

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № 10 від 10 січня 2017 року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ  
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Методи діагностики стану плода. Ведення партограми</b> (код курсу 2.2.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

ПОЛТАВА

## I. Мета заняття

Оскільки ефективних методів лікування дистресу плода не існує, то важливе значення надається знанням сучасних методів діагностики та алгоритму ведення вагітності та пологів при дистресі плода для прийняття своєчасних заходів щодо запобігання важких гіпоксичних уражень плода.

## II. Об'єм повторної інформації

1. Основні поняття про параметри функціонального стану плода (частота серцевих скорочень, рухлива поведінка плода, кількість навколоплідних вод).
2. Поняття про гіпоксію, її патогенез та методи дослідження кисневої недостатності.
3. Поняття про ультразвукове дослідження та доплерометрію кровотоку у судинах.
4. Основні поняття про фізіологію плодово-плацентарного кровообігу.
5. Основні поняття про періоди розвитку плода.
6. Будову, функції та періоди розвитку плаценти.
7. Основні поняття про фізіологію плодово-плацентарного кровообігу.
8. Поняття про трофічні розлади у плода та новонародженого (нормо-, гіпотрофія та гіпертрофія).
9. Поняття про біометричні дослідження у вагітних.
10. Поняття про ультразвукове дослідження.

## III. Об'єм нової інформації

1. Поняття терміну «плацентарна недостатність».
2. Класифікацію плацентарної недостатності (ПН).
3. Фактори ризику розвитку ПН.
4. Патогенез ПН.
5. Клінічні прояви ПН.
6. Методи діагностики ПН.
7. Методи лікування ПН.
8. Поняття термінів «малий для гестаційного віку плід» та «затримка росту плода».
9. Причини розвитку ЗРП.
10. Фактори ризику ЗРП.
11. Методи діагностики ЗРП.
12. Форми ЗРП.
13. Алгоритм ведення вагітності та пологів при ЗРП.
14. Поняття термінів «дистрес плода» та «гіпоксія плода».
15. Причини та фактори ризику розвитку дистресу плода.
16. Методи діагностики дистресу плода.
17. Алгоритм ведення вагітності при дистресі плода.
18. Алгоритм ведення пологів при дистресі плода.
19. Профілактику дистресу плода.

## IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим пи-	45

	танням.	
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

#### V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Пологова зала.
4. Фантомний клас.

#### Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 900 Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги "Дистрес плода при вагітності
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
5. Фантоми

#### V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати ультразвукового обстеження плаценти		+	
2.	Оцінити результати гормонального обстеження функції плаценти		+	
3.	Скласти план обстеження стану плода		+	
4.	Провести оцінку функціонального стану плода за даними кардіотокографії.		+	
5.	Провести оцінку функціонального стану плода за даними його біофізичного профілю.		+	
6.	Провести оцінку функціонального стану плода за даними доплерометрії кровообігу у артерії пуповини.		+	

#### VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою ( опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

#### Питання

1. Які методи обстеження використовують для діагностики ранніх термінів вагітності?
2. Діагностична цінність імунологічних і гормональних методів дослідження.
3. Які існують електрофізіологічні методи обстеження?
4. Показання і діагностичне значення проведення ультразвукових методів обстеження.
5. Діагностична цінність ендоскопічних методів обстеження і показання до їх, проведення.

6. Дати оцінку представленій кардіотокограмі.
7. Заповнити партограму при нормальних пологах.
8. Записати картограму при пологах, ускладнених слабкістю пологової діяльності.

***Завдання для самостійної роботи по темі заняття***

1. Зібрати анамнез та оцінити фактори ризику розвитку ПН у вагітної.
2. Оцінити клінічні прояви ПН у вагітної.
3. Оцінити результати ультразвукового обстеження плаценти.
4. Оцінити результати гормонального обстеження функції плаценти.
5. Скласти план обстеження стану плода.
6. Класифікувати ПН за перебігом та станом захистно-приспосувальних реакцій.
7. Призначити лікування ПН.
8. Оцінити відповідність висоти дна матки (ВДМ) строку вагітності за стандартною гравідограмою.
9. Оцінити результати ультразвукової фетометрії.
10. Визначити ступінь ЗРП.
11. Провести оцінку функціонального стану плода за даними кардіотокографії.
12. Провести оцінку функціонального стану плода за даними його біофізичного профілю.
13. Провести оцінку функціонального стану плода за даними доплеромерії кровообігу у артерії пуповини.
14. Визначити тактику ведення вагітності при ЗРП.
15. Визначити показання для оперативного розродження вагітної.
16. Провести аускульту серцебиття плода при вагітності та оцінити її результати.
17. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними кардіотокографії.
18. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними біофізичного профілю плода.
19. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними доплеромерії кровотоку у артерії пуповини при вагітності.
20. Провести оцінку функціонального стану плода за даними аускульту та кардіотокографії у пологах.
21. Оцінити колір навколоплідних вод та наявність у них примішок меконію.
22. Визначити тактику ведення вагітності у пацієток с дистресом плода.
23. Визначити показання для оперативного розродження вагітних с дистресом плода.

***Тести***

1. Вагітна 23 років, термін вагітності 34 тижні. З дитинства хворіє на цукровий діабет I типу. При взятті на облік в жіночій консультації консиліум лікарів дозволив виношувати вагітність. При черговому обстеженні встановлена плацентарна недостатність.

Яка форма плацентарної недостатності розвинулась у вагітної?

- A. Первинна
- B. Вторинна\*
- C. Гостра
- D. Підгостра

2. В жіночу консультацію звернулась вагітна 38 років в терміні 39 тижнів. Обтяжений акушерський анамнез - самовільні викидні при вагітності строком 6, 11, 20 тижнів. Страждає на бронхіальну астму з 35 років. Тиждень тому у жіночій консультації відмічена невідповідність розмірів матки строку вагітності.

Рухи плода мало виражені, серцебиття приглушене.

Які методи дослідження **недоцільно** проводити в даному випадку?

- A. КТГ плода
- B. ЕКГ вагітної\*
- C. Біофізичний профіль плода
- D. Доплерографія плацентарного кровотоку

3. Вагітність 38-39 тижнів. Головне передлежання, перша позиція, передній вид. Проведено дослідження біофізичного профілю плода і встановлено за 30 хвилин спостереження: дихальних рухів -2; рухів плода -4; кінцівки плода зігнуті, розгинання 2 рази; нестресовий тест - 5 акцелерацій; вертикальний розмір вільної ділянки вод - 1 см.

