

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 _____ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Сучасні методи обстеження в акушерстві і гінекології (код курсу 4.2.1.)
Курс	Піврічна спеціалізація
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Полтава

Кількість навчальних годин 2 години.

I. Мета заняття

Сучасне гінекологічне обстеження є одним з основних методів діагностики гінекологічної патології в теперішній час інтенсивно розвивається як в теоретичному, так і в практичному напрямку.

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. Об'єм повторної інформації

1. Класифікацію жіночих статевих органів.
2. Будову жіночих статевих органів.
3. Функції жіночих статевих органів.
4. Циклічні зміни в організмі жінки.
5. Методи діагностики гінекологічних захворювань.
6. Визначення поняття «порушення менструальної функції».
7. Поняття терміну «плацентарна недостатність».
8. Поняття термінів «дистрес плода» та «гіпоксія плода».
9. Причини та фактори ризику розвитку дистресу плода.
10. Методи діагностики дистресу плода.

III. Об'єм нової інформації

1. Рентгенологічні методи дослідження, підготовка пацієнок та інструментарію до проведення діагностичних маніпуляцій;
2. Ультразвукове дослідження, підготовка пацієнок до проведення діагностичних маніпуляцій;
3. Ендоскопічні методи дослідження, підготовка пацієнок до проведення діагностичних маніпуляцій;
4. Радіоімунологічні методи дослідження, підготовка пацієнок до проведення діагностичних маніпуляцій;
5. Спеціальні діагностично-лікувальні маніпуляції (зондування матки, вишкрібання стінок порожнини матки, пункція заднього склепіння), інструментарій, загальна та медикаментозна підготовка хворої.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	35

3.	Опанування практичних навичок.	40
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Гінекологічне відділення.
3. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії хвороби

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Провести гінекологічне обстеження жінки.		+	
2.	Діагностувати клінічні прояви гінекологічної патології, порушень менструальної функції		+	
3.	Призначати обстеження при підозрі на гінекологічну патологію.		+	
4.	Оцінювати результати клініко-лабораторних досліджень у разі гінекологічних захворювань, нейроендокринних синдромів		+	
5.	Провести акушерське обстеження вагітної.		+	
6.	Призначити адекватне лікування при виявленні плацентарної недостатності		+	
7.	Зібрати анамнез та оцінити фактори ризику розвитку ПН у вагітної.		+	
8.	Оцінити клінічні прояви ПН у вагітної.		+	
9.	Оцінити результати ультразвукового обстеження плаценти.		+	
10.	Оцінити результати гормонального обстеження функції плаценти.		+	
11.	Скласти план обстеження стану плода.		+	
12.	Класифікувати ПН за перебігом та станом захистно-приспосувальних реакцій.		+	

13.	Оцінити відповідність висоти дна матки (ВДМ) строку вагітності за стандартною гравідограмою.		+	
14.	Оцінити результати ультразвукової фетометрії. Провести оцінку функціонального стану плода при		+	
15.	Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними біофізичного профілю плода.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Які методи обстеження використовують для діагностики ранніх термінів вагітності?
2. Діагностична цінність імунологічних і гормональних методів дослідження.
3. Які існують електрофізіологічні методи обстеження та їх причини?
4. Покази і діагностичне значення проведення ультразвукових методів обстеження.
5. Діагностична цінність ендоскопічних методів обстеження і покази до їх, проведення.
6. Метод кольпоскопії, показання для дослідження, теоретичні відомості, будова сучасного кольпоскопа.
7. Техніка простої та розширеної кольпоскопії.
8. Діагностичні тести при кольпоскопії (проба Шіллера, оцтова та ін.), їх прогностика та диференціально-діагностичне значення.
9. Організація онкопрофосмотрів з застосуванням кольпоскопічно-цитологічного, гістологічного методів.
10. Кольпоскопічно-гістологічні паралелі при передраку шийки матки.
11. Диференціальна діагностика запальних та істинних передракових процесів шийки матки (кольпоскопія, цитологія).
12. Кольпоскопія як “морфологічний” метод діагностики патології шийки матки.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Оволодіння об'єктивними методами обстеження вагітності.
2. Оволодіння біологічними методами обстеження.
3. Проведення амніоскопії й амніоцентезу.
4. Взяття ціленаправлених цитологічних мазків та прицільної біопсії при кольпоскопії.
5. Вміти провести та оцінити просту кольпоскопію.
6. Вміти провести та хоча б поверхнево оцінити розширену кольпоскопію.
7. Вміти розрізнити під час кольпоскопії запальну псевдоерозію від істинної ерозії.
8. Вміти застосовувати тестові проби – Шіллера та з оцтовою кислотою при кольпоскопії.

