

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

У **4** ТОМАХ

За редакцією
академіка НАМН України,
професора **В.М. ЗАПОРОЖАНА**

ТОМ **1**

АКУШЕРСТВО

МЕДИЦИНА

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

у **4** ТОМАХ

За редакцією академіка НАМН України,
професора **В.М. ЗАПОРОЖАНА**

Том **1**

АКУШЕРСТВО

ЗАТВЕРДЖЕНО

Міністерством охорони здоров'я України як національне керівництво
для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації,
лікарів-інтернів і лікарів-курсантів вищих медичних навчальних закладів
(факультетів) післядипломної освіти

ЗАТВЕРДЖЕНО

Міністерством освіти і науки України як національний підручник
для студентів старших курсів вищих медичних навчальних закладів
IV рівня акредитації та лікарів-інтернів, курсантів вищих медичних
навчальних закладів (факультетів) післядипломної освіти

Київ

ВСВ «Медицина»

2013

Авторський колектив: В.М. Запорожан — акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф.; В.К. Чайка — чл.-кор. НАМН України, проф.; Л.Б. Маркін — чл.-кор. НАМН України, проф.; В.І. Медвідь — чл.-кор. НАМН України, проф.; Т.В. Авраменко — д-р мед. наук, проф.; І.Б. Вовк — д-р мед. наук, проф.; С.Р. Галіч — д-р мед. наук, проф.; І.Ю. Гордієнко — д-р мед. наук, проф.; Л.Б. Гутман — д-р мед. наук, проф.; В.Є. Дашкевич — д-р мед. наук, проф.; Л.В. Діденко — д-р мед. наук, проф.; В.Г. Дубініна — д-р мед. наук, проф.; Л.І. Іванюта — д-р мед. наук, проф.; А.Г. Коломійцева — д-р мед. наук, проф.; І.С. Лук'янова — д-р мед. наук, проф.; В.П. Міщенко — д-р мед. наук, проф.; В.Ф. Нагорна — д-р мед. наук, проф.; С.П. Писарева — д-р мед. наук, проф.; В.В. Подольський — д-р мед. наук, проф.; С.П. Польова — д-р мед. наук, проф.; Л.Є. Туманова — д-р мед. наук, проф.; З.А. Шкіряк-Нижник — д-р мед. наук, проф.; Є.Б. Яковлева — д-р мед. наук, проф.;

К.Г. Апресова — д-р мед. наук; О.І. Буткова — д-р мед. наук; І.І. Воробйова — д-р мед. наук; Ю.В. Давидова — д-р мед. наук; І.А. Жабченко — д-р мед. наук; Н.Я. Жилка — д-р мед. наук; С.О. Іванюта — д-р мед. наук; В.К. Кондратюк — д-р мед. наук; І.В. Каліновська — д-р мед. наук; В.Г. Марічереда — д-р мед. наук; І.М. Мелліна — д-р мед. наук; С.Є. Савченко — д-р мед. наук; Н.Я. Скрипченко — д-р мед. наук; Л.І. Тутченко — д-р мед. наук; С.М. Янюта — д-р мед. наук;

Л.М. Бикова — канд. мед. наук; Е.В. Бондарь — канд. мед. наук; І.М. Грицай — канд. мед. наук; О.Г. Даниленко — канд. мед. наук; О.О. Данилків — канд. мед. наук; В.О. Данилко — канд. мед. наук; Н.К. Демєніна — канд. мед. наук; А.А. Живецька-Денисова — канд. мед. наук; О.В. Ісламова — канд. мед. наук; Г.І. Іщенко — канд. мед. наук; М.Є. Кирильчук — канд. мед. наук; Т.В. Коломійченко — канд. мед. наук; А.Ю. Лиманська — канд. мед. наук; О.В. Мілевський — канд. мед. наук; О.О. Мініна — канд. мед. наук; С.І. Могілевська — канд. мед. наук; А.О. Огородник — канд. мед. наук; Вол.В. Подольський — канд. мед. наук; Вл.В. Подольський — канд. мед. наук; Н.В. Рудакова — канд. мед. наук; О.А. Ревенько — канд. мед. наук; О.М. Тарапурова — канд. мед. наук; В.Б. Ткаченко — канд. мед. наук; С.М. Толкач — канд. мед. наук; Т.С. Черненко — канд. мед. наук; О.В. Шамаєва — канд. мед. наук; О.М. Шкабаровська — канд. мед. наук; Г.Є. Яремко — канд. мед. наук;

З.М. Латішева, А.П. Карпенко, Н.Д. Коблош, В.В. Марухно, Ю.В. Невішина, О.М. Павлова, А.С. Янюта, С.М. Янюта

Координатор роботи авторського колективу: В.В. Подольський — д-р мед. наук, проф., заступник директора ДУ "ІПАГ НАМН України" з наукової роботи

Рецензенти:

Ю.П. Вдовиченко — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. НАМН України, перший проректор НМАПО імені П.Л. Шупика, зав. кафедри акушерства, гінекології та перинатології;

В.В. Камінський — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. НАМН України, зав. кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П.Л. Шупика;

Ю.С. Паращук — д-р мед. наук, проф., зав. кафедри акушерства та гінекології № 2 Харківського національного медичного університету

Акушерство та гінекологія: У 4 т.: національний підручник / Кол. авт.; за ред. акад. А44 НАМН України, проф. В.М. Запорожана. — Т. 1: Акушерство / В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін та ін.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. — К.: ВСВ "Медицина", 2013. — 1032 с. + 4 с. кольор. вкл.

