

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
І РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Дистрес та затримка розвитку плода (код курсу 6.5)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Затримка росту плода (ЗРП) - ускладнення вагітності, яке розвивається внаслідок плацентарної недостатності (ПН) і призводить до народження дитини з масо-ростовими параметрами нижче 10-ої перцентилі для даного терміну вагітності. Плацентарна недостатність та затримка росту плода супроводжується підвищеною частотою перинатальної захворюваності та смертності, тому знання сучасних методів діагностики та алгоритму ведення вагітності та пологів при ПН та ЗРП є базисом для запобігання багаточисельних ускладнень з боку дитини в постнатальному періоді та у подальшому житті.

II. Навчальні цілі лекції

Донести до інтернів наступні знання:

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.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних із затримкою розвитку плода та роділля з дистресом плода.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Основні поняття про періоди розвитку плода.	
2. Фізіологія	Будову, функції та періоди розвитку плаценти. Основні поняття про фізіологію плодово-плацентарного кровообігу.	
<i>Наступні:</i>		

1. Неонатологія	Поняття про трофічні розлади у плода та новонародженого (нормо-, гіпотрофія та гіпертрофія).	Давати оцінку стану новонародженого.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки дистресу.	

У. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	Основний етап Викладення лекційного матеріалу за планом: 1. Визначення стану плода за допомогою кардіотографії 2. Ультразвукове дослідження в оцінці функціонального стану системи мати-плацента-плід. 3. Плацентарна недостатність. 4. Затримка розвитку плода (класифікація, діагностика, профілактика) . 5. Дистрес плода (фактори ризику, діагностика, лікування, профілактика).	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	Заключний етап 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання 3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.	Перелік навчальної літератури ЗАПИТАННЯ	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу

Визначення стану плода за допомогою кардіотографії

Серцева діяльність плода є одним з основних механізмів, дозволяючих визначити його внутрішньоутробний стан. Посилення серцевої діяльності веде до прискорення кровообігу в плаценті, внаслідок чого підвищується інтенсивність обмінних процесів між організмом матері і плода, в тому числі й газообмін.

Крім традиційного вислуховування серцебиття плода за допомогою акушерського стетоскопа існують більш досконалі об'єктивні методи оцінки стану плода - електрокардіографія плода, фотоелектрокардіографія, кардіотокографія, ультразвукова діагностика, доплерометрія. Не дивлячись на значні діагностичні можливості цих методів, деякі з них мають ряд суттєвих недоліків, пов'язаних з неможливістю отримання в усіх випадках якісних кривих у зв'язку зі значною кількістю виникаючих зовнішніх перешкод. В наш час найбільш сучасним, точним, надійним і об'єктивним методом оцінки серцевої діяльності плода є кардіотокографія (КТГ).

Кардіотокографія відноситься до найбільш розповсюджених методів анте- і інтранатальної оцінки стану плода. КТГ набуває інформативності після 32 тижня вагітності завдяки тому, що саме в цьому терміні відбувається дозрівання міокардіальних рефлексів і становлення циклів активність-спокій.

Класифікація частоти серцевих скорочень плода за даними КТГ.

Базальна (основна) частота:

- Нормокардія (120-160 уд/хв.).
- Тахікардія (більш ніж 160 уд/хв.):
 - помірна (161-180 уд/хв.);
 - виразна (понад 180 уд/хв.);
- Брадікардія (менша, ніж 120 уд/хв.):
 - помірна (119-100 уд/хв.);
 - виразна (менша за 100 уд/хв.).

Варіабельність.

I. Миттєва частота (мікрофлюктуація):

- "німа", монотонна — до 5 уд/хв.
- сплюснена (вужкоундуляторна) — 5-9 уд/хв.
- хвилеподібна (ундуляторна) — 10-25 уд/хв.
- пульсаційна — понад 25 уд/хв.

II. Повільні коливання (осциляції).

- *Амплітуда осциляцій:*
 - низька — до 10 уд/хв.;
 - нормальна 10 -30 уд/хв.;
 - висока — понад 30 уд/хв.
- *Частота осциляцій:*
 - мала – до 3 в 1 хв.;
 - середня – 3-6 в 1 хв.;
 - часта – понад 6 в 1 хв.

Змінність (тимчасової зміни).

I. Прискорення (акцелерації) спонтанні та періодичні:

- правильні;
- неправильні (варіабельні);
- комбіновані.

II. Уповільнення (децелерації):

- спонтанні:
 - короткі (dip 0);
 - уповільнення (пролонговані);
- періодичні:
 - правильні (ранні – dip I та пізні dip II);
 - варіабельні (dip III);
 - комбіновані;
 - уповільнені (пролонговані)

Для оцінки стану внутрішньоутробного плоду, визначення його реактивності, компенсаторних і резервних можливостей використовують *діагностичні функціональні проби*.

Термічна проба полягає у вивченні серцевої діяльності плода після термічної дії (холоду чи тепла) на шкіру вагітної. В нормі при проведенні холодової проби (накладання міхура з льодом на передню черевну порожнину) спостерігається зменшення ЧСС плода на 8-10 уд/хв, при проведенні теплової проби серцебиття плода прискорюється на 12-15 уд/хв.

Проба із затримкою дихання на видиху - в нормі затримка дихання на видиху призводить до збільшення ЧСС на 8-10 уд/хв.

Кисневий тест - базується на спостереженні за серцебиттям плода і його рухами після вдихання вагітною кисню. Уповільнення серцебиття плода та зменшення його рухової активності у відповідь на вдихання кисню свідчить про зниження компенсаторних можливостей плода і порушення його стану.

Проба з фізичним навантаженням сприяє збільшенню серцевих скорочень плода на 10-15 уд/хв.

Звукова стимуляція плода проводиться звуковою хвилею з частотою 2000-3000 Гц протягом 5 с. та силою 80-110 дБ, направленою на передню черевну стінку. При нормальному стані плода такий вплив призводить до появи акцелерацій, що пов'язане із зростанням рухливої активності плода.

Атропінова проба Через 4-10 хв. Після внутрішньовенного введення 0,0015-0,002 г атропіну сульфату в 10 мл 5% розчину глюкози ЧСС плода в нормі збільшується в середньому на 20-30 уд/хв. При порушенні стану плода таке прискорення відбувається пізніше (через 20-30 хв.).

Ультразвукове дослідження в оцінці функціонального стану системи мати-плаценти-плід.