Ситуаційні задачі

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

Які методи дослідження потрібно призначити для оцінки стану плаценти?

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

5. Хвора 42 років прийшла на профогляд. У лікаря-гінеколога не була на огляді 3 роки. Менструації приходять регулярно.

Бімануально: матка маленька, рухлива, безболісна. Придатки праворуч не визначаються, ліворуч – пухлиноподібне утворення еластичної консистенції, рухливе, болюче, розмірами 8×9×6 см.

Які лабораторні та інструментальні методи дослідження потрібно провести?

6. Хвора 36 років постуила у відділення зі скаргами на болі внизу живота, підвищення температури тіла, головний біль. З анамнезу відомо, що хвора знаходиться на обліку з приводу вузлуватої фіброміоми матки. При останньому огляді 2 місяці тому величина матки була 9-10 тижнів. Об'єктивно: температура тіла 38,4°C; пульс 118 за хв. аритмічний; язик чистий злегка сухуватий; живіт м'який, болючий в нижніх відділах. Над лоном визначається пухлиноподібне, різко болюче утворення. Симптом Щоткіна різко позитивний. Бімануально: матка збільшена до 12-13 тижнів вагітності. справа - болюче

утворення розміром 4×5 см. Склепіння глибокі, болючість при дослідженні. У загальному аналізі крові при поступленні – НЬ – 110 г/л; лейкоцити – $12,6 \times 10^9$ /л (паличкоядерних – 16%); ШОЕ – 42 мм/год. Після спостереження з хворою та лікування протягом 1 години: НЬ – 110 г/л; лейкоцити – $16,7 \times 10^9$ /л (паличкоядерних – 20%); ШОЕ – 48 мм/год.

Діагноз? Лікування?

3. Хвора 34 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на значні рідкі виділення з піхви. Остання менструація була тиждень тому. Статеве життя з 24 років. Контактні кровотечі. В дзеркалах: на передній губі шийки матки виразка розміром 1 см, взята біопсія. Мікроскопічно виявлений плоскоклітинний рак.

Визначіть тактику ведення пацієнтки.

4. Хвора 23 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль в попереку та незначні кров'янисті виділення із статевих шляхів.

Вагітність перша. Втручання заперечує. Захворіла 2 доби тому.

В анамнезі - кір, скарлатина, дифтерія, малярія, черевний тиф.

Менструації з 17 років, регулярні по 3 дні, болючі, скудні. Остання менструація 9 тижнів тому.

Загальний стан задовільний, температура $36,6^{\circ}\text{C}$, пульс 74 за 1 хв, наповнений.

Гінекологічне обстеження: шийка матки конічної форми. Зовнішнє вічко закрите.

Матка м'яка, збільшена до розмірів жіночого кулака. Кров'янисті виділення в невеликій кількості.

Сформулюйте діагноз..

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

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

Сучасні методи обстеження в акушерстві можна розділити на:

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

Діагноз вагітності встановлюється на основі даних клінічного обстеження (анамнезу, наявності сумнівних, ймовірних та достовірних ознак вагітності, загального стану жінки, піхвинного й бімануального обстеження). При розпізнаванні деяких видів патології вагітності, при необхідності віддиференціювати позаматкову вагітність від запалених додатків матки, чи маткової вагітності від пухлини матки, використовують біологічні й імунологічні методи діагностики.

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

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

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

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

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

Тести функціональної діагностики використовуються в ранні терміни вагітності.

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

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

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

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

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

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

З електрофізіологічних методів обстеження в акушерстві використовують наступні:

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

Моніторинг стану плоду

Для діагностики функціонального стану плоду 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).
- **модифікований БПП** поєднує нестресовий тест з індексом амніотичної рідини.

Таблиця 2. Оцінка результатів визначення показників біофізичного профілю плода

Параметри	Бали		
	2	1	0
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 сек., пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	2-4 акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 сек., 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 сек. і більш за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 сек. за 30 хв. спостереження	ДРП тривалістю менше 30 сек. 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 б – задовільний стан плода; 5-6 б – сумнівний тест (повторити через 2-3 дні) 4 б і нижче – патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове розродження)		

- **доплерометрія швидкості кровотоку у артерії пуповини** (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці) (А).

Діагностичні критерії:

Нормальний кровотік – високий діастолічний компонент на доплерограмі по відношенню до ізолінії, співвідношення амплітуди систоли до діастоли становить не більше 3.

Патологічний кровотік:

- *сповільнений кровотік* – зниження діастолічного компоненту, співвідношення амплітуди систоли до діастоли становить більше 3.

- *термінальний кровотік* (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода)

Нульовий – кровотік у фазі діастоли припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент)

Негативний (реверсний, зворотний) – кровотік у фазі діастоли набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії).

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

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

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

Частота осциляцій буває низькою (менше 3 уд/хв), помірною (3-6 уд/хв) та високою (більше 6 уд/хв). Транзиторні прискорення ЧСС (акцелерації) виникають у відповідь на маткові скорочення (періодичні) та рухову активність 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 гіпоксичного стану плоду. Поєднання тахікардії з децелераціями свідчить про згрозливий стан плода, поява брадікардії вказує на зниження резервних можливостей організму плода, однак постійна брадікардія, не пов'язана з децелераціями, може бути ознакою вродженого захворювання серця у плода. Тривожною ознакою є реестарція прогресуючої брадікардії в поєднанні з "німим" типом варіабельності ЧСС. Тривалість ділянок монотонного ритму, що складає 50% і більше від всього запису, свідчить про високий ризик для плода.

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

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

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

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

Дихальні (ДР) та генералізовані (ГР) рухи плода реєструються за допомогою ультразвукового сканера, який працює в масштабі реального часу, являє собою спеціальну та вельми суттєву форму адаптації до умов внутрішньоутробного існування, є чутливим індикатором стану організму, що розвивається.

Жінка починає відчувати рухи плоду між 16 та 20 тижнями вагітності. Рухова активність плода найбільш інтенсивна на 28-35 тиждів вагітності. Зниження частоти ГР плода в міру розвитку вагітності пояснюється зменшенням об'єму амніотичної рідини, збільшенням розмірів плода, зсувами в функціональному стані його ЦНС, а також дегенеративними змінами плаценти, що спостерігаються в більш пізні терміни вагітності. Кількість ГР зранку та вдень завжди менша, ніж увечері. Найбільше число ГР плода

припадає на період між 15 та 16, 18 та 19 годинами. Зростання рухливості плода спостерігається, коли мати приймає седативні засоби або транквілізатори. Інтенсивність рухів більша у хлопчиків.

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

Ендоскопічні методи обстеження.

Ендоскопічні методи обстеження в акушерстві

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

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

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

Кардіоцентез – пункція судин пуповини під контролем УЗ-дослідження.

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

Ендоскопічні методи обстеження в гінекології

Використання сучасних методів дослідження (*кольпоцервікоскопія*, цитогенетика) дозволило розробити нову класифікацію патологічних процесів шийки матки (Б.В. Коханевич).

Згідно цієї класифікації патологічні процеси шийки матки розділені 4:

I. Доброякісні фонові патологічні процеси (факультативний передрак):

1. Ектопія циліндричного епітелію (несправжня ерозія, ектропіон).
2. Доброякісна зона трансформації (залозиста ерозія).
3. Запальні процеси (екзо-, ендоцервіцити).
4. Субепітеліальний ендометріоз.
5. Справжня ерозія.
6. Доброякісні поліпи

II. Передракові дисплазії (облігатний передрак):

1. Лейкоплакія проста.
2. Поля дисплазії.
3. Папілярна зона дисплазії.
4. Передпухлинна зона трансформації.
5. Кандилома шийки матки.
6. Передракові поліпи.

III. Доклінічний рак (внутрішньоепітеліальний та початкова інвазія):

1. Лейкоплакія проліферуюча.
2. Поля атипового епітелію.
3. Папілярна зона атипового епітелію.
4. Атипова зона трансформації.
5. Атипова зона васкуляризації.

IV. Клінічний рак:

1. Доброякісні фонові патологічні процеси складають 80% патології шийки матки. При цих процесах правильно проходить поділ епітеліальних клітин, їх диференціювання, зрілість, старіння та відторгнення.