ISBN 978-617-505-257-0; ISBN 978-617-505-275-4 (Т. 1)

Національний підручник з акушерства і гінекології — перше в Україні видання із серії науково-практичних керівництв, що містить усю наукову інформацію, необхідну для студентів, лікарів і науковців. У національному підручнику представлено як основні положення класичного акушерства, так і досягнення новітніх інноваційних технологій у цій галузі. На відміну від більшості інших керівництв, у національному підручнику з акушерства і гінекології велику увагу приділено питанням профілактики, діагностики, фармакотерапії і хірургічним методам лікування, детально представлено клінічні рекомендації з усіх основних нозологій і синдромів в акушерсько-гінекологічній практиці. Видання ілюстроване, містить клінічні приклади для кращого засвоєння матеріалу.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, курсантів, ординаторів, аспірантів, науковців, лікарів пологових будинків, жіночих консультацій.

УДК 618.2/7;618.1

ББК 37.16.я73

ISBN 978-617-505-257-0

ISBN 978-617-505-275-4 (Т. 1)

- © В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін, В.І. Медвідь, Т.В. Авраменко, І.Б. Вовк, С.Р. Галіч, І.Ю. Гордієнко, Л.Б. Гутман, В.Є. Дашкевич, Л.В. Діденко, В.Г. Дубініна, Л.І. Іванюта, А.Г. Коломійцева, І.С. Лук'янова, В.П. Міщенко, В.Ф. Нагорна, С.П. Писарева, В.В. Подольський, С.П. Польова, Л.Є. Туманова, З.А. Шкіряк-Нижник, Є.Б. Яковлева, К.Г. Апресова, О.І. Буткова, І.І. Воробйова, Ю.В. Давидова, І.А. Жабченко, Н.Я. Жилка, С.О. Іванюта, В.К. Кондратюк, І.В. Каліновська, В.Г. Марічереда, І.М. Мелліна, С.Є. Савченко, Н.Я. Скрипченко, Л.І. Тутченко, С.М. Янюта, Л.М. Бикова, Е.В. Бондарь, І.М. Грицай, О.Г. Даниленко, О.О. Данилків, В.О. Данилко, Н.К. Демєніна, А.А. Живецька-Денисова, О.В. Ісламова, Г.І. Іщенко, М.Є. Кирильчук, Т.В. Коломійченко, А.Ю. Лиманська, О.В. Мілевський, О.О. Мініна, С.І. Могілевська, А.О. Огородник, Вол.В. Подольський, Вл.В. Подольський, Н.В. Рудакова, О.А. Ревенько, О.М. Тарапурова, В.Б. Ткаченко, С.М. Толкач, Т.С. Черненко, О.В. Шамаєва, О.М. Шкабаровська, Г.Є. Яремко, З.М. Латішева, А.П. Карпенко, Н.Д. Коблош, В.В. Марухно, Ю.В. Невішина, О.М. Павлова, А.С. Янюта, С.М. Янюта, 2013
- © ВСВ "Медицина", оформлення, 2013

ЗМІСТ

Перелік скорочень	8
Розділ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.	9
Організація акушерської допомоги на амбулаторному рівні	9
Організація стаціонарної акушерської допомоги	12
Організація спеціалізованої акушерської допомоги	18
Акушерська допомога жінкам, які мешкають у сільській місцевості	23
Реформування перинатальної допомоги в Україні	27
Організація акушерсько-гінекологічної допомоги на засадах сімейної медицини ..	41
Етика і деонтологія лікаря	50
Профілактика акушерських і перинатальних ускладнень	52
Розділ 2. ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В АКУШЕРСТВІ.	54
Клінічні методи діагностики	54
Опитування	54
Об'єктивне обстеження	55
Акушерське дослідження	56
Лабораторні методи діагностики	68
Інструментальні неінвазивні методи діагностики	93
Ультразвукове дослідження	93
Кардіотокографія	125
Визначення біофізичного профілю плода	131
Інструментальні інвазивні методи діагностики	131
Амніоцентез	133
Біопсія хоріона	133
Біопсія плаценти	133
Кордоцентез	133
Пренатальна диспансеризація	134
Розділ 3. ЗНЕБОЛЮВАННЯ В АКУШЕРСТВІ.	135
Знеболювання пологів	135
Знеболювання під час акушерських і гінекологічних операцій	143
Методи знеболювання	147
Розділ 4. КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА ...	177
Анатомо-фізіологічні зміни статевих органів під час вагітності	177
Анатомо-функціональний зв'язок статевих органів жінки з прилеглими органами малого таза	178
Анатомо-фізіологічні фактори, що забезпечують нормальне положення внутрішніх статевих органів жінки	181
Розділ 5. ФІЗІОЛОГІЧНЕ АКУШЕРСТВО.	183
Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності	183
Розвиток плодового яйця залежно від терміну вагітності. Діагностика вагітності в різні терміни	186
Ведення фізіологічної вагітності	188