З метою контролю за розвитком плода і оцінки його розмірів при УЗД визначають відповідність розмірів плода його гестаційному віку, а також ступінь відхилення цих показників від нормальних цифр.

Розвиток плода характеризується головним чином його масою тіла, тому для виявлення плода з масою, не відповідною гестаційного віку, розроблені формули для розрахування маси тіла на підставі його біометричних параметрів.

У зв'язку з високою варіабельністю показник УЗД для діагностики фетоплацентарних порушень і дотримки внутрішньоутробного розвитку плода пропонують біометрію проводити кожні 10 днів.

Маловоддя в поєднанні з іншими зменшеними показниками біометрії може бути ознакою небезпеки для плода. Вкрай несприятливою прогностичною ознакою є виразне маловоддя в II триместрі вагітності. При маловодді, виявленому в 18-26 тижнів, відбувається переривання вагітності, антенатальна загибель плода або новонароджені гинуть в перші дні життя.

Біофізичний профіль плоду характеризують такі показники: біометричні параметри, нестресовий тест заданими КТГ, дихальні рухи, рухова активність плоду, його загальний тонус, кількість навколоплідної рідини, стан плаценти (Vintzseos A.M., 1987).

Біометричні параметри включають: біпаріетальний розмір (БПР) голівки, довжина спинки, діаметр живота, діаметр грудної клітини, а також поперечний діаметр мозочка (ПДМ). ПДМ не залежить від впливу патологічних процесів та чітко корелює з терміном вагітності, що дозволяє чітко визначати гестаційний вік плоду. По біометричним показникам визначають синдром затримки розвитку плода (найбільш інформативним є ПДМ). Внутрішньоутробна затримка розвитку плода може бути симетричною (біометричні розміри дитини зменшені однаково) та асиметричною (зменшені всі розміри, крім БПР голівки).

Дихальні рухи плода (ДРП):

- ДРП оцінюються в 2 бали, коли спостерігається не менше 1 епізоду ДРП тривалістю 60 с і більше за 30 хв. спостереження;
- ДРП оцінюються в 1 бал при наявності не менше 1 епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 с за 30 хв спостереження;
- ДРП оцінюються в 0 балів при наявності ДРП тривалістю менше 30 с або їх відсутність за 30 хв спостереження.

Рухова активність плоду:

- Рухова активність плоду оцінюється в 2 бали (нормальна) при наявності 3 і більше рухів тулуба та кінцівок протягом 30 хв; спостереження (одночасні рухи тулуба і кінцівок розглядаються як 1 епізод);
- В 1 бал (сумнівна) рухова активність оцінюється при спостереженні 1-2 рухів плоду за період огляду;
- Оцінка в 0 балів виставляється при відсутності дихальних рухів плоду за 30 хв. спостереження.

Тонус плоду (Т);

- Т оцінюється в 2 бали, коли відмічається не менше 1 епізоду розгинання з поверненням у зігнуте положення хребта та кінцівок за 30 хв спостереження;
- Т оцінюється в 1 бал при наявності не менше 1 епізоду розгинання з поверненням у зігнуте положення або хребта, або кінцівок за 30 хв спостереження;
- Т оцінюється в 0 балів, коли кінцівки плоду знаходяться в розігнутому положенні.

Об'єм навколоплідної води (ОНВ);

- ОНВ оцінюється в 2 бали, коли води чітко визначаються у матці, вертикальний діаметр вільної ділянки води перевищує 2 см;
- ОНВ оцінюється в 1 бал, коли вертикальний діаметр вільної ділянки води знаходиться в межах 1-2 см;
- ОНВ оцінюють в 0 балів, коли відмічається тісне розміщення малих частин плоду, вертикальний діаметр вільної ділянки води становить менше 1 см.

Визначення стану плаценти:

- оцінка в 2 бали (нормальна) визначається при О-II ступенях зрілості плаценти за *Grannum*;
- оцінка в 1 бал - плацента розташована по задній стінці матки й визначення ступеню її зрілості ускладнене;
- оцінка в 0 балів - III ступінь зрілості плаценти за *Grannum*.

Оцінка біофізичного профілю в 8-12 балів вважається нормальною та інтерпретується як нормоксичний стан плода, мінімальний ризик розвитку гіпоксії, асфіксії новонародженого та мертвонародження в рекомендований інтервал спостереження. 7 балів розглядається як сумнівна оцінка при первинному огляді і свідчить про можливий розвиток перерахованих ускладнень. Повторення оцінки в 7 балів під час наступного дослідження та оцінка в 5 балів розцінюється як ознака внутрішньоутробного "страждання" плода і свідчить про високий ризик розвитку перинатальних гіпоксичних ускладнень.

Аналіз випадків антенатальної загибелі плода показав, що в усіх спостереженнях внутрішньоутробна загибель плода наступала вразі виявлення нульового діастолічного кровопливу як в артеріях пуповини, так і в аорті плода. Час антенатальної загибелі плода після виявлення критичного стану плодово-плацентарного кровообігу в 31-35 тижнів вагітності коливається в межах від 1 до 16 днів. Доплерометрія надає змогу не тільки значно покращити діагностику плацентарної недостатності, але й оцінити ефективність її патогенетичної терапії та зробити вибір раціональної акушерської тактики.

ПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ

Плацентарна недостатність (ПН) - неспецифічний синдром, який розвивається при ускладненнях вагітності і характеризується комплексом функціональних і морфологічних змін в плаценті з порушенням росту і розвитку плода.

Класифікація

З урахуванням часу початку по відношенню до терміну формування плаценти:

- *первинна ПН* - розвивається в ранні терміни вагітності (до 16 тижнів), часто співпадає з вадами та припиненням розвитку плода;
- *вторинна ПН* - розвивається після 16 тижнів вже при сформованій плаценті, є основною причиною затримки розвитку плода.

За перебігом:

- *Гостра ПН* - виникає в будь-який термін вагітності і проявляється порушенням газообміну плаценти, що, в свою чергу, призводить до дистресу плода. В розвитку гострої ПН основна роль відводиться порушенням матково-плацентарного та фето-плацентарного кровообігу.
- *Хронічна ПН* - має тривалий перебіг, супроводжується розладами мікроциркуляції в плаценті, хронічним кисневим голодуванням плода.

