

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І 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 ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО
ЗАНЯТТЯ**
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Акушерське обстеження (код курсу 3.1.)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 4 години.

I. Мета заняття

Вивчення даного розділу є невід'ємною частиною учбової програми ТУ курсу за фахом «акушерства та гінекології». Дані знання, та в свою чергу їх практичне застосування, вносять великий вклад в основу лікування та профілактики гінекологічних захворювань, а також являються основоположними в просвітницькій роботі питань материнства та дитини.

II. Об'єм повторної інформації

1. Будова кісткового жіночого таза, жіночих статевих органів, кровопостачання органів малого таза.
2. Фізіологія вагітності та пологів.
3. Біомеханізм пологів при різних видах передлежання.
4. Заповнення партограми.
5. Засоби знеболення пологів і порядок їх призначення.
6. Зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження.
7. Оцінка ступеня зрілості шийки матки за шкалою Бішопа
8. Нагляд за статевими органами та молочними залозами після пологів.

III. Об'єм нової інформації

1. Зміни, які відбуваються в усіх системах організму вагітної.
2. Ознаки вагітності.
3. Схему обстеження вагітної.
4. Принципи визначення терміну вагітності, дати пологів.
5. Принципи ведення вагітної в жіночій консультації.
6. Методи дослідження оцінки стану матері та плода.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	10
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	60
3.	Опанування практичних навичок.	60
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	25
5.	Оцінка знань і навичок курсантів по темі заняття.	20
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Пологове відділення.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

4. Добірка ситуаційних задач.
5. Обмінні карти, історії пологів та історії розвитку новонароджених.
6. Кардіотокограф, акушерський стетоскоп.

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		о знай	о пан.	о вол.
1	Зібрати анамнез, виконати посистемне обстеження вагітної, визначити термін вагітності, період пологової відпустки та дату пологів.		+	
2	Виконати зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження.		+	
3	Оцінити величину матки.		+	
	Виміряти висоту дна матки і обвід живота		+	

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. Назвіть критичні періоди в розвитку плодового яйця.
2. Опишіть динаміку розвитку плода.
3. Які зміни відбуваються в усіх системах організму вагітної?
4. Сумнівні ознаки вагітності?
5. Вірогідні ознаки вагітності?
6. Достовірні ознаки вагітності?
7. Вислуховування серцебиття плоду.
8. Видача декретної відпустки.
9. Які загрозливі симптоми післяпологового періоду?
10. Схема обстеження вагітної.
11. Принципи визначення терміну вагітності, дати пологів.
12. Принципи ведення вагітної в жіночій консультації.
13. Методи дослідження оцінки стану матері та плода.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Визначити термін вагітності, дату вагітності.
2. Оцінити стан матері та плоду під час вагітності та в пологах.
3. Скласти план ведення пологів.
4. Застосувати різні методи знеболювання фізіологічних пологів.

Тестові завдання

1. Жінка 22 років звернулася до ж/к зі скаргами на затримку менструації до 2 місяців. При гінекологічному огляді встановлено:ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки. Матка збільшена до розмірів гусиного яйця, розмякшена, особливо в області перешийка, безболісна. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Вагітність 8 тижнів
- B. Вагітність 12 тижнів
- C. Позаматкова вагітність

- D. Порушення менструального циклу
- E. Фіброма матки

2. У пацієнтки 22-х років скарги на затримку менструації протягом 2-х місяців. Змінилися смакові якості. Пологів - 0, абортів - 0. Піхвове дослідження: слизова оболонка піхви та шийки матки - ціанотична, матка кульоподібної форми, збільшена до 7-8 тижнів вагітності, мякуватої консистенції. Придатки без особливостей. Перешийок матки розмякшений. Склепіння піхви вільні. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Маткова вагітність
- B. Міома матки
- C. Порушення оваріо-менструального циклу
- D. Міхурний занос
- E. Хоріонепітеліома