- Яка оцінка БПП ?
- A. 9 балів\*
  - B. 7 балів.
  - C. 5 балів.
  - D. 3 бали.

2. Роділля 34 років, народжує вперше, пологова діяльність триває 8 годин. Пологи термінові, перейми по 35-40 сек через 5-6 хвилин. Відійшли пофарбовані меконієм навколоплідні води. Серцебиття плоду - 90 уд/хв.. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 6 см, голівка притиснута до входу в малий таз.

- Який діагноз?
- A. Дистрес плода в пологах\*
  - B. Гемолітична хвороба плода
  - C. Затримка розвитку плода
  - D. Плацентарна недостатність

#### ***Ситуаційні задачі***

1. Юна вагітна 16 років, термін вагітності 34 тижні, положення плода поздовжнє, головне передлежання. Палить з 14 років, на протязі вагітності не припиняла тютюнопаління. Загроза переривання вагітності в 15 та 22 тижні вагітності. При огляді в жіночій консультації запідозрена плацентарна недостатність.

Які методи дослідження потрібно призначити для оцінки стану плаценти?

Визначення рівня гормонів плаценти (естрогенів, прогестерону, плацентарного лактогену); ультразвукове сканування плаценти, доплерометричне дослідження кровообігу плаценти.

2. Вагітна 24 років, термін вагітності 36 тижнів. Обтяжений перебіг вагітності: загроза переривання в 16 тижнів, залізодефіцитна анемія I ступеня, прееклампсія середнього ступеня важкості. При обстеженні стану плода встановлено: відставання показників фотометрії на 3 тижні, БПП - 6 балів, реверсний кровоток в артерії пуповини на доплерограмі.

Який діагноз? Яка тактика ведення вагітності?

Вагітність 36 тижнів. ЗРП II ступеня. Кесарів розтин.

3. Роділля 36 років народжує вперше, пологова діяльність триває 5 годин. Пологи термінові, на 40-41 тижні. Перейми тривалістю 35-40 с. через 5 хв. Відійшли навколоплідні води з наявністю густого меконію. КТГ - базальна частота 98 уд/хв., монотонна крива, пізні децелерації до 30 уд/хв. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття шийки матки 6см.

Який діагноз? Визначте план ведення пологів.

Вагітність 40-41 тиждень, пологи I, період пологів I, дистрес плода. Кесарів розтин.

4. Вагітна 28 років в термін 37 тижнів. Наглядається в жіночій консультації. Під час чергового обстеження встановлено: патологічна оцінка БПП (6 балів), сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини.

Яка тактика ведення вагітної?

Госпіталізація вагітної до пологового будинку у відділення патології вагітних, повторні обстеження БПП

## **VII. Методичні матеріали до практичного заняття**

Досягнення сучасної науки в галузі перинатології створити основу для розвитку фето-плацентарної семіотики.

*Сучасні методи обстеження в акушерстві можна розділити на:*

1. Клінічні.
2. Біологічні.
3. Імунологічні.
4. Гормональні.
5. Електрофізіологічні.
6. Ультразвукові.
7. Ендоскопічні.

Діагноз вагітності встановлюється на основі даних клінічного обстеження (анамнезу, наявність сумнівних, ймовірних та достовірних ознак вагітності, загального стану жінки,

піхвинного й бімануального обстеження). При розпізнаванні деяких видів патології вагітності, при необхідності віддиференціювати позаматкову вагітність від запалених додатків матки, чи маткової вагітності від пухлини матки, використовують біологічні й імунологічні методи діагностики.

Останні ґрунтуються на визначенні в біологічному матеріалі, частіше в сечі хоріонічного гонадотропіну (ХГ). Діагностична точність не менше 98%.

Біологічні методи: Ашгейма-Цондека базується на властивості ХГ викликати дозрівання фолікулів у яєчниках на властивості ХГ викликати дозрівання фолікула в яєчниках статевонезрілих мишей.

Позитивною рахується при наявності крововиливу в порожнину фолікула (II тип реакції) або його лютеїнізація (III тип реакції).

Імунологічні методи: види реакцій – реакція преципітації, гальмування гемаглютинації, зв'язування комплементу. Найбільш поширена реакція гемаглютинації. На ній оснований "Травімум-тест".

У другій половині вагітності і в пологах основними клінічними методами обстеження є опитування, огляд, пальпація (прийоми Леопольда) і аускультация черева вагітної, його виміри, піхвове обстеження.

Тести функціональної діагностики використовуються в ранні терміни вагітності.

1. Контроль базальної температури, оснований на впливі прогестерону на центр терморегуляції, розташованого в гіпоталамусі. При вагітності базальна температура вища 37С. Діагностика цінна при загрозі переривання вагітності з перших тижнів вагітності.
2. Вивчення властивостей шийкового слизу, так як прогестерон змінює фізико-хімічні властивості слизу. Симптом "зіниці" відсутній, діаметр зовнішнього вічка менше 0,2 см, симптом натягу шийкового слизу – менше 6 см, феномен папороті відсутній. Загроза переривання вагітності відсутня.
3. Кольпоцитологія.

Характерний для вагітності "гестагенний" тип мазка, в якому переважають проміжні клітини, розташовані пластами.

По результатах кольпоцитології судять про біологічну готовність організму вагітної до пологів (4 типи мазків).

Гормональні методи обстеження використовують для вивчення функції плаценти і внутрішнього стану плоду.

Імунними та радіоімунними методами діагностують концентрацію білків, гормонів, плаценти та ін. Якщо їх концентрація нижча від норми при даному терміні вагітності – можна запідозрити загрозу переривання вагітності, пов'язаної з дисфункцією плаценти, в меншій мірі з порушенням стану плоду.

Стероїдні гормони плаценти і фетоплацентарного комплексу визначають за допомогою радіоімунного методу. Так як в синтезі естрогенів приймає участь і плід, і плацента, дані про концентрацію естрогенів найбільш інформативні (уміст естріолу в навколоплідних водах).