Фізіологічні зміни в організмі жінки у зв'язку з пологами	190
Жіночий таз в акушерському відношенні	191
Фізіологія скоротливої функції матки під час пологів	200
Фізіологія та ведення пологів	203
Біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання	206
Перебіг і ведення нормального післяпологового періоду	214
Сучасне ведення лактації та грудного вигодовування	214
Розділ 6. ПАТОЛОГІЧНЕ ТА ОПЕРАТИВНЕ АКУШЕРСТВО	236
Вагітність і пологи в неповнолітніх	236
Вагітність після екстракорпорального запліднення	249
Багатоплідна вагітність	250
Невиношування вагітності	260
Внутрішньоутробна загибель плода (аборт, що не відбувся, або завмерла вагітність)	268
Звичне невиношування вагітності	297
Спадкові дефекти гемостазу	324
Передчасні пологи	340
Переношена вагітність	356
Плацентарна дисфункція	361
Затримка росту плода	395
Патологія навколоплідних вод: мало-, багатоводдя	401
Патологічний преліментарний період	407
Аномалії пуповини, що ускладнюють перебіг вагітності і погіршують наслідки для плода	410
Антифосфоліпідний синдром	424
HELLP-синдром	429
Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові	434
Емболія навколоплідними водами	444
Ізосерологічна несумісність крові матері і плода. Гемолітична хвороба плода і новонародженого	449
Патологічні пологи	463
Пологи при розгинальних передлежаннях голівки плода	463
Пологи при асинклітичних вставленнях голівки плода	470
Пологи при тазових передлежаннях плода	471
Пологи при високому прямому та низькому поперечному стоянні стрілового шва	480
Пологи при неправильних положеннях плода	482
Ведення пологів при великому плоді	485
Вузкий таз. Особливості біомеханізму пологів	487
Ведення пологів при аномаліях пологової діяльності	503
Ведення вагітності та пологів у жінок із рубцем на матці	511
Ведення пологів при дистоції плечиків плода	519
Ведення пологів при передлежанні та випаданні пуповини	521
Оперативне акушерство	523

117	Акушерські повороти	523
817	Екстракція плода за тазовий кінець	527
257	Вакуум-екстракція плода	529
857	Операція накладання акушерських щипців	531
157	Кесарів розтин	534
157	Пологи через природні пологові шляхи після попереднього кесаревого розтину	557
747	Переривання вагітності в ранні та пізні терміни	568
157	Плодоруйнівні операції	602
177	Розділ 7. КРОВОТЕЧІ, ШОК І ТЕРМІНАЛЬНІ СТАНИ В АКУШЕРСТВІ	606
187	Акушерські кровотечі	606
187	Мимовільний викидень	606
187	Позаматкова вагітність	614
197	Яєчникова вагітність	621
198	Шийкова вагітність	622
208	Абдомінальна (черевна) вагітність	623
190	Кровотечі під час вагітності та пологів	625
198	Передлежання плаценти	625
118	Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	630
118	Емболія амніотичною рідиною	637
11	Кровотеча в ранній і пізній післяпологовий період	639
228	Кровотеча в послідовий (третій) період пологів	640
252	Кровотеча, пов'язана із затримкою, патологією прикріплення або защемленням плаценти	640
198	Рання (первинна) післяпологова кровотеча	641
118	Шок і термінальні стани в акушерстві	653
198	Тромбогеморагічний синдром	659
198	Розділ 8. ГЕСТОЗИ	665
12	Ранні гестози: етіологія, класифікація, клінічна картина, лікування і тактика ведення вагітності	665
72	Преєклампсія (пізні гестози): етіологія, класифікація, клінічна картина, діагностика	670
198	Лікування преєклампсії, тактика ведення вагітності та пологів	675
178	Характеристика лікарських засобів, які застосовують при преєклампсії	676
198	Інтенсивна терапія тяжких форм преєклампсії	679
178	Розділ 9. ТРАВМАТИЗМ В АКУШЕРСТВІ	684
197	Розриви зовнішніх статевих органів, піхви, шийки матки під час пологів	684
197	Розриви матки під час вагітності та пологів	688
180	Гематоми	694
198	Травматизм при акушерських операціях	699
198	Розділ 10. ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В АКУШЕРСТВІ	703
198	Захворювання серцево-судинної системи і вагітність	703

Вроджені вади серця	711
Набуті вади серця	718
Вагітність і пологи в жінок, оперованих з приводу набутих вад серця	725
Хвороби міокарда	728
Міокардит	731
Інфекційний ендокардит	734
Артеріальна гіпертензія і вагітність	736
Артеріальна гіпотензія і вагітність	747
Порушення серцевого ритму у вагітних	751
Варикозна хвороба вен і вагітність	771
Захворювання системи гемостазу і вагітність	774
Захворювання органів дихання у вагітних	783
Пневмонія у вагітних	783
Бронхіальна астма і вагітність	788
Торакодифрагмальні захворювання і вагітність	799
Гострі респіраторні вірусні захворювання і вагітність	801
Інші захворювання органів дихання	805
Хвороби сечової системи	809
Гострі інфекції сечових шляхів	809
Хронічні інфекції сечових шляхів	814
Хронічний гломерулонефрит	814
Хронічний пієлонефрит	818
Сечокам'яна хвороба (нефролітіаз)	822
Вагітність і єдина нирка	825
Трансплантована нирка і вагітність	830
Аномалії сечових шляхів	832
Гострі хірургічні захворювання жовчних шляхів під час вагітності	833
Хвороби ендокринної системи	836
Цукровий діабет і вагітність	836
Гестаційний діабет	848
Нецукровий діабет	851
Пролактинома	853
Хронічна недостатність кіркової речовини надниркових залоз	855
Хвороби щитоподібної залози і вагітність	857
Хвороби крові та кровотворної системи і вагітність	862
Хвороби органів травлення і вагітність	870
Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба	870
Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки	873
Синдром подразненої кишки та вагітність	877
Захворювання печінки	879
Холестаз вагітних	879
Гостра вірусна жирова дистрофія печінки	881
Гострий вірусний гепатит	882
Цироз печінки	895
Хронічні інфекції та вагітність	897
Туберкульоз і вагітність	897

ВІЛ-інфекція і вагітність	910
Хронічні вірусні гепатити і вагітність	920
Хронічний алкогольний гепатит і вагітність	925
Інфекційні хвороби і вагітність	928
Токсоплазмоз	929
Краснуха	931
Урогенітальний мікоплазмоз	934
Хламідіоз	937
Герпес простий	940
Цитомегаловірусна інфекція	942
Бактеріальний вагіноз	944
Урогенітальний кандидоз	946
Папіломавірусна інфекція	948
Гонорея	952
Урогенітальний трихомоніаз	955
Інфекція, зумовлена стрептококом групи В	959
Сифіліс і вагітність	961
Розділ 11. ВАГІТНІСТЬ ПРИ ДОБРОЯКІСНИХ ТА ЗЛОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА ТА МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	965
Доброякісні захворювання шийки матки і вагітність	965
Лейоміома матки і вагітність	970
Доброякісні пухлини яєчників і вагітність	977
Фіброзно-кістозна хвороба молочної залози	982
Рак молочної залози і вагітність	987
Трофобластична хвороба	992
Розділ 12. ГОСТРА ХІРУРГІЧНА ПАТОЛОГІЯ І ВАГІТНІСТЬ	998
Гострий апендицит	998
Гострий холецистит	1004
Гострий панкреатит	1006
Кишкова непрохідність	1008
Неспецифічний виразковий коліт	1009
Перфоративні гастродуоденальні виразки	1012
Список літератури	1014

При CIN III показане виконання цілеспрямованої біопсії в умовах стаціонару на тлі токолітичної терапії та симптоматичного лікування з подальшою консультацією онколога.

При дисплазіях епітелію шийки матки у вагітних з порушенням гормонального статусу загроза переривання вагітності стає основним ускладненням. Під контролем клінічних проявів, УЗД і гормональної кольпоцитограми у I триместрі проводять гормонотерапію, у II і III триместрах — токолітичну терапію, спрямовану на збереження вагітності.

Використання таких методів, як електрокоагуляція, кріо- та лазерна деструкція, при дисплазіях у вагітних небажане, оскільки супроводжується ризиком її переривання.

Таким чином, підсумовуючи наведені дані щодо особливостей ведення вагітних із патологією шийки матки, слід зазначити, що оптимальним є здійснення всіх діагностичних і лікувальних заходів ще на прегравідарному етапі. Під час вагітності лікарі обмежені у своїх діях, але це не виправдовує тактику лише спостереження. Основними діями є визначення стану мікробіоценозу піхви та каналу шийки матки і проведення патогенетично обґрунтованої санації з подальшим відновленням складу біотопів організму вагітної. Водночас важливим є огляд шийки матки у дзеркалах під час першого візиту жінки в жіночу консультацію з приводу вагітності з проведенням цитологічного дослідження, а за потреби — кольпоскопії та залучення консультанта-онколога.

Профілактикою прогресування патологічного процесу в шийці матки є раціональне ведення пологів з адекватним відновленням ушкоджених тканин пологових шляхів і призначенням препаратів, що сприяють загоєнню та унеможливають розвиток інфекційних ускладнень після пологів. Під час виписування з пологового стаціонару жінка повинна отримати професійні рекомендації щодо подальшого спостереження, запобігання небажаних вагітності, культури статевих зносин. Усе це сприятиме зниженню онкологічного потенціалу патологічних станів шийки матки та збереженню репродуктивної функції і здоров'я жінок фертильного віку в Україні.

ЛЕЙОМІОМА МАТКИ І ВАГІТНІСТЬ

Лейоміома матки — це доброякісна гормонозалежна пухлина, яка складається із фенотипово змінених гладеньком'язових клітин міометрія.

Синоніми: фіброміома, міома матки.

Код за МКХ-10:

D 25.0 Підслизова лейоміома матки

D 25.1 Інтрамуральна лейоміома матки

D 25.2 Субсерозна лейоміома матки

D 25.9 Лейоміома матки, не уточнена

Епідеміологія. Кількість жінок фертильного віку з лейоміомою матки становить 25—30 %, а серед вагітних це захворювання спостерігається в 4—8 % випадків. Найчастіше лейоміома матки розвивається в жінок віком 26—35 років, останнім часом помітна тенденція до “помолодшання” захворювання.

Етіологія і патогенез. Лейоміома матки — це гормонально залежна стромальна доброякісна пухлина, розвиток якої пов’язаний з порушеннями в системі гіпоталамус—гіпофіз—надниркові залози—яєчники—матка. Крім того, її виникнення зумовлюють інші чинники як екзогенного, так і ендогенного походження (інфекція, шкідливі фактори навколишнього середовища, психоемоційний вплив та ін.). Якщо раніше вважали, що основну роль в ініціації росту лейоматозних вузлів відіграють естрогени, то останніми роками встановлено, що ріст лейоматозних вузлів можуть стимулювати і прогестини, а естрогени при цьому відіграють допоміжну роль.

У патогенезі лейоміоми матки значну роль відіграють фактор росту, зокрема інсуліноподібний, епідермальний, трансформуючий, і фактор росту фібробластів, які перебувають під контролем стероїдних гормонів.

Гіперфункція щитоподібної залози може призводити до порушення співвідношення естрогенів і прогестерону в бік естрогенів, що також може стимулювати розвиток гіперпластичних процесів в органах-мішенях.

Пролактин також може брати участь у патологічній трансформації міометрія, про що свідчить підвищення концентрації гормону в матковій вені і тканинах лейоміоми. Оскільки пролактин гальмує в лімфоцитах програму загибелі клітин, індуковану глюкокортикоїдами, часто спостерігається поєднання проліферуючої міоми матки і гіперпролактинемії. Підвищені концентрації пролактину стимулюють скоротливу активність матки і можуть сприяти невиношуванню вагітності. Водночас пролактин виявляє антистресовий вплив, стримуючи надмірну активність стресреалізуючих систем захисту організму, та впливає на стероїдогенез у надниркових залозах плода і на процеси дозрівання легенів плода.

Визначення пацентарного лактогену у вагітних з лейоміомою матки є важливим маркером оцінки функції плаценти. Одночасно з гормональними змінами, пов’язаними з вагітністю, при лейоміомі матки змінюється стан локального гормонального гомеостазу органа. Усе це призводить до значного росту пухлин під час вагітності та патологічного її перебігу. Екзогенні чинники, у тому числі віруси, зумовлюють розвиток імунологічних порушень в організмі вагітних і негативно впливають на процес фізіологічної загибелі клітин (апоптоз). Саме порушення апоптозу відіграє значну роль у патогенезі лейоміоми. Гени вірусів є інгібіторами апоптозу.

Виявлення вірусної інфекції в організмі вагітної свідчить про значне пригнічення імунологічного статусу жінки. Якщо брати до уваги те, що вірусна інфекція в деяких випадках може бути пусковим механізмом появи і росту лейоматозних вузлів, стає зрозумілим, до певної міри, той факт, що у вагітних із множинними вузлами частіше виявляються високі титри антитіл до вірусів.

Клінічна картина. Вагітність і пологи в жінок з лейоміомою матки супроводжуються високим ризиком як для матері, так і для плода. У вагітних із лейоміомою можуть відбуватись аномальна імплантація і плацентарна дисфункція, порушення структурної повноцінності плаценти в цілому або її окремих частин, що призводить до переривання вагітності. Симптоми залежать від місця розташування лейоміом. Деякі з них можуть бути розташовані під ендометрієм (субмукозні), інші — одразу під серозною оболонкою (субсерозні) чи в міометрії (інтрамуральні).

Перебіг вагітності і пологів у жінок з лейоміомою матки супроводжується розвитком ускладнень, серед яких найпоширенішими є загроза переривання вагітності та плацентарна дисфункція. Майже у 60 % усіх жінок цієї когорти перебіг вагітності супроводжується локальним болем, мимовільними викиднями, прееклампсією, слабкістю пологової діяльності, гіпоксією плода, кровотечею, перинатальними ушкодженнями плода; можливим завмиранням вагітності.

Під час вагітності відмічається ріст лейоматозних вузлів, які в післяпологовий період мають тенденцію до зменшення. Виявлено прямиий зв'язок між перебігом вагітності та кількістю вузлів на матці і їхньою локалізацією. Особливо несприятливою є локалізація плаценти в проекції лейоматозного вузла. У 64 % таких вагітних спостерігається загроза переривання вагітності. Частіше ускладнення під час вагітності і пологів (прееклампсія, гіпоксія плода, плацентарна дисфункція) виникають у жінок із множинними вузлами.

