латентній фазі першого періоду аускультацию серцевих тонів плода потрібно здійснювати кожні 30 хв протягом 1 хв. Нормальна частота серцебиття плода у цьому періоді дорівнює 110–170 уд./хв.

## **Задача 2**

1. Вагітність друга, 38 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Пологи другі, своєчасні, перший період пологів, латентна фаза.

2. Перший період пологів має назву періоду розкриття шийки матки. Розпочинається він із моменту появи регулярних переймів і закінчується повним розкриттям шийки матки. Активна фаза першого періоду пологів характеризується просуванням передлеглої частини. Для фізіологічних пологів притаманна синхронність розкриття шийки та просування передлеглої частини.

3. Механізм згладжування та розкриття шийки матки у жінок, що народжують повторно, такий: під час переймів згладжування шийки та розкриття її здійснюються одночасно.

4. Під час пологів голівка плода опускається у пологовий канал, з усіх сторін торкається нижнього сегмента матки і притискає його до входу в малий таз, таким чином утворюючи пояс змикання. Цей пояс поділяє навколоплідні води на передні та задні. Вилиття навколоплідних вод вважають своєчасним, якщо розрив плодового міхура стався під час активної фази першого періоду пологів.

5. Середня тривалість першого періоду пологів у жінок, що народжують повторно, дорівнює 7–9 год.

6. Темп розкриття шийки матки відповідає латентній фазі першого періоду пологів.

## **Задача 3**

1. Вагітність перша, 40 тиж. Поздовжнє положення плода, перша позиція, передній вид потиличного передлежання. Пологи перші, своєчасні, другий період пологів.

2. За даними зовнішнього і внутрішнього дослідження визначається потиличне передлежання, перша позиція, передній вид.

3. При зовнішньому дослідженні визначено, що над лобком залишилася частина голівки, на якій може розташуватися лише один палець лікаря. Це свідчить, що нижній полюс голівки досяг площини вузької частини малого таза. Дані внутрішнього дослідження (крижова западина заповнена голівкою, внутрішня поверхня симфізу недоступна для дослідження, нижні ості клубових кісток досяжні) підтверджують цей діагноз.

4. При передньому виді потиличного передлежання голівка плода пройде малим косим розміром, який дорівнює 9,5 см. Округлість голівки за цим розміром становить 32 см.

5. Провідною точкою голівки плода при передньому виді потиличного передлежання є мале тім'ячко.

6. Роділля знаходиться в другому періоді пологів, про що свідчить повне розкриття шийки матки та розташування голівки в площині вузької частини малого таза.

7. Аускультацию серцевих тонів плода в ранній фазі другого періоду пологів потрібно здійснювати кожні 5 хв, а у пізній фазі — після кожної потуги.

#### **Задача 4**

1. Пологи вчасні, перший період пологів.

2. Плацента відшарувалася від стінок матки.

3. Позначення цифрами ознак відокремлення плаценти: 2–1–4–5–3–6.

4. Щоб виділити з порожнини матки послід, який відокремився, слід запропонувати роділлі потужитися. Якщо ефект відсутній, треба застосувати способи виділення посліду в такому порядку: Абуладзе, Креде — Лазаревича, Гентера, ручне виділення.

5. Методика виділення посліду за Абуладзе: здійснити сечовипускання, надати матці центрального положення, провести масаж матки для її скорочення. Після цього обома руками захопити передню черевну стінку у велику поздовжню складку і запропонувати роділлі потужитися.

#### **Задача 5**

1. Описані пологи здійснилися при задньому виді потилично-го передлежання.

2. Провідною точкою голівки плода була середина між великим і малим тім'ячком.

3. При описаних пологах голівка плода пройшла середнім косим розміром, який вимірюється між підпотиличною ямкою та межею росту волосся.

4. Так, тривалість пологів відповідає фізіологічній.

5. Максимальна тривалість:

— латентна фаза першого періоду пологів — 8 год;

— активна фаза — 7 год;

— другий період — 2 год для першороділей, 1 год для жінок, що народжують повторно;

— третій період — 30 хв.

6. Швидкі пологи: тривалість менше 6 год для першороділей та менш як 4 год для жінок, що народжують повторно. Стрімкі пологи, відповідно, менше 2 і 1 год.

7. За шкалою Апгар — 8–10 балів, за Сільверманом — 0–0 балів.

8. Профілактика офтальмобленореї здійснюється за допомогою введення в очну щілину 1–2 краплин 0,3 % розчину флоксану.

### **Тема 3. Фізіологія післяпологового періоду. Фізіологія періоду новонародженості**

#### **Задача 1**

1. Післяпологовий період, друга доба.

2. Зміни маси матки у післяпологовому періоді: зразу після пологів маса матки дорівнює 1000 г, наприкінці першого тижня — 500 г, другого — 350 г, третього — 200 г, наприкінці післяпологового періоду (на 6–8-му тижні) — 50–70 г.

3. У перші 3–4 доби після пологів у породіллі секретується молозиво, до 15–17-ї доби — перехідне молоко, далі — секрет — справжнє молоко зі стабільним складом.

4. У першу добу після пологів у породіллі секретується молозиво — густа, жовтувата, лужної реакції рідина з високим вмістом білків (2,25 %), молочних кульок (жирові краплини), молозивних тілець (лейкоцити у стадії жирового переродження).

5. У післяпологовому періоді у породіллі спостерігається затримка випорожнень, що спричинена атонією кишечника, яка виникає в результаті розслаблення м'язів передньої стінки черева, обмеження рухової активності. Відновлюється функція кишечника на третю добу після пологів. У породіллі А. відсутність випорожнень на другу добу після пологів відповідає нормі.

6. Зразу після пологів дно матки розташоване на 16–18 см вище симфізу. Через 10–12 год дно матки встановлюється на рівні пупка і кожного наступного дня опускається на 2 см. Рівень дна матки у породіллі А. відповідає другій добі післяпологового періоду.

7. На другу добу післяпологового періоду породіллі потребує таких призначень: режим — вільний; гігієна зовнішніх статевих органів; догляд за молочними залозами; бактеріоскопічне дослідження виділень із статевих шляхів.



## Задача 2

1. П'ята доба післяпологового періоду, перебіг нормальний.

2. У перші три доби лохії являють собою рановий секрет, який складається майже з чистої крові, мають кров'янистий характер (червоні лохії); на 4–6-ту добу вони стають кров'янисто-серозними (жовтувато-рожеві лохії); на 7–9-ту добу серозно-слизовими (жовті лохії); з 10–12-ї доби — серозно-слизовими (білі лохії). Наприкінці третього тижня лохії припиняються.

3. Шийка матки зразу ж після народження посліду має вигляд в'ялого тонкостінного мішка, канал шийки матки вільно пропускає кисть. У подальшому шийка формується зсередини назовні: спочатку закривається перешийок, потім — отвір матки. Перешийок на третю добу прохідний для одного пальця, на 7–10-ту добу він закривається. Отвір матки закривається наприкінці третього тижня післяпологового періоду.

4. Молоко — непрозора біла емульсія, що містить в 1 мм<sup>3</sup> близько 5 млн молочних жирових кульок. Склад молока (у відсотках): вода — 88; молочний цукор — 7; жир — 3,3; білки — 1,5; солі та інші — 0,2; щільність — 1026–1036 кг/м<sup>3</sup>.

5. Порушення сечовипускання у породіллі (затримка, утруднення) пов'язані з особливостями перебігу пологів.

Причини:

— тривале стискання сечового міхура голівкою плода, що викликає розлади кровообігу (набряк) та іннервацію (парез) сечового міхура;

— садна і тріщини пологового каналу, що викликають сильний біль при потраплянні на них сечі;

— не вміння здійснювати сечовипускання лежачи.

## Задача 3

1. Десята доба післяпологового періоду.

2. Після народження дитини у жінки знижується маса тіла за рахунок елементів плідного яйця (приблизно, у грамах): 3000 — маса плода, 500 — маса посліду, 500 — маса навколоплідних вод, 300 — крововтрата. Таким чином, втрата маси тіла становить 4300–4500 г. Протягом перших трьох тижнів зменшується маса матки — з 1000 до 50 г. У подальшому маса тіла жінки стає стабільною.

3. Одразу після пологів дно матки розташоване на 16–18 см вище симфізу. Через 10–12 год дно матки встановлюється на рівні пупка і кожного наступного дня опускається на 2 см. Рівень дна матки у породіллі М. відповідає другій добі післяпологового періоду.

4. Після пологів зникає плацентарне коло кровообігу, значно зменшується судинна сітка матки (за рахунок скорочення та інволюції), ОЦК — крововтрата в першому періоді пологів. При цьому значно зменшується навантаження на серце. Артеріальний тиск відповідає нормі, пульс у післяпологовому періоді ритмічний, доброго наповнення, частота 70–80 уд./хв.

#### Задача 4

1. Стан новонародженої за шкалою Апгар: на першій хвилині  $2+1+2+2+1=8$  балів, через 5 хв — 10 балів.

2. Дитину, що народилася у задовільному стані, слід прикласти до грудей за 30 хв після народження.

3. Дитина народилася у потиличному передлежанні, першій позиції.

4. Видалити залишки сироподібної змазки, надлишок пуповини, в очні щілини ввести по 2 краплі 0,3 % розчину флоксалу, здійснити антропометрію.

#### Задача 5

1. Показник перинатальної смертності ( $x$ , ‰) обчислюється за такою формулою:

$$x = \frac{\text{кількість мертвонароджених} + \text{кількість дітей, що померли в перший тиждень життя}}{\text{кількість дітей, що народилися за рік}}$$

У пологовому відділенні перинатальна смертність становить:

$$x = \frac{20 + 50 = 70 \cdot 1000}{3500} = \frac{70\,000}{3500} = 20,00 \text{ ‰.}$$

2. Показник мертвонароджуваності ( $x$ , ‰) обчислюється за формулою:

$$x = \frac{\text{кількість мертвонароджених}}{\text{кількість дітей, що народилися за рік}} \cdot 1000.$$

У пологовому відділенні мертвонароджуваність становить:

$$x = \frac{20 \cdot 1000}{3500} = 5,71 \text{ ‰}.$$

3. Показник ранньої неонатальної смертності ( $x$ , ‰) обчислюється за формулою:

$$x = \frac{\text{кількість дітей, що померли в перший тиждень життя}}{\text{кількість дітей, що народилися за рік}} \cdot 1000.$$

У пологовому відділенні рання неонатальна смертність становить:

$$x = \frac{50 \cdot 1000}{3500} = 14,29 \text{ ‰}.$$

#### **Тема 4. Вагітність і пологи при тазовому передлежанні. Вагітність і пологи при аномаліях кісткового таза. Проблеми макросомії в акушерстві, вагітність і пологи при великому плоді**

##### **Задача 1**

1. Вагітність п'ята, 39 тиж. Поперечне положення плода, перша позиція. Загальнорівномірнозвужений таз, I ступінь звуження. Пологи другі, своєчасні. Перший період пологів, ОАА.

2. Враховуючи форму матки (витягнута в поперечному напрямку), відсутність передлеглої частини плода, розташування голівки зліва, діагностовано поперечне положення плода, перша позиція. Зменшення всіх зовнішніх розмірів таза на 2 см характерне для загальнорівномірнозвуженого таза. Ступінь звуження визначили, враховуючи величину діагональної кон'югати:  $12,5 - 2$  см (індекс Соловйова) = розмір справжньої кон'югати. У даному випадку  $11 - 2 = 9$  см, що відповідає I ступеню звуження таза.

3. Враховуючи високий ризик пологового травматизму для матері й плода за наявності поперечного положення, показано розродження шляхом операції кесаревого розтину.

4. Аномалії пологової діяльності (первинна, вторинна слабкість, рідше дискоординація), що призводять до затяжного

перебігу пологів; раннє вилиття навколоплідних вод; випадіння дрібних частин плода; інфекція при пологах; клінічно вузький таз із стисканням м'яких тканин; пологовий травматизм; кровотеча в послідовому і ранньому післяпологовому періодах; підвищена перинатальна захворюваність і смертність.

5. До форм анатомічно вузького таза, які часто зустрічаються, належать: загальнорівномірнорозвужений, поперечнозвужений, плоскі тази (простий плоский, плоскоракітичний); до рідкісних форм — косозміщений, косозвужений, лійкоподібний, кіфотичний, спондилолістетичний, остеомаліатичний і таз, звужений екзостозами і кістковими пухлинами.

## Задача 2

1. Вагітність п'ята, треті своєчасні пологи, плід у поздовжньому положенні, головному передлежанні, другій позиції. Другий період пологів. Плоскоракітичний таз, I ступінь звуження. Клінічно вузький таз. Асинклітичне вставлення голівки плода (передній асинклітизм Негеле). Передчасне вилиття навколоплідних вод (безводний проміжок 10 год), ОАА.

2. Діагноз плоскоракітичного таза встановлений за результатами зовнішньої пельвіометрії (розмір між передньовіршними остями клубових кісток (26 см) дорівнює розміру між гребенями цих кісток, що характерно для плоскоракітичного таза, у якого крила клубових кісток бувають дуже розгорнутими, наближаючи ці розміри один до одного). Для плоскоракітичного таза характерне зменшення прямого розміру входу в малий таз і збільшення розмірів виходу, що спостерігається у роділлі. Побічно діагноз підтверджується даними анамнезу (у дитинстві була хворобливою дитиною, ходити почала з 2 років) та загального обстеження, що дають відомості про перенесений рахіт (голова велика, чотирикутна, зуби рідкі, з поперечними жолобками, грудна клітка запала, реберні чотки, нижні кінцівки вкорочені, викривлені у формі літери X).

3. Діагноз I ступінь звуження таза встановлений на підставі обчислення величини справжньої кон'югати з урахуванням індексу Соловйова за зовнішньою кон'югатою ( $18 - 9 = 9$  см) та за діагональною кон'югатою з урахуванням висоти лобкового симфізу ( $11,5 - 1,5 = 10$  см). Асинклітичне вставлення визначено при піхвовому дослідженні: стрілоподібний шов, розташований у поперечному розмірі входу в малий таз ближче до мису крижів, встав-

ляється передня тім'яна кістка (передній асинклітизм). На даному етапі, враховуючи сумнівну ознаку Вастена, передчасне вилиття навколоплідних вод, ОАА (дитина 2900 г померла на другу добу, ймовірно від травми), досить великі розміри даного плода (передбачувана маса плода 3950,0 г.  $\pm$  200,0 г), вузький таз І ступеня звуження, доцільно здійснити розродження шляхом операції кесаревого розтину.

4. Невиношування вагітності, неправильні положення плода; тазові й розгинальні передлежання; передчасне вилиття навколоплідних вод; переношування вагітності.