З електрофізіологічних методів обстеження в акушерстві використовують наступні:

1. Фоноелектрокардіографія плоду – поєднання графічного запису ЕКГ, яке поєднує, відображає електричні процеси в серці й фонокардіограми (ФКГ), яка реєструє звукові явища.
2. Кардіотокографія – синхронний запис серцебиття плоду і маткових скорочень – дозволяє об'єктивно оцінити характер серцевої діяльності плоду й активність матки у матері. Застосовується з 34 тижнів вагітності. Це найбільш ефективний і простий метод оцінки внутрішньоутробного стану плода.

. Сьогодні розроблено низку діагностичних тестів, які характеризують функцію плаценти та стан плода. Достатньо об'єктивне уявлення про реактивність та резервні можливості плода, стан його гомеостазу можна отримати визначенням фетального біофізичного профілю на основі оцінки даних антенатальної кардіотокографії, ультразвукової плацентографії, результатів дослідження тонууса, дихальної та рухової активності організму, що розвивається, об'єму амніотичної рідини. Встановлено, що прогностична цінність позитивного результату під час визначення профілю плода складає 90%.

Останніми роками для виявлення порушень стану плоду під час вагітності значного поширення набула моніторна реєстрація частоти серцевих скорочень (ЧСС). Дослідження проводиться за допомогою зовнішнього ультразвукового та тензометричного датчиків. Запис кардіотокограми (КТГ) здійснюється в напівфowlerівському положенні (нестресовий тест). Під час аналізу кардіотокограми доцільно враховувати такі показники: базальну ЧСС, амплітуду миттєвих осциляцій (АМО), амплітуду повільних осциляцій (АПО), тривалість ділянок монотонності ритму (ділянки з АМО та АПО, що не перевищують 3 уд/хв), кількість, амплітуду, тривалість, характер акцелерацій та децелерацій.

Норма рівня основної лінії ЧСС (базальний ритм, середня ЧСС плоду) – в межах 120-160 уд/хв. Зниження його нижче 120 уд/хв класифікується, як брадикардія, а збільшення 160 уд/хв – як тахікардія. Про варіабельність ЧСС судять з амплітуди та частоти миттєвих змін серцевої діяльності (осциляція). За амплітудою розрізняють такі типи варіабельності: “німий” (менше 3 уд/хв), ундулюючий (3-5 уд/хв), хвилеподібний (6-25 уд/хв), сальтаторний (більше 25 уд/хв).

Частота осциляцій буває низькою (менше 3 уд/хв), помірною (3-6 уд/хв) та високою (більше 6 уд/хв). Транзиторні прискорення ЧСС (акцелерації) виникають у відповідь на маткові скорочення (періодичні) та рухову активність плоду (спорадичні), відбивають ступінь компенсаторних можливостей його організму. Тривалість акцелерацій складає 15 с і більше, амплітуда – 15 уд/хв і більше.

На певні патологічні зміни у фето-плацентарній системі вказують транзиторні сповільнення серцебиття плоду (децелерації).

Останнім часом виділяють 4 види децелерацій: пікоподібні, ранні, пізні та варіабельні. Пікоподібні децелерації виникають спорадично або у відповідь на маткові скорочення. Падіння та відновлення серцевої діяльності плоду відбувається різко. У більшості випадків пікоподібні децелерації є передвісником появи варіабельних децелерацій. Ранні децелерації за своєю формою відображають перейму, мають гладку вершину, зубчасту форму. Початок та кінець їх поступові. Пік децелерації збігається з піком перейми, амплітуда пропорційна до інтенсивності скорочення матки. Цей вид децелерацій являє собою рефлекторну реакцію системи кровообігу плода на здавлення голівки та пуповини під час скорочення матки. Пізні децелерації вважають



ознакою порушення матково-плацентарного кровообігу, гіпоксичного стану плоду. За формою децелерації відображають перехід, але із запізненням. Вершина їх гладка, початок поступовий, період відновлення базального ритму більш похилий. Появу варіабельних децелерацій пов'язують з патологією пуповини. У більшості випадків децелерації мають крутий початок, зубчасту форму хвилі. Тахікардія є ознакою гіпоксичного стану плоду. Поєднання тахікардії з децелераціями свідчить про згрозливий стан плода, поява брадікардії вказує на зниження резервних можливостей організму плода, однак постійна брадікардія, не пов'язана з децелераціями, може бути ознакою вродженого захворювання серця у плода. Тривожною ознакою є реестарція прогресуючої брадікардії в поєднанні з "німим" типом варіабельності ЧСС. Тривалість ділянок монотонного ритму, що складає 50% і більше від всього запису, свідчить про високий ризик для плода.

Наявність акцелерацій є прогностично сприятливою ознакою. Нестресовий тест у цьому випадку вважається реактивним. В нормі визначається 2-5 акцелерацій протягом 20-30 хв. спостереження. У тому випадку, якщо у відповідь на рухи плода акцелерації виникають рідше, ніж у 80% випадків, тест вважається сумнівним. Якщо немає змін ЧСС у відповідь на рухи плода, нестресовий тест розцінюється як реактивний, що свідчить про наявність внутрішньоутробної гіпоксії.

Якщо немає або є різке зменшення кількості акцелерацій, то це одна з найбільш достовірних ознак, що свідчать про виражену гіпоксію плоду. У міру погіршення стану плода у відповідь на спонтанні маткові скорочення збільшується кількість ранніх, а потім пізніх децелерацій. Важливе діагностичне значення має обчислення величини відношення тривалості акцелерації до тривалості децелерації. Зниження останньої корелює з погіршенням стану плода.

Найціннішу інформацію про стан плода можна одержати на основі вивчення характеру серцевої діяльності у випадку застосування функціональних проб. Діагностичне значення останніх полягає в тому, що реакція плода ніби моделює ті зміни, які спостерігаються в результаті зсувів фізіологічного стану матері. Дослідження серцевої діяльності плода в умовах стресу (скорочення матки, індукованні введенням окситоксичних засобів) дає змогу виявити недостатність функціональних резервів організму, що розвивається, яка не проявляється клінічно.

Під час контрактильного стресового тесту протягом 10-20 хв. за допомогою монітора здійснюють оцінку вихідних показників (характер серцебиття плоду, частота спонтанних скорочень матки). Якщо є менше 3 спонтанних скорочень матки, розпочинають внутрішньовенне введення матері окситоцину з розрахунку 0,5 мМЕ/хв. Швидкість інфузії препарату подвоюють кожні 15 хв. до появи протягом 10 хв. трьох переходів, які тривають 40-60 с. У випадку появи пізніх децелерацій до досягнення адекватної частоти скорочень матки тест розцінюють як позитивний і подальше його проведення припиняють. Якщо з'являються підозрілі дані, тест повторюють на наступний день. Негативний контрактильний тест є надійним показником сприятливого стану плоду. Такий позитивний тест з високим ступенем достовірності відображає кінець резервів фето-плацентарної системи в умовах стресу (перинатальна смертність при позитивному тесті у 6 разів вища, ніж при негативному).

Дихальні (ДР) та генералізовані (ГР) рухи плода реєструються за допомогою ультразвукового сканера, який працює в масштабі реального часу, являє собою спеціальну та

вельми суттєву форму адаптації до умов внутрішньоутробного існування, є чутливим індикатором стану організму, що розвивається.

Жінка починає відчувати рухи плода між 16 та 20 тижнями вагітності. Рухова активність плода найбільш інтенсивна на 28-35 тиждів вагітності. Зниження частоти ГР плода в міру розвитку вагітності пояснюється зменшенням об'єму амніотичної рідини, збільшенням розмірів плода, зсувами в функціональному стані його ЦНС, а також дегенеративними змінами плаценти, що спостерігаються в більш пізні терміни вагітності. Кількість ГР зранку та вдень завжди менша, ніж увечері. Найбільше число ГР плода припадає на період між 15 та 16, 18 та 19 годинами. Зростання рухливості плода спостерігається, коли мати приймає седативні засоби або транквілізатори. Інтенсивність рухів більша у хлопчиків.

Взаємозв'язку між числом та частотою ГР плода та прийом їжі або концентрацію глюкози у сироватці крові матері не виявлено. Рухи здорового плода викликають прискорення його серцебиття.

В результаті численних досліджень встановлено, що зменшення ГР плода у більшості випадків може розглядатися як симптом порушення його стану, зумовленого гіпоксією. В нормі кінцівки плода перебувають у стані флексії, тулуб дещо зігнутий, голівка притиснута до грудей. Після рухів плід повертається у вихідний стан. На випадок дистресу кінцівки та тулуба плода частково або повністю розігнуті, кисті розкриті. Після завершення рухів плід повертається у стан флексії. В міру погіршення стану плода спостерігається зменшення всіх параметрів його рухової активності, особливо кількість рухів, загальної амплітуди та тривалості їх, а також показників інтенсивності та кількості групових рухів. За даними В.М. Демидова та співавт., на ураження плода вказують такі ознаки: число рухів менше 4 за 2 години реєстрації протягом дня, зниження числа рухів більш як на 50%, раптове повне зникнення рухів плода.

Особливо слід відзначити реєстрацію ГР плода самою жінкою. Вагітна відчуває 85% рухів плода, що реєструється при ультразвуковому дослідженні. Таким чином, реєстрація ГР плода самою жінкою є простим, достатньо надійним скринінговим методом. Останній доцільно застосовувати при антенатальному спостереженні, починаючи з 28 тижня вагітності. Облік рухів плода треба робити протягом однієї години 3-4 рази на добу. Поява так званого сигналу небезпеки (зниження числа рухів до 3 і менше за годину) свідчить про виражене порушення життєдіяльності плода.

Специфічною формою активності є дихальні рухи (ДР) плода. Вони проявляються переміщенням грудної клітки та вираженими рухами передньої черевної стінки, особливо в епігастральній ділянці. Ритмічність ДР проявляється приблизно на 24 тиждів вагітності. Є дані про те, що ДР плода епізодичні і мають майже 30% часу при доношеній вагітності. ДР вважаються постійними, якщо вони спостерігаються рідше, ніж через 6 с. Індекс ДР визначається як відсоток часу спостереження, протягом якого відзначаються постійні ДР. Частота ДР коливається від 38 до 76 за хвилину. В кінці вагітності частота ДР сягає 30 за хвилину, а індекс ДР – 76,4%. ДР супроводжується значним зростанням варіабельності ЧСС плода. Частота ДР, величина індексу ДР є показниками ступеня розвитку дихальної допоміжної мускулатури. Зниження їх величини є прогностично несприятливим для плода. Частота ДР зростає на 50-55% при введенні глюкози матері. Є припущення, що глюкоза впливає на частоту ДР плода опосередковано через зміни електричної активності мозку. У разі загрозливого стану плода ДР немає або реєструється епізод постійних ДР тривалістю 30 с. протягом 30 хв. спостереження.

Ультразвукова плацентографія дає можливість одержати точне уявлення про локалізацію, розміри та структуру плаценти. Наприкінці першого триместру вагітності плацента при застосуванні стабільного методу визначається у вигляді ехопозитивного утвору губчатої

структури. В процесі прогресування вагітності внутрішні структури плаценти повністю зникають і до 26-29 тижнів вагітності вона стає майже повністю ехонегативною.

За даними ехографії, у розвитку нормальної плаценти розрізняють 4 стадії. Стадія 0 – плоска хоріальна пластинка, плацентарна субстанція гомогенна, зображення базального шару немає. Ця стадія характерна для I та II триместрів. Стадія I спостерігається у 30-32 тижні нормальної вагітності. Для неї характерна така картина: хоріальна пластинка злегка хвиляста, у плацентарній тканині – окремі ехогенні зони, базального шару ще не видно. Стадія II відзначається у 32-34 тижні вагітності. У цій стадії хвилястість хоріальної пластинки виражена більше, але вона досягає базального шару. В ньому виявляються дрібні ехогенні зони, розташовані в лінійному порядку (базальна точковість). У тканині плаценти спостерігаються регулярні ехогенні зони, подібні до коми. Стадія III (зріла плацента) – боріздки в хоріальній пластині досягають базального шару, в тканинах плаценти виявляються округлі ехогенні зони з неехогенними центральними ділянками. В базальному шарі видно великі ехогенні зони, що зливаються. У деяких вагітних плацента I стадії може зберігатися до кінця вагітності, що не супроводжується патологією з боку плода. Тривогу повинна викликати наявність зрілої плаценти при вагітності 30 тижнів, що вказує на передчасне її старіння та високий ризик для плода.