3. Жінка 22 років скаржиться на нудоту, блювоту 1 раз на добу, сонливість, затримку менструації на 2 місяця. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до розмірів жіночого кулака, помякшена, особливо в області перешийка, безболісна. Придатки не пальпуються. Виділення слизові, молочного кольору. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Вагітність 8 тижнів
- B. Міома матки
- C. Позаматкова вагітність
- D. Порушення менструального циклу
- E. Ендометриоз матки

4. Жінка 26 років звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на загальне нездужання, нудоту, блювоту 1 раз на добу, сонливість, затримку менструації на 2 місяця. При бімануальному обстеженні встановлено: ціаноз слизової піхви та шийки матки. Матка збільшена до розмірів жіночого кулака, помякшена, особливо в області перешийка, але під час пальпації стала більш щільною, безболісна. Придатки не пальпуються. Виділення слизові. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Вагітність 8 тижнів
- B. Фіброміома матки
- C. Позаматкова вагітність
- D. Порушення менструального циклу
- E. Гастрит

5. До лікаря звернулася жінка 21 року зі скаргами на нудоту та блювання, особливо зранку, затримку місячних на 3 тижні, нагубання молочних залоз. Ці симптоми з'явилися після одруження, через 2 місяці. Який діагноз можна запідозрити?

- A. Вагітність раннього строку
- B. Гастрит
- C. Гастродуоденіт
- D. Харчове отруєння
- E. Гіпотонія

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Методи дослідження вагітних пізніх строків

Знання сучасних методів обстеження вагітних є базисом для адекватної роботи лікаря акушер-гінеколога, допомагає своєчасно виявити та попередити розвиток різних ускладнень з боку матері та дитини, обрати відповідну тактику ведення вагітності, результатом якої є зниження материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

Акушерське дослідження вагітних пізніх строків проводиться для того, щоб:

Уточнити або визначити термін вагітності

Визначити стан пологових шляхів

Визначити розміри, положення та стан плода

Визначити стан плаценти та навколоплідних вод

До методів дослідження вагітних пізніх строків відносяться: загальний огляд вагітної чи роділлі, зовнішні вимірювання матки та тазу жінки, зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження, вислуховування серцебиття плода, допоміжні інструментальні та апаратні методи дослідження стану плода (кардіотокографія, УЗД, доплерометрія кровоплину у пуповинній артерії тощо).

Діагностика вагітності пізніх строків

Для уточнення або визначення строку вагітності в пізньому терміні використовують аналіз анамнестичних та об'єктивних даних.

анамнестичні дані - вираховування строку вагітності у тижнях за допомогою акушерського календаря з дати останньої менструації та з дати перших рухів плода (у першовагітних перші рухи плода відчуються звичайно з 20 тижнів вагітності, у повторновагітних - з 18 тижнів). Для того щоб обчислити термін пологів за датою останньої менструації, треба від неї відрахувати 3 місяці і додати до одержаної дати 7 днів.

результати об'єктивного дослідження - висота стояння дна матки над лоном при вимірі сантиметровою стрічкою у співвідношенні до стандартної гравідограми, зовнішнє акушерське дослідження (прийоми Леопольда), вислуховування серцебиття плода (з 20 тижнів), дані ультразвукової фетометрії

Розташування плода в порожнині матки

Розташування плода в порожнині матки в останні місяці вагітності має велике значення, оскільки від цього в значній мірі залежить перебіг пологів. Для наочного уявлення розташування плода в порожнині матки існують акушерські поняття: положення, позиція, вид та передлежання плода

Положення плода - відношення поздовжньої осі плода до поздовжньої осі матки. Розрізняють такі положення плода:

поздовжнє - поздовжня ось плода і поздовжня ось матки збігаються;

поперечне - поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під прямим кутом;

косе - поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під гострим кутом;

Позиція плода - відношення спинки плода до правої і лівої сторін матки. Розрізняють дві позиції:

перша - спинка плода повернена ліворуч; о друга - спинка плода повернена праворуч.

При поперечному і косому положенні плода позиція визначається за місцезнаходженням голівки: голівка зліва від середньої лінії живота матері - перша позиція, справа - друга позиція.