### **Задача 3**

1. Вагітність перша, 39–40 тиж. Пологи перші, своєчасні, плід у поздовжньому положенні, головному передлежанні, першій позиції, передньому виді. Клінічно вузький таз. Макросомія.

2. Ургентне розродження шляхом операції кесаревого розтину.

3. Фактори ризику розвитку клінічно вузького таза:

- анатомічно вузький таз;
- великий плід;
- розгинальні передлежання голівки плода;
- переношена вагітність;
- гідроцефалія у плода;
- пухлини і вади розвитку плода;
- пухлини і вади розвитку таза матері;
- пухлини органів малого таза.

4. Діагностичні ознаки клінічно вузького таза: відсутність поступального руху голівки плода при повному розкритті шийки матки і нормальній пологовій діяльності; ознака Вастена врівень або позитивна, розмір Цангемейстера більший, ніж зовнішня кон'югата; недостатнє прилягання шийки матки до передлеглої голівки плода; високе розташування контракційного кільця, поява потуг при високому розташуванні голівки плода; набряк шийки матки з можливим розповсюдженням на піхву і зовнішні статеві органи; симптоми стискання сечового міхура.

5. Умови діагностики клінічно вузького таза:

- розкриття шийки матки більше 8 см;
- відсутність плодового міхура;
- випорожнений сечовий міхур;
- нормальна скоротлива діяльність матки.

#### **Задача 4**

1. Вагітність четверта, пологи треті, перший період пологів. Поздовжнє положення плода, тазове (суто сідничне) передлежання, перша позиція. Інтранатальний дистрес плода. Випадіння петлі пуповини.

2. Розродження шляхом операції кесаревого розтину в нижньому сегменті матки.

3. При сідничному передлежанні під час внутрішнього акушерського дослідження пальпують об'ємну м'яку частину плода; визначають сідничні горби, крижі, анальний отвір, статеві органи. При суто сідничному передлежанні можна визначити паховий згин; при змішаному — знаходять стопу, яка лежить поруч із сідницями, сідничні горби й анус плода розташовані в одній площині. При лицьовому передлежанні визначають тверді валики і щелепи, рот і ніс плода; рот і молярні відростки мають трикутну форму.

4. Можливі ускладнення вагітності при тазовому передлежанні: передчасні пологи, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, передчасне вилиття навколоплідних вод, антенатальний дистрес і антенатальна загибель плода.

5. Фактори, що призводять до виникнення тазового передлежання плода: аномалії розвитку матки, пухлини матки, вузький таз, велика кількість пологів в анамнезі, зниження і підвищення маткового тону, аномалії розвитку плода, недоношеність, зниження рухової активності плода, багатопліддя, передлежання плаценти, локалізація плаценти у ділянці трубних кутів і дна матки, багатоводдя, маловоддя.

#### **Задача 5**

1. Вагітність третя, пологи перші. Поздовжнє положення плода, тазове (суто сідничне) передлежання, друга позиція, перший період пологів. Загальнорівномірнорозвужений таз I ступеня. Допологове вилиття навколоплідних вод. Інтранатальний дистрес плода, ОАА.

2. Розродження шляхом операції кесаревого розтину в нижньому сегменті матки.

3. Види тазового передлежання:

— сідничні передлежання (згинальні): неповне або суто сідничне (передлежать сідниці плода); повне або змішане сідничне (передлежать сідниці разом із стопами плода);

— ножні передлежання (розгинальні): неповне (передлежить одна ніжка плода); повне (передлежать обидві ніжки плода); колінне.

4. Показання до кесаревого розтину:

— очікувана маса плода 3700,0 г і більше;

— ножне передлежання плода;

— розгинання голівки плода III ступеня (кут між шийним відділом хребта та потиличною кісткою менше  $90^\circ$ ) за даними УЗД;

— пухлини шиї плода та гідроцефалія.

5. У терміні 30 тиж. з метою самоповороту плода на голівку вагітній потрібно рекомендувати положення на боці, протилежному позиції плода; колінно-ліктьове положення по 15 хв 2–3 рази на добу. З 32-го до 37-го тижня призначають комплекс коригувальних гімнастичних вправ, з 38-го тижня — госпіталізація (за показаннями або для проведення, по можливості, зовнішнього акушерського повороту).

## **Тема 5. Аномалії розвитку плідного яйця.**

### **Багатоплідна вагітність. Аномалії положення плода**

#### **Задача 1**

1. Вагітність третя, 16 тиж. Міхуровий занос.

2. Порушення хромосомних механізмів при заплідненні — втрата материнських генів і дублювання батьківського гаплоїдного геному.

3. Вишкрібання порожнини матки, гістологічне дослідження видалених тканин.

4. Форми міхурового заносу — простий (непроліферативний), проліферативний, інвазивний.

5. Ультразвукове дослідження органів малого таза і рентгенографію легенів проводять через 2 тиж. після евакуації міхурового заносу, потім — 1 раз на рік протягом перших двох років.

#### **Задача 2**

1. Хоріонкарцинома.

2. Вишкрібання порожнини матки з подальшим гістологічним дослідженням видалених тканин.

3. Стадія I — пухлина в межах матки;

— стадія II — метастази в органах малого таза і в піхві;  
— стадія III — метастази в легені;  
— стадія IV — віддалені метастази в головний мозок, печінку та інші органи.

4. Легені (до 80 %), піхва (до 40 %), головний мозок (13 %), печінка (10 %), параметрій (6 %), нирки (5 %), шлунково-кишковий тракт (5 %);

5. Після 1–2 курсів хіміотерапії проводиться екстирпація матки з придатками. Диспансерне спостереження рекомендоване протягом 5 років: рівень ХГ досліджується щомісяця на першому році після операції, один раз на 3 міс. — на другому році, один раз на 4 міс. — на третьому році; двічі на рік — на четвертому і п'ятому роках; УЗД органів малого таза і рентгенографія легенів проводяться один раз на 2 міс. на першому році; далі — один раз на рік протягом чотирьох років.

### **Задача 3**

1. Вагітність третя, 40 тиж., поперечне положення плода, друга позиція, передній вид.

2. Лапаротомія. Кесарів розтин у нижньому матковому сегменті.

3. Основні причини неправильного положення плода:

— надмірна рухливість плода при багатоводді, СЗРП, в'ялість м'язів передньої черевної стінки у повторнороділлі;

— обмежена рухливість плода (маловоддя, великий плід, наявність міоматозного вузла, що деформує порожнину матки, передлежання плаценти, вузький таз, аномалії розвитку матки (дворога матка, сидлоподібна, перегородка матки), аномалії розвитку плода (гідроцефалія, аненцефалія)).

4. Плановий кесарів розтин проводиться після повних 39 тиж. гестації.

5. Можливі ускладнення при поперечному положенні плода:

— передчасне вилиття навколоплідних вод;

— випадіння петель пуповини і дрібних частин плода;

— розриви матки;

— дистрес плода, антенатальна загибель плода.

### **Задача 4**

1. Випадіння пуповини другого плода.

2. Лапаротомія. Кесарів розтин у нижньому матковому сегменті в ургентному порядку.



3. Можливі ускладнення при багатоплідній вагітності:

- ранній гестоз;
- невиношування вагітності;
- пізній гестоз;
- гестаційний цукровий діабет;
- анемія вагітних;
- варикозне розширення вен;
- СЗРП, синдром фето-фетальної трансфузії, дистрес пло-

да(ів).

4. Показання до оперативного розродження при багатоплідній вагітності:

- трійня і більша кількість плодів;
- моноамніотична двійня;
- поперечне положення обох або одного плода;
- тазове передлежання обох або першого плода;
- аномалії пологової діяльності;
- дистрес одного або обох плодів;
- випадіння пуповини або дрібних частин плода.

5. При багатоплідній вагітності плановий кесарів розтин проводиться після 38 тиж. гестації.

### **Задача 5**

1. Задавнене поперечне положення плода.

2. Задавнене поперечне положення плода формується після вилиття навколоплідних вод і щільного обхоплювання плода маткою — одне з плечиків фіксується в малому тазі, ручка при цьому випадає.

3. Основні клінічні ознаки задавненого поперечного положення плода:

— відходження навколоплідних вод і щільна фіксація плечика плода;

— відсутність рухливості плода в матці;

— перерозтягнення нижнього сегмента матки і наявність кільця скорочення («ретракційного» кільця) у вигляді косої борозни, яка доходить до рівня пупка і вище, що свідчить про повну неможливість подальшого розтягування матки;

— загибель плода.

4. Розрив матки, дистрес і загибель плода.

5. Плородоруйнівна операція.

## **Тема 6. Методи діагностики стану внутрішньоутробного плода. Дисфункція плаценти. Дистрес плода. Синдром затримки росту плода**

### **Задача 1**

1. Вагітність третя, пологи перші, вчасні, плід у поздовжньому положенні, головному передлежанні, перша позиція, передній вид, перший період пологів. Первинна слабкість пологової діяльності. Гострий інтранатальний дистрес плода.

2. Термінове розродження шляхом операції кесаревого розтину.

3. Підрахунок серцевих скорочень плода проводять за повну хвилину: кожні 15 хв протягом активної фази, кожні 5 хв протягом другого періоду пологів і після кожної потуги (у положенні жінки на боці). Обов'язково проводять аускультацию до і після перейми або потуги. За наявності аускультативних змін серцебиття плода проводять КТГ.

4. При дистресі плода в пологах на КТГ виявляється одна або кілька патологічних ознак: тахікардія або брадикардія; стійка монотонність ритму (ширина запису 5 уд./хв і менше); ранні, варіабельні та особливо пізні децелерації з амплітудою  $> 30$  уд./хв.

### **Задача 2**

1. Вагітність третя, 33 тиж. Поздовжнє положення плода, сідничне передлежання. Дисфункція плаценти. Синдром затримки росту плода II ступеня. Антенатальний дистрес плода.

2. Термінове розродження шляхом операції кесаревого розтину.

3. Діагностика СЗРП можлива на підставі таких методів дослідження: визначення висоти стояння дна матки у II–III триместрах вагітності (відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту протягом 2–3 тиж. при динамічному спостереженні); ультразвукова фетометрія з 20 тиж. вагітності (визначення розмірів голівки, ОЖ, ДСт).

4. Показання до госпіталізації при СЗРП: патологічна оцінка БПП (4 бали і нижче); повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (5–6 балів); уповільнений діастолічний кровотік в артеріях пуповини; критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульовий і реверсний).

5. Показання до розродження шляхом кесаревого розтину при СЗРП: критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульовий і реверсний), брадикардія у плода менше 100 уд./хв і патологічні децелерації незалежно від типу кровотоку (нормальний чи уповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності; патологічна оцінка БПП (4 бали і нижче) за відсутності біологічної зрілості шийки матки (після 30 тиж. вагітності).

### **Задача 3**

1. Вагітність перша, 32–33 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, передній вид. Дисфункція плаценти. Цукровий діабет 1 типу, середнього ступеня тяжкості.

2. Лікування основного захворювання (компенсація цукрового діабету), лікування плацентарної дисфункції (вазоактивні, токолітичні, метаболічні препарати, мембраностабілізатори, антикоагулянти й антиоксиданти), моніторинг стану плода (повторити БПП через 24 год, за відсутності патологічних показників БПП провести повторну доплерометрію з інтервалом 5–7 днів). При погіршенні показників плодового кровотоку (поява нульового або негативного кровотоку в судинах пуповини) — термінове розродження.

3. Додаткові дослідження для оцінки стану ФПК: УЗД (фетометрія і плацентометрія), визначення в крові гормонів ФПК (плацентарного лактогену; ХГЛ; естрогенів — естрадіол Е2, естріол Е3; прогестерону).

4. Модифікований біофізичний профіль плода об'єднує нестресовий тест (прояви реактивності серцево-судинної системи плода на КТГ у відповідь на ворухіння плода або скорочення матки) з індексом амніотичної рідини.

5. Розродження через природні пологові шляхи можна проводити (під кардіомоніторним контролем за станом плода) за наявності зрілих пологових шляхів при нормальному або уповільненому кровотоці в артеріях пуповини за відсутності дистресу плода (оцінка БПП 6 балів і нижче).

### **Задача 4**

1. Вагітність перша, пологи перші, термінові. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, передній вид. Перший період пологів. Гострий інтранатальний дистрес плода.

2. Термінове розродження шляхом операції кесаревого розтину.

3. Для діагностики дистресу плода під час пологів використовують такі методи: аускультация серцебиття плода (визначення ЧСС за 1 хв), КТГ.

4. Показанням до екстреного розродження є наявність на КТГ ознак дистресу плода. Про несприятливий прогноз свідчать: уповільнення серцевого ритму плода — на піку децелерації нижче 70 уд./хв незалежно від виду й амплітуди децелерації щодо БЧСС; перехід пізніх або варіабельних децелерацій у стійку брадикардію.

5. У разі дистресу плода під час пологів: у першому періоді — кесарів розтин, у другому періоді — при головному передлежанні проводиться вакуум-екстракція або накладаються акушерські щипці, при сідничному передлежанні — екстракція плода за тазовий кінець.

### **Задача 5**

1. Вагітність шоста, пологи треті, термінові. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, передній вид. Другий період пологів. Гострий інтранатальний дистрес плода, ОАА.

2. Термінове розродження шляхом вакуум-екстракції.

3. Параметри серцевого ритму при КТГ, що свідчать про задовільний стан плода під час пологів, такі: БЧСС від 110 до 170 уд./хв, варіабельність (ширина запису) — 10–25 уд./хв, частота осциляцій 3–6 циклів за 1 хв, наявність акцелерацій ЧСС, відсутність децелерацій.

4. У разі дистресу плода під час пологів: у першому періоді — кесарів розтин, у другому періоді — при головному передлежанні проводиться вакуум-екстракція або накладаються акушерські щипці, при сідничному передлежанні — екстракція плода за тазовий кінець.

5. Наявність незначної домішки меконія у навколоплідних водах не вказує на дистрес плода, але свідчить про необхідність ретельного спостереження за станом плода. Наявність густого меконія в амніотичній рідині у поєднанні з патологічними змінами серцевого ритму плода є показанням до дострокового розродження.

**Тема 7. Ізоантигенна несумісність крові матері і плода. Патологія періоду новонародженості. Асфіксія новонародженого. Токсико-септичні захворювання новонароджених. Методи інтенсивної терапії та реанімації новонародженого**

**Задача 1**

1. Вагітність третя, 9–10 тиж. Rh-конфлікт. Цукровий діабет класу В.

2. Пацієнтка потребує переривання вагітності у зв'язку з тим, що наявне поєднання Rh-конфлікту і цукрового діабету.

3. Профілактика Rh-імунізації здійснюється шляхом внутрішньом'язового введення 300 мкг анти-Rh<sub>0</sub>(D) імуноглобуліну.