Важлива інформація може бути одержана на основі вимірювання товщини плаценти. Для фізіологічної вагітності товщина плаценти поступово зростає від 1,09 см у 7 тижнів до 3,56 см у 36 тижнів вагітності. Залежно від терміну вагітності спостерігається нерівномірний ріст товщини плаценти. Найбільш інтенсивно збільшується товщина плаценти у 30 тижнів вагітності. В останній місяць вагітності товщина плаценти або не змінюється або дещо зменшується під час пологів. Витончення (до 2 см) або потовщення (більше 5 см) свідчить про плацентарну недостатність.

Застосування ехографії може суттєво допомагати в діагностиці передчасного відшарування нормально прикріпленої плаценти. Якщо є ця патологія між плацентою, оболонкою та стінкою матки, відзначаються ехогенні простори, що свідчать про накопичення крові.

Застосування ехографії дає змогу також діагностувати інші патологічні зміни плаценти. В останні тижні вагітності іноді вдається встановити кальциноз плаценти. Спочатку він виявляється у вигляді окремих, хаотично розкиданих включень підвищеної акустичної густини, що розташовані в її паренхімі. Потім кальциноз стає видно на зовнішній поверхні материнської частини плаценти. Далі він поширюється на плацентарні перегородки. У зв'язку з чим плацента приймає чітко виражену дольчасту будову. Такий вид плаценти свідчить про передчасне її дозрівання. Треба сказати, що в більшості спостережень кальциноз поєднується із зменшенням об'єму навколоплідних вод, які нерідко забарвлені меконієм. У деяких випадках вдається візуалізувати кисти плаценти. Це окреслені, круглястої форми ехонегативні утвори з гладкою внутрішньою поверхнею.

Комплексна оцінка стану плода передбачає також ехографічне визначення об'єму навколоплідних вод. При вираженому багатоводді в порожнині матки відзначається збільшення просторів, вільних від ехоструктур, що свідчить про підвищення накопичення рідини. Плацента внаслідок перерозтягнення матки звично різко потоншується. При маловодді, навпаки, в порожнині матки спостерігається різке зменшення вод ехоструктур просторів.

Клінічний досвід засвідчує, що зі зменшенням об'єму амніотичної рідини спостерігається статистичне ймовірне зростання частоти затримки розвитку плоду. Виражене зменшення об'єму вод при хронічній гіпоксії є однією з ознак, що свідчать про погіршення стану плода.

Для точності прогностичної оцінки основних параметрів біофізичного профілю плоду доцільно використовувати шкалу Апгар.

У цій шкалі оцінка 8-10 балів свідчить про нормальний стан плода, 0-2 тали є показником

для термінових обережних пологів. У решті випадків акушерська тактика залежить від обліку зрілості плода та готовності пологових шляхів. Якщо немає умов, програмовані пологи треба приймати після 48-годинної підготовки вагітної.

Висока чутливість та специфічність наведених вище тестів пояснюється поєднанням маркерів фетального дистресу (серцева діяльність, м'язевий тонус, рухова активність) та хронічного порушення стану плода (об'єм амніотичної рідини). Очевидним є факт, що визначення біофізичного профілю плода дає змогу прогнозувати наслідок вагітності, вибрати оптимальну лікарську тактику, забезпечити зниження перинатальної захворюваності та смертності.

### Комплексна оцінка основних параметрів

#### біофізичного профілю плода

Параметри	Бали	
	2	0
Кількість навколо-плідних вод	Навколоплідні води візуалізуються у більшій частині порожнини матки. Найбільший вертикальний розмір вільної ділянки вод перевищує 1 см або індекс амніотичної рідини перевищує 5 см	Навколоплідні води візуалізуються в більшій частині промежини матки. Найбільший вертикальний розмір вільної ділянки вод не перевищує 1 см або індекс амніотичної рідини не перевищує 5 см.
Рухова активність плода	Наявність не менше 3 окремих рухів тулуба протягом 30 хв спостереження.	Наявність 2 або менше окремих рухів тулуба плода протягом 30 хв спостереження.
Дихальні рухи плода	Реєстрація за 30 хв не менше 1 епізоду дихальних рухів плода тривалістю 30 с. і більше.	Немає дихальних рухів плода або реєстрація епізоду дихальних рухів тривалістю менше 30 с протягом 30 хв.
М'язевий тону	Кінцівки плода перебувають у стані, флексії, тулуб дещо зігнутий, голівка притиснута до грудей. Після здійснення рухів плід повертається у вихідний стан.	Кінцівки плода та тулуб частково або повністю зігнуті, кисті рук розкриті, після здійснення рухів плід не повертається до стану флексії.
Нестресовий тест	Наявність 2 і більше акцелерацій з амплітудою не менше 15 поштовхів та тривалістю не менше 15 с протягом 20 хв спостереження.	Наявність менше 2 акцелерацій з амплітудою менше 15 с протягом 20 хв спостереження.

Особливість перинатальної патології полягає в тому, що багато факторів впливають на

стан плоду і новонародженого. При цьому має значення також тривалість вагітності, наявність екстрагенітальної патології матері, динаміка розвитку самого плоду.

3. Електрокардіографія – дозволяє реєструвати серцеву діяльність з 14-16 тижнів вагітності:
  1. Непряма.
  2. Комбінована.
  3. Пряма.
  4. Динамічна сцинтиграфія плаценти.

Найбільш оптимальні терміни для обстеження 16-18 тижнів, 24-26 тижнів. В акушерську практику впроваджено ультразвуковий прилад за допомогою якого оцінюється кровообіг в системі мати-плацента-плід. В його основу роботи покладено принцип Доплера, зміна частоти УЗ-хвиль при їх відображенні від рухомої крові.

#### **Ендоскопічні методи обстеження.**

Амніоскопія – застосовується з метою вивчення стану навколоплідних вод. Його проводять в 37 тижнів вагітності при підозрі на внутрішньоутробну загибель плоду, гемолітичну хворобу плоду, низьке розташування плаценти при гестозі, у першовагітних старшого віку, ОАА, ХФПН, аномалії серцевої діяльності плоду, переношена вагітність.

Амніоцентез – пункція амніотичної порожнини (трансабдомінальна, черезпіхвинна). Проводять з 16 тижнів вагітності. Вивчають біохімічний і бактеріологічний склад, кислотно-лужний стан навколоплідних вод.