В залежності від стану захистно-приспосувальних реакцій:

- *Відносна ПН (компенсована, субкомпенсована)* - компенсаторні реакції в плаценті збережені, є можливість проводити лікування;
- *Абсолютна (некомпенсована, критична)* - виснаження компенсаторних механізмів, виникає затримка росту і дистрес плода, може статися загибель плода.

Фактори ризику ПН:

- вік молодше 17 років і старше 35;
- неблагоприємні соціально-побутові умови (недостатнє харчування);
- токсична і радіаційна дія зовнішнього середовища;
- шкідливі звички (паління, алкоголізм, наркоманія);
- інфекційні захворювання (ТСЖСН-інфекції);
- екстрагенітальні захворювання (нейроендокринні порушення, гіпертензія, захворювання нирок тощо);
- гінекологічні захворювання (пухлини матки, хронічні запалення ендометрію);
- неблагоприємний акушерсько-гінекологічний анамнез;
- ускладнення вагітності (ранній гестоз, загроза переривання вагітності, багатопліддя, прееклампсія, анемія тощо)

Перераховані фактори, насамперед, призводять до порушень матково-плацентарного, а далі до фетоплацентарного кровообігу, розвиваються незворотні морфологічні процеси і порушуються основні функції плаценти.

Патогенез

В розвитку ПН слід відмітити декілька взаємопов'язаних патогенетичних факторів:

- недостатність інвазії цитотрофобласта;
- патологічні зміни матково-плацентарного кровообігу (МПК);
- порушення фетоплацентарного кровообігу (ФПК);
- незрілість ворсинчастого дерева;
- зниження захистно-приспосувальних реакцій;
- ураження плацентарного бар'єра.

Порушення МПК характеризується наступними важливими факторами:

- зниженням притоку до міжворсинчатого простору;
- ускладненням відтоку з міжворсинчатого простору;
- змінами реологічних і коагуляційних властивостей крові;
- розладами капілярного кровотоку в ворсинах хоріону.

Порушення відтоку і притоку крові викликає різке зниження гемоциркуляції у міжворсинчатому просторі із зменшенням газообміну між кров'ю матері і плода.

Патологічні зміни, які відбуваються при плацентарній недостатності, призводять до:

- зменшення матково-плацентарного кровотоку;
- зниження артеріального кровопостачання плаценти і плода;
- зниження газообміну і метаболізму у фетоплацентарному комплексі;
- порушення процесів дозрівання плаценти;
- зниження синтезу і виникнення дисбалансу гормонів плаценти.

Всі ці зміни подавляють компенсаторно-приспосувальні можливості системи мати-плацента-плід, затримують ріст і розвиток плода, обумовлюють ускладнений перебіг вагітності і пологів.

Клінічна картина

Клінічними проявами первинної ПН є загроза переривання вагітності.

Гостра ПН проявляється гіпоксією плода у зв'язку з порушенням дихальної і транспортної функції плаценти (передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти, передлежання плаценти).

Найбільш характерна ознака хронічної ПН є затримка розвитку плода. Крім того, проявами хронічної ПН є дистрес плода, загроза передчасного переривання вагітності, переносування вагітності, багато- і маловоддя.

Діагностика

Діагностика ПН часто співпадає з діагностикою затримки розвитку та дистресу плода (див. відповідні розділи).

Треба врахувати також данні анамнезу, наявність факторів ризику.

До методів, які безпосередньо визначають порушення функції плаценти, відносять:

1. Визначення рівня гормонів. Ознакою ПН є зниження синтезу гормонів плаценти - естрогенів, прогестерону, плацентарного лактогену.
2. Ультразвукове сканування дозволяє оцінити товщину і структуру плаценти, ступінь її зрілості.
3. Доплерометричне дослідження кровообігу плаценти.

Лікування

Лікування передбачає вплив на супутню екстрагенітальну та акушерську патологію. *Лікуванню підлягає тільки відносна (компенсована) форма ПН.* Акушерська тактика при декомпенсованій ПН і розвитку ЗРП надана нижче.

Медикаментозна терапія ПН повинна бути спрямована на:

- покращення МПК і ФПК;
- інтенсифікацію газообміну;
- корекцію реологічних і коагуляційних відхилень крові;
- ліквідацію гіповолемії і гіпопротеїнемії;
- нормалізацію судинного тонуусу і скоротливої активності матки;
- підвищення антиоксидантного захисту;
- оптимізацію метаболічних і обмінних процесів.

Для нормалізації тону м'язу матки використовують бета-міметики (гініпрал, бриканіл).

Для нормалізації реологічних і коагуляційних якостей крові застосовують: трентал (2% розчин 5 мл на 500 мл 5% розчину глюкози, в/в, крапельно або по 0,1 г 3 рази на добу перорально на протязі 4-5 тижнів), або аспірин (з початковою дозою 300 мг на добу і поступовим її зниженням до 60 мг), або фраксіпарин (по 0,3 мл щоденно на протязі 14-30 днів).

З метою нормалізації метаболізму в плаценті застосовують комплекс вітамінів та ферментів (фолієва кислота по 0,001 г 3 рази на добу, глютамінова кислота по 0,5 г 3 рази на добу, кокарбоксілаза по 0,1 г в/м, вобензим по 3 табл 3 рази на добу).

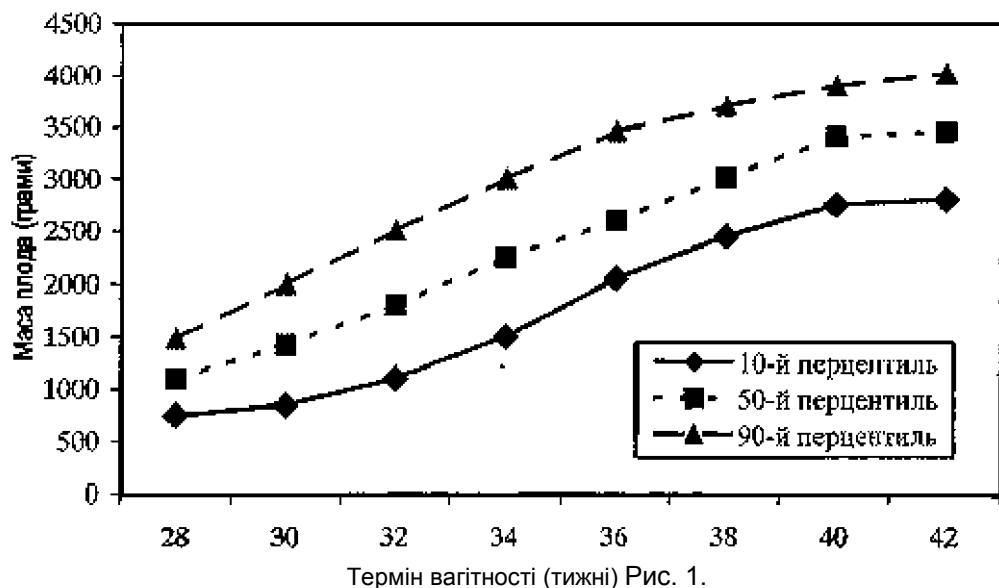
Для нормалізації структурно-функціональних якостей клітинних мембран рекомендовані антиоксиданти (токоферолу ацетат по 600 мг на добу, солкосеріл по 2 мл в/м, актовегін по 250 мл 10% розчину для інфузій в/в або по 1-2 драже 3 рази на день); мембраностабілізатори (ліпостабіл по 2 капсули 3 рази на день, есенціале форте по 2 капсули 3 рази на день).

Під час лікування проводять постійний нагляд за станом плода згідно наданій інформації в розділі, присвяченому ЗРП.

ЗАТРИМКА РОЗВИТКУ ПЛОДА (ЗРП)

Малий для гестаційного віку (МГВ) плід відноситься до таких плодів, які не досягають специфічного біометричного або вагового порогу до відповідного гестаційного віку. Вагова перцентиль найбільш часто використовується для визначення МГВ. Тільки 10 % дітей з найнижчою масою відносяться до плодів, малих для гестаційного віку. Чим нижча перцентиль для визначення МГВ, тим більша імовірність затримки росту плода. При цьому низька маса плода не обов'язково пов'язана з затримкою його росту.

Вагова перцентиль новонародженого і біометричних параметрів плода визначається



Вагові перцентилі у відповідності до терміну вагітності.

Примітка. 10 перцентиль та менше відповідає малим для гестаційного віку плодам; 50 перцентиль - середнім (нормальним) за масою плодам; 90 перцентиль та більше - великим для гестаційного віку плодам (імовірність крупного плода).

Таблиця 1. Центильна оцінка фізичного розвитку новонародженого.

Довжина тіла, см	Значення перцентилей маси тіла, г		
	P10	P50	90
Недоношений новонароджений			
34	898	1041	1205
35	1038	1199	1370
36	1178	1349	1526
37	1300	1483	1662
38	1403	1600	1791
39	1523	1737	1936
40	1645	1871	2072
41	1762	2008	2219
42	1885	2149	2359
43	2002	2289	2488
44	2131	2430	2627
45	2236	2552	2761
46	2325	2657	2893
Доношений новонароджений			
47	2500	2720	3070
48	2620	2880	3220
49	2750	3050	3410
50	2890	3220	3600
51	3030	3380	3780
52	3150	3530	3960
53	3270	3670	4120
54	3380	3800	4280
55	3450	3930	4460
56	3520	4040	4640
57	3550	4150	4840

за допомогою спеціальних діаграм (відповідність маси дитини при народженні і біометричних параметрів плода його гестаційному віку) - рис. 1 та табл. 1.

Класифікація

Виділяють дві форми ЗРП:

- 1) симетрична** - маса і довжина плода пропорційно знижені, всі органи рівномірно зменшені у розмірах;
- 2) асиметрична** - зниження маси плода при нормальних показниках його довжини, непропорційні розміри різних органів плода.

Фактори ризику ЗРП:

1. Медичні:

- хронічна артеріальна гіпертензія;
- цукровий діабет;
- системні захворювання сполучної тканини;
- тромбофілії;
- захворювання нирок;

- прееклампсія вагітних;
- багатоплідна вагітність;
- крововтрата під час вагітності;
- аномалії пуповини та розташування плаценти;
- перинатальні інфекції;
- ЗРП в анамнезі;
- хромосомні та генетичні порушення;
- медикаменти (варфарин, фенітоїн).

2. Соціально-економічні:

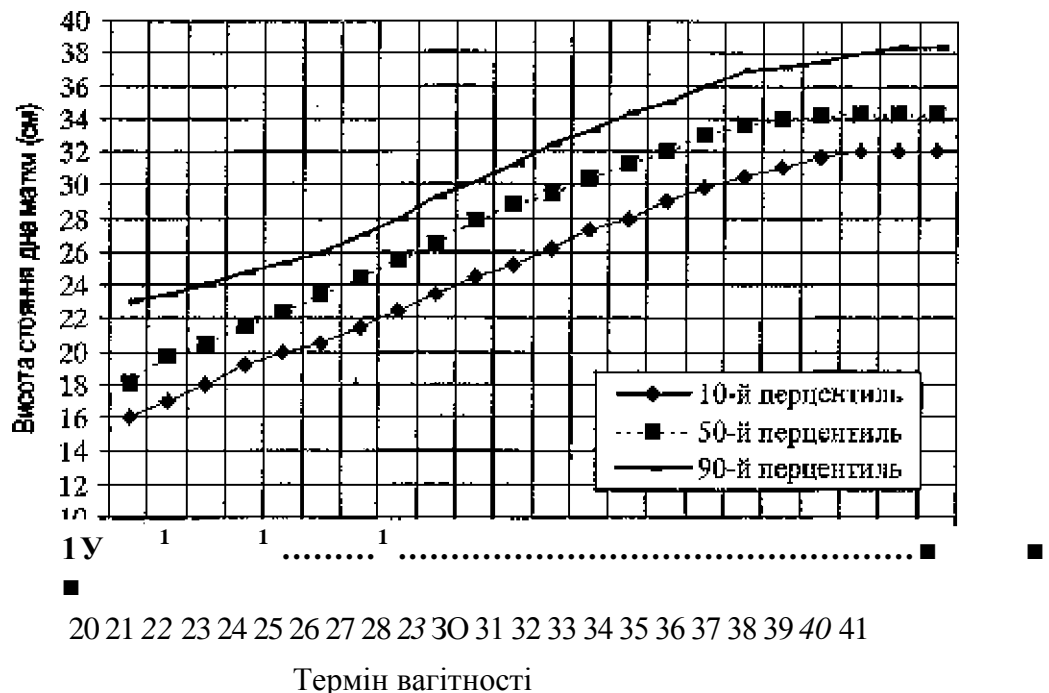
- недостатнє харчування;
- тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків;
- забруднення навколишнього середовища;
- професійні шкідливості.