А. Під час вагітності:

— у терміні вагітності 28–32 тиж.;

— у разі появи симптомів загрози переривання вагітності до 32 тиж.;

— після амніоцентезу або біопсії хоріона;

— після видалення міхурового заносу;

— при позаматковій вагітності;

— після переривання вагітності (не пізніше 48 год після аборту);

— після переливання тромбоцитарної маси;

— у клінічних ситуаціях, що супроводжуються потраплянням клітин плода у кровотік матері (відшарування плаценти, маткова кровотеча нез'ясованої етіології, травма матері);

— у терміні вагітності до 13 тиж. доза Rh<sub>0</sub>(D) імуноглобуліну становить 75 мкг, при терміні вагітності більше 13 тиж. — 300 мкг.

Б. Профілактика після пологів при народженні Rh-позитивної дитини. Упродовж перших 72 год в/м вводиться 1 доза (300 мкг) анти-Rh<sub>0</sub>(D) імуноглобуліну.

**Задача 2**

1. Вагітність третя, 30 тиж. Поздовжнє положення плода, перша позиція, передній вид, головне передлежання. Rh-конфлікт. Гемолітична хвороба плода.

2. Негайне дострокове розродження після проведення профілактики респіраторного дистресу плода. Профілактика дистресу плода передбачає введення 24 мг дексаметазону впро-

довж двох діб. Профілактика здійснюється під щоденним УЗ-контролем стану ФПК.

3. Гемолітичної хвороби плода — водянки плода.

4. Ознаки ранньої водянки плода:

- полігідроамніон;
- гепатоспленомегалія.

Ознаки пізньої водянки плода:

- збільшення ехогеності кишечника плода;
- кардіомегалія;
- асцит і гідроторакс;
- набряк шкіри голівки і кінцівок;
- незвичайна поза плода («поза Будди»);
- зниження рухової активності;
- потовщення плаценти.

5. Трансабдомінального амніоцентезу. Процедуру виконують у терміні після 26 тиж. вагітності.

Показання до амніоцентезу:

- титр антитіл дорівнює або перевищує 1:64;
- наростання титру антитіл та УЗ-ознаки гемолітичної хвороби плода;
- мертвонародження, народження дітей із гемолітичною хворобою в анамнезі й УЗ-ознаки гемолітичної хвороби плода.

### **Задача 3**

1. Гемолітична хвороба новонародженого, жовтушно-анемічна форма.

2. Гемолітична хвороба підтверджується:

- ОАА у матері (передчасні пологи);
- серологічними даними (Rh-негативна належність крові матері та Rh-позитивна дитини);
- клінічними даними (дитина в'яла, малоактивна, шкіра бліда, дещо жовтувата);
- збільшені печінка і селезінка, велика плацента масою 1100 г (норма — 500–600 г);
- високим вмістом у пуповинній крові білірубину — 85,6 мкмоль/л (у нормі не більше 51 мкмоль/л) та значною анемією (вміст Hb 138 г/л, у нормі понад 150 г/л);
- кількістю еритроцитів — 1,5 Т/л (у нормі 4 Т/л), наявністю молодих форм еритроцитів (нормо- та еритробластів);
- погодинним приростом білірубину 8,5 мкмоль/л (у нормі менше 3,2 мкмоль/л).

### 3. Клінічні форми гемолітичної хвороби:

- гемолітична анемія без жовтяниці й водянки;
- гемолітична анемія з жовтяницею;
- гемолітична анемія з жовтяницею й водянкою (універсальний набряк).

4. Лікування гемолітичної хвороби новонароджених проводиться лікарями-неонатологами. Основні завдання лікування: не допустити токсичної концентрації непрямого білірубину у крові (запобігання ураження ядер головного мозку) та корекція анемії.

Сьогодні застосовуються такі методи:

- замінне переливання крові;
- фототерапія лампами, спектр випромінювання яких відповідає спектру поглинання білірубину;
- введення стандартних імуноглобулінів для блокади Fc-рецепторів.

### 5. Показання до замінного переливання крові:

- рівень білірубину в пуповинній крові перевищує 51 мкмоль/л;
- погодинний приріст білірубину понад 5 мкмоль/л у доношених новонароджених і 1,7 мкмоль/л у недоношених;
- критичний рівень білірубину у крові наприкінці першої доби — 170 мкмоль/л, через 48 год — 255 мкмоль/л та через 72 год після народження — 340 мкмоль/л;
- рівень Hb менше 90 г/л.

## Задача 4

1. Стан новонародженого за шкалою Апгар 8–8 балів.
2. Параліч Дюшена — Ерба.
3. Приведення ручки до тулуба з внутрішньою ротацією у плечовому суглобі та пронацією у передпліччі, рухи кисті й пальців при цьому вільні.

## Задача 5

1. Друга доба неонатального періоду. Менінгіт.
2. Найбільш імовірна причина менінгіту — тривалий безводний період у жінки, що мала несановані вогнища інфекції.
3. Загальне і бактеріологічне дослідження крові, сечі, ліквору, нейросонографія.
4. Здійснення санітарно-гігієнічних заходів під час перебування родиллі в пологовому відділенні (вимірювання температури тіла, АТ, ЧСС кожні 12 год; бактеріоскопічне дослідження виділень

із піхви; гігієнічний душ та зміна білизни двічі на добу); антибіотикопрофілактика при тривалості безводного проміжка понад 18 год, антибактеріальна профілактика з перших годин неонатального періоду.

## **Тема 8. Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Преєклампсія. Еклампсія**

### **Задача 1**

1. Вагітність перша, 34–35 тиж. Положення плода поздовжнє, передлежання головне, позиція перша, передній вид. Преєклампсія середньої тяжкості. Хронічний пієлонефрит у стадії ремісії.

2. Потрібне додаткове обстеження: загальний аналіз крові, Нт, тромбоцити, коагулограма; аналіз крові біохімічний (загальний білок, білірубін, АлАТ, АсАТ, креатинін, сечовина, сечова кислота плазми, електроліти — калій, натрій); аналіз сечі загальний, визначення добової протеїнурії; ЕКГ, консультація терапевта, невропатолога, окуліста; моніторинг стану плода (БПП, КТГ).

3. Режим стаціонара; відпочинок у положенні лежачи на лівому боці; звичайний харчовий режим із збільшенням споживання білків. Добова протеїнурія, загальний аналіз сечі — щодня; вимірювання АТ 4 рази на день у першу добу, потім — двічі на день. Гемоглобін, Нт, коагулограма, кількість тромбоцитів, АлАТ, АсАТ, креатинін, сечовина — кожні 3 дні. Якщо стан пацієнтки стабільний — консервативне розродження після 37 тиж. вагітності. При погіршенні стану — негайне розродження.

4. Гіпотензивні препарати призначають при діастолічному АТ і 100 мм рт. ст.

5. Вагітним показано призначення гіпотензивних препаратів: метилдофу по 0,25–0,5 г 3–4 рази на добу (максимально 3 г/добу). За потребою — ніфедипін по 10 мг 2–3 рази на добу (максимально 100 мг/добу).

### **Задача 2**

1. Вагітність перша, 35–36 тиж. Положення плода поздовжнє, передлежання головне, позиція перша, передній вид. Тяжка преєклампсія.



2. Тактика ведення активна з розродженням у найближчі 24 год. Суворий постільний режим. Динамічне спостереження. Антигіпертензивна терапія: ніфедипін 10 мг під язик, лабеталол (максимально до 300 мг), клофелін 0,2 мг під язик. Протисудомна магnezіальна терапія при підвищенні діастолічного тиску > 130 мм рт. ст. показана перед розродженням, під час пологів і, як мінімум, протягом 48 год після пологів. Інфузійна терапія (сольові розчини, розчини гідроксіетилкрохмалю або декстрани, свіжозаморожена плазма). Враховуючи зрілість шийки матки, показані індуковані пологи (амніотомія, пологостимуляція окситоцином) з адекватним знеболенням.

3. Ознаки тяжкої преєклампсії: підвищення діастолічного тиску > 110 мм рт. ст.; протеїнурія > 5 г/добу; набряки генералізовані, значні; головний біль; порушення зору; біль в епігастрії або/та в правому підребер'ї; гіперрефлексія; олігурія < 500 мл/добу; тромбоцитопенія; сечова кислота > 0,45 ммоль/л; сечовина > 8 ммоль/л; креатинін > 120 мкмоль/л.

4. Динамічне спостереження за вагітною з тяжкою преєклампсією включає: контроль АТ — щогодини; аналіз сечі — кожні 4 год; контроль щогодинного діурезу (катетеризація сечового міхура катетером Фолея); аналіз Нb; Нt; кількості тромбоцитів; аналіз функціональних печінкових проб, аналіз креатиніну плазми — щодоби; моніторинг стану плода (КТГ, аускультация, тест рухів плода і БПП — за показаннями).

### **Задача 3**

1. Вагітність друга, 38 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, друга позиція, передній вид. Еклампсія.

2. Тактика лікаря: ліквідація судом; протисудомна терапія — сульфат магнію в/в (болус 4 г протягом 5 хв, потім підтримувальна терапія 1–2 г/год). Якщо судоми не припиняються, додатково ввести в/в 10 мг діазепаму або тіопенталнатрію 450–500 мг протягом 3 хв. Гіпотензивна терапія: гідралазин (апресин) 5–10 мг/год в/в, лабеталол в/в, ніфедипін 5–10 мг під язик. Усі маніпуляції проводять під загальною анестезією тіопенталом натрію або закисом азоту з киснем. Штучна вентиляція легень за показаннями. Екстрене розродження шляхом операції кесаревого розтину.

3. Диференційний діагноз проводять з епілепсією, гострим порушенням мозкового кровообігу, енцефалітом, менінгітом, розривом аневризми мозкових судин, істерією, уремичною комою.

4. Варіанти перебігу еклампсії: поодинокий напад судом, еклампсичний статус, еклампсична кома, раптова втрата свідомості без нападу судом («еклампсія без еклампсії»).

5. Магnezіальна терапія повинна тривати не менше 48 год після пологів.

#### **Задача 4**

1. Вагітність перша, 8 тиж. Блювання вагітних, тяжкий ступінь.

2. Переривання вагітності на тлі інфузійної терапії (дезінтоксикація, відновлення об'єму циркулюючої крові (ОЦК), корекція електролітного балансу і кислотно-лужної рівноваги).

3. Ускладнення тяжкого блювання вагітних: прогресуюча втрата рідини, виснаження, ацидоз, полігіповітаміноз, жирове переродження печінки, розрив слизової оболонки шлунка (синдром Меллорі — Вейсса).

4. Диференційна діагностика проводиться із захворюваннями на харчову токсикоінфекцію, гастрит, панкреатит, жовчнокам'яну хворобу, гепатит, за наявності злоякісних утворень шлунково-кишкового тракту тощо.

5. Показання до переривання вагітності: неефективність проведеної терапії, стійка субфебрильна температура тіла, значна тахікардія, прогресуюче зниження маси тіла, протеїнурія, циліндрурія, ацетонурія, жовтяниця протягом 7–10 діб.

#### **Задача 5**

1. Вагітність друга, 35–36 тиж. Положення плода поздовжнє, передлежання головне, позиція друга, передній вид. Легка пре-еклампсія.

2. Додаткові методи обстеження: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін і сечовина плазми крові, Нв, Нт, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ, АсАТ.

3. До 37 тиж. вагітності — спостереження в умовах денного стаціонара, після 37 тиж. та за наявності показань — госпіталізація. Лабораторне обстеження, щодня контроль АТ, діурез, протеїнурія, моніторинг стану плода.

4. Показання до госпіталізації вагітних з легкою прееклампсією: термін вагітності більше 37 тиж.; поява хоча б однієї ознаки прееклампсії середньої тяжкості; порушення стану плода.

5. Розродження проводиться через природні пологові шляхи.

## **Задача 6**

1. Вагітність четверта, 37–38 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Антенатальна загибель плода. HELLP-синдром.

2. Ургентний кесарів розтин у нижньому матковому сегменті з одночасним проведенням інтенсивної терапії HELLP-синдрому (еритроцитарна маса, свіжозаморожена плазма, кристалоїди, криопреципітат, інгібітори протеаз, кортикостероїди, антибактеріальна терапія). За наявності матки Кувелера — екстирпація матки без придатків, за потребою — перев'язування внутрішніх клубових артерій.

3. Диференційну діагностику здійснюють за наявності: тяжкої форми прееклампсії, синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдромом), гострої жирової дистрофії печінки, тромботичної тромбоцитопенічної пурпури, гемолітико-уремічного синдрому.

4. Лабораторні діагностичні ознаки HELLP-синдрому: підвищення активності амінотрансфераз (АсАТ, АлАТ, ЛДГ), тромбоцитопенія, зниження антитромбіну III нижче 70 %, внутрішньосудинний гемоліз і підвищення концентрації білірубіну, збільшення протромбінового часу й активованого часткового тромбoplastинового часу, зниження концентрації фібриногену.

5. Ускладнення HELLP-синдрому: ДВЗ-синдром, повне передчасне відшарування плаценти, ниркова недостатність, набряк легень, відшарування сітківки, гостра жирова дистрофія печінки, поліорганна недостатність.

## **Тема 9. Невиношування та переносування вагітності**

### **Задача 1**

1. Вагітність друга, 16–17 тиж. Загроза переривання вагітності. Істміко-цервікальна недостатність.

2. Загрозливий аборт, аборт в ходу, неповний аборт, повний аборт.

3. Загальний аналіз крові, коагулограма, група крові, резус-фактор, загальний аналіз сечі, мазок на флору, кольпоцитологія, УЗД матки.

4. Постільний режим, статевий спокій, спазмолітична, седативна терапія, санація піхви, накладання шва на шийку матки або встановлення акушерського песарія.

5. Живий плід без видимих вад розвитку, цілий плодовий міхур, відсутність ознак хоріонамніоніту, відсутність кровотечі, I–II ступінь чистоти піхви.

### **Задача 2**

1. Вагітність перша, 10–11 тиж. Аборт в ходу.

2. Ургентна госпіталізація до гінекологічного стаціонара.

3. Клініко-лабораторне обстеження, вишкрібання порожнини матки, гістологічне дослідження отриманого матеріалу з матки.

4. Загальний аналіз крові, коагулограма, група крові, резус-фактор.

5. Введення антирезус-глобуліну D, профілактика інфекційно-запальних захворювань, санація вогнищ хронічного запалення, нормалізація біоценозу піхви, діагностика і лікування TORCH-інфекцій, психологічна реабілітація, неспецифічна прегравідарна підготовка — антистресова терапія, нормалізація раціону харчування, за 3 міс. до зачаття — прийом фолієвої кислоти 400 мкг на день, відмова від шкідливих звичок, медико-генетична консультація.