Фетоскопія – проводять з 16-20 тижнів вагітності. Під час фетоскопії беруть кров із судин плаценти й пуповини, роблять прицільну біопсію шкіри плоду з метою діагностики різних аномалій розвитку і вроджених захворювань плоду.

Кардіоцентез – пункція судин пуповини під контролем УЗ-дослідження.

Біопсія ворсин хоріона та плаценти – метод, який застосовують, починаючи з 8 тижнів вагітності під УЗ контролем для виявлення генетичної патології плода на ранніх етапах розвитку вагітності.

#### **Використання партограми**

Партограма - це графічне відображення результатів динамічного спостереження під час пологів за процесом розкриття шийки матки та просування голівки плода, пологовою діяльністю, станом матері та плода.

Результати проведеного ВООЗ мультицентрового дослідження ефективності партограми для ведення пологів (1990 – 1991 роки), у якому прийняли участь більш, ніж 35 000 жінок, надали можливість зробити наступні висновки:

Впровадження та правильне використання партограми значно покращує якість спостереження за роділею та результати пологів. Використання партограми дозволяє:

- рано виявити незадовільний прогрес у пологах;
- попередити розвиток тривалих пологів (більше 16 годин);

- рано виявити тазо-головну диспропорцію (клінічно вузький таз);
- своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів;
- визначити обсяг необхідних втручань;
- знизити частоту кесарського розтину та полого-підсилення окситоцином;
- зменшити частоту інтранатальної загибелі плода.

Використання партограми є обов'язковим на всіх рівнях надання акушерської допомоги та виключає одночасні записи в історії пологів.

#### *Правила використання партограми*

- Партограма використовується під час першого періоду пологів.
- Ведення партограми слід розпочати за наявності наступних умов:
  - дві або більше перейми протягом 10 хвилин, кожна тривалістю 20 секунд або більше;
  - відсутні ускладнення вагітності та пологів, які вимагають термінових лікувальних заходів або екстреного розродження.
- Партограма заповнюється під час пологів, а не після їх закінчення.
- Партограма має знаходитись у пологовій кімнаті;
- Заповнення та інтерпретацію партограми здійснює навчений медичний персонал (лікар або акушерка);
- Ведення партограми припиняється, якщо виникли ускладнення, що потребують негайного розродження і подальші записи ведуть в історії пологів.

#### *Складові частини партограми*

Партограма складається з трьох основних компонентів:

**I - стан плода** – частота серцевих скорочень, стан плідного міхура та навколоплідних вод, конфігурація голівки.

**II - перебіг пологів** – темп розкриття шийки матки, опускання голівки плода, скорочення матки.

**III - стан жінки** – пульс, артеріальний тиск, температура, сеча (об'єм, білок, ацетон), режим введення окситоцину та ліки, що вводяться під час пологів.

**Паспортна частина** містить інформацію про: прізвище, ім'я та по батькові роділлі, порядковий номер вагітності, кількість пологів в анамнезі, дату та час надходження до пологової палати, тривалість безводного проміжку на момент надходження до пологової палати (якщо плідний міхур цілий, ставлять прочерк), № історії пологів.

**Шкала „Час”** відображає реальний час (годин / хвилин) з моменту надходження до пологової палати та протягом пологів.

Кожна з 24 клітин представляє собою проміжок часу в 1 годину.

Значення часу відображається зліва від вертикалі, якій це значення відповідає.

Відповідно до цієї шкали здійснюються всі записи на партограмі у графах, що розташовані вище та нижче шкали „Час” (дивись Рис 2).

#### **I - Стан плода**

##### **Частота серцевих скорочень**

Вертикальна вісь графі відображає частоту серцевих скорочень плода за хвилину. Більш темні горизонтальні лінії, що відповідають 110 та 170 уд./хв. нагадують про межі нормальної ЧСС плоду. Кожна клітина по горизонталі представляє собою проміжок часу в 15 хв. Ділянки графі нижче 100 уд. хв. та вище 180 уд./хв. вказують на „тяжку брадикардію” та „тяжку тахікардію” відповідно, які, в свою чергу, є ознаками дистресу плода.

Підрахування частоти серцевих скорочень плода шляхом періодичної аускультатії здійснюється за допомогою акушерського стетоскопа або ручного доплерівського аналізатору серцевої діяльності плоду.

Частоту серцевих скорочень плода підраховують і заносять до партограми кожні 15 хвилин.

Починати аускультатію слід одразу після закінчення фази найбільш інтенсивного скорочення матки під час перейми та здійснювати впродовж не менш ніж 60 секунд, жінка при цьому лежить на боці.

Відображається у вигляді позначки (●), яка наноситься на перехрестя між горизонталлю, що відповідає значенню ЧСС плоду, та вертикаллю, що відповідає реальному часу на момент реєстрації ЧСС. Всі позначки з'єднуються лініями, утворюють графік. (Рис 2)

#### **Навколоплідні води**

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв.

Стан плідного міхура оцінюється та записується під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Стан навколоплідних вод оцінюють та записують при розриві плодових оболонок, а далі під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Запис здійснюється наступним чином:

- **Якщо плідний міхур цілий** – літера „Ц” (Цілий);
- **Навколоплідні води прозорі** – літера „П” (Прозорі);
- **Меконіальне забарвлення вод** – літера „М” (Меконій);
- **Води, забарвлені кров'ю** – літера „К” (Кров)

Слід пам'ятати, що літера має бути вписана у клітину, що розташована справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню реального часу шкали „Час” (Рис 2)

#### **Конфігурація голівки плода**

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв.

Ступінь конфігурації голівки плоду оцінюють та записують під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Запис здійснюють наступним чином:

- **Кістки черепа роз'єднані сполучною тканиною, шви легко пальпуються, конфігурація голівки плода відсутня** „0”;
- **Кістки стикаються одна з одною, шви не визначаються (конфігурація I ст.)** „+”;
- **Кістки знаходять одна на другу (конфігурація II ст.)** „++” або „2+”;
- **Кістки значно знаходять одна на другу (конфігурація III ст.)** „+++” або „3+”.

Слід пам'ятати, що позначка має бути вписана у клітину, що розташована справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню реального часу шкали „Час” (Рис 2).