Вид позиції - відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки. Розрізняють два види:

передній - спинка плода повернена наперед;

задній - спинка плода повернена назад.

Передлежання - відношення великої частини плода (голівки або таза) до входу в малий таз. Розрізняють головне і тазове передлежання. Передлежачою частиною називають ту частину плода, що знаходиться ближче до входу в малий таз і першою проходить пологовими шляхами. При зігнутій голівці плода найнижче розташованою її частиною є потилиця. Таке передлежання називається потиличним і трапляється найчастіше.

Значно рідше голівка буває розігнутою. При цьому, залежно від ступеня розгинання, передлежачою частиною може бути тім'я (передньоголовне передлежання), лоб (лобне передлежання), обличчя (лицеве передлежання).

При тазовому передлежанні найнижче розташованою частиною можуть бути сіднички (сідничне передлежання), ніжки (ножне передлежання).

Для оцінки етапів просування голівки родовими шляхами велике значення мають поняття великого і малого сегментів голівки плода.

Під великим сегментом голівки умовно мають на увазі окружність найбільшого розміру голівки, яким вона проходить через площини малого таза при даному її вставленні. При потиличному передлежанні, коли голівка вставляється в таз у зігнутому положенні, найбільшою окружністю буде та, котра відповідає окружності малого косоного розміру. При розгинальному вставленні голівки великий сегмент буде іншим (в залежності від ступеня розгинання).

Під малим сегментом голівки умовно мають на увазі меншу за великий сегмент частину голівки, якою вона проходить через площини малого тазу.

Зовнішнє акушерське обстеження

Прийоми зовнішнього акушерського обстеження, (прийоми Леопольда)

При зовнішньому акушерському обстеженні для визначення розташування плода в порожнині матки використовують пальпацію **прийомами Леопольда**. Дослідження проводиться у положенні вагітної на спині.

Перший прийом. Мета - визначення висоти стояння дна матки та частини плода, яка знаходиться в дні матки. Для цього лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї, долоні обох рук кладе на дно матки, визначає висоту її стояння над лоном та частину плода, розташовану в дні матки.

Другий прийом. Мета - визначення позиції і виду позиції плода. Обидві долоні переміщують з дна матки і почергово, то правою, то лівою рукою пальпують частини плода, звернені до бічних стінок матки. При цьому знаходять спинку плода, дрібні частини. При неправильному положенні до однієї з бокових стінок матки прилежить голівка.

Третій прийом. Мета - визначити характер передлеглої частини плода (передлежання). Однією рукою, звичайно правою, що лежить трохи вище від лобка, охоплюють передлежачу частину плода, після чого обережно роблять рухи цією рукою вправо і вліво. При головному передлежанні визначається щільна, куляста частина, що має чіткі контури. Якщо голівка плода ще не вставилася в площину входу до малого таза, вона легко переміщується ("балотує") між великим і рештою пальців. При тазовому передлежанні визначається об'ємна, м'якувата частина, вона не кругла за формою і не здатна "балотувати".

Четвертий прийом. Мета - визначити рівень стояння передлеглої частини (зокрема голівки) щодо площини входу в малий таз, і ступінь її вставлення. Лікар стає праворуч, обличчям до нижніх кінцівок вагітної, обидві руки кладе долонями вниз на бічні відділи нижнього сегмента матки і пальпує доступні ділянки передлежачої частини плода, намагаючись проникнути кінчиками пальців між передлежачою частиною і бічними відділами входу в малий таз.

Методом зовнішнього дослідження IV прийомом Леопольда отримують такі дані:

Голівка рухома над входом в малий таз - якщо пальці рук можна підвести під голівку

Голівка притиснена до входу в малий таз - кінці пальців рук не сходяться під голівкою, проте потилиця і вся лицева частина пальпується над входом в малий таз.

Голівка малим сегментом у вході в малий таз - потилична частина голівки виступає над входом в малий таз на два пальці, а лицева частина - повністю.

Голівка великим сегментом у вході в малий таз - потилична частина голівки не пальпується над входом у малий таз, а лицева виступає на два-три пальці

Голівка у порожнині таза - пропальповується лише підборіддя або зовсім не визначається частини голівки плода.

До зовнішніх методів дослідження належить вимірювання зовнішніх розмірів тазу. Проводиться при першому огляді вагітної в жіночій консультації і в пологовому будинку. При необхідності вимірювання тазу повторюють в пологах.

Вимірювання окружності живота та висоти стояння дна матки.

Окружність живота (ОЖ) вимірюють сантиметровою стрічкою, що проходить спереду через пупок, ззаду - через середину поперекової ділянки.

Висота стояння дна матки (ВДМ) вимірюють сантиметровою стрічкою від верхнього краю симфізу до найбільш виступаючої точки дна матки.

Результати вимірювання ВДМ порівнюють з стандартною гравідограмою.

Підрахування передбачуваної маси плода.

Передбачувану масу плода (МП) орієнтовно вираховують за наступною формулою:
 $МП (г) = ОЖ \times ВДМ$ Більш достовірно масу плода визначають методом ультразвукового дослідження.

Визначення терміну отримання допологової відпустки (ознаки 30-тижневої вагітності)

дно матки знаходиться на середині між пупком і мечоподібним відростком;

висота стояння дна матки над лоном при вимірі сантиметровою стрічкою 25-28 см (у середньому 26 см); окружність живота - 83-85 см.

голівка плоду в першовагітних рухлива над входом у малий таз;

підхвова частина шийки матки не скорочена;

результати ультразвукового виміру: біпаріетальний розмір голівки плоду в середньому 75-76 мм; середній діаметр грудної клітини - 77-78 мм; середній діаметр живота - 79-80 мм; довжина стегна - 57-58 мм.

Внутрішнє акушерське дослідження

При фізіологічному перебігу вагітності внутрішнє (вагінальне) акушерське дослідження виконується при першому огляді пацієнтки в жіночій консультації в ранніх термінах вагітності та в останні тижні для з'ясування ступеня зрілості шийки матки.

В разі наявності показань (відхилення від нормального перебігу вагітності) внутрішнє дослідження виконується в будь-якому терміні, але в більшості випадків з початком пологів і в пологах.

Після деконтамінації рук лікаря (обробка спиртовим антисептиком або миття водою з милом) одягаються стерильні гумові рукавички. Вульва та передсінок піхви обробляються антисептиками, які не містять спирту. Огляд проводиться на гінекологічному кріслі або у акушерському ліжку.

Внутрішнє акушерське дослідження надає інформацію про особливості м'яких тканинпологового каналу (еластичність, здатність до розтягнення, а щодо шийки матки - про форму, довжину, ступінь розкриття), плодовий міхур, передлеглу частину і розміщення основних її орієнтирів відносно тазу, про кістковий таз (екзостози, деформації, досяжність мису).

При виконанні внутрішнього акушерського дослідження проводиться визначення:

-стану зовнішніх статевих органів, їх розвиток;

ширини входу, просвіту та розтягання стінок піхви, наявність рубців, запальних змін, пухлини, стан промежини, наповнення ампули прямої кишки та сечового міхура;

-форми та глибини склепінь;
положення піхвової частини шийки матки, її форма, величина, консистенція, наявність рубців та розривів;

-стану внутрішнього та зовнішнього зіву, їх прохідність (розкриття в сантиметрах), вкорочення або згладженість шийки, визначення відношення піхвової частини шийки матки до довжини каналу шийки матки;

-наявності плодового міхура, його форми та щільності; його стан поза і під час перейми: наливається тільки під час перейми, залишається налитим і поза переймами, надмірно напружений, слабшає або зовсім не наливається під час переймів (плоский міхур) та ін.;

-характеру передлеглої частини (голівка, сідниці), розташування її пізнавальних точок, встановлення відношення передлеглої частини до тієї або іншої площини малого таза (над входом у малий таз, у вході в малий таз малим або великим сегментом, в широкій частині малого таза, у вузькій частині або у виході таза); чи не визначаються в межах вічка петлі пуповини, плацентарна тканина, дрібні частини плоду й ін.;

-ємкості таза, наявності екзостозів і величини діагональної кон'югати;

-характеру піхвових виділень.

При піхвовому дослідженні під час вагітності визначається ступінь "зрілості" шийки матки.

Розрізняють наступні поняття: шийка матки незріла, недостатньо зріла або зріла.

Для визначення готовності організму жінки до пологів за даними оцінки "зрілості" шийки матки оцінюється консистенція шийки матки, довжина її піхвової частини, прохідність каналу шийки матки, положення шийки стосовно провідної осі таза за шкалою Бішоп (табл.1).

Таблиця 1

Оцінка ступеня "зрілості" шийки матки за шкалою Бішоп

Ознака	Ступінь «зрілості»		
	0 балів	1 бал	2 бали
Положення шийки	Відхилена назад	Відхилена вперед	Серединне
Довжина шийки (см)	> 2	1-2	1 <
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Стан зовнішнього вічка (см)	Закритий	Відкритий на 1см	Відкритий на > 2 см
Місце знаходження передлеглої частини плоду	Рухома над входом в малий таз	Притиснена до входу у малий таз	Притиснена або фіксована у вході в малий таз

0-2 бала - шийка «незріла»

3-5 балів - шийка «недостатньо зріла»

> 6 балів - шийка «зріла»

Методи дослідження стану плода

Ультразвукова фетометрія плода є інформативною з 20 тижня вагітності і 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 маса плода.

Підставою для проведення ультразвукової фетометрії у пізні строки вагітності є підозра на затримку росту плода за даними зовнішнього вимірювання висоти стояння дна

матки та обводу живота вагітної при відомому терміні вагітності, а також, у окремих випадках, для визначення строку вагітності за спеціальними таблицями, якщо її строк важко встановити за анамнестичними даними та методами стандартного обстеження.

Аускультацию тонів серця плода проводять з 20 тижнів вагітності за допомогою акушерського стетоскопа з визначенням частоти серцевих скорочень за одну хвилину.

Фізіологічний норматив - 110-170 уд./хв.

Частота серцевих скорочень вище 170 уд./хв. та нижче 110 уд./хв. свідчить про порушення стану плода.

Для вислуховування серцебиття плода користуються наступними правилами:

При потиличному передлежанні серцебиття плода вислуховують нижче пупка вагітної

на тій стороні, куди звернена спинка. При задніх видах - збоку живота по передній пахвовій лінії.

При лицевому передлежанні - нижче пупка з тієї сторони, де знаходиться грудка плода (при першій позиції - праворуч, при другій - ліворуч).

При поперечному положенні - біля пупка, ближче до голівки плода.

При передлежанні тазовим кінцем - вище пупка, поблизу голівки плода на тій стороні, куди звернена спинка:

- тазове передлежання, перша позиція, задній вид;
- тазове передлежання, перша позиція, передній вид;
- потиличне передлежання, перша позиція, задній вид;
- потиличне передлежання, перша позиція, передній вид;
- потиличне передлежання, друга позиція, передній вид;
- потиличне передлежання, друга позиція, задній вид;
- тазове передлежання, друга позиція, передній вид;
- тазове передлежання, друга позиція, задній вид;

Кардіотокографія (КТГ) - синхронний запис серцевого ритму плода і маткових скорочень у продовж 10-15 хвилин за допомогою апарата - кардіотокографа.

Кардіотокограф одночасно записує криву пульсових ударів плода та скоротливу діяльність матки. Під час вагітності виконують запис тільки серцевих скорочень плода, мінімальний час запису яких повинен складати 30 хвилин при положенні вагітної на лівому боці. Вивчення реакції серцево-судинної системи плода у відповідь на його рухи під час такого запису називається нестресовим тестом.

При аналізі КТГ оцінюють такі параметри: базальна частота серцевих скорочень (БЧСС), варіабельність ЧСС, наявність і тип тимчасових змін БЧСС у вигляді прискорення (акцелерація) чи уповільнення (децелерація) серцевого ритму.

Базальна частота серцевих скорочень - це середня величина між миттєвими значеннями частоти скорочень серця плода, при цьому не враховують акселерації та децелерації.

При характеристиці БЧСС враховують його варіабельність - частоту та амплітуду миттєвих змін частоти серцевих скорочень (миттєвих осциляцій). Амплітуду осциляцій визначають за величиною відхилення від БЧСС, частоту - за кількістю осциляцій за 1 хв. Підрахунок цих показників виконують кожні 10 хвилин.

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.

Біофізичний профіль плода (БПП) (з 30 тижнів вагітності) - оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність

плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплідних вод)

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

Для цього застосовують спеціальну доплерометричну ультразвукову апаратуру, яка дозволяє оцінювати кровообіг в судинах плода, плаценти, матки. Найбільше практичне значення має дослідження кровообігу в артеріях пуповини та матки.

Якісну оцінку гемодинамічних показників в системі "мати - плацента - плід" проводять за кривими швидкостей кровоплину в маткових артеріях та артерії пупкового канатика. Оцінюють максимальну і мінімальну систолічну швидкість кровоплину. В ході аналізу доплерограм вираховують систоло-діастолічне відношення (СДВ), що характеризує периферичну судинну резистентність, а також індекс резистентності (ІР). Ці показники вираховували за спеціальними формулами.

Діагностичні критерії нормального кровоплину: високий діастолічний компонент на доплерограмі в артерії пуповини по відношенню до ізолінії, співвідношення амплітуди систоли до діастоли ставить не більше 3.

Ультразвукова томографія плода та органів малого тазу у пізні строки вагітності проводиться за показаннями для діагностики багатопліддя, членорозположення плода у матці, деяких вад розвитку плода, маловоддя та багатоводдя, патології розташування плаценти або часткового її відшарування, аномалій розвитку та пухлин матки або інших органів малого тазу тощо.

Методи дослідження стану плаценти

Ультразвукова плацентографія дозволяє встановити локалізацію плаценти, її товщину, структуру (стан хоріальної мембрани, паренхіми). Метод дозволяє визначити ступінь дозрівання плаценти.

При неускладненій вагітності с 26 тижня реєструють I стадію дозрівання, з 32 тижня - II стадію, з 36 тижня - III. Поява ультразвукових ознак різних ступенів структурності плаценти раніше встановлених строків оцінюється як передчасне "старіння" плаценти.

Важливим методом дослідження функціонального стану плаценти є оцінка її гормональної функції. Найбільше практичне значення має дослідження рівня прогестерону і естріолу. Рівень прогестерону залежить від строку вагітності і постійно підвищується до 37-38 тижня. Секреція естріолу залежить переважно від андрогенних попередників, що продукуються наднир-никами плода. Рівень цього гормону в крові вагітної відображає не тільки стан плаценти, а також і плода.

Методи дослідження навколоплідних вод

Під час ультразвукового дослідження оцінюють об'єм навколоплідних вод (див. біофізичний профіль плода), можлива також оцінка їх структури.

Амніоцентез - отримання навколоплідних вод методом пункції амніотичної порожнини через черевну стінку (трансабдомінальний доступ), або через вагіну (трансвагінальний). Після 20 тижня вагітності застосовують трансабдомінальний доступ під ультразвуковим контролем, обираючи місце для пункції, де нема плаценти. Отримують навколоплідні води для біохімічного, гормонального, імунологічного, цитологічного, генетичного дослідження, в залежності від мети амніоцентезу.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Айламазян Э.К. Акушерство. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 527 с.
2. Воскресенский С.Л. Оценка состояния плода. – Мн.: Книжный Дом, 2004. – 304 с.

3. Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского и А.А Оразмурадова. – М.: МИА, 2005. – 448 с.
4. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль: учеб.пособие. - Минск: Книжный Дом, 2004. - 304 с.
5. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
6. Сидорова И.С. Методы исследования при беременности и в родах. - МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
7. Ультразвуковая фетометрия: Справочные таблицы и нормативы / Под ред. М.В. Медведева. – М.: Реальное время, 2003. – 170с.
8. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
9. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».