### **Задача 3**

1. Вагітність третя, 30 тиж., ОАА. Загроза передчасних пологів.

2. Загальний аналіз крові, коагулограма, група крові, резус-фактор, загальний аналіз сечі.

3. Враховуючи термін гестації (30 тиж.), розкриття шийки матки менше 3 см, призначається токолітична терапія протягом 48 год з метою проведення профілактики респіраторного дистрес-синдрому.

4. Токолітична терапія проводиться блокаторами кальцієвих каналів (ніфедипін 10 мг сублінгвально кожні 15 хв упродовж першої години до припинення переймів, потім — по 20 мг тричі на добу в залежності від маткової активності; бета-міметики (гініпрал у дозі 10 мкг у вигляді в/в інфузії 400 мл ізотонічного розчину натрію хлориду зі швидкістю 5–10 крапель за хвилину).

5. Дексаметазон 6 мг в/м кожні 12 год, курсова доза — 24 мг.

#### **Задача 4**

1. Вагітність перша, 42 тиж. (переношена). Поздовжнє положення плода, головне передлежання, друга позиція, передній вид.

2. Основні параметри шкали Бішопа: положення шийки матки по відношенню до осі таза, довжина шийки матки, консистенція шийки матки, відкриття зовнішнього зіву, місце розташування передлеглої частини плода; у прикладі — шийка матки «недостатньо зріла».

3. Підготовка шийки матки до індукції пологової діяльності проводиться шляхом введення 1–5 ламінаріїв у цервікальний канал на 24 год (за потребою процедуру можна повторити) або простагландину E<sub>2</sub> (препідил-гель) з подальшою індукцією пологової діяльності.

4. Умови для проведення індукції пологів: термін вагітності 42 тиж. і більше; стан плода при біофізичному профілі — 7–8 балів і більше; зрілість шийки матки не менше 6 балів за шкалою Бішопа, відповідність розмірів плода і таза матері, відсутність плодового міхура (амніотомія).

5. Способи індукції пологової діяльності: пальцьове відшарування нижнього полюса плодового міхура, амніотомія, внутрішньовенне краплинне введення розчину окситоцину.

#### **Задача 5**

1. Вагітність перша, 42–43 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, передній вид. Дистрес плода. Простий плоский таз.

2. Вік вагітної (більше 30 років), ендокринні порушення (пізнь менархе, генітальний інфантилізм, порушення функції яєчників із нерегулярним або подовженим менструальним циклом (> 35 днів), гіперандрогенія, синдром полікістозних яєчників, порушення ліпідного обміну, доброякісні захворювання молочних залоз, хвороби серцево-судинної системи і нирок, наявність в анамнезі захворювань, що передаються статевим шляхом, хронічні запальні захворювання придатків матки, низька збудливість матки, яка зумовлена недостатньою концентрацією медіаторів (ацетилхолін, серотонін) внаслідок вишкрібання матки, недостатня фізична активність під час вагітності.

3. Аномалії пологової діяльності (патологічний прелімінарний період, дискоординувана пологова діяльність, первинна слабкість пологової діяльності), передчасне вилиття навколо-

плідних вод, дистрес плода, пологовий травматизм матері й плода, гіпотонічна післяпологова кровотеча.

4. Ургентне розродження шляхом операції кесаревого розтину в нижньому матковому сегменті у зв'язку з ознаками дистресу плода в пологах і за відсутності умов для розродження через природні пологові шляхи.

5. Ознаки переношеного плода: підвищена щільність кісток черепа, звуження швів і тім'ячок, різке зменшення або відсутність першорідної змазки, зменшення підшкірно-жирового шару, зниження тургору шкіри, руки «прачки», «банні ступні», подовження нігтів, щільні хрящі вушних раковин і носа.

## *Тема 10. Аномалії скоротливої діяльності матки*

### **Задача 1**

1. Вагітність перша. Пологи перші, в головному передлежанні. Первинна слабкість пологової діяльності.

2. Діагноз первинної слабкості пологової діяльності підтверджує відсутність зростання інтенсивності пологової діяльності (перейми залишаються короткими, слабкої сили, частота їх не зростає), прогресування розкриття шийки матки (за 10 год пологової діяльності розкриття шийки матки повинно було бути не менше 5 см).

3. Причинами слабкості пологової діяльності можуть бути інфантилізм та вади розвитку матки, дегенеративні зміни м'язів матки (запальні захворювання, численні аборти або пологи, пухлини матки), запальні захворювання, патологічний прелімінарний період.

4. Пологопосилення шляхом внутрішньовенного краплинного введення розчину окситоцину. Для цього 5 ОД окситоцину слід розчинити в 500 мл фізіологічного розчину. Починається введення зі швидкістю 6–8 крап./хв (0,5–1,0 мОД/хв). При досягненні ефекту через 30 хв швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожні 30 хв на 6 крапель. Максимальна швидкість введення не має перевищувати 40 крап./хв. Критерієм досягнення регу-

лярної адекватної пологової діяльності без гіперстимуляції матки вважається наявність 4–5 маткових скорочень за 10 хв за тривалості скорочення 40–50 с.

### **Задача 2**

1. Вагітність перша. Пологи перші, перший період пологів. Вторинна слабкість пологової діяльності.

2. Характер пологової діяльності визначається на підставі кількісної оцінки трьох основних процесів:

- а) динаміки маткових скорочень;
- б) динаміки розкриття шийки матки;
- в) динаміки просування передлеглої частини плода пологовим каналом.

3. Методи оцінки характеру пологової діяльності:

- а) оцінка скоротливої діяльності матки:
    - суб'єктивне відчуття роділля;
    - пальпація матки й визначення частоти і тривалості переймів та потуг;
    - зовнішня КТГ, гістерографія;
  - б) оцінка стану шийки матки:
    - висота контракційного кільця;
    - вагінальне дослідження;
  - в) динаміка просування передлеглої частини плода: зовнішнє та вагінальне дослідження.
4. Пологопосилення шляхом внутрішньовенного краплинного введення окситоцину (5 ОД, розчинені в 500 мл фізіологічного розчину).

### **Задача 3**

1. Вагітність третя, 40 тиж. Пологи треті, своєчасні, в передньому виді потиличного передлежання, перший період пологів. Надмірно сильна пологова діяльність.

2. Причинами надмірно сильної пологової діяльності є:

- а) переміщення водія ритму в центр дна або середину тіла матки;
- б) надмірне виділення ендogenous окситоцину;
- в) істміко-цервікальна недостатність;
- г) ятрогенні причини: недотримання правил пологостимуляції — більші дози утеротоніків або застосування препаратів, що потенціюють дію один одного (окситоцину та простагландину).

3. Стрімкі пологи становлять велику загрозу для здоров'я жінки і дитини: часто ускладнюються розривами піхви, шийки матки, промежини, передчасним відшаруванням плаценти, гіпотонічною кровотечею, порушеннями матково-плацентарного кровообігу та дистресом плода, травмами новонародженого.

4. Лікування полягає у медикаментозному корегуванні сили і частоти переймів. Роділля повинна лежати на боці, протилежному позиції плода. При розкритті шийки матки менше 6 см і за відсутності протипоказань до застосування токолізу  $\beta_2$ -адреноміметиками, для зменшення інтенсивності пологової діяльності можливе застосування токолізу  $\beta_2$ -адреноміметиками, які покращують матковий і плацентарний кровообіг та стан плода. Для проведення токолізу гексапренолін 25 мг розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і повільно вводять внутрішньовенно краплинно, починаючи з 8 крап./хв до 10–15 крап./хв під спостереженням за активністю переймів.

#### Задача 4

1. Вагітність третя, 40 тиж., пологи другі, своєчасні, в передньому виді потиличного передлежання, перший період пологів. Дискоординована пологова діяльність.

2. Причини: аномалії розвитку, порушення іннервації внаслідок перенесених абортів, запалень, пухлини. Неприятливий фон — відсутність підготовки всіх структур (незріла шийка матки). В основі патогенезу лежить порушення функціональної рівноваги вегетативної нервової системи.

3. Можливі ускладнення дискоординованої пологової діяльності: розриви шийки матки та піхви, зтяжний перебіг пологів при, здавалося б, сильній пологовій діяльності; дистрес плода й пологова травма новонародженого. І все це при повній клінічній відповідності розмірів плода й таза матері.

4. Лікування:

- амніотомія;
- проведення токолізу  $\beta_2$ -адреноміметиками;
- епідуральна аналгезія.

5. Пологостимулювальна терапія окситоцином, простагландинами й іншими утеротоніками при дискоординованій пологовій діяльності категорично заборонена, інакше можливе настання тетанусу матки.



### **Задача 5**

1. Вагітність перша, 38–39 тиж. Поздовжнє положення плода, перша позиція, передній вид потиличного передлежання. Вегето-судинна дистонія. Патологічний прелімінарний період.

2. Патологічний прелімінарний період спостерігається у жінок з функціональними змінами регуляції центральної нервової системи, нейроциркуляторною дистонією, порушеннями функції ендокринної системи, вегетативними розладами.

3. Для патологічного прелімінарного періоду характерна недостатня продукція гормонів ФПК, зменшення нагромадження серотоніну в крові. Патологічна імпульсація з рецепторів статевих органів призводить до розвитку функціональних змін ЦНС і порушення координації скорочень поздовжніх та циркулярних шарів міометрія.

4. Лікування патологічного прелімінарного періоду:

а) однократне застосування токолітичної терапії  $\beta_2$ -адреноміметиками;

б) седативні заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг на добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2 % розчину промедолу);

в) при незрілій шийці матки — підготовка до пологів інтраваніальним введенням простагландину  $E_2$ .

## **Тема 11. Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях**

### **Задача 1**

1. Вагітність перша, 32 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, друга позиція, передній вид. Анемія легкого ступеня.

2. Залізодефіцитна анемія.

3. Неповноцінне харчування; гіперполіменорея; інтервал між пологами менше 2 років; багатоплідна вагітність; кровотечі під час вагітності; геморагічний діатез; захворювання, що порушують всмоктування заліза (стан після гастректомії або субтотальної резекції шлунка, стан після резекції тонкого кишечника, синдром мальабсорбції, хронічний ентерит, амілоїдоз кишечника,

постійний прийом антацидних препаратів); захворювання, що супроводжуються перерозподілом заліза (системні захворювання сполучної тканини, хронічні інфекції, туберкульоз, злоякісні новоутворення), паразитарні та глистові інвазії.

4. Легкий ступінь — Нв 109–90 г/л, середній ступінь — Нв 89–70 г/л, тяжкий — Нв 69–40 г/л, вкрай тяжкий — Нв менше 40 г/л.

5. Призначення: дієтоterapia (телятина, курятина, печінка, телячий язик, вівсяна, гречана каші, білі гриби, горох, квасоля, шпинат, буряк, родзинки, мигдаль, узвар із сухофруктів тощо), залізовмісні препарати.

## **Задача 2**

1. Вагітність перша, 32–33 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, передній вид. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ).

2. Основні патогенетичні механізми ГЕРХ у вагітних:

— зниження тонусу нижнього сфінктера стравоходу під впливом гормонів, перш за все прогестерону;

— зниження функції антирефлюксного бар'єру (зниження тиску в нижньому стравохідному сфінктері, збільшення кількості епізодів його спонтанного розслаблення);

— зниження кліренсу стравоходу (хімічного — унаслідок зменшення продукції нейтралізуючих біологічних рідин — слини і бікарбонатів слизу; механічного — унаслідок зниження перистальтичної активності й тонусу грудного відділу стравоходу);

— зниження тканинної резистентності стравоходу (порушення його функціональної та структурної цілісності, кровопостачання).

3. Функціональна диспепсія, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки.

4. Уникати положень, що сприяють виникненню печії (лежати з підведеним головним кінцем ліжка), дієта (виключити з раціону харчування жирні, смажені страви, шоколад, гострі приправи, газовані напої; харчування невеликими порціями, 5–6-разове), часті прогулянки на свіжому повітрі.

5. До препаратів першого вибору належать антациди, альгінати, метоклопрамід і сукральфат. При неефективності цих засобів вагітним можна призначити блокатори рецепторів гістаміну ( $H_2$ ) та інгібітори протонної помпи.

### Задача 3

1. Вагітність 30 тиж. Грип, викликаний вірусом А(Н1N1). Пневмонія.

2. Госпіталізація до стаціонару третього рівня, подальше лікування у відділенні інтенсивної терапії, вірусологічне та бактеріологічне обстеження, рентгенографія органів грудної клітки.

3. Грипоподібне захворювання, що супроводжується:

- ціанозом;
- ядухою;
- фізикальними змінами в легенях (аускультативними, перкуторними, рентгенологічними);
- геморагічними проявами (геморагічний висип, кровохаркання);
- багаторазовим блюванням і діареєю (понад 3 рази на добу);
- брадикардією (порівняно з віковою нормою); аритміями іншого характеру;
- гіпотензією на 30 % нижче АТ (порівняно з віковою нормою);
- порушенням свідомості, судомами, надмірним збудженням чи вираженою млявістю.

Госпіталізуються вагітні з проявами респіраторної інфекції за наявності такої супровідної патології: хронічні захворювання легенів, у тому числі бронхіальна астма; ендокринологічна патологія — зайва маса понад 30 % від маси тіла; тяжкі форми цукрового діабету; хворі з імунодефіцитами — гемолітична анемія, первинні імунодефіцити, аспленія, гемоглобінопатії, ВІЛ-інфекція, тривала імуносупресивна терапія, онко- та онкогематологічні захворювання, серцево-судинна патологія в стадії декомпенсації; ниркова недостатність.

4. Порушення свідомості, судоми, серцево-судинна недостатність, респіраторна недостатність, недостатність інших органів і систем (ниркова, печінкова, порушення гемостазу, геморагічний синдром).

5. Лікування здійснюється в умовах відділення інтенсивної терапії:

- подвійна доза озельтамівіру (150 мг двічі на добу);
- оксигенотерапія, застосування оксигенаторів і концентраторів кисню, за потребою — режим СРАР. Дихання з опором на видиху; глибокі вдихи не рідше 1 сеансу по 10 вдихів на годину. За наявності симптомів гнійного ендобронхіту — лікувальна фібробронхоскопія. За умови симптомів хронічних захворювань

(бронхіальна астма, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця тощо) продовжувати лікування згідно з клінічними протоколами МОЗ України.

Симптоматично:

- рестриктивний режим інфузійної терапії та загального балансу рідини;
- повноцінний режим ентерального харчування;
- муколітики (за показаннями);
- протигрибкові засоби (за показаннями).

Призначення антибіотиків — при підозрі на бактеріальну інфекцію після взяття матеріалу для бактеріологічного дослідження.