**Конфігурація голівки III ступеня у поєднанні із призупиненням розкриття шийки матки та/або відсутністю опускання голівки плода на фоні активної пологової діяльності є ознакою клінічно вузького тазу.**

## **II - Перебіг пологів**

Розкриття шийки матки

Вертикальна вісь графі відображає розкриття шийки матки в сантиметрах від 0 до 10.

Горизонтальна вісь – шкала часу.

Графа розподілена на латентну та активну фази.

**Латентна фаза** – це період, коли розкриття шийки матки становить менш, ніж 3 см.

Більш темна горизонтальна лінія, що відповідає 3 см розкриття шийки матки та вертикальна, що відповідає восьмій годині шкали часу, відокремлюють латентну фазу першого періоду пологів від активної.

В нормі тривалість латентної фази не повинна перевищувати 8 годин.

**Активна фаза** – це період розкриття шийки матки від 3 до 9 сантиметрів. Тривалість активної фази залежить від темпу розкриття шийки матки.

Частина графі, що відповідає активній фазі має дві більш темні похилі лінії – Лінію уваги та Лінію дії.

**Лінія уваги** – починається у точці, що відповідає розкриттю 3 см, і продовжується до позначки повного розкриття шийки матки.

Лінія уваги відповідає темпу розкриття шийки матки 1 см/год.

**Швидкість розкриття шийки матки 1 см/год в активну фазу першого періоду пологів є мінімальною нормальною як для жінок, що народжують вперше, так й для жінок, що народжують повторно.**

**Лінія дії** – проходить паралельно лінії уваги, відступи від неї на 4 години вправо.

Значення розкриття шийки матки визначається під час кожного внутрішнього акушерського дослідження,

Результати оцінки розкриття шийки матки відмічають на партограмі позначкою (**X**), що має бути розташована на перехресті між горизонталлю, яка відповідає значенню розкриття шийки матки, та вертикаллю, яка відповідає часу обстеження.

Позначки (**X**) з'єднують безперервною лінією (крім випадку, коли виконується перенос – див нижче), створюючи графік розкриття шийки матки (Рис 2).

### **Особливості нанесення розкриття шийки матки**

- **Якщо жінка надходить до пологової палати у латентній фазі першого періоду пологів, розкриття шийки матки (X) наносять на вертикальну вісь графі у місці, що відповідає значенню розкриття.**

Через 4 години проводять наступне внутрішнє акушерське дослідження та отримані результати заносять до партограми. Позначки (**X**) з'єднують безперервною лінією.

Можливі наступні варіанти:

Варіант 1:

Розкриття шийки матки під час другого внутрішнього акушерського дослідження менш ніж 3 см – X буде розташовано нижче темної горизонтальної лінії, що проходить на рівні 3 см розкриття шийки матки;



Варіант 2:

Розкриття шийки матки 3 см та більше - X буде розташовано безпосередньо на темній горизонтальній лінії, що проходить на рівні 3 см розкриття шийки матки (якщо розкриття дорівнює 3 см) або вище (у разі наявності розкриття більш ніж 3 см). Позначки (X) з'єднують безперервною лінією.

Варіант 2 свідчить про те, що пологи перейшли в активну фазу першого періоду.

**Якщо пологи перейшли в активну фазу першого періоду X має бути перенесено безпосередньо на Лінію уваги.**

Для цього знайдіть місце, у якому перехрещуються горизонтальна лінія, що відповідає значенню розкриття шийки матки, та Лінія уваги. На це місце слід поставити X. З'єднайте обидва X, що знаходяться на одній горизонталі дугоподібною переривистою лінією, яка символізує перенос (Рис 2).

**Час, у який було проведено внутрішнє акушерське дослідження, слід також перенести та розташувати зліва від вертикалі на якій знаходиться перенесений на Лінію уваги X.**

Відносно часу, який перенесено виконують перенос всіх показників прогресування пологів (перейми за 10 хвилин, опускання голівки плода), стану матері (пульс, артеріальний тиск, температура, сеча) та плода (ЧСС, стан навколоплідних вод, конфігурація голівки плода) на даний час.

Запис показників подальшого моніторингу надалі здійснюється від часу який перенесено (Рис.2)

- **Якщо жінка надходить до пологової зали в активній фазі I періоду пологів, значення розкриття шийки матки наноситься зразу безпосередньо на Лінію уваги.** Час, у який було проведено внутрішнє акушерське дослідження відмічається зліва від вертикалі на якій знаходиться нанесений на Лінію уваги X. Запис всіх показників прогресування пологів, стану матері та плода надалі здійснюють від цього часу.

### **Інтерпретація**

- **Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться зліва від Лінії уваги це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки більше 1 см/год. Такий перебіг першого періоду пологів вважається нормальним. Проводиться спостереження.**

- **Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться безпосередньо на Лінії уваги, це свідчить про те що темп розкриття шийки матки дорівнює 1 см/год. Слід пам'ятати, що це мінімальна нормальна швидкість розкриття шийки матки в активній фазі першого періоду пологів як для жінок, які народжують вперше, так і для жінок, які народжували. Проводиться ретельне спостереження, втручання у перебіг пологів не показані.**

- **Якщо графік розкриття шийки матки заходить вправо за Лінію уваги, але не досягає Лінії дії, це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки менш ніж 1 см/год.**

Цей стан носить назву „Пролонгована активна фаза” та може бути пов'язаний зі слабкістю пологової діяльності, клінічно вузьким тазом або неправильним вставленням голівки плода. У цьому випадку проводять ретельну оцінку акушерської ситуації з метою з'ясування причини затримки розкриття шийки матки та приймають рішення щодо необхідного лікування такого стану.

**Відхилення графіку розкриття шийки матки вправо за Лінію уваги за наявністю цілого плідного міхура є абсолютним показанням до проведення амніотомії.**

- Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає Лінію дії необхідно вжити наступні заходи:
  - повна оцінка стану матері, плода та акушерської ситуації;
  - за наявністю показань (дистрес плода, клінічно вузький таз, неефективне пологопідсилення) – кесарів розтин;
  - у разі продовження консервативного ведення пологів - пологопідсилення окситоцином, якщо це не було зроблено раніше. Внутрішнє акушерське дослідження проводять через кожні дві години. Якщо не вдалося досягти темпу розкриття шийки матки 1см/год між будь якими з цих досліджень (тобто графік розкриття шийки матки не є паралельним Лінії дії) – розродження шляхом кесарева розтину.

Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає Лінію дії ризик інтранатальної загибелі плода підвищується у 10 разів.

### **Опускання голівки плода**

Опускання голівки плода може бути визначено за допомогою абдомінальної пальпації та внутрішнього акушерського дослідження.

На партограмі відмічається опускання голівки, визначене шляхом абдомінальної пальпації.

Для визначення положення голівки над краєм таза шляхом абдомінальної пальпації використовують ширину 5 пальців

Наприклад, голівка плода визначається над симфізом на ширину 5 пальців акушера - 5/5. По мірі того як голівка опускається в порожнину таза вона визначається меншою кількістю пальців над симфізом: 4/5- ширина 4 пальців акушера, 3/5 – ширина 3 пальців акушера, 2/5 - ширина 2 пальців акушера, 1/5 - ширина 1 пальця, 0/5 – голівка не визначається над симфізом. (Рис 1)

Абдомінальна пальпація дає можливість запобігти помилок у випадках, коли під час внутрішнього акушерського дослідження важко відрізнити опускання голівки від значного посилення набряку передлежачої частини.

*Коли голівка пальпується на 2/5 над верхнім краєм симфізу це означає, що голівка великим сегментом пройшла площину входу в таз;*

*Коли голівка пальпується менш ніж на 2/5 найчастіше означає що голівка знаходиться у порожнині таза.*

Вертикальна вісь графі „Опускання голівки плода” відображає кількість пальців (від 0 до 5) на ширину яких голівка плода пальпується над краєм симфізу. Горизонтальна вісь – шкала часу.

Опускання голівки плода визначають та відмічають на партограмі безпосередньо перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням.

Результати оцінки опускання голівки плода відмічають на партограмі позначкою (O), що має бути розташована на перехресті між горизонталлю, яка відповідає кількості пальців на

ширину яких голівку пальпують над краєм симфізу та вертикаллю, яка відповідає часу обстеження.

Позначки (O) з'єднують безперервною лінією, створюючи графік опускання голівки плода. У випадку, коли виконується перенос, позначки (O) не з'єднуються. (Рис.2)

**Позначка (O) та позначка (X) завжди знаходяться на одній вертикалі.**

**Якщо значення розкриття шийки матки (наприклад 4 см) співпадає з кількістю пальців на ширину яких голівка пальпується над краєм симфізу (наприклад 4/5) то на партограмі X буде співпадати з O, тобто позначку (X) буде вписано у позначку (O).**

Опускання голівки плода може не спостерігатись, поки шийка матки не розкриється приблизно на 7-8 см.

#### **Перейми за 10 хвилин**

Кожен квадрат по вертикалі відповідає 1 переймі за 10 хвилин. По горизонталі кожен квадрат відповідає 30 хвилинам.

Кількість та тривалість перейм підраховують протягом 10 хвилин.

Кількість перейм за 10 хвилин – це кількість квадратиків які мають бути заштриховані по вертикалі відповідно часу обстеження. Вид штриховки залежить від тривалості перейми в секундах



- менше 20 секунд



- від 20 до 40 секунд

- біль 40 секунд

Кількість та тривалість перейм визначають та відмічають на партограмі щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі.

**Штриховка завжди здійснюється справа від вертикалі яка відповідає певному значенню часу (Рис 2).**

### **III - Стан жінки**

#### **Пульс та артеріальний тиск**

Вертикальна вісь графі одночасно відображає артеріальний тиск та частоту пульсу.

Артеріальний тиск та частоту пульсу визначають та відмічають на партограмі кожні 2 години.

Артеріальний тиск відмічають на партограмі двобічною стрілкою (показана зліва від вертикальної вісі графі) яка зверху досягає горизонталі, що відповідає значенню систолічного тиску, а знизу – горизонталі, що відповідає значенню діастолічного тиску.

Двобічна стрілка має бути розташована справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Частоту пульсу відмічають на партограмі позначкою (●), яка має бути розташована на перехресті між горизонталлю, що відповідає значенню частоти пульсу, та вертикаллю, що відповідає значенню часу. (Рис.2)

**Температуру тіла** визначають та відмічають на партограмі кожні 4 години (або частіше у разі наявності показань) та відмічають справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

**Об'єм виділеної сечі** визначають та відмічають на партограмі після кожного сечовипускання (нагадуйте жінці про необхідність сечовипускань кожні 2-4 години) та відмічають справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Білок та ацетон сечі визначаються за показаннями.

### **Окситоцин**

Заповнюють у разі стимуляції пологової діяльності.

Верхній рядок граfi призначений для запису дози окситоцину, у розрахунку на 1 літр фізіологічного розчину.

Нижній рядок граfi призначений для запису швидкості інфузії розчину окситоцину. Кількість крапель окситоцину за хвилину записується кожні 30 хвилин.

### **Призначені ліки**

Заповнюють у разі застосування медикаментів.



## ІХ.ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Кузьмина И.Ю. Современные методы терапии фетоплацентарной недостаточности и гипоксии плода // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 3(32) . – С. 60-64.
2. Кулаков В. И., Орджоникидзе И.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. – М.: 2004. – 494 с.
3. Лихачев В.К. Ухналь Л.В. Патент Украины № 21435 „Способ лечения плацентарной недостаточности”. Опубликовано 15. 03. 2007. Бюллетень № 3, 2007. – 6 с.
4. Лихачев В.К., Ухналь Л.В. Патент Украины № 21652 „Способ определения степени тяжести плацентарной недостаточности”. Опубликовано 15. 03. 2007. Бюллетень № 3, 2007. – 6 с.
5. Наказ МОЗ України № 782 від 29. 12. 2005 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2005. – 44 с. (затримка росту плода).
6. Наказ МОЗ України Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 900 від 27.12. 2006 «Дистрес плода при вагітності та під час пологів». – Київ, 2006 . – 12 с.
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей. — М.: МИА, 2010. — 720 с.
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
9. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (ведення нормальних пологів).
10. Наказ МОЗ України №900 від 27.12.2006р. "Дистрес плода при вагітності та під час пологів".
11. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль: учеб.пособие. - Минск: Книжный Дом, 2004. - 304 с.
12. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.

**Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л. М.**

**17.10.2016**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.**