Діагностика

Біометричні методи:

- **визначення висоти стояння дна матки (ВДМ) у II - III триместрах вагітності на основі гравідограми (рис. 2).**

В нормі до 30 тижня приріст ВДМ складає 0,7 - 1,9 см на тиждень; в 30 - 36 тиж. -0,6 - 1,2 см на тиж.; 36 і більше - 0,1 - 0,4 см. Відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту протягом 2 - 3 тиж. при динамічному спостереженні дає підставу запідозрити ЗРП;



(тижні) Рис. 2. Гравідограма.

- **ультразвукова фетометрія** включає визначення розмірів голівки, окружності живота та довжини стегна. При визначенні невідповідності одного або декількох основних фетометричних показників терміну вагітності проводиться розширена фетометрія та вираховуються співвідношення лобно-потиличного розміру до біпаріетального, окружності голівки до окружності живота, біпаріетального розміру до довжини стегна, довжини стегна до окружності

живота. Найбільш цінним показником є прогнозована (передбачувана) маса плода.

За даними УЗД виділяють три ступеня тяжкості ЗРП:

I ступінь - відставання показників фетометрії на 2 тижні від гестаційного терміну;

II ступінь - відставання на 3 - 4 тижні від гестаційного терміну;

III - відставання більше ніж на 4 тижні.

Фетометрія є інформативною з 20 тижня вагітності (А).

Моніторинг стану плода (див. тему «Дистрес плода»).

Для діагностики функціонального стану плода використовуються наступні біофізичні методи: **біофізичний профіль плода (БПП)** - оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплодових вод) (див. тему «Дистрес плода»)

- **модифікований БПП** оцінює тільки два параметри - нестресовий тест та кількість рідини.
- **доплерометрія швидкості кровотоку у артерії пуповини** (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці) (А).

Лише дані комплексного динамічного спостереження і, в першу чергу, акушерська ситуація дають можливість встановити діагноз та сформуванати план ведення.

Тактика ведення вагітності з ЗРП

1. Лікування захворювань вагітної, які призводять до виникнення ЗРП.
2. Поетапне динамічне спостереження за станом плода:
 - 2.1. При нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода можливе амбулаторне спостереження та пролонгування вагітності до доношеного терміну.
 - 2.2. Госпіталізація вагітної акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги здійснюється за умови наявності наступних результатів дослідження БПП і/або доплерометрії кровотоку:
 - патологічна оцінка БПП (4 бали і нижче);
 - повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (5 - 6 б.);
 - сповільнений діастолічний кровотік в артеріях пуповини;
 - критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульовий та реверсний).
 - 2.3. При сповільненому діастолічному кровотоці у артеріях пуповини проводять дослідження БПП:
 - за відсутності патологічних показників БПП проводять повторну доплерометрію з інтервалом у 7 днів;
 - при наявності патологічних показників БПП, проводять доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.

Оскільки немає ефективного методу лікування ЗРП та дистресу плода (А), ключовим моментом у веденні таких вагітних є чітка оцінка стану плода та своєчасне розродження (А).

Погіршення показників плодового кровотоку (виникнення постійного нульового або реверсного кровотоку в артеріях пуповини) у терміні після 30 тижнів є показанням для розродження шляхом операції кесаревого розтину. У термін до 30 тижнів вагітності, зважаючи на глибоку функціональну незрілість плода, велику імовірність перинатальних втрат, питання про спосіб розродження

вирішується індивідуально залежно від акушерської ситуації та поінформованої згоди вагітної.

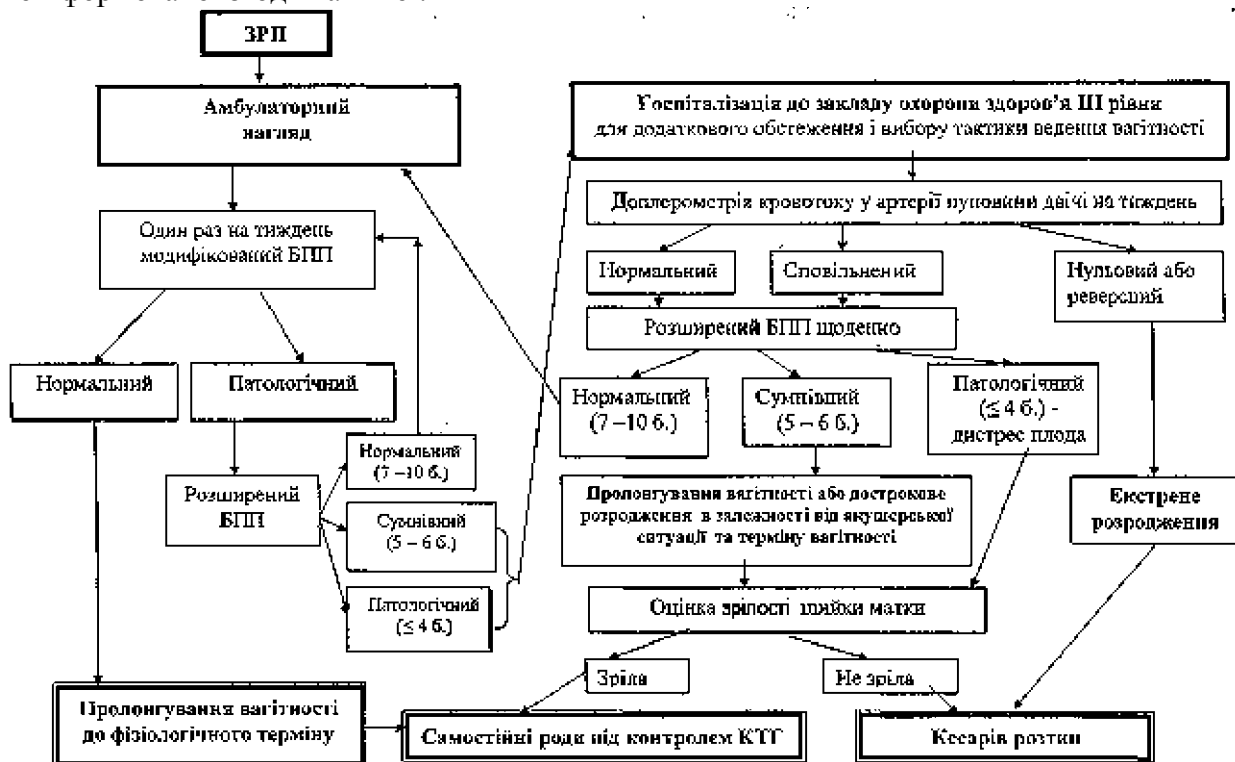


Рис. 3 Алгоритм акушерської тактики при ЗРП.