Без очікування результатів бактеріологічного дослідження рекомендується внутрішньовенне застосування антибіотиків з таких груп:

- фторхінолони (левофлоксацин, моксифлоксацин);
- сучасні макроліди (klarитроміцин, азитроміцин, спіроміцин);
- амінопеніциліни, що захищені клавулановою кислотою;
- цефалоспорины III–IV покоління (як правило, у комбінації з макролідами).

За наявності метицилінрезистентного стафілокока — лінезолід, цефтобіпрол, ванкоміцин.

При встановленні діагнозу нозокоміальної пневмонії призначають карбопенеми.

Після отримання результатів бактеріологічного дослідження матеріалу проводиться корекція антибактеріальної терапії з урахуванням чутливості збудників.

Показання до застосування кортикостероїдів: нестабільна гемодинаміка та тяжкий респіраторний дистрес-синдром.

6. Показання до переведення на ШВЛ: порушення свідомості, рефрактерна гіпертензія або гіпотензія і тахікардія (більше 120 уд./хв), гостре порушення серцевого ритму, задишка (більше 36 дихань за хвилину); лабораторні показники:  $pO_2$  нижче 60 мм рт. ст. при інгаляції кисню;  $pCO_2$  (якщо у хворого немає хронічної легеневої недостатності) більше 60 мм рт. ст.

#### **Задача 4**

1. Вагітність перша, 11–12 тиж. Стеноз лівого атріовентрикулярного отвору. Миготлива аритмія.

2. Мітральний стеноз зумовлює підвищення тиску в лівому передсерді (з подальшою його гіпертрофією і дилатацією) і легеневиx венах. Збільшення тиску в лівому передсерді й легеневиx венах викликає рефлекторне захисне звуження артеріол легенів (рефлекс Ф. Я. Китаєва), через що значно підвищується тиск у легеневій артерії. Тривалий спазм кінцевих гілок легеневої артерії супроводжується потовщенням середньої оболонки і зменшенням просвіту судин. Поступово розвиваються дифузні склеротичні зміни. Ці зміни в легеневиx судинах призводять до ще більшого підвищення легеневої гіпертензії і до перевантаження правого відділу серця з формуванням хронічної правошлуночкової серцевої недостатності.

3. Абсолютно протипоказана вагітність пацієнткам після операції з незадовільним результатом (неадекватна комісуротомія, рестеноз), з ознаками недостатності кровообігу, при виразних змінах міокарда, миготливій аритмії, високій легеневій гіпертензії, рецидивному ревмокардиті, поєднанні мітрального пороку зі стенозом аорти або трикуспідальною вадою.

4. Ускладнення основного захворювання — хронічна правошлуночкова серцева недостатність (збільшення печінки, асцит, набряки), серцева астма з набряком легенів, кровохаркання, тромбоемболія. Ускладнення з боку вагітності — невиношування вагітності, пізній гестоз, дисфункція плаценти.

5. Переривання вагітності за медичними показаннями (миготлива аритмія є абсолютним показанням до переривання вагітності).

### **Задача 5**

1. Вагітність перша, 10–11 тиж. Загроза переривання вагітності. Цукровий діабет.

2. Загальний аналіз крові, коагулограма, група крові, резус-фактор, біохімічний аналіз крові, визначення рівня глікемії натще і після прийому їжі, добова глюкозурія, концентрація глікозильованого гемоглобіну А1с; загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, Зимницьким, виявлення ацетонурії, огляд очного дна, УЗД матки, мазки на флору, кольпоцитологія.

3. Абсолютні протипоказання до пролонгування вагітності в I триместрі:

— діабетична нефропатія IV–V стадії за Mogensen;

— клінічні прояви діабетичної макроангіопатії (ішемічна хвороба серця, ішемічна хвороба головного мозку, ішемія нижніх кінцівок);

— прекоматозний або коматозний стан;

— концентрація глікозильованого гемоглобіну А1с в I триместрі >10 %.

4. До 12 тиж. гестації, 22–24 тиж., 33–34 тиж.

5. Блювання вагітних, невиношування вагітності, прееклампсія, дисфункція плаценти, антенатальна загибель плода, багатоводдя, макросомія плода, діабетична фетопатія, аномалії пологової діяльності.

### **Задача 6**

1. Вагітність третя, 7 тиж. Блювання вагітних середнього ступеня тяжкості, дифузно-токсичний зоб, стадія декомпенсації.

2. Переривання вагітності й лікування соматичної патології (мерказоліл, тіамазол, пропранолол).

3. Досягнення компенсації дифузно-токсичного зоба на етапі планування вагітності.

4. Можливі ускладнення вагітності у пацієнток із некомпенсованим тиреотоксикозом:

— у матері: артеріальна гіпертензія, прееклампсія, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, передчасні пологи, мимовільний викидень, анемія, тиреотоксична криза;

— у плода: СЗРП, мертвнонародження, вади розвитку, фетальний та неонатальний тиреотоксикоз.

### **Задача 7**

1. Вагітність перша, 34–35 тиж. Положення плода поздовжнє, передлежання головне, перша позиція, передній вид. Гестаційний пієлонефрит.

2. Необхідні обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, Зимницьким, добовий діурез, бактеріологічне дослідження сечі з антибіотикограмою, УЗД нирок, консультація нефролога.

3. Режим стаціонару; позиційна терапія, інфузійна, дезінтоксикаційна, десенсибілізуюча терапія, призначення антибіотиків, уроантисептиків, спазмолітиків.

4. У I триместрі — захищені амінопеніциліни, у II і III триместрах — захищені амінопеніциліни, цефалоспорини. Не можна застосовувати протягом усієї вагітності фторхінолони, тетрацикліни; сульфаніламіді протипоказані у I і III триместрах; аміноглікозиди застосовують тільки за життєвими показаннями.

5. Розродження при гестаційному пієлонефриті здійснюється через природні пологові шляхи на тлі спазмолітиків.

### **Задача 8**

1. Вагітність перша, 12 тиж. Безсимптомна бактеріурія.

2. Наявність бактерій у середній порції сечі  $> 10^5$  КУО/мл, визначених двічі з інтервалом  $> 24$  год, відсутність клінічних симптомів, лейкоцитурія (піурія).

3. Спостереження в умовах жіночої консультації, пероральна медикаментозна терапія, культуральне дослідження сечі через 2 тиж.

4. Фосфоміцину трометамол 3 г одноразово, або аугментин 625 мг двічі на день протягом 3 діб, або цефуроксим 250 мг двічі на день 3 доби, цефтибутен 400 мг 1 раз на день протягом 3 діб або нітрофурантоїн 100 мг 4 рази на день 3 доби.

5. Канефрон по 2 таблетки або 50 крапель тричі на день протягом усієї вагітності.

### **Задача 9**

1. Вагітність перша, 26 тиж. Гострий гастрит.

2. Факторами ризику розвитку гострого гастриту під час вагітності є стрес, нерегулярне харчування, недоброякісна їжа, куріння і вживання алкогольних напоїв, зловживання смаженими і гострими стравами.

3. Щадна дієта, мінеральна вода, антацидні, знеболювальні засоби, спазмолітики, прокінетики.

4. До заходів профілактики гострого гастриту, перш за все, слід захувати дотримання дієти. Приймати їжу потрібно невеликими порціями, 4–5 разів на день, добре пережовуючи. Не слід переїдати. Необхідно виключити з раціону продукти, що викликають подразнення слизової оболонки шлунка: міцні бульйони,

копченості, консервовані продукти, приправи, спеції, міцний чай, каву, газовані напої. По можливості необхідно виключити дію факторів стресу, відмовитися від куріння, не вживати алкоголь.

5. Через природні пологі шляхи.

### **Задача 10**

1. Вагітність перша, 36 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Вогнищевий туберкульоз легенів у фазі інфільтрації.

2. Лікарі вчинили правильно, дозволивши жінці доношувати вагітність, бо у неї на момент взяття на облік був вогнищевий туберкульоз легенів у стані затихання.

3. Повторна рентгенографія легенів і дослідження мокротиння на БК протягом 3 днів.

4. Лікування узгодити з лікарем-фтизіатром, враховуючи ефективність лікарських засобів та їх нешкідливість для плода.

### **Задача 11**

1. Вагітність четверта, 32–33 тиж. Положення плода поздовжнє, перша позиція, головне передлежання. Прееклампсія тяжкого ступеня. Дисфункція плаценти. Антенатальний дистрес плода. Антифосфоліпідний синдром. Звичні втрати плода, тромбоз флебіт, що обтяжував післяабортний та післяпологовий періоди, мігреноподібний головний біль, тромбоцитопенія, хибнопозитивна реакція Вассермана.

2. Лікування прееклампсії тяжкого ступеня, антикоагулянтна терапія низькомолекулярними гепаринами. Ургентне розродження шляхом операції кесаревого розтину. У післяпологовому періоді — терапія низькомолекулярними гепаринами протягом 1 міс.

3. Антифосфоліпідні антитіла здійснюють таку дію:

- антигормональну;
- антицитокінову (інтерлейкін-3);
- індукують апоптоз;
- активують систему комплементу;
- ушкоджують ендотелії.

4. Цей феномен дістав назву «біологічна хибнопозитивна реакція Вассермана». При постановці реакції Вассермана в зразок крові чи ліквору вводиться антиген кардіоліпін із бичачого



серця. Сифіліс-неспецифічні антитіла взаємодіють із ліпідом. При антифосфоліпідному синдромі кардіоліпін і антитіла до фосфоліпідів утворюють комплекс антиген-антитіло та дають хибно-позитивну реакцію.

### **Задача 12**

1. Вагітність друга, 34 тиж. Прееклампсія легкого ступеня. Дисфункція плаценти, СЗРП I ступеня. Багатоводдя. Цукровий діабет 2 типу в стадії декомпенсації.

2. Госпіталізація до відділення патології вагітних. Дієта, корекція дози інсуліну. Дезінтоксикаційна, гіпотензивна, седативна терапія, корекція кислотно-лужного балансу. Контроль стану плода.

3. Загальний аналіз крові й сечі, загальний білок, білкові фракції, сечовина, креатини, електроліти, білірубін, трансамінази, вміст загальних ліпідів і холестерину в крові, глікемічні та глюкозуричний профіль, добова протеїнурія, аналіз сечі за Нечипоренком та Зимницьким; визначення плацентарного лактогену, прогестерону, естріолу, кортизолу; добовий моніторинг АТ; УЗД у судинах плаценти і пуповини з II триместру, БПП, КТГ.

4. Усі пероральні препарати, що сприяють зниженню цукру в крові, протипоказані під час вагітності, тому що ембріотоксично та тератогенно впливають на плід. Вагітним, що хворіють на цукровий діабет 2 типу, показана корекція вуглеводного обміну препаратами інсуліну.

5. Плацентарна дисфункція, що розвинулася внаслідок склеротичних і трофічних змін у судинах матки.

6. Велика ймовірність дострокового розродження в інтересах матері і плода. Можливе прогресування ступеня прееклампсії у матері та збільшення ступеня СЗРП.

### **Задача 13**

1. Вагітність друга, 30 тиж. Поздовжнє положення плода, перша позиція, головне передлежання. Багатовузловий зоб, гіпотиреоз.

2. Спільне ведення разом із лікарем-ендокринологом, динамічне визначення рівня гормонів щитоподібної залози та УЗД. Дієта збагачена йодом, йодид калію (добова доза 200 мкг після сніданку), призначення L-тироксину (75 мкг натще).

3. Найбільш ймовірні ускладнення:

— для матері: невиношування, передчасні пологи, аномалії пологової діяльності, кровотечі;

— для дитини: вроджені вади розвитку, СЗРП, підвищений рівень перинатальної смертності, психоневрологічні порушення в неонатальному періоді та періоді немовляти.

#### **Задача 14**

1. Вагітність третя, 20 тиж. Варикозна хвороба ніг.

2. До чинників, що сприяють розвитку варикозної хвороби вен ніг під час вагітності, належать:

— збільшення ОЦК;

— стискання нижньої порожнистої вени і клубових вен вагітною маткою; підвищення венозного тиску;

— уповільнення кровотоку в судинах ніг;

— слабкість судинної стінки внаслідок порушення структури та функції сполучної тканини і гладкої мускулатури;

— ушкодження ендотелію і клапанного апарату вен;

— порушення мікроциркуляції.

3. Обсяг обстеження, який має бути запропонований пацієнці:

А. Огляд та пальпація варикозно розширених, глибоких і магістральних вен ніг.

Б. Лабораторні дослідження, а саме визначення стану системи згортання крові на 16–18 тиж., 28–30 тиж., 36–38 тиж., у тому числі:

— активований частковий тромбoplastиновий час;

— коагулограма;

— протромбіновий індекс;

— фібриноген;

— агрегація тромбоцитів;

— розчинні комплекси мономерів фібрину;

— D-димер.

В. Для діагностики стану вен ніг у вагітних застосовують інструментальні методи дослідження, зокрема:

а) ехографічне дослідження вен ніг із визначенням:

— величини просвіту основних венозних судин;

— прохідності вен;

— характеру венозного кровотоку;

— наявності або відсутності рефлюксу;

б) доплерографія:

- для оцінки прохідності глибоких вен;
- для визначення спроможності клапанного апарату;
- для виявлення наявності й локалізації тромбів;
- для встановлення ділянок рефлюксу в перфорантних венах та сплетеннях.

4. Диференційну діагностику проводять пацієнткам із такими захворюваннями:

- набряки при вагітності;
- лімфедема;
- гострий тромбоз глибоких вен ніг;
- хронічна артеріальна недостатність;
- остеоартроз та поліартрит.

5. Лікування.

А. Цілі лікування:

- зупинити прогресування захворювання;
- зменшити тяжкість клінічного перебігу захворювання;
- запобігти розвитку тромбоемболічних ускладнень.

Б. Госпіталізація здійснюється при розвитку:

- тромбофлебіту;
- тромбозу глибоких вен;
- тромбоемболії легеневої артерії.

В. Немедикаментозне лікування:

- лікувальна фізкультура;
- масаж;
- використання компресійного трикотажу I–II класу компресії (еластичні бинти, панчохи або колготки) щодня протягом вагітності, у пологах та післяпологовому періоді.

Г. Медикаментозне лікування, у рамках якого призначають один із препаратів:

- «Венорутон» усередину у вигляді капсул по 300 мг тричі на день під час їди;
- «Детралекс» усередину по 1 таблетці двічі на день;
- «Цикло 3 форт» усередину по 1 таблетці двічі на день;
- «Флебодія 600» усередину по 1 таблетці двічі на день.

При явищах гіперкоагуляції і ДВЗ-синдромі використовують такі антикоагулянти:

- «Фраксипарин» по 2850 МО (0,3 мл у шприці) на добу, до 5–7 днів;
- «Фрагмін» по 2500–5000 МО (0,2 мл у шприці) на добу, до 5–7 днів.