Доведено значення психоемоційних розладів у генезі різноманітної патології, зокрема лейоміоми матки.

Підвищений рівень тривоги і стресу, що призводить до депресії під час вагітності, зумовлює порушення розвитку плода та різноманітні акушерські ускладнення. Згідно з результатами досліджень останнього десятиліття, насичена стресами вагітність закінчується передчасними пологами і народженням дитини з меншою масою.

Таблиця 65. Можливі ускладнення при лейоміомі матки

З боку матері	З боку плода
I. Під час вагітності	
Невиношування вагітності	Неправильне положення
Плацентарна дисфункція	Синдром затримки розвитку
Передчасне відшарування плаценти	Аntenатальна загибель плода
Пізній гестоз	
Анемія	
Кровотеча	
Дистрофічні зміни пухлини	
Защемлення міоматозного вузла	
Защемлення або перекут матки	

Закінчення табл. 65

II. Під час пологів	
Несвоєчасне вилиття навколоплідних вод	Утруднене або неможливе проходження через природні пологові шляхи
Аномалії пологової діяльності	
Розрив матки	Дистрес плода
Передчасне відшарування плаценти	
Кровотеча	
III. У післяпологовий період	
Кровотеча	Порушення механізмів адаптації
Субінволюція матки	
Ендоміометрит	
Некроз вузла	
Гіпогалактія	

Для прогнозування можливих ускладнень (табл. 65), адекватного спостереження і лікування необхідно встановити і враховувати належність вагітної до певної групи ризику: низького чи високого. Цей розподіл є відносним і потребує індивідуального підходу, особливо при вирішенні питання про доцільність збереження вагітності в жінки, яка належить до групи високого ризику.

Група низького ризику

1. Вік до 35 років.
2. Неускладнений акушерсько-гінекологічний анамнез.
3. Тривалість захворювання до 5 років.
4. Відповідність вихідних розмірів матки: 8 ± 1 тиж. вагітності.
5. Локалізація пухлини: переважно підчеревна, міжм'язова.
6. Відсутність ознак порушення кровообігу пухлини.
7. Відсутність екстрагенітальних захворювань.

Група високого ризику

1. Вік понад 35 років.
2. Ускладнений акушерсько-гінекологічний анамнез.
3. Тривалість захворювання більше 5 років.
4. Відповідність вихідних розмірів матки: 12 ± 1 тиж. вагітності.
5. Локалізація пухлини: міжм'язова (великих розмірів), підслизова, шийкова.
6. Ознаки порушення кровообігу пухлини.
7. "Оперована" матка.
8. Наявність екстрагенітальних захворювань.

Особливості перебігу вагітності при лейоміомі матки

I триместр

Імплантація, органогенез і плацентажія є найважливішими складовими I триместра і відбуваються на тлі складної гормональної перебудови організму жінки.

При імплантації несприятливою ознакою є таке розташування плодового яйця:

- над міжм'язовим міоматозним вузлом;
- поблизу підслизового міоматозного вузла,
- у нижніх відділах матки;
- в умовах деформованої порожнини матки.

Надалі це може стати причиною порушення плацентації, недостатності функції трофобласта (плаценти). Порушення структурно-морфологічної і функціональної повноцінності плаценти безпосередньо впливають на зниження її основних функцій. Зазначені фактори порушують органогенез, що найчастіше призводить до мимовільного абортів або появи клінічно виражених ознак загрози переривання вагітності.

Виявлення лейоміоми матки у I триместрі вагітності не становить труднощів: при загальному збільшенні і розм'якшенні матки шляхом пальпації можна визначити деформацію її форми, горбистість, окремі міоматозні вузли щільнішої консистенції. Враховуючи можливість збільшення матки лише за рахунок міоматозних змін, рекомендоване проведення УЗД для діагностики або виключення вагітності.

Переважно I триместр перебігає без ускладнень. Несприятливий перебіг частіше спостерігається в жінок, які належать до групи високого ризику, що пов'язано із загрозою переривання вагітності, порушенням кровопостачання міоматозних вузлів.

У разі загрози переривання вагітності жінки скаржаться на ниючий біль унизу живота і поперековому відділі, періодичний гіпертонус матки.

У разі порушення кровопостачання міоматозних вузлів симптоми пов'язані з локалізацією вузла. Больовий симптом (у стані спокою або при пальпації) локального характеру або з іррадіацією у нижні відділи живота спостерігається при розташуванні міоматозного вузла на передній стінці матки. Якщо вузол розташований на задній стінці матки, біль розлитого характеру локалізується в поперековому відділі хребта, крижах. При пальпації можливе виявлення тону-су матки за відсутності інших ознак загрози переривання вагітності, збільшення розмірів пухлини.

УЗД є основним методом діагностики і контролю перебігу вагітності при лейоміомі матки. Важливою перевагою УЗД є також виявлення можливих порушень вагітності раніше появи ймовірних гормональних відхилень.

Ехографія дає змогу встановити стан і локалізацію ембріона (плода); локалізацію і стан трофобласта; локалізацію і стан міоматозних вузлів; стан тіла матки. Метою проведення ехографії є також виключення аномалій розвитку плодового яйця (наприклад анембріонії).

За допомогою піхвового датчика можна успішно проводити доплерометричне дослідження кровообігу в артерії пуповини, аорті, внутрішній сонній і середній мозкових артеріях плода в ранні терміни вагітності (11—12 тиж.).

Завдяки гормональним дослідженням у I триместрі виявляють рівень прогестерону, плацентарного лактогену, естрадіолу в крові та ХГЛ.

II триместр

Наявність лейоміоми матки може стати причиною виникнення таких ускладнень: плацентарної дисфункції (гостра, хронічна), синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плода (СЗВУР), загрози переривання вагітності, порушення кровопостачання міоматозних вузлів.

Збільшення товщини плаценти (особливо у 22—24 тиж.) забезпечує продукцію адекватної кількості плацентарних гормонів для нормального розвитку вагітності.

У 18—22 тиж. вагітності рекомендують УЗД кровообігу плода, оскільки в цей термін патологічні типи доплерограм в артерії пуповини і аорті плода реєструються значно раніше, ніж зміни фетометричних показників, характерних для хронічної гіпоксії і затримки розвитку плода.

Діагностичними критеріями порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу є зниження діастолічного кровообігу в матковій артерії, артерії пуповини й аорті плода.

Загроза пізнього мимовільного аборту виникає приблизно у 20 % вагітних з лейоміомою матки, переважно з групи високого ризику.

III триместр

Порушення функції плацентарного комплексу може стати причиною СЗВУР, дистресу плода, передчасного відшарування плаценти, передчасних пологів. Синдром функціональної неспроможності плаценти формується внаслідок розвитку в ній дегенеративних змін і зумовлюється гемодинамічними розладами, порушенням синцитіокапілярного метаболізму мембрани плаценти, клітинно-паренхіматозною неспроможністю. У III триместрі вагітності необхідним є ретельний контроль за станом плаценти і плода. УЗД дає змогу своєчасно виявити можливі відхилення та провести її корекцію. При цьому слід пам'ятати, що збільшення товщини плаценти при лейоміомі матки як прояв її компенсаторно-приспосувальних властивостей продовжується безпосередньо до самого кінця вагітності. Крім того, саме в III триместрі спостерігається "міграція" плаценти: процес зміни співрозташування між плацентою і міоматозними вузлами.

У III триместрі особливої уваги потребує психоемоційний стан жінки у зв'язку з наближенням терміну розродження. Спостерігаються підвищена емоційність, дратівливість, відчуття невпевненості.

Триместр III вагітності може ускладнюватися загрозою передчасних пологів, прееклампсією, СЗВУР плода, плацентарною дисфункцією, бодем у ділянці міоматозних вузлів, передчасним відшаруванням плаценти, анемією, багато- або маловоддям.

Збільшення міоми під час вагітності залежить не лише від її росту, а й від збільшення внутрішньоматкового тиску (унаслідок росту плода), набряку, що

сприяє перетисканню, зміщенню кровоносних судин, які живлять тканини, пухлини. Негативним наслідком цих процесів може бути некроз пухлини.

Лабораторні дослідження:

1. Загальноклінічні.
2. Біохімічні.
3. Аналіз крові на TORCH-інфекцію.
4. Гормональні дослідження крові (пролактин, прогестерон, естріол, естрадіол, плацентарний лактоген).
5. УЗД органів малого таза і матки.
6. КТГ після 24 тиж. вагітності.

Лікування. У разі виникнення симптомів загрози переривання вагітності лікування слід проводити в умовах стаціонару з призначенням фізичного спокою, психотерапії, седативних засобів. Обов'язковим є забезпечення повноцінного сну.

Медикаментозна терапія включає застосування прогестерону ін'єкційного не більше 10 діб, потім при дефіциті прогестерону призначають таблетовані форми мікроіонізованого прогестерону інтравагінально або перорально. Можливе поєднання обох способів застосування препарату. За потреби прийом прогестерону можна продовжити до 36 тиж. вагітності з перервою на 7—10 діб після 3—4 тиж. лікування та визначенням наявності дефіциту прогестерону за даними кольпоцитології. Починаючи з I триместра вагітності рекомендують харчування з високим вмістом білка, вітамінів і морепродуктів.

При імплантації хоріона частково на лейоматозних вузлах або поблизу вузлів, де утворюються кільцеві структури м'язових волокон, які втрачають прямий зв'язок з пучками інтактного міометрія, виникають зони підвищеного тону, що клінічно проявляється загрозою переривання вагітності, тому вагітним з лейоміомою необхідно призначати спазмолітичні препарати (ношпу, бускопан, папаверин), таблетовані форми або у вигляді свічок. Необхідним є застосування вітаміну Е до 300 мг на добу як антиоксиданту, який бере участь у синтезі гема і білків, проліферації клітин, у процесах тканинного дихання та впливає на тонус і проникність судин, що важливо для розвитку плода.

У II триместрі вагітності терапію доповнюють хофітолом (5 мл внутрішньовенно крапельно в ізотонічному розчині натрію хлориду 5 днів, потім по 2 таблетки 3 рази на добу до 30 днів), актовегіном (внутрішньовенно крапельно в ізотонічному розчині натрію хлориду 5—10 днів, потім усередину).

За наявності болю в лейоматозних вузлах або варикозно-розширених вен нижніх кінцівок призначають антиагрегантні препарати (дипіридамол, пентоксифілін, ацетилсаліцилову кислоту в низьких дозах), венотонічні препарати.

Антибіотики широкого спектра дії призначають за появи ознак порушення кровообігу в лейоматозних вузлах. Обов'язковою є санація пологових шляхів з урахуванням мікрофлори пацієнток.

Тактика ведення пологів при лейоміомі матки. Підготовчий етап до пологів вагітної з міомою матки є обов'язковим і складається з таких етапів:

1. Планова госпіталізація в 36—38 тиж. вагітності.
2. Клініко-лабораторне дослідження в обсязі, необхідному для проведення кесаревого розтину.
3. Складання плану ведення пологів з урахуванням: особливостей перебігу вагітності, особливостей пухлини, стану плода, ступеня готовності пологових шляхів.
4. Медикаментозна профілактика (лікування) дистресу плода.
5. Медикаментозна профілактика порушення кровопостачання лейоматозних вузлів (спазмолітична терапія).
6. Метаболічна корекція.
7. Санація пологових шляхів.

Перевагу віддають консервативному веденню пологів без застосування стимуляції пологової діяльності утеротонічними препаратами та без пологозбудження. Абсолютним показанням до операції кесаревого розтину в жінок з лейоміомами слід вважати наявність вузлів у ділянці нижнього сегмента матки, які є перешкодою для просування плода, та ознаки перекруту вузла на ніжці і некрозу вузла.

Під час ведення пологів у жінок після міомектомії з видаленням великої кількості вузлів до вагітності перевагу віддають розродженню шляхом кесаревого розтину. В інших випадках операцію кесаревого розтину проводять за показаннями як з боку матері, так і плода.

Як правило, обсяг оперативного лікування під час кесаревого розтину визначають у момент операції. Під час кесаревого розтину видаляють субсерозні вузли розмірами понад 5 см у діаметрі, субсерозні вузли на ніжці. За наявності великих субмукозних чи міжм'язових вузлів, які деформують порожнину матки, і розташованих у нижньому відділі матки, з центрипетальним ростом проводять кесарів розтин з наступною гістеректомією.

ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ І ВАГІТНІСТЬ

Останніми роками спостерігають збільшення частоти виявлення пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників, зокрема у вагітних. Значна поширеність ускладнень у вагітних з пухлинами і пухлиноподібними утвореннями яєчників зумовила потребу в оптимізації дослідження, тактики ведення вагітності та методів лікування у таких хворих.

Усі пухлини яєчників можна розділити на дві основні групи:

- 1) небластоматозні непроліферативні;
- 2) бластоматозні проліферативні.

Навчальне видання

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

У 4 томах

За редакцією академіка НАМН України, професора
В.М. Запорожана

Том 1

АКУШЕРСТВО

Підписано до друку 15.06.2013 р.

Формат 70x100/16. Папір офсет.

Гарн. MinionPro. Друк офсет.

Ум. друк. арк. 84,18.

Зам. 13-273.

ВСВ "Медицина"

01030, м. Київ, вул. Стрілецька, 28.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів книжкової продукції.

ДК № 3595 від 05.10.2009.

Тел.: (044) 581-15-67, 234-58-11.

E-mail: med@society.kiev.ua

Віддруковано на ПАТ "Білоцерківська книжкова фабрика",

09117, м. Біла Церква, вул. Леся Курбаса, 4.

Свідоцтво серія ДК № 4063 від 11.05.2011р.

Впроваджена система управління якістю

згідно з міжнародним стандартом DIN EN ISO 9001:2000

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

у **4** ТОМАХ

За редакцією
академіка НАМН України,
професора **В.М. ЗАПОРОЖАНА**

ТОМ **1**

АКУШЕРСТВО

Національний підручник з акушерства і гінекології – перше в Україні видання із серії науково-практичних керівництв, що містить усю наукову інформацію, необхідну для студентів, лікарів і науковців. У національному підручнику представлено як основні положення класичного акушерства, так і досягнення новітніх інноваційних технологій у цій галузі. На відміну від більшості інших керівництв, у національному підручнику з акушерства і гінекології велику увагу приділено питанням профілактики, діагностики, фармакотерапії і хірургічним методам лікування, детально представлено клінічні рекомендації з усіх основних нозологій і синдромів в акушерсько-гінекологічній практиці. Видання ілюстроване, містить клінічні приклади для кращого засвоєння матеріалу.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, курсантів, ординаторів, аспірантів, науковців, лікарів пологових будинків, жіночих консультацій.



МЕДИЦИНА

ISBN 978-617-505-275-4



9 786175 052754