3. Тактика ведення пологів

1. Розродження *через природні пологові шляхи* проводять (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при нормальному або сповільненому кровотоці у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 б. і нижче).
2. Показанням для розродження *шляхом кесаревого розтину* є:
 - критичні зміни кровоплину у артеріях пуповини (нульовий та реверсний) - екстремне дострокове розродження треба проводити незалежно від терміну вагітності;
 - гострий дистрес плода (брадикардія менше 100 уд/хв. та патологічні децелерації ЧСС) незалежно від типу кровотоку (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності;
 - патологічний БПП (оцінка 4 б. і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки (після 30 тижнів вагітності).

Профілактика

1. Виявлення факторів ризику ЗРП та проведення динамічного контролю за пацієнтами цієї групи вагітних.
2. Дотримання вагітною режиму дня та раціональне харчування.
3. Відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

ДИСТРЕС ПЛОДА ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

Терміни "хронічна гіпоксія плода" та "гостра гіпоксія плода" не є клінічними, оскільки для діагностики цих станів у рутинній лікарській практиці не використовуються показники кисневого забезпечення плода (метаболічний ацидоз). Справжні причини порушень

серцевої діяльності плода, його біофізичного профілю та пуповинного кровотоку встановити за допомогою сучасних неінвазивних методів дослідження неможливо. Тому усі порушення функціонального стану плода у теперішній час позначають терміном "дистрес плода".

Поняття "хронічна гіпоксія плода" (компенсована, субкомпенсована і декомпенсована), "гостра гіпоксія", "загроза гіпоксії або асфіксії" не застосовуються.

Порушення стану плода під час вагітності і в пологах виникає на фоні різних ускладнень як з боку вагітної, так і фетоплацентарного комплексу. Виділяють чотири основні групи факторів, що можуть викликати дистрес плода.

Фактори ризику дистресу плода

1. Патологічні стани, що приводять до порушення транспорту кисню до матки:
 - Порушення оксигенації материнської крові (серцево-судинна та легенева патологія, генералізовані ангіопатії при цукровому діабеті, інфекційні захворювання, вплив шкідливих факторів середовища та шкідливих звичок);
 - Гемічна гіпоксія у матері (анемія вагітних);
 - Циркуляторні порушення у матері (гіпотензія, гіпертонічні розлади при вагітності, прееклампсія).
2. Патологічні стани, що порушують обмін кисню між маткою і плацентою:
 - Патологічні зміни спіральних артеріол як наслідок перенесених до вагітності запальних захворювань ендометрію та абортів;
 - Окклюзивні ураження спіральних артеріол у наслідок мікротробозів, периферичного вазоспазму (прееклампсія, переносування);
 - Аномалії пологової діяльності.
3. Власно плацентарні фактори:
 - Порушення розвитку і дозрівання плаценти (ангіоми, кісти плаценти, двочасткова плацента тощо)
4. Патологічні стани плода і пуповини:
 - Порушення пупкового кровообігу (обвиття та вузли пуповини)
 - Захворювання плода (гемолітична хвороба плода, вади розвитку тощо).

Дистрес плода під час вагітності

Діагностика

Для діагностики дистресу плода при вагітності використовуються наступні методи:

1. **Аускультация серцевої діяльності** (з 20 тижнів вагітності) - визначення частоти серцевих скорочень плода за одну хвилину:
 - фізіологічний норматив - 110-170 уд/хв
 - частота серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв свідчить про дистрес плода.
2. **Біофізичний профіль плода (БПП)** (з 30 тижнів вагітності) - оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дыхальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплодових вод) (див.таблицю 1) (С)

Таблиця 1. Оцінка результатів визначення показників біофізичного профілю плода.

Параметри	Бали		
Нестресовий тест (реактивність серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ)	5 і більше акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	2-4 акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження.	1 акцелерація або відсутність її за 20 хв. спостереження

Дихальні рухи плода (ДРП)	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю 60 с. і більш за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 с. за 30 хв. спостереження	ДРП тривалістю менше 30 с. або їх відсутність за 3 хв. спостереження
Рухова активність плода	Не менше 3 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	1 або 2 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	Відсутність генералізованих рухів
Тонус плода	Один епізод і більше розгинань із поверненням у згинальне положення хребта та кінцівок за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду розгинання із поверненням у згинальне положення за 30 хв. спостереження	Кінцівки в розгинальному положенні
Об'єм навколоплідних вод	Води визначаються у матці, вертикальний діаметр вільної ділянки вод 2 см і більше	Вертикальний розмір вільної ділянки вод більше 1 см, але не менше 2 см	Тісне розташування дрібних частин плода, вертикальний діаметр вільної ділянки менше 1 см
Оцінка БПП	7-10 балів - задовільний стан плода; 5-6 балів - сумнівний тест (повторити через 2-3 дні) 4 балів і нижче - патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове розродження)		

- **модифікований БПП** оцінює тільки два параметри - нестресовий тест та кількість рідини. Для оцінки кількості навколоплідних вод використовують дві методики. Перша - оцінка максимальної глибини вертикальної кишені (вона ідентифікує глибину кишені 2-8 см як нормальну, 1-2 см як межову, менш 2 см як знижену (маловоддя), більше 8 см як підвищену (багатоводдя)). Друга методика - оцінка індексу амніотичної рідини (сума самих глибоких вертикальних кишень рідини в чотирьох квадрантах матки, при цьому центральною точкою є пупок).

3. Доплерометрія швидкості кровоплину в артерії пуповини (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці) (А).

Діагностичні критерії:

- **Нормальний кровоплин** - високий діастолічний компонент на доплерограмі по відношенню до ізолінії, співвідношення амплітуди систоли до діастоли, становить не більше 3.
- **Патологічний кровоплин:**
 1. **Сповільнений кровоплин** - зниження діастолічного компоненту, співвідношення амплітуди систоли до діастоли, становить більше 3.
 2. **Термінальний кровоплин** (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода):
 - **Нульовий** - кровоплин у фазі діастоли припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент)
 - **Негативний (реверсний, зворотний)** - кровоплин у фазі діастоли набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії).
 - **Тактика нагляду за станом плода під час вагітності**

- 1) Аускультация серцевої діяльності плода при кожному відвідуванні лікаря-акушера-гінеколога або акушерки.