До доброякісних фонових патологічних станів відносять:

- A. Ектопія циліндричного епітелію, або переміщення слизової цервікального каналу на піхвову частину шийки матки кольпоскопічно виглядає як ділянка світло-рожевого кольору з зернистою поверхнею, яку більшість дослідників характеризують, як “гроно винограду”, “червона ікра”.

Кольпоскопічно розрізняють 3 різні по генезу ектопії: посттравматична (ектропіон), вроджена (дизгормональна) та запальні ерозії..

Гістологічно: - ектопії циліндричного епітелію відповідає несправжні і папілярні ерозії (простий, стаціонарний ендocerвікоз).

В. Добраякісна зона трансформації або зона метаплазії циліндричного епітелію в багат шаровий плоский диференціюється на незакінчену та закінчену зону трансформації. Ці стани гістологічно відповідають залозистій ерозії (проліферуючий ендocerвікоз) та відповідно-фолікулярній ерозії (заживаючому цервікозу).

С. Справжня ерозія – дефект епітелію.

Д. Екзо і ендocerвіцити – запальні процеси (екто- і ендocerвікоз).

Е. Субепітеліальний ендометріоз розвивається внаслідок імплантації клітин ендометрію на поверхні шийки матки. Добраякісні поліповидні утворення – це залозисті і епідерматизовані поліпи (залозисті поліпи - сполучнотканинні вирости, які покриті призматичним епітелієм слизопродукууючого характеру). Епідерматозовані поліпи перетворюються в багат шаровий сквамозний епітелій.

II. Дисплазії епітелію шийки матки складають 17-20% патології шийки матки. При яких виражена гіперплазія, проліферація, порушення диференціювання, дозрівання і відшарування епітеліальних клітин.

Визначають такі види епітеліальної дисплазії:

- Проста лейкоплакія;
- Поля дисплазії;
- Папілярна зона дисплазії;
- Передпухлинна зона трансформації;
- Кондиломи;
- Передракові поліпи.

Проста лейкоплакія – білі плями з гладенькою поверхнею з перлинним блиском на шийці матки, або поліпах (це ділянки ороговівшого сквамозного епітелію) і найчастіше утворюються при гіперестрогенії.

Поля дисплазії – білі полігональні ділянки розділені червоними границями, вони мономорфні однакового кольору, рівнем розміщення, форми і розмірів. При кольпоскопічному дослідженні визначаються поля дисплазії циліндричного та метаплазованого епітелію.

Поля дисплазії не змінюються під дією оцтової кислоти, погано піддаються консервативному лікуванню, часто дають рецидиви і розвиваються у жінок з ановуляторними менструальними циклами. Папілярна зона дисплазії – виглядає як червоні мономорфні вкраплення на фоні білих чи рожевих плям, які розміщуються на рівні епітелію, однакової форми і розмірів. Папілярна зона дисплазії розвивається на фоні багат шарового сквамозного епітелію або метаплазованого циліндричного епітелію у жінок з гіперестрогенією або недостатністю лютеїнової фази. Червоні вкраплення не реагують на оцтову кислоту, часто одночасно зустрічаються з субепітеліальним ендометріозом і розміщуються на місці переходу багат шарового сквамозного епітелію в циліндричний. При гістологічному дослідженні – знаходять проліферацію сосочків сполучної тканини, які підрастають до поверхні багат шарового сквамозного епітелію (деякі їх називають еритроплакією).

Папілярна зона дисплазії багат шарового сквамозного епітелію прогностично являється однією із несприятливих форм передраку. Папілярна зона метаплазованого епітелію в більшості випадків розвивається на фоні хронічного запального процесу вірусної етіології.

Передпухлинна зона трансформації це мономорфні білі епітеліальні утворення у вигляді обвідків навколо вивідних протоків залоз (це гіперплазія і дисплазія метаплазованого епітелію в залозах). Ця патологія може локалізуватися на шийці матки, в каналі шийки матки і на фоні поліпів. На фоні передпухлинної зони трансформації нерідко розвивається одна з найбільш злоякісних форм раку шийки матки – аденокарцинома. Конділоми шийки матки – плоскі пипки, які зустрічаються при тривалих нелікованих кольпітах, найчастіше вірусного походження.

III. **Преклінