

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 № 10 від 10 січня 2017 року

Завідувач кафедри

д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РЕКОМЕНДАЦІЯ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ
ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА ФАХОМ
« ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА »**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Аntenатальна охорона здоров'я плода (код курсу 3.1.)
Курс	Передатестаційний цикл
Спеціальність	Загальна практика - сімейна медицина

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Загальновідомо, що зародження життя та народження дитини – результат збалансованої діяльності багатьох систем та органів організму жінки. Відповідно практика супроводу реалізації репродуктивної функції має об'єднувати досягнення широкого спектра клінічних та базових дисциплін і наукових методологій, що динамічно розвиваються в усьому світі.

Сьогодні велика увага приділяється не лише генетичним факторам, які можуть негативно впливати на розвиток дитини в майбутньому, а й епігенетичним, зокрема шкідливому впливу ксенобіотиків, інших екологічних чинників, а також незбалансованому харчуванню, гіповітамінозу, розповсюдженості шкідливих звичок тощо.

Разом із тим доведено, що перинатальне здоров'я плода та новонародженого залежить в першу чергу від зваженого ставлення до стану власного здоров'я майбутньої матері. Адже виношування та народження дитини є запрограмованим біологічним процесом, який закладено в саму природу існування та розвитку свідомості людини. Крім того, здоров'я матері та здоров'я майбутньої дитини визначається адекватністю спілкування зі спеціалістами, ступенем відповідальності жінки у виконанні медико-профілактичних рекомендацій, зокрема, якщо йдеться про наявність у неї факторів ризику розвитку тяжких перинатальних ускладнень.

II. Об'єм повторної інформації

1. Ультразвукові дослідження в акушерстві.
2. Плодово-плацентарний кровообіг.
3. Методи оцінки стану плода.
4. Фізіологічний період новонародженості.

III. Об'єм нової інформації

1. Що таке репродуктивна функція?
2. Складника репродуктивного здоров'я.
3. Від чого залежить здоров'я матері та здоров'я майбутньої дитини?
4. Профілактика перинатальних ускладнень.
5. Вплив факторів зовнішнього середовища на репродуктивну функцію

IV. План проведення заняття

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

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.

VI. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної		+	
2.	Оцінити результати УЗД		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану плода.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Оцінювати фактори перинатального ризику.
2. Проводити діагностику патологічних станів плода.
3. Визначати ступінь перинатального ризику.
4. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи високого перинатального ризику.
5. Складати план розродження вагітної із групи високого перинатального ризику.
6. Проводити профілактику розвитку перинатальних ускладнень.
7. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних із групи високого перинатального ризику.
8. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок із групи високого перинатального ризику.
9. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок із групи високим перинатальним ризиком.
10. Деонтологічно пояснити вагітній із групи високого перинатального ризику про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.
11. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну із групи високого перинатального ризику в необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.

Тестові завдання

1. До жіночої консультації звернулась вагітна В., 24 років. Вагітність перша, 18 тижнів. Соматично здорова, гінекологічних захворювань не мала. Перебіг вагітності до звернення в консультацію без особливостей. У вагітної А(II) група крові, Кп-негативна. У її чоловіка - В(III) група крові, КИ-позитивна. При лабораторному обстеженні у вагітної виявлені анти-Кп -антитіла в титрі 1:8.

Визначте тактику ведення вагітності.

Правильна відповідь: Повторне визначення антитіл кожні 4 тижні.

2. У новонародженої дитина від роділлі з резус-негативним типом крові виявлена жовтяниця, в пуповинній крові Нв - 150 г/л, білірубін - 85,5 мкмоль/л.
Який ймовірний діагноз?

Правильна відповідь: Гемолітична хвороба новонароджених, анемічно-жовтянична форма.

3. Вагітна 26 років, знаходиться у відділенні патології вагітних з діагнозом: вагітність I, 36 тижнів, резус-ізоімунізація. Скарг не має. При УЗ-дослідженні встановлено: плід один, положення

повздожнє, головне передлежання. Розміри плода відповідають 36-37 тижням вагітності. На голівці плода подвійний контур, кількість амніотичної рідини збільшена, плацента завтовшки 5,5 см, з деструктивними змінами. При КТГ дослідженні - оцінка 6 балів. В крові вагітної титр анти-Кп -антитіл дорівнює 1:128.

Яка тактика ведення вагітності?

- A. Консервативне ведення до 38 тижня вагітності з наступним родозбудженням.
- B. Дострокове розродження оперативним шляхом*
- C. Амніоцентез для визначення оптичної щільності білірубину
- D. Введення анти Rh- імуноглобуліну

4. Вагітна 25 років, O(I) групи крові, Кп-негативна, наглядається в жіночий консультації з приводу вагітності 30 тижнів, резус-ізоімунізація, титр антитіл дорівнює 1:16. Скарг не має. При УЗ-дослідженні встановлено, що ознак гемолітичної хвороби плода нема. Стан плода задовільний.

Як часто потрібно проводити повторне УЗ-дослідження?

- A. Один раз на тиждень
- B. Один раз на два тижні*
- C. Один раз на три тижні
- D. Один раз на чотири тижні

Ситуаційні задачі :

Задача 1 . У вагітної М. з А(II) Rh-негативним типом крові в анамнезі переливання крові в дитинстві від її матері без урахування резус-належності. У терміні вагітності 28 тижнів при УЗД визначена набрякла, збільшена до 45 мм плацента. Титр антитіл 1:8.

Запитання :

1. Попередній діагноз ?
2. Які додаткові методи обстеження слід призначити ?
3. Яка тактика ведення вагітності ?
4. Яке лікування слід призначити ?

Задача 2. У зв'язку із збільшенням титру антитіл у терміні вагітності 35-36 тижнів було проведено пологозбудження. Народився хлопчик з оцінкою по шкалі Апгар 6-7 балів із жовтяничним забарвленням склер, шкіри обличчя, пуповини. У пуповинній крові рівень Нb-150г/л, білірубину - 86,7 ммоль/л (за рахунок непрямого).

Запитання :

1. Ваш діагноз ?
2. Призначте лікування новонародженого.
3. Яку кров слід замовити у разі необхідності замінного переливання ?

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

Задача 1.

1. Вагітність 28 тижнів. Ізосенсибілізація по Rh-фактору.
2. Кардіотокографія, ультразвуковий біопрфіль, амніоскопія, діагностичний амніоцентез.
3. Лікування ізосенсибілізації в умовах стаціонару. Моніторне спостереження за станом плода. Повторне визначення рівня антитіл у сироватці крові матері.
4. Інфузійна терапія: реополіглокін, неогемодез, р-г глюкози 5% - 500,0 з 5 мл 5%-р-ну аскорбінової кислоти. Мембраностабілізуюча терапія : лімфоцитотерапія, спленін, екстракт плаценти, підсадка шкірного клаптя. Сорбційні методи : плазмозферез, ентросорбція.

Задача 2.

1. Гемолітична хвороба новонародженого. Жовтянична форма, II ступінь важкості.
2. Призначення :

- фототерапія;
 - заксорин (фенобарбітал) 10мг×3р.
 - інфузійна терапія;
 - замінне переливання крові;
- 3.Одногрупну Rh- негативну, 150 мл/кг.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Одним із найважливіших завдань сьогоденного акушерства є зниження рівня перинатальної смертності. Для його вирішення, з одного боку, треба мати чітке уявлення про чинники, які впливають на розвиток плоду, а з іншого використовувати в практичній охороні здоров'я сучасні способи та методи, що дають змогу своєчасно виявити порушення життєдіяльності плоду. Це, в свою чергу, дає можливість ужити необхідних лікувальних заходів і розробити правильну тактику подальшого ведення вагітності та пологів.

Досягнення сучасної науки в галузі перинатології створити основу для розвитку фето-плацентарної семіотики. 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 тонуса, 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 плода 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 плода (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 перейму, 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 гіпоксії 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 реєстрація 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 плода, 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 перейм, 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 плода. Такий позитивний тест з високим ступенем достовірності відображає кінець резервів фетоплацентарної 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 тижнів 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 концентрацією 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 тулуб 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 плоду.

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 тиждень 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 плоду. 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 плода. 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 плода 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	Немає дихальних рухів плода або реєстрація епізоду

	плода тривалістю 30 с. і більше.	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.

Організація диспансерного нагляду за вагітними

В основі забезпечення концепції безпечного материнства, профілактики захворювань матері та дитини є організація медичної допомоги вагітним. Суть профілактики виникнення ускладнень вагітності полягає у забезпеченні вагітних лікувально-профілактичною допомогою, наданні їм вичерпної інформації щодо безпечної репродуктивної поведінки та сприянні створенню для вагітних соціально-гігієнічних умов.

2.1. При огляді за вагітною в амбулаторних умовах лікарю акушеру-гінекологу необхідно дотримуватись схеми ведення вагітних .

2.2. Перший допологовий візит вагітної (до 12 тижнів) до лікаря акушера-гінеколога – найбільш відповідальний і тривалий за часом (20 хвилин), оскільки лікарем збирається основна інформація за даними анамнезу та акушерського обстеження, заповнюється медична документація, визначається обсяг лабораторного обстеження, за згодою вагітна самостійно заповнює анкету.

При першому зверненні лікарем акушером-гінекологом заповнюється “Індивідуальна карта вагітної і породіллі” (форма № 111/о) та обмінна карта (форма № 113/о). Обмінна карта видається вагітній з моменту встановлення на облік.

2.3. Додаткова інформація про статевий розвиток жінки, становлення репродуктивної функції, особливості сімейного стану, а також інша інформація надається дільничним терапевтом або сімейним лікарем .

2.4. В зв'язку із різким зростанням захворюваності на туберкульоз в останні роки, необхідно виділяти групу вагітних з підвищеним ризиком інфікування та захворюваності на цю інфекцію.

2.5. З метою організації перинатальної охорони плода необхідно уточнити вік, стан здоров'я чоловіка, його групу крові та резус-належність, а також наявність шкідливих факторів, пов'язаних із професією і шкідливих звичок у подружжя.

2.6. При наявних шкідливих або тяжких умовах праці жінки, при першому зверненні їй видається довідка про необхідність звільнення від шкідливих та тяжких умов праці.

2.7. При загальному огляді вагітної здійснюють:

- вимірювання маси тіла жінки;
- визначають кров'яний тиск на обох руках;
- визначають колір шкіри та слизових оболонок;
- проводять аускультацию серця, легень;
- пальпаторне обстеження щитовидної та молочних залоз з метою діагностики патологічних змін, оцінюють форму сосків молочних залоз.

2.8. Після загального огляду проводять акушерське обстеження із вимірюванням основних розмірів тазу, вагінальне обстеження із визначенням діагональної кон'югати і наступним обчисленням істинної кон'югати.

При обстеженні розмірів тазу вимірюють попереково-крижовий ромб, що дозволить уточнити форму тазу вагітної. За умови зменшення хоча б одного з основних розмірів тазу на 1,5-2 см необхідно виміряти допоміжні розміри та уточнити форму і ступінь звуження тазу.

При внутрішньому акушерському дослідженні обов'язковим є огляд шийки матки і стінок піхви в дзеркалах. У жінок з фізіологічним перебігом вагітності та при відсутності змін в ділянці шийки матки і піхви внутрішнє акушерське обстеження здійснюється 2 рази (при взятті на облік та в терміні вагітності 30 тижнів). Частоту наступних внутрішніх акушерських обстежень визначають за показаннями.

2.9. Першочерговий комплекс лабораторного обстеження вагітної включає клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, визначення групи крові і резус-фактору, аналіз крові на сифіліс, ВІЛ (за згодою), бактеріоскопічне дослідження мазків з піхви, цервікального каналу, уретри (рубрика В). Дільничним лікарем акушером-гінекологом проводиться до- та післятестове консультування вагітної щодо обстеження на ВІЛ.

2.10. За умови належності вагітної до групи ризику щодо розвитку гестаційного діабету, їй необхідно провести скринінговий тест толерантності до глюкози.

2.11. При наявності показань вагітну слід скерувати в подальшому для дообстеження: дослідження крові на гепатит В і С, дослідження на інфекції перинатального періоду (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірус, герпес), біохімічні дослідження крові, гемостазіограму та інші.

2.11.1. Показання для обстеження на інфекції перинатального періоду:

- хронічні запальні захворювання геніталій;
- гострі респіраторні вірусні інфекції під час цієї вагітності;
- самовільні викидні в анамнезі;
- мертвонародження в анамнезі;
- багатоводдя, маловоддя під час цієї вагітності;
- патологічні зміни шийки матки (ерозія шийки матки, дисплазія шийки т.ін.);
- безпліддя в анамнезі.

2.12. З метою профілактики та ранньої діагностики спадкової і вродженої патології плода, вагітну згідно з показаннями необхідно скерувувати на медико-генетичне обстеження.

2.14. Повторне відвідування дільничного лікаря акушера-гінеколога здійснюється вагітною через 7-10 днів, протягом яких проводиться лабораторне обстеження та консультації суміжних спеціалістів.

Під час другого візиту до жіночої консультації необхідно визначити у вагітної групу акушерського та перинатального ризику із визначенням бальної оцінки. Ступінь акушерського та

перинатального ризику може динамічно змінюватись протягом перебігу вагітності, тому його слід оцінювати: при першому зверненні вагітної у жіночу консультацію, у термінах вагітності – 20-21 та 32-36 тижнів вагітності.

Спостереження за ВІЛ-інфікованими вагітними проводиться згідно з наказом МОЗ України від 25.05.2000 № 120 “Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД та від 15.12.2000 № 344 “Про затвердження методичних рекомендацій з удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД”.

2.15. Після проведеного обстеження, визначення групи акушерського та перинатального ризику, висновків терапевта, інших профільних спеціалістів (за показаннями), вирішується питання про можливість виношування вагітності.

2.16. Перше ультразвукове обстеження проводиться у терміні вагітності 9-11 тижнів з обов'язковим визначенням розміру шийної складки, куприко-тім'ячкового розміру (КТР), стану внутрішнього вічка.

Друге ультразвукове обстеження проводиться у терміні вагітності 16-21 тижнів.

У терміні 32-36 тижнів проводиться третє ультразвукове обстеження за наступними показаннями: синдром затримки розвитку плода, хронічна фетоплацентарна недостатність, патологічні зміни на кардіотокограмі (КТГ), тяжка акушерська та екстрагенітальна патологія з метою визначення біофізичного профілю плода.

2.17. Вагітні з екстрагенітальними захворюваннями, крім спостереження лікарем акушером-гінекологом, підлягають динамічному спостереженню лікаря-терапевта.

Головним принципом динамічного спостереження вагітних є диференційоване їх обслуговування, яке включає медичний контроль за станом соматичного здоров'я жінки, перебігом вагітності, розвитком плода, надання профілактичної і лікувальної допомоги як матері, так і внутрішньоутробному плоду. Визначають належність вагітної до тієї чи іншої групи динамічного спостереження після клінічного і лабораторно-діагностичного обстеження.

2.18. Усі дані анамнезу, результати клінічного, лабораторного обстеження, УЗД заносять у “Індивідуальну карту вагітної і породіллі” та обмінну карту із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування, підписом лікаря та вагітної.

2.19. Оптимальна кількість відвідувань лікаря вагітною жінкою за період спостереження на допологовому етапі становить, в середньому, 10-12 разів.

При подальшому спостереженні і за умови неускладненого перебігу вагітності частота відвідувань жіночої консультації у терміні до 30 тижнів становить – 1 раз на місяць, а після 30 тижнів – 1 раз у два тижні.

При виникненні ускладнень перебігу вагітності частота відвідувань визначається лікарем за показаннями. З кожною вагітною лікар акушер-гінеколог або акушерка здійснюють консультування щодо необхідності регулярних відвідувань лікаря та виконання усіх порад і призначень.

2.20. При позитивному вирішенні питання про збереження вагітності у жінок з високим ступенем акушерського та перинатального ризику, кожна вагітна потребує диференційованого підходу до ведення вагітної, включаючи спеціальні методи моніторингового спостереження стану плода. Для кожної вагітної розробляється індивідуальний план спостереження, який заноситься в “Індивідуальну карту вагітної”.

2.21. Особливу увагу при спостереженні за вагітною слід звертати на стан розвитку плода: його положення, передлежання, серцебиття, характер рухів, а також очікувану масу тіла. У комплексній оцінці внутрішньоутробного стану плода доцільно використовувати тест рухів плода (ТРП), який є простим скринінговим методом і проводиться самою вагітною. Рекомендується

видавати кожній вагітній листок з поясненням техніки проведення ТРП, а при виникненні відхилень – обов'язково звертатися до лікаря акушера-гінеколога.

2.22. У разі виникнення акушерських ускладнень вагітна госпіталізується для обстеження і лікування у відділення (палату) патології вагітних пологового будинку (відділення) або спеціалізованого акушерського стаціонару.

За умови необхідності лікування екстрагенітальної патології або її ускладнення вагітна госпіталізується до 20 тижнів вагітності у терапевтичне відділення за профілем захворювання або у відділення екстрагенітальної патології вагітних багатопрофільного стаціонару.

2.23. При жіночих консультаціях створюються денні стаціонари.

2.24. При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами лікар акушер-гінеколог керується “Порядком видачі листка непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами” (Наказ МОЗ України від 13.11.2001 р. № 455 “Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян”).