У лікуванні застосовують також антиагреганти:

— «Дипіридамо́л» усередину дозою 25 мг за 1 год до прийому їжі 2–3 рази на день;

— «Ацетилсаліцилова кислота» по 60–80 мг на добу за один прийом.

Д. Хірургічне лікування проводять при розвитку тромбоемболічних ускладнень (тромбоз глибоких вен, тромбофлебіт проксимальніше верхньої третини стегна).

6. Метод розродження залежить від акушерської ситуації. Переважно розродження через природні пологові шляхи. Під час пологів обов'язкове використання еластичної компресії (бинтування ніг, панчохи). За 2 год до народження дитини, незалежно від способу розродження, доцільне введення роділлі терапевтичної дози низькомолекулярного гепарину.

### **Задача 15**

1. Вагітність перша, 19 тиж. Гострий апендицит (ГА).

2. Зростання частоти виникнення ГА у вагітних пояснюється факторами, які сприяють розвитку запального процесу в червоподібному відростку, зокрема зміщенням сліпої кишки і червоподібного відростка вгору і назовні маткою, що поступово збільшується в розмірах. У результаті цього відбуваються перегини і розтягнення червоподібного відростка; порушення його звільнення і кровопостачання, а також зменшення ймовірності утворення спайок та обмеження запального процесу. Наслідок цього — швидке прогресування запального процесу. Важливу роль у патогенезі ГА при вагітності відіграють схильність до запорів, що призводить до застою вмісту і підвищення вірулентності кишкової флори. Певну роль у виникненні захворювання також відіграють гормональні зрушення, що призводять до перебудови лімфоїдної тканини. Зазначені фактори нерідко посилюють тяжкість перебігу ГА, особливо у другій половині вагітності. Деструктивні форми апендициту можуть призвести до переривання вагітності та загибелі плода (4–6 % випадків).

3. Гострий апендицит у вагітній необхідно диференціювати від раннього токсикозу, загрози переривання вагітності, ниркової коліки, пієлонефриту, холециститу, панкреатиту, позаматкової вагітності, пневмонії та перекручення ніжки пухлини яєчника. Слід уточнити початок захворювання: ГА завжди починається з болю, потім підвищується температура тіла і з'являється блю-

вання. Пієлонефрит починається вираженим ознобом, блюванням, підвищенням температури тіла, і тільки потім з'являються болі ближче до поперекової ділянки (при апендициті у ділянці бічної й передньої стінки живота). Для диференційної діагностики слід проводити пальпацію у положенні на лівому боці. У цьому випадку, завдяки деякому зміщенню матки вліво, вдається більш детально пальпувати ділянку апендикса і правої нирки. При проведенні диференційної діагностики досліджують симптом Пастернацького (негативний при ГА). Потрібно провести й дослідження сечі (обов'язково взятої за допомогою катетера), за яким можна виявити піурію. Щоб виключити перекручення ніжки пухлини яєчника необхідно виконати ехографічне дослідження органів малого таза. У складних випадках з диференційно-діагностичною метою застосовують лапароскопію. Диференційна діагностика ГА з гострим холециститом вкрай важка. Правильний діагноз найчастіше можна встановити тільки за допомогою лапароскопічного дослідження. Загроза переривання вагітності ускладнює діагностику ГА. При обстеженні пацієнтки слід звертати увагу на вторинність появи переймів, невідповідність больової реакції характеру скорочень матки, на тривалість болю, що трактують як пологовий, але який супроводжується відповідними змінами шийки матки.

4. Тактика лікування ГА при пологах залежить від клінічної форми захворювання. При катаральному або флегмонозному апендициті й нормальному перебігу пологів проводять швидке розродження через природні пологові шляхи, а потім — апендектомію. При пологах здійснюють повноцінне знеболювання, профілактику дистресу плода; період вигнання вкорочують (розсічення промежини, накладення акушерських щипців). Якщо на тлі нормального перебігу пологів з'являється клінічна картина гангренозного або перфоративного апендициту, необхідно провести оперативне розродження (кесарів розтин), а після цього — апендектомію. У III триместрі вагітності питання щодо обсягу операції завжди слід вирішувати колегіально — хірург з акушером. При гнійному перитоніті, що спричинений флегмонозним або гангренозним апендицитом, проводять розродження шляхом кесаревого розтину. Після цього видаляють червоподібний відросток, черевну порожнину дрениують. Надалі проводять комплексне лікування перитоніту за методиками, що застосовуються у хірургічній практиці.

**Тема 12. Акушерські кровотечі під час першого триместру вагітності. Позаматкова вагітність. Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Інтенсивна терапія і реанімація при кровотечі в акушерстві**

**Задача 1**

1. Вагітність п'ята, 12 тиж. Загрозливий аборт.
2. Госпіталізація з метою обстеження, а також створення фізичного, психічного та статевого спокою; гормонотерапія препаратами прогестерону.
3. Визначення рівня ХГЛ у сироватці крові 1 раз на тиждень до зникнення симптомів; визначення вмісту прогестерону в сироватці крові 1 раз на тиждень до зникнення симптомів; гормональна кольпоцитологія 1 раз на тиждень.
4. За стадіями розвитку виділяють: загрозливий аборт, аборт в ходу, неповний аборт, повний аборт.
5. Біохімічні критерії несприятливого прогнозу вагітності: рівень ХГЛ нижче норми для гестаційного віку; рівень ХГЛ зростає менш ніж на 66 % за 48 год (до 8 тиж. вагітності) або знижується; вміст прогестерону нижче норми для гестаційного віку та знижується.

**Задача 2**

1. Вагітність перша, 12 тиж. Аборт в ходу.
2. Кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку. Інфузійна терапія з метою стабілізації гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати.
3. Піхвові ознаки абортру в ходу: шийка матки вкорочена, зовнішній зів відкритий, кров'янисті виділення у великій кількості, елементи плідного яйця у цервікальному каналі, підтікання навколоплідних вод.
4. Аборт в ходу необхідно диференціювати з доброякісними і передраковими процесами шийки матки, раком шийки матки, розривом варикозних вузлів піхви, лейоміомою матки з геморагічним синдромом, дисфункціональними матковими кровотечами у жінок репродуктивного віку.
5. Введення утеротонічних засобів: окситоцин 10 ОД в/м або в/в краплинно в 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі

швидкістю до 40 крап./хв; ергометрин 0,2 мг в/м або в/в (при необхідності можна повторити введення вказаної дози, максимальна добова доза не більше 1 мг); мізопростол 800 мг ректально.

### **Задача 3**

1. Вагітність третя, 38 тиж. Косе положення плода. Повне передлежання плаценти. Кровотеча. Гостра анемія легкого ступеня.

2. Термінове розродження шляхом операції кесаревого розтину. Відновлення ОЦК. Профілактика ДВЗ-синдрому.

3. Повне передлежання, неповне передлежання (бічне, крайове), низьке прикріплення плаценти.

4. До групи ризику виникнення передлежання плаценти належать жінки, які перенесли ендометрити з подальшими рубцевими дистрофічними змінами ендометрія; аборти, особливо ускладнені запальними процесами; хворі на доброякісні пухлини матки, особливо субмукозні міоматозні вузли; хворі, що зазнали дії на ендометрій хімічних препаратів; жінки з гіпопластичною маткою.

5. При передлежанні плаценти тактика лікаря залежить від об'єму крововтрати та інтенсивності кровотечі, стану жінки, виду передлежання плаценти, терміну вагітності.

### **Задача 4**

1. Вагітність перша, 38 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Преeklampsія тяжкого ступеня. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Гострий антенатальний дистрес плода. Гостра анемія легкого ступеня. Гіпертонічна хвороба.

2. Термінове розродження шляхом операції кесаревого розтину. За наявності ознак матки Кувелера — екстирпація матки без додатків. Комплексна терапія пізнього гестозу (лікувально-охоронний режим, гіпотензивна, магnezіальна та інфузійна терапія, профілактика ДВЗ-синдрому).

3. Повне відшарування, часткове відшарування (крайове, центральне).

4. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти може бути у вагітних у разі такої патології: гестоз; захворювання нирок; ізоімунний конфлікт між матір'ю і плодом; перерозтягнення матки внаслідок багатоводдя, багатоплідності, великого плода; цукровий діабет, захворювання сполучної ткани-

ни; запальні процеси матки, плаценти; аномалії розвитку або пухлини матки.

5. Безпосередньою причиною передчасного відшарування нормально розташованої плаценти може бути: гіпертензія, фізична травма; психічна травма, раптове зменшення об'єму навколоплідних вод; абсолютно або відносно коротка пуповина; патологія скоротливої активності матки.

### **Задача 5**

1. Ранній післяпологовий період. Первинна післяпологова кровотеча. Гіпотонія матки. Гостра анемія середнього ступеня.

2. Консервативний метод зупинки гіпотонічної кровотечі (катетеризація сечового міхура, зовнішній масаж матки, в/в введення утеротонічних засобів, ручне обстеження порожнини матки, бімануальна компресія матки). При відсутності ефекту — екстирпація матки без придатків, за необхідності — перев'язування внутрішніх клубових артерій. Відновлення ОЦК.

3. Причини виникнення ранніх післяпологових кровотеч: гіпотонія або атонія матки; затримка частин плаценти або оболонок; травми пологових шляхів; коагулопатична кровотеча; розриви матки; емболія навколоплідними водами.

4. Причини виникнення гіпотонії або атонії матки:

— порушення функціональної здатності міометрія (пізній гестоз, ендокринопатії, соматичні захворювання, пухлини матки, рубець на матці, великий плід, багатоводдя, багатоплідність);

— перезбудження з подальшим виснаженням функції міометрія (тривалі або затяжні пологи, оперативне закінчення пологів, використання медикаментів, які знижують тонус міометрія);

— порушення скорочувальної функції міометрія внаслідок зміни біохімічних процесів, кореляції нейрогуморальних факторів (естрогени, ацетилхолін, окситоцин, холінестерази, прогестерон, простагландини);

— порушення процесів прикріплення, відокремлення та виділення плаценти і посліду;

— ідіопатичні (не встановлені).

5. Профілактика розвитку післяпологової кровотечі у пологах: знеболювання пологів, раціональне ведення пологів, активне ведення третього періоду пологів, використання утеротонічних препаратів у третьому періоді пологів, рутинний огляд та



оцінка цілісності плаценти й оболонки, профілактика травматизму під час пологів.

Профілактика розвитку післяпологової кровотечі: обстеження й огляд пологових шляхів, уважне спостереження протягом 2 год після пологів, вагітним групи ризику в/в краплинне введення 20 ОД окситоцину протягом 2 год після пологів.

## **Тема 13. Оперативне акушерство**

### **Задача 1**

1. Вагітність друга, 38 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, передній вид. Прееклампсія тяжкого ступеня.

2. Охоронний режим (суворий постільний), виключення фізичного, психічного напруження, антигіпертензивна терапія, інфузійна терапія (30–35 мл/кг). Активне розродження — амніотомія з подальшим призначенням пологозбудження окситоцином.

3. Активне розродження у найближчі 24 год.

4. Пологи через природні пологові шляхи.

5. Можливі ускладнення кесаревого розтину для матері — високий ризик повторного хірургічного втручання, тромбоемболічні ускладнення, травма сечового міхура, травма сечовода; розриви матки, ризик антенатальної загибелі плода, передлежання і прирощення плаценти при подальшій вагітності.

### **Задача 2**

1. Вагітність друга, 40 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, задній вид. Клінічно вузький таз. Загроза розриву матки. Другий період пологів.

2. Лапаротомія. Кесарів розтин у нижньому матковому сегменті в ургентному порядку.

3. Показання до кесаревого розтину — клінічно вузький таз, загроза розриву матки.

4. Група крові, резус-фактор, загальний аналіз крові, коагулограма, час згортання крові.

5. Перша категорія ургентності (існує значна загроза життю матері та/або плода) — операція має бути розпочата не пізніше ніж через 15 хв від визначення показань.

Друга категорія ургентності (стан матері та/або плода порушені, але безпосередньої загрози життю матері або плода немає) — операція має бути розпочата не пізніше ніж через 30 хв від визначення показань.

Третя категорія ургентності (стан матері та плода не порушений, однак потребує абдомінального розродження) — операція має бути розпочата впродовж 75 хв.

### **Задача 3**

1. Вагітність перша, 38–39 тиж. Поздовжнє положення, головне передлежання, перша позиція, передній вид. Пологи перші, своєчасні, другий період пологів. Дистрес плода.

2. Накладення вихідних акушерських щипців або вакуум-екстракція плода.

3. Показання до накладення вихідних акушерських щипців або вакуум-екстракції плода — дистрес плода.

4. Показання до накладення акушерських щипців:

- дистрес плода;
- тяжкі форми пізніх гестозів (пreekлампсія, еклампсія в пологах);
- екстрагенітальна патологія, що потребує виключення потуг;
- ендометрит у пологах;
- слабкість пологової діяльності;
- гострі інфекційні захворювання матері (пневмонія, гепатит, вірусні інфекції верхніх дихальних шляхів);
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, якщо є умови для завершення пологів через природні родові шляхи.

5. Протипоказання до накладення акушерських щипців:

- мертвий плід;
- гідроцефалія плода;
- розгинальні передлежання плода (лобове, лицьове);
- неповне розкриття шийки матки;
- наявність цілого плодового міхура;
- високе стояння голівки плода.

#### **Задача 4**

1. Вагітність п'ята, 38 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Геморагічний шок. Антенатальна загибель плода.

2. Лапаротомія. Кесарів розтин у нижньому матковому сегменті в ургентному порядку.

3. Показання до кесаревого розтину — відшарування нормально розташованої плаценти.

4. Першочергові заходи медичного персоналу пологового будинку:

— оцінка життєво важливих функцій (пульс, АТ, ЧД, психічний статус);

— підняти ноги або нижній кінець ліжка (положення Тренделенбурга) з метою підвищення венозного повернення до серця;

— повернути пацієнтку на лівий бік, щоб запобігти розвитку аортокавального синдрому, зменшити ризик аспірації при виникненні блювання і забезпечити прохідність дихальних шляхів;

— катетеризація 1–2 периферичних вен;

— взяти 10 мл крові для визначення групи і резус-належності, перехресної сумісності, вмісту Нb і Нt, виконання тесту Лі — Уайта до початку інфузії;

— інгаляція 100 % киснем із швидкістю 6–8 л/хв через носову маску або носову канюлю.

5. Матка Кювелера — інфільтрація міжм'язових проміжків матки кров'ю внаслідок формування ретроплацентарної гематоми при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти.

#### **Задача 5**

1. Задавлене поперечне положення плода.

2. Декапітація — акушерська операція, яка полягає у відокремленні голівки від тулуба плода.

3. Умови для проведення декапітації — повне або майже повне відкриття маткового зіву, можливість досягнути шиї плода.

4. Декапітаційний гачок Брауна, акушерські декапітаційні ножиці.

5. Травма перерозтягнутого та стоншеного нижнього сегмента матки, розрив матки, травма м'яких пологових шляхів, травма органів малого таза жінки.

## Тема 14. Післяпологові септичні захворювання

### Задача 1

1. Десята доба післяпологового періоду. Серозний лактаційний мастит.

2. Класифікація лактаційного маститу:

— серозний;

— інфільтративний;

— гнійний (інфільтративно-гнійний, абсцедивний, флегмонозний, гангренозний).

3. Лімфогенний, галактогенний, гематогенний.

4. У крові — лейкоцитоз, зрушення лейкограми вліво, виявлення збудника при бактеріологічному дослідженні молока, виразний лейкоцитоз при бактеріоскопічному дослідженні молока.

5. Дренаж молочної залози, антибактеріальна терапія з перших ознак захворювання (пеніциліни, цефалоспорины, макроліди, аміноглікозиди) 7–10 діб, інфузійна терапія, десенсибілізуюча терапія (супрастин, діазолін тощо), анагетика (парацетамол, аспірин — не більше 1 г на добу).

### Задача 2

1. П'ята доба післяпологового періоду. Лактостаз.

2. Класифікація післяпологових захворювань молочної залози:

А. Лактостаз.

Б. Лактаційний мастит:

— серозний;

— інфільтративний;

— гнійний (інфільтративно-гнійний, абсцедивний, флегмонозний, гангренозний).

3. Закупорення молочною протокою «молочною пробкою», вузькість, звитість протоків (у першороділей), утруднення процесу годування (плоский, втягнутий сосок; тріщини на сосках, ареолах; неправильне прикладання дитини до грудей); механічне стискання молочних ходів (провисання молочної залози великого розміру, цілодобове носіння бюстгальтера), переохолодження молочної залози, гіпергалактія.

4. У крові відсутнє зрушення лейкограми вліво, відсутність збудника при бактеріологічному і бактеріоскопічному дослідженні молока.

5. Правильне прикладання дитини до грудей щогодини; зціджування молока; прикладання перед годуванням до ділянки ущільнення гарячого компресу (рушник, змочений гарячою водою) на 5–10 хв; після годування прикладання до ділянки ущільнення холодного компресу для зняття набряку.

### **Задача 3**

1. П'ята доба післяпологового періоду. Нагноювання епізіотомної рани.

2. *M. bulbo-spongiosus* (*m. constrictor cuni*).

3. Біль у ділянці епізіотомної рани, гіперемія, набряк рани, інфільтрація тканин рани, патологічний наліт на поверхні рани, можлива гіпертермія.

4. Недотримання правил асептики й антисептики при ушиванні епізіотомної рани хірургом, неправильне затягування лігатур, відсутність догляду за раною, екстрагенітальна патологія у породіллі (цукровий діабет, тяжка залізодефіцитна анемія, імунодефіцит тощо).

5. Хірургічна обробка рани:

- зняття лігатур;
- видалення некротизованих тканин;
- широке розкриття і дренивання епізіотомної рани;
- місцево антисептики — гіпертонічний сольовий розчин, перекис водню 3 %, хлоргексидин 0,02 %;
- стимуляція загоєння рани — ксероформ, левоміколь, ірук-сол, синтоміцинова мазь, солкосерилловий гель.

### **Задача 4**

1. П'ята доба післяпологового періоду. Післяпологовий ендометрит.

2. Клінічні варіанти післяпологового ендометриту:

- класичний (3–5 діб після пологів);
- стертий (8–9 діб після пологів);
- абортивний (швидко піддається лікуванню);
- після кесаревого розтину.

3. У крові — виразний лейкоцитоз, зрушення лейкограми вліво, виявлення збудника при бактеріологічному дослідженні виділень, виразний лейкоцитоз при бактеріоскопічному дослідженні виділень.

4. Гіпертермія, симптоми інтоксикації, болі в гіпогастрії, патологічні виділення з матки (з неприємним запахом, мутні, гнійні), матка помірно болісна при пальпації, субінволюція матки.

5. Антибіотикотерапія (2 антибіотики + метронідазол 7–10 днів), інфузійна терапія, дезінтоксикаційна терапія, протоково-промивне дренування порожнини матки, за неефективності — лапаротомія, екстирпація матки з матковими трубами, дренування черевної порожнини.

### **Задача 5**

1. Друга доба післяпологового періоду. Акушерський перитоніт.

2. Основні причини акушерського перитоніту:

— інфікування під час операції, яка проводилася на тлі хоріоамніоніту (1-ша–3-тя доба після кесаревого розтину);

— ендометрит, що зумовлює парез кишечника та його динамічну непрохідність (3-тя–5-та доба після кесаревого розтину);

— неспроможність швів на матці (3-тя–9-та доба після кесаревого розтину).

3. Тахікардія, гіпертермія, сухість язика, роздуття живота, передня черевна стінка не бере участі в акті дихання, позитивні симптоми подразнення очеревини, перистальтика кишечника млява або відсутня.

4. Токсико-запальні зміни в крові та сечі, при УЗД візуалізація вільної рідини у черевній порожнині, гіперпневматоз кишечника, чаші Клойбера, вільний газ під куполом діафрагми.

5. Передопераційна підготовка (інтубація і декомпресія шлунка, корекція дегідратації, антибіотикотерапія, аналгетики), лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, екстирпація матки з матковими трубами, дренування черевної порожнини.

## **Тема 15. ВІЛ-інфекція і вагітність**

### **Задача 1**

1. Вагітність перша, 38–39 тиж. Пологи перші, своєчасні, плід у поздовжньому положенні, головному передлежанні, перша позиція. Перший період пологів, активна фаза. ВІЛ-статус позитивний.

2. Рекомендується розродження природними пологовими шляхами відповідно до алгоритму безпечного консервативного розродження. Призначається АРТ жінці та новонародженому відповідно до протоколу, штучне вигодовування новонародженого.

3. У разі отримання сумнівного результату методом ІФА перед пологами або у пологах повторне тестування проводиться двічі з інтервалом 15–20 хв експрес-методом у пологовому стаціонарі. Після отримання позитивного результату здійснюється медикаментозна профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ.

4. Передача ВІЛ від матері до дитини відбувається:

- під час вагітності: трансплацентарним, висхідним (через амніотичні оболонки та навколоплідні води) шляхами, а також при діагностичних інвазивних втручаннях;

- під час пологів при проходженні плода через природні пологові шляхи;

- після пологів у разі грудного вигодовування.

5. При встановленні позитивного статусу ВІЛ-інфікованої вагітній надається вичерпна інформація щодо:

- необхідності використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом, під час статевих контактів у період вагітності;

- ризиків передачі ВІЛ плоду (новонародженому) й способів профілактики;

- переваг і ризиків АРВ-профілактики;

- ризиків перинатальної передачі вірусів гепатиту В і С та шляхів її зниження;

- впливу наркотиків на розвиток плода, включаючи розвиток абстинентного синдрому;

- програм зниження шкоди й лікування наркотичної залежності;

- впливу способу розродження на ризик передачі ВІЛ, у тому числі переваги та ризики операції кесаревого розтину;

- вигодовування новонародженого та рекомендації.

Після отримання повноцінної і точної інформації жінка повинна прийняти поінформоване рішення про збереження або переривання вагітності.

## **Задача 2**

1. Вагітність друга, 8 тиж; Z21.

2. Залежно від клінічного, імунологічного, вірусологічного статусу жінки призначається АРТ з 24–26 тиж. вагітності відпо-

відно до протоколу під час вагітності, пологів, а у подальшому — новонародженому.

3. Вибір методу розродження залежить від вірусного навантаження в 36–38 тиж.: вірусне навантаження невідоме або  $> 1000$  копій/мл — елективний плановий кесарів розтин; вірусне навантаження  $< 1000$  копій/мл — консервативне безпечне ведення пологів. За наявності акушерських показань розродження шляхом операції кесаревого розтину проводиться незалежно від вірусного навантаження.

4. Безпечне ведення пологів у ВІЛ-інфікованих вагітних включає:

- проведення моніторингу перебігу пологів за допомогою партограми;
- використання вільної позиції роділлі під час пологів;
- проведення піхвових досліджень за показаннями, уникати необґрунтованих оглядів;
- запобігання тривалому безводному проміжку (більше 4 год);
- не рекомендується рутинне проведення амніотомії, епізіотомії, інвазивного моніторингу;
- не рекомендується накладання акушерських щипців, вакуум-екстрактора;
- запобігання тривалим пологам;
- при відсутності ознак зовнішніх інфекційних захворювань на шкірі рекомендується шкірний контакт матері та дитини;
- продовження або призначення АРТ відповідно до клінічного протоколу;
- надання повної інформації неонатологу щодо стану матері (клінічного, імунологічного, вірусологічного, АРТ).

5. Основні принципи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини:

- кваліфікований антенатальний нагляд, визначення факторів ризику під час вагітності та їх усунення, своєчасне й обґрунтоване лікування;
- призначення АРТ жінці під час вагітності, пологів та новонародженому;
- раціональне ведення пологів;
- відмова від грудного вигодовування;
- лікування відповідно до медичних показань з урахуванням періоду вагітності, пологів, післяпологового періоду, а також прихильності до терапії;
- АРТ з включенням антигератогенних АРВ-препаратів;



- індивідуальний підхід та оцінка готовності кожної пацієнтки дотримуватися режиму АРТ;
- чітка взаємодія амбулаторно-поліклінічних, родопомічних, педіатричних закладів охорони здоров'я та Центрів профілактики і боротьби зі СНІДом шляхом застосування методу подвійного нагляду;
- застосування АРВ-препаратів, які пройшли прекваліфікацію ВООЗ.

### **Задача 3**

1. Вагітність перша, 40 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція; Z21 (ВІЛ-інфекція).
2. Безводний період тривалістю більше 4 год збільшує ризик інтранатального інфікування плода майже вдвічі незалежно від методу розродження; прогресуюча стадія ВІЛ-інфекції.
3. З 24–26 тиж. вагітності.
4. Ведення пологів через природні пологові шляхи.  
Шкірний контакт дитини з матір'ю або батьком.  
Призначення АРТ дитині.  
Штучне вигодовування дитини.

### **Задача 4**

1. Вагітність третя, 9–10 тиж. ВІЛ-інфекція.
2. Причини неможливості впевненого визначення ВІЛ-статусу:
  - наявність хронічної хвороби (ревматичний артрит, множинний склероз, системний червоний вовчак, цукровий діабет 1 типу, хвороба Аддісона, анкілозуючий спондиліт, хронічний гепатит, злоякісні захворювання, тяжкі захворювання нирок);
  - пацієнт зробив щеплення проти грипу протягом 30 днів до тестування;
  - пацієнт отримав переливання крові, її компонентів чи препаратів (γ-глобулін).
3. Серологічне «вікно»: час з моменту інфікування людини до появи антитіл до вірусу імунодефіциту триває від 1 до 6 міс.
4. Клінічні прояви гострої стадії ВІЛ-інфікування: гарячка, слабкість, головний біль, біль у горлі, іноді діарея, висипання, збільшені лімфатичні вузли.

### **Задача 5**

1. Вагітність перша, 40 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, передній вид. Пологи перші, своєчасні, перший період пологів; Z21 (ВІЛ-інфекція).

2. Стандартне тестування крові вагітної на ВІЛ-інфекцію проводиться при взятті на облік (до 12 тиж. вагітності) і, у разі отримання негативного результату, в 22–23 тиж. вагітності.

3. Прогресуюча стадія ВІЛ-інфекції (вірусне навантаження більше 10 000 копій/мл), відсутність АРТ під час вагітності, захворювання, що передаються статевим шляхом, тривалість безводного періоду більше 4 год, пологи через природні пологові шляхи, передчасні пологи, переносна вагітність, рутинна епізіо-, перинеотомія, щипці, вакуум-екстракція плода, грудне вигодовування, шкідливі звички (прийом наркотиків, алкоголю, куріння).

4. З 24–26 тиж. вагітності.

5. Враховуючи вірусне навантаження (17 000 РНК копій/мл), тактика ведення пацієнтки:

- гемостатичний кесарів розтин за методикою М. Песарезі;
- шкірний контакт дитини з матір'ю або батьком;
- призначення АРТ дитині згідно з клінічним протоколом;
- штучне вигодовування дитини.

## **Тема 16. Пологовий травматизм**

### **Задача 1**

1. Поздовжнє положення плода, перша позиція, передній вид потиличного передлежання.

2. Пологи перші, своєчасні. Розрив промежини другого ступеня.

3. Діагноз розриву промежини другого ступеня підтверджується об'ємом ушкоджених тканин: шкіра промежини, задня стінка піхви та м'язи промежини без ушкодження зовнішнього сфінктера прямої кишки.

4. Розриви промежини потрібно ушивати з дотриманням правил асептики з обов'язковим знеболюванням. При розриві промежини другого ступеня шви накладають так: спочатку відновлюють цілісність піхви, м'язів промежини, потім зашивають розрив на шкірі.

5. Розрізняють три ступені розриву промежини.

При першому ступені порушується лише невелика ділянка шкіри промежини та задньої стінки піхви.

При другому ступені порушується цілісність шкіри та м'язів промежини, задньої стінки піхви.

При третьому ступені, крім вказаних ушкоджень, наявний розрив зовнішнього сфінктера, а інколи і стінки прямої кишки.

## **Задача 2**

1. Пологи своєчасні. Розрив шийки матки третього ступеня. Кровотеча в ранньому післяпологовому періоді.

2. Діагноз встановлений, враховуючи патологічну крововтрату (450 мл), кровотечу, що триває, дані огляду за допомогою піхвових дзеркал (розрив шийки матки, який досягає правої бокової частини склепіння піхви).

3. Класифікація розривів шийки матки:

— перший ступінь — розрив, що має довжину не більше 2 см;

— другий ступінь — розрив, довжина якого більше 2 см, але який не досягає склепіння піхви;

— третій ступінь — розрив, що досягає склепіння піхви та переходить на нього або пошкоджує внутрішній зів.

4. Всі розриви шийки матки потребують негайного зашивання. Операцію виконують під контролем дзеркал. Для зашивання шийку матки щипцями підтягують до входу у піхву та відводять у сторону, яка протилежна розриву. Спочатку накладають шов на 1–1,5 см вище кута розриву, потім пошарово відновлюють цілісність шийки матки.

5. Розриви шийки матки бувають мимовільними та насильницькими. Мимовільні розриви шийки матки виникають частіше у тих випадках, коли наявна якась неповноцінність шийки: інфантилізм, запальні процеси, рубці, численні аборти та пологи. Насильницькі розриви можуть бути результатом виконання акушерських операцій (акушерські щипці, витягання плода за тазовий кінець, плодоруйнівні операції).

## **Задача 3**

1. Пологи своєчасні, другий період. Макросомія. Клінічно вузький таз. Загроза розриву матки.

2. Про макросомію свідчать розміри ОЖ, ВДМ, передбачувана маса плода становить (4730,0±200,0) г.

Діагноз клінічно вузького таза підтверджується появою потужних переймів при розташуванні передлеглої частини у першій площині таза, позитивним симптомом Генкеля — Вастена. Про загрозу розриву матки свідчить класичний симптомокомплекс Бандля: неспокійна поведінка жінки; часті, болісні потуги; напружена болісна матка; симптом піскового годинника; болісні та напружені круглі зв'язки; затримка сечовипускання.

3. Причиною загрози розриву матки в описаному випадку є невідповідність між розмірами плода (макросомія) та розмірами таза роділлі. Така невідповідність виникає при вузькому тазі, неправильному передлежанні або вставленні голівки, при великому плоді, гідроцефалії, фіброматозних вузлах у нижньому сегменті матки, екзостозах малого таза.

4. Тактика ведення пологів при зазрозі розриву матки: екстрене розродження шляхом кесаревого розтину.

#### **Задача 4**

1. Вагітність третя, 37 тиж. Рубець на матці. Гістопатичний розрив матки, що стався за межами лікувального закладу. Антенатальна загибель плода. Кровотеча. Геморагічний шок другого ступеня.

2. Діагноз підтверджений:

- операція кесаревого розтину в анамнезі;
- нечіткі контури матки, болісність та напруженість живота при пальпації, тупий перкурторний звук у спадиcтих місцях живота, розташування дрібних частин плода під черевною стінкою;
- відсутність рухів і серцевих тонів плода;
- показники АТ, пульсу, що свідчать про внутрішньочеревну кровотечу, шокoвий індекс 1,45.

3. Гістопатичний розрив матки, який зумовлений морфологічними змінами тканин матки в ділянці рубця, що призвели до його неспроможності.

4. Тактика ведення пацієнтки:

а) негайна лапаротомія, перев'язування внутрішніх клубових артерій. За відсутності ушкодження судинних пучків — ушивання розриву після вилучення плода та плаценти; у разі ушкодження судинних пучків — екстирпація матки без придатків. Обов'язкове дрeнування черевної порожнини.

б) лікування геморагічного шоку: відновлення ОЦК, забезпечення адекватного газообміну, лікування органної дисфункції та

профілактика поліорганної недостатності, корекція метаболічних порушень.

### **Задача 5**

1. Післяпологовий період, шоста доба. Міхурово-піхвова нориця.

2. Наявність міхурово-піхвової нориці підтверджується мимовільним сечовипусканням і даними огляду: на передній стінці верхньої третини піхви знайдений тяж, який утворює щілину 1–2 см. Зі щілини випинається яскраво-червона тканина і виділяється сеча.

3. Уточнити наявність міхурово-піхвової нориці можна за допомогою цистоскопії та інстиляції у сечовий міхур кольорової рідини.

4. Причиною утворення мимовільних післяпологових нориць є тривале стискання м'яких тканин пологових шляхів і внутрішніх органів (сечового міхура, прямої кишки) між стінками таза та передлеглою частиною плода. Це призводить до ішемії, некротизації та відторгнення тканин. Після відторгнення змертвілих тканин сеча (або кал) проникає у піхву зазвичай на 4–6-й день після пологів.

Причиною утворення насильницьких нориць є поранення м'яких тканин пологових шляхів та внутрішніх органів під час акушерських операцій, у цих випадках нориця утворюється зразу ж після розродження.

5. Профілактика нориць — раціональне ведення пологів.

## **Тема 17. Післяпологова контрацепція**

### **Задача 1**

1. Висока ефективність до 6 міс. за дотримання умов виключно грудного годування і відсутності менструації (аменорея). Метод лактаційної аменореї належить до контрацепції, яка базується на тому, що жінка, використовуючи виключно грудне вигодовування, отримує природний захист від вагітності завдяки пригніченню овуляції.

2. Критерії використання МЛА:

а) минуло не більше 6 міс. після пологів;

- б) у жінки аменорея (відсутність менструації після пологів);
- в) жінка годує виключно груддю, а саме: годує дитину за вимогою, щонайменше 6 разів на день, включаючи нічне годування, і дитині не дають іншої їжі, крім материнського молока;
- г) інтервал між годуванням повинен становити не більше 4 год удень та 6 год уночі.

### 3. Переваги МЛА для матері:

- легкість у використанні;
- можна починати одразу після пологів;
- не потребує грошових витрат;
- не впливає на якість статевого життя;
- не має побічних ефектів;
- зменшує післяпологову крововтрату;
- не суперечить існуючим культурним та релігійним традиціям;

- не потребує медичного нагляду.

### 4. Користь застосування МЛА для дитини:

- контакт з матір'ю;
- звичні запахи й смаки;
- тілесний комфорт;
- задоволення рефлексу смоктання;
- почуття безпеки;
- джерело харчування та життя;
- налагодження всіх функцій організму;
- становлення і розвиток імунної, нервової та ендокринної систем.

## Задача 2

1. Внутрішньоматковий контрацептив можна вводити постплацентарно після пологів, під час кесаревого розтину, в післяпологовий період (протягом 48 год після пологів) або після 4 тиж. (інтервальне введення). Відразу після пологів ВМК вводиться лише підготовленим (сертифікованим) спеціалістом. Якщо при годуванні груддю у жінки поновилися менструації, ВМК можна ввести у будь-який день менструального циклу, за впевненості, що пацієнтка не вагітна.

2. На кількість молока, а також його якість і здоров'я дитини ВМК не впливає. При введенні ВМК у жінки, яка годує груддю дитину, побічних явищ (кровотеча, біль) значно менше.

### **Задача 3**

1. Використання КОК у перші 6 міс. після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини. Якщо жінка не годує груддю, КОК можна використовувати через 3 тиж. після пологів. У перші 3 тиж. після пологів КОК дещо збільшують ризик підвищеного тромбоутворення у зв'язку з вмістом у них естрогенів.

2. Під час грудного вигодовування можливе застосування ПТП, які містять малі дози прогестагену — штучного аналога натурального гормону прогестерону.

3. «Ексклютон» (лінестренол — 0,5 мг), «Чарозетта» (дезогестрел — 0,075 мг), «Лактинет» (дезогестрел — 0,075 мг).

Механізм дії:

- пригнічують овуляцію;
- згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- впливають на товщину ендометрія, ускладнюючи імплантацію;
- зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фаллопієві труби).

4. Побічні ефекти при використанні ПТП:

- аменорея;
- нерегулярні кров'яністі, мажучі виділення;
- значна чи тривала кровотеча.

### **Задача 4**

1. Після пологів до 6 тиж. — МЛА; після 4 тиж. — ВМК; бар'єрні методи (презерватив).

2. Від 6 тиж. до 6 міс. після пологів: МЛА; ВМК; добровільна хірургічна стерилізація (ДХС); бар'єрні методи (презерватив, сперміциди, діафрагми); прогестагени (таблетки, ін'єкції, імпланти); внутрішньоматкова система з левоноргестрелом; природні методи (при відновленні менструального циклу).

3. Використання КОК і МЛА при годуванні дитини грудним молоком через 6 міс. після пологів неприйнятне. Можна застосовувати всі інші методи контрацепції.

### **Задача 5**

1. Найбільш прийнятними методами контрацепції є ПК, імпланти, ПТП, ДХС, ВМК, бар'єрні методи.

2. «Депо-Провера» (150 мг медроксипрогестерону ацетату), «Нористерат» (200 мг норетистерону енантату).

Механізм дії:

— пригнічують овуляцію (інгібуючий вплив на гіпоталамо-гіпофізарну систему);

— згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;

— впливають на товщину ендометрія, ускладнюючи імплантацію;

— зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фаллопієві труби).

3. Переваги ПІК:

— висока ефективність;

— довготривалий, але оборотний засіб контрацепції;

— не потребується проведення спеціального огляду перед початком використання;

— метод не впливає на грудне вигодовування;

— не містить естрогену;

— може використовуватися жінками будь-якого віку.

4. Можливі побічні ефекти:

— аменорея;

— нудота, запаморочення, блювання;

— нерегулярні кров'янисті, мажучі виділення;

— вагінальна кровотеча;

— підвищення артеріального тиску;

— головний біль;

— збільшення маси тіла.



## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Акушерство та гінекологія* : нац. підручник : у 4-х т. / В. М. Запорожан, В. К. Чайка, Л. Б. Маркін [та ін.] ; за ред. акад. НАМН України, проф. В. М. Запорожана. — К. : ВСВ «Медицина», 2013. — Т. 1. Акушерство. — 1032 с.
2. *Запорожан В. М.* Акушерство і гінекологія : підручник : у 2-х т. / В. М. Запорожан, М. Р. Цегельський, Н. М. Рожковська. — Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2005. — Т. 1. Акушерство. — 472 с.
3. *Запорожан В. М.* Акушерство і гінекологія : підручник : у 2-х т. / В. М. Запорожан, М. Р. Цегельський, Н. М. Рожковська. — Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2005. — Т. 2. Гінекологія. — 420 с.
4. *Запорожан В. М.* Акушерська патологія. Атлас : навч. посібник / В. М. Запорожан, В. П. Міщенко. — Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2005. — 292 с.
5. *Запорожан В. М.* Акушерство і гінекологія. Збірник тестових завдань за клінічними рисунками : навч. посібник / В. М. Запорожан, В. П. Міщенко. — Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2008. — 176 с.
6. *Невідкладні стани в акушерстві (змістові модулі з дисципліни «Акушерство і гінекологія»)* : навч. посібник для студентів вищ. мед. навч. закладів / за ред. Б. М. Венцківського, А. Я. Сенчука, О. О. Зелінського. — Одеса : Вид-во «ТЕС», 2011. — 60 с.
7. *Комплексный практически-ориентированный государственный экзамен. Специальности 7.110101 «Лечебное дело» и 7.110104 «Педиатрия»* : учеб. пособие / Н. Л. Аряев, А. К. Асмолов, И. Л. Бабий [и др.] ; под общ. ред. В. Н. Запорожана. — Одесса : Одес. гос. мед. ун-т, 2007. — 211 с.
8. *Коньков Д. Г.* Багатоплідна вагітність : навч. посібник / Д. Г. Коньков, В. В. Краснов, О. Л. Лук'янович. — К., 2011. — 360 с.

9. *Акушерство та гінекологія з основами медичної психології* / за заг. ред. С. П. Польової. — Чернівці : Медуніверситет, 2012. — Кн. 1. Акушерство. — 278 с.

10. *Запорожан В. М.* Туберкульоз у жінок в період гестації : посібник / В. М. Запорожан, С. П. Польова, Ю. І. Бажора. — Одеса ; Чернівці, 2010. — 280 с.

11. *Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини, діагностика, лікування та соціально-психологічна підтримка ВІЛ-інфікованих* : посібник / В. М. Запорожан, М. Л. Аряєв, О. О. Старець, С. П. Посохова. — К., 2010. — 158 с.

## ЗМІСТ

Вступ.....	3
Список скорочень.....	3
<i>Тема 1. Фізіологія вагітності. Перинатальна охорона плода. Методи обстеження вагітних. Акушерська термінологія.....</i>	5
<i>Тема 2. Фізіологія пологів. Знеболювання пологів.....</i>	9
<i>Тема 3. Фізіологія післяпологового періоду. Фізіологія періоду новонародженості.....</i>	12
<i>Тема 4. Вагітність і пологи при тазовому передлежанні. Вагітність і пологи при аномаліях кісткового таза. Проблеми макросомії в акушерстві, вагітність і пологи при великому плоді.....</i>	15
<i>Тема 5. Аномалії розвитку плідного яйця. Багатоплідна вагітність. Аномалії положення плода.....</i>	19
<i>Тема 6. Методи діагностики стану внутрішньоутробного плода. Дисфункція плаценти. Дистрес плода. Синдром затримки росту плода.....</i>	22
<i>Тема 7. Ізоантигенна несумісність крові матері і плода. Патологія періоду новонародженості. Асфіксія новонародженого. Токсико-септичні захворювання новонароджених. Методи інтенсивної терапії та реанімації новонародженого.....</i>	27
<i>Тема 8. Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія.....</i>	30
<i>Тема 9. Невиношування та переношування вагітності.....</i>	35
<i>Тема 10. Аномалії скоротливої діяльності матки.....</i>	38
<i>Тема 11. Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях.....</i>	42

<i>Тема 12. Акушерські кровотечі під час першого триместру вагітності. Позаматкова вагітність. Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Інтенсивна терапія і реанімація при кровотечі в акушерстві .....</i>	52
<i>Тема 13. Оперативне акушерство .....</i>	56
<i>Тема 14. Післяпологові септичні захворювання .....</i>	59
<i>Тема 15. ВІЛ-інфекція і вагітність .....</i>	62
<i>Тема 16. Пологовий травматизм .....</i>	65
<i>Тема 17. Післяпологова контрацепція .....</i>	69
Відповіді .....	72
Список літератури.....	135
Зміст .....	137

- С 41 **Ситуаційні** задачі з акушерства : навч. посібник / В. М. Запорожан, А. Г. Волянська, Г. Л. Лавриненко [та ін.] ; за ред. В. М. Запорожана. — Одеса : ОНМедУ, 2014. — 140 с. ISBN 978-966-443-069-9

Навчальний посібник містить задачі та їх розв'язок за основними темами фізіологічного, патологічного й оперативного акушерства. Наведено достатню інформацію для встановлення діагнозу, визначення акушерської та лікувальної тактики, прогнозування і профілактики можливих ускладнень.

Для самостійної роботи студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, лікарів-інтернів акушерів-гінекологів, лікарів-інтернів загальної практики — сімейної медицини.

**УДК 618.2(076)**

**ББК 57.16я73**

Навчальне видання

**ЗАПОРОЖАН Валерій Миколайович,  
ВОЛЯНСЬКА Алла Георгіївна,  
ЛАВРИНЕНКО Ганна Леонідівна та ін.**

## **СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ З АКУШЕРСТВА**

Навчальний посібник

Провідний редактор ***В. М. Попов***  
Редактор ***О. В. Сидоренко***  
Художній редактор ***А. В. Попов***  
Технічний редактор ***Р. В. Мерешко***  
Коректор ***Т. А. Пятковська***  
Поліграфічні роботи ***І. К. Каневський, М. Р. Мерешко***

Електронне видання на компакт-диску.  
Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 12,21. Тираж 2. Зам. 1755.

Видавець і виготовлювач Одеський національний медичний університет.  
65082, Одеса, Валіховський пров., 2.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 668 від 13.11.2001.