- 2) При визначені частоти серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв, що свідчить про дистрес плода, є потреба у проведенні оцінки біофізичного модифікованого, або розширеного біопрофіля плода.
- 3) При патологічному БПП проводиться доплерометрія кровоплину в артерії пуповини. При нормальному кровоплину в артерії пуповини необхідне повторне БПП через 24 години.
- 4) При патологічному кровоплину в артерії пуповини - госпіталізація до пологового стаціонару III рівня надання допомоги.

Тактика ведення вагітності з дистресом плода

Лікування супутніх захворювань вагітної, які призводять до виникнення дистресу плода.

Поетапне динамічне спостереження за станом плода.

Амбулаторне спостереження і пролонгування вагітності до доношеного терміну можливо при нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода.

При сповільненому діастолічному кровоплину в артеріях пуповини слід провести дослідження біофізичного профілю плода (БПП):

- при відсутності патологічних показників БПП необхідно провести повторну доплерометрію з інтервалом 5-7 днів;
- при наявності патологічних показників БПП, слід проводити доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.

Виявлення погіршення показників плодового кровоплину (виникнення постійного нульового або негативного кровообігу в артеріях пуповини) є показанням для екстреного розродження шляхом операції кесаревого розтину.

Госпіталізація вагітної до пологового будинку чи відділення патології вагітних показана, якщо за даними дослідження БПП і/або доплерометрії кровоплину має місце:

- патологічна оцінка БПП (6 балів і нижче);
- повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (7-8 балів);
- сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини;
- критичні зміни кровоплину у артеріях пуповини (нульовий та реверсний).

Лікування

До 30 тижнів вагітності лікування супутніх захворювань у жінки, які призвели до виникнення дистресу плода.

Після 30 тижнів вагітності найбільш ефективним і виправданим методом лікування дистресу плода є своєчасне оперативне розродження (А).

Розродження

1. Через природні пологові шляхи можливо проводити (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при:
 - нормальному або сповільненому кровоплину у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 балів і нижче);
2. Показанням для екстреного розродження шляхом кесаревого розтину після 30 тижнів вагітності є:
 - критичні зміни кровоплину в артеріях пуповини (нульовий та реверсний);
 - гострий дистрес плода (патологічні брадикардія та децелерації ЧСС) незалежно від типу кровоплину (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності;

- патологічний БПП (оцінка 4 б. і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки.

Профілактика

1. Виявлення факторів ризику дистресу плода та проведення динамічного контролю за пацієнтками цієї групи;
2. Дотримання режиму дня та раціональне харчування;
3. Відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

Дистрес плода під час пологів

Мета спостереження за плодом під час пологів полягає у своєчасному визначенні дистресу плода, ознаками якого є:

- Патологічна частота серцевих скорочень (понад 170 уд./хв. або нижче 110 уд./хв.)

Примітка: У нормі є допустимим тимчасове уповільнення серцебиття плода у момент скорочення матки, що зникає після розслаблення матки.

- Наявність густо забарвлених меконієм навколоплідних вод.

Діагностика

Для діагностики дистресу плода під час пологів використовуються наступні методи:

1. **Аускультация серцебиття плода** - визначення частоти серцевих скорочень за одну хвилину.

Методика аускультации під час пологів

- Підрахування серцевих скорочень плода проводять за повну хвилину -кожні 15 хвилин протягом активної фази і кожні 5 хвилин протягом другого періоду пологів;
 - Обов'язково проводять аускультацию до і після перейми або потуги;
 - За наявності аускультативних порушень серцебиття плода проводять кардіотокографічне дослідження.
2. **Кардіотокографія (КТГ)** - синхронний електронний запис серцевого ритму плода і маткових скорочень упродовж 10-15 хвилин.
 - При аналізі КТГ оцінюють такі параметри: базальна ЧСС (БЧСС), варіабельність ЧСС (амплітуда і частота осциляцій), наявність і тип тимчасових змін БЧСС у вигляді прискорення (акцелерація) чи уповільнення (децелерація) серцевого ритму.
 - За наявності патологічних параметрів ЧСС, що свідчать про загрозливий стан плода, пропонується вести безперервний запис КТГ упродовж всього періоду пологів.

Діагностичні критерії:

- При нормальному стані плода для КТГ характерно: БЧСС у межах від 110 до 170 уд./хв. (нормокардія), варіабельність (ширина запису) - 10-25 уд./хв. з частотою осциляцій 3-6 цикл./хв. (хвилеподібний тип), наявність акцелерацій ЧСС та відсутність децелерацій.
- При дистресі плода у пологах на КТГ зазвичай виявляється одна чи кілька патологічних ознак: тахікардія чи брадикардія, стійка монотонність ритму (ширина запису 5 уд./хв. і менше), ранні, варіабельні та особливо пізні децелерації з амплітудою понад 30 уд./хв.

- Ознаки дистресу плода, що загрожує його життю (див. таблицю 2):

Таблиця 2. Оцінка результатів КТГ під час пологів та тактика ведення пологів.

Показник	Градації	Оцінка стану плода	Рекомендація		
I період пологів					
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження	
	тахікардія	171-180	припустима	моніторинг ЧСС	
		> 180	дистрес	кесарів розтин	
	брадикардія	109-100	припустима	моніторинг ЧСС	
		< 100	дистрес	кесарів розтин	
	Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
звужена		5-9	припустима	моніторинг ЧСС	
		3-4	припустима	моніторинг ЧСС	
монотонна		2 і менше	дистрес	Кесарів розтин	
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження	
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС	
		> 50	дистрес	Кесарів розтин	
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження	
		< 30	припустима	моніторинг ЧСС	
		> 30	дистрес	Кесарів розтин	
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження	
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС	
		> 50	дистрес	Кесарів розтин	
	II період пологів				
	Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
		тахікардія	171-190	припустима	моніторинг ЧСС
> 190			дистрес	екстракція плода	
брадикардія		109-90	припустима	моніторинг ЧСС	
			дистрес	екстракція плода	

Показанням для екстреного розродження є досягнення хоча б одним показником КТГ рівня, що свідчить про дистрес плода, що підтверджено записом на плівці.

Про несприятливий прогноз свідчить також:

- уповільнення серцевого ритму плода на піку децелерації нижче 70 уд./хв. незалежно від виду та амплітуди децелерації щодо БЧСС;
- Перехід пізніх чи варіабельних децелерацій у стійку брадикардію.

3. Визначення меконію у навколоплідних водах при розриві плідного міхура:

- Наявність густого меконію в амніотичній рідині у поєднанні з патологічними змінами серцевого ритму плода є показанням для термінового розродження при головному передлежанні плода

Примітка:

Наявність незначних домішок меконію в навколоплідних водах не вказує на дистрес плода, але свідчить про необхідність ретельного спостереження за станом плода

Тактика ведення пологів

1. Уникати положення роділлі на спині;
2. Припинити введення окситоцину, якщо він був раніше призначений;
3. Якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері необхідно провести відповідне лікування;
4. Якщо стан матері не є причиною патологічного серцевого ритму плода, а частота серцевих скорочень плода залишається патологічною на протязі трьох останніх перейм, треба провести внутрішнє акушерське дослідження для визначення акушерської ситуації та з'ясування можливих причин дистресу плода.
5. При визначенні дистресу плоду необхідне термінове розродження:
 - у першому періоді пологів - кесарів розтин;
 - у другому періоді:
 - при головному передлежанні - вакуум-екстракція або акушерські щипці;
 - при сідничному - екстракція плода за тазовий кінець.

Профілактика

1. Виявлення факторів ризику дистресу плода в пологах та проведення динамічного контролю за станом плода в пологах;
2. Дотримання раціональної тактики ведення пологів.

Дотримання раціональних методів знеболювання пологів.

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання

1. Яке визначення поняття «плацентарна недостатність»?
2. Яка класифікація плацентарної недостатності (ПН)?
3. Які фактори ризику розвитку ПН?
4. Який патогенез ПН?
5. Які клінічні прояви ПН?
6. Які методи діагностики ПН?
7. Які методи лікування ПН?
8. Яке визначення понять «малий для гестаційного віку плід» та «затримка росту плода»?
9. Які причини розвитку ЗРП?
10. Які фактори ризику ЗРП?
11. Які методи діагностики ЗРП?

12. Які форми ЗРП?
13. Який алгоритм ведення вагітності при ЗРП?
14. Який алгоритм ведення пологів при ЗРП?
15. Які методи профілактики плацентарної недостатності та ЗРП?

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Зібрати і оцінити анамнез вагітної для визначення факторів ризику виникнення затримки розвитку і/або дистресу плода.
2. Оцінити результати лабораторних досліджень при ЗРП.
3. Оцінити результати УЗД при ЗРП.
4. Оцінити результати КТГ при дистресі плода.
5. Провести оцінку функціонального стану плода.
6. Визначити тактику ведення вагітності при ЗРП.
7. Визначити термін і тактику розродження при ЗРП.
8. Визначити тактику ведення пологів при дистресі плода.

Тестові завдання

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?

Відповідь: 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?

Відповідь: 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.

Відповідь: 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?

Відповідь: госпіталізація вагітної до пологового будинку у відділення патології вагітних, повторні обстеження БПП.

Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. 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 ?

- А. 9 балів*
- В. 7 балів.
- С. 5 балів.
- Д. 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?

- А. Дистрес плода в пологах*
- В. Гемолітична хвороба плода
- С. Затримка розвитку плода
- Д. Плацентарна недостатності

3. Вагітна 23 років, термін вагітності 34 тижні. З дитинства хворіє на цукровий діабет I типу. При взятті на облік в жіночій консультації консилиум лікарів дозволив виношувати вагітність. При черговому обстеженні встановлена плацентарна недостатність. Яка форма плацентарної недостатності розвинулась у вагітної?

- А. Первинна.
- В. Вторинна*.
- С. Гостра.
- Д. Підгостра.

4. 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?

- А. КТГ плода
- В. ЕКГ вагітної*
- С. Біофізичний профіль плода
- Д. Доплерографія плацентарного кровотоку.

5. У відділення патології вагітних поступила першовагітна 20 років зі скаргами на тягучі болі внизу живота. Об'єктивно: живіт овоїдної форми за рахунок вагітної матки, що відповідає 30 тижням вагітності. Матка при пальпації приходить у підвищений тонус, положення плоду поздовжнє, голівка над входом у малий таз, серцебиття ясне, ритмічне 140 уд. у хв. Шийка матки замкнута. Встановлений діагноз - загроза передчасних пологів. Ваша тактика?

- А. Розпочати токолітичну терапію, профілактику дистрес-синдрому плода*

- В.Почати стимуляцію пологів
- С.Перевести в пологовий блок для родорозршення
- Д.Допомоги не потребує
- Е.Кесарський розтин

VIII. Матеріали для самопідготовки

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Грищенко О.В., Ляхно І.В., Ткачов А.Е. Нові можливості фармакологічної корекції порушень кровообігу у фетоплацентарній системі. – Харків: Торнадо, 2002. – 42 с.
3. Кузьмина И.Ю. Современные методы терапии фетоплацентарной недостаточности и гипоксии плода // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 3(32) . – С. 60-64.
4. Лихачев В.К. Ухналь Л.В. Патент Украины № 21435 „Способ лечения плацентарной недостаточности”. Опубликовано 15. 03. 2007. Бюллетень № 3, 2007. – 6 с.
5. Лихачев В.К., Ухналь Л.В. Патент Украины № 21652 „Способ определения степени тяжести плацентарной недостаточности”. Опубликовано 15. 03. 2007. Бюллетень № 3, 2007. – 6 с.
6. Парашук Ю.С., Грищенко О.В. та ін. Ведення вагітності та пологів при фетоплацентарній недостатності. – Х.: Торнадо, 2001. – 116 с.
7. Сидорова И.С., Макарова И.О. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. – М.: Знание, 2000. – 127 с.
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
9. Наказ МОЗ України №782 від 29.12.2005 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
10. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 900 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Дистрес плода при вагітності та під час пологів»

Методичну розробку лекції підготував зав. кафедри акушерства і гінекології № 2 професор В.К.Ліхачов.

11.09.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 2 від 22 вересня 2015 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „_____” _____ 201__р.