2.25. У жіночих консультаціях організуються “Школи відповідального батьківства”, в яких майбутніх батьків навчають правилам особистої гігієни та готують до майбутнього батьківства. Робота проводиться з використанням демонстраційних матеріалів, технічних засобів і предметів догляду за дитиною.

Фізіопсихопрофілактична підготовка вагітних до пологів проводиться дільничним лікарем або одним з лікарів жіночої консультації, спеціально підготовленою акушеркою. Заняття з жінками у “Школах відповідального батьківства” починають з моменту взяття на облік по вагітності.

2.26. Беручи до уваги велике значення для народження здорової дитини сімейно-побутових умов, санітарного стану житла вагітної, дуже важливо здійснювати допологовий і післяпологовий патронажі. Допологовий патронаж здійснює дільнична акушерка/медсестра сімейного лікаря/лікаря загальної практики протягом 2 тижнів з моменту взяття жінки на облік з приводу вагітності.

Під час проведення допологового патронажу з'ясовується: загальний та психоемоційний стан вагітної та її скарги, ступінь бажаності існуючої вагітності, побутові умови та санітарний стан житла вагітної, характер взаємовідносин у родині, наявність дітей у родині і стан їх психічного та фізичного здоров'я, наявність у квартирі домашніх тварин.

2.26.1. Під час здійснення допологових патронажів акушерка/медсестра сімейного лікаря/лікаря загальної практики повинна провести медичне обстеження:

- визначити АТ на обох руках, підрахувати пульс і визначити його характер;
- зовнішніми методами обстеження визначити тонус матки, вислухати серцебиття плода;
- проводити санітарно-просвітницьку роботу: інформувати вагітну та членів її родини щодо особливостей правил особистої гігієни під час вагітності та необхідність їх дотримання, раціональне харчування і необхідність регулярного відвідування лікаря акушера-гінеколога.

Післяпологовий патронаж здійснюється у перші 7 днів після виписки породіллі з пологового будинку (відділення) з метою попередження або ранньої діагностики післяпологових ускладнень та захворювань новонароджених. Післяпологовий патронаж має на меті з'ясувати:

- самопочуття та скарги породіллі;
- стан молочних залоз і характер лактації;
- характер виділень з піхви;
- дотримання жінкою правил особистої гігієни в післяпологовому періоді;
- надання консультації з питань грудного вигодовування та планування сім'ї.

2.27. При виявленні відхилення від нормального перебігу післяпологового періоду породіллі скеровується на прийом до дільничного лікаря акушера-гінеколога або інших спеціалістів згідно показань.

2.28. Результати патронажного відвідування акушерка доповідає лікареві і записує в медичну документацію.

Стани, які виникли в перинатальному періоді, згідно рекомендаціям міжнародної класифікації хвороб, поділені на слідуючі самостійні групи:

1. *Ураження плоду і новонародженого, зумовлені факторами материнського походження і ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду.*
2. *Ураження плоду і новонародженого, зумовлені станом матері, не пов'язані з теперішньою вагітністю.*
 - Артеріальна гіпертонія у матері.
 - Хвороби нирок і сечових шляхів у матері.
 - Інфекційні і паразитарні хвороби у матері.
 - Хронічні хвороби системи кровообігу і дихання у матері.
 - Порушення харчування у матері.
 - Травми у матері.
 - Хірургічні операції у матері.
 - Інші лікувальні втручання і стани у матері.
3. *Ураження плоду і новонародженого, зумовлені ускладненнями вагітності у матері.*
 - Істміко-цервікальна недостатність.
 - Передчасний розрив оболонок.
 - Маловоддя.
 - Багатоводдя.
 - Багатоплідна вагітність.
 - Смерть матері.
 - Неправильне положення плоду перед пологами.
 - Інші ускладнення вагітності.
4. *Ураження плоду і новонародженого, зумовлені ускладненнями з боку плаценти, пуповини і плідних оболонок.*
 - Передлежання плаценти.
 - Відшарування плаценти.
 - Інші морфологічні і функціональні аномалії плаценти.
 - Випадіння пуповини.
 - Інші види стискання пуповини *(вузел та інші).
 - Інші стани пуповини (коротка та інші).
 - Хоріоамніоніт.
 - Інші аномалії хоріона і амніона.
5. *Ураження плоду і новонародженого, зумовлені ускладненнями пологів і пологорозрішенням.*
 - Пологорозрішення в сідничному передлежанні з екстракцією плоду.
 - Інші види неправильного передлягання і положення плоду, диспропорції розмірів плоду і тазу.
 - Пологорозрішення з використанням акушерських щипців.
 - Пологорозрішення з використанням вакуум-екстрактора.
 - Пологорозрішення за допомогою кесарського розтину.

- Швидкі пологи.
- Порушення скоротливої діяльності матки.
- Інші ускладнення пологів

6. *Ураження плоду і новонародженого, зумовлені шкідливим впливом, який здійснюється через плаценту і грудне молоко.*

- Загальний наркоз і знеболення у матері під час вагітності, пологів.
- Інші лікарські дії на матці.
- Куріння тютюну матір'ю.
- Вживання алкоголю.
- Вживання наркотиків.
- Дія хімічних речовин, які входять до складу їжі.
- Дія хімічних речовин зовнішнього середовища.
- Інші шкідливі дії на матці.

II. Розлади, пов'язані з тривалістю вагітності і динамікою росту плоду.

1. Повільний ріст і недостатність харчування плоду.

- Плід з малою вагою для терміну вагітності при доброму харчуванні.
- Плід з малою вагою для терміну вагітності при недостатньому харчуванні.
- Недостатність харчування плоду при нормальній вазі.
- Невстановлена затримка розвитку плоду.

2. Розлади, пов'язані з укороченням терміну вагітності і з низькою масою тіла при народженні неясної етіології.

- Дуже мала маса тіла при народженні.
- Інші групи з низькою масою тіла.
- Крайня незрілість.
- Інші форми недоношеності.
- Розлади, пов'язані з подовженням терміну вагітності і великою масою тіла.
- Крупний плід.
- Переношена дитина.

Стани плоду і новонародженого, характерні для патологічного перинатального періоду

1. Пологова травма.

- Розриви внутрішніх тканин і крововиливи.
- Інші форми пологової травми центральної нервової системи.
- Ураження волоссяної частини голівки.
- Пологова травма кистяка.
- Пологова травма периферійної нервової системи.
- Інші форми пологової травми.

2. Розлади дихальної та серцево-судинної системи, які виникли в перинатальному періоді.

- Внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія.
- Асфіксія при народженні.
- Синдром дихальних розладів у новонародженого.
- Вроджена пневмонія.
- Неонатальний синдром аспірації.
- Інтерстиціальна емфізема та схожі стани.
- Легенева кровотеча, яка виникла в перинатальному періоді.
- Хронічна патологія органів дихання, яка виникла в перинатальному періоді.
- Інші респіраторні стани, які виникли в перинатальному періоді.
- Розлади серцево-судинної системи, які виникли в перинатальному періоді.

3. *Інфекції, характерні для перинатального періоду.*
 - Вроджені вірусні інфекції.
 - Бактеріальний сепсис новонароджених.
 - Інші вроджені інфекції та паразитарні хвороби.
4. *Геморагічні та гемолітичні порушення у плода і новонародженого.*
 - Кровотеча у плода.
 - Кровотеча з пуповини після народження плода.
 - Внутрішньочерепний крововилив у плода (крім зумовленого травмою).
 - Геморагічна хвороба плода і новонародженого.
 - Гемолітична хвороба плода і новонародженого.
 - Водянка плода, зумовлена ізоімунізацією.
 - Жовтяниці новонародженого, зумовлена значним гемолізом.
 - Ядерна жовтяниця, зумовлена ізоімунізацією.
 - Дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові у плода і новонародженого.
5. *Ендокринні порушення обміну речовин.*
 - Порушення системи ьравлення у плода і новонародженого.
 - Порушення терморегуляції у новонародженого.
 - Для розробки профілактичних міроприємств по зниження перинатальної патології необхідно виділити групи вищеперерахованих факторів і проводити аналіз основних причин для певних клінік.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Абрамченко В.В.: Руководство для врачей. – Спб.:ЭЛБИ – Спб., 2006.
2. Акушерство / Учебный курс для врачей, разработанный группой международных экспертов под эгидой USAID /А. Vacci, N. Berdzuli, G. Gori et al. – Киев,2006. – 197с.
3. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
4. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
5. Лихачов В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями.- М.:МИА, 2010.- 695 с.
6. МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та Наказ неонатологічної допомоги в Україні».
8. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (ведення вагітності у жінок з імунологічними конфліктами).
9. Практическое акушерство с неотложными состояниями для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010 . – 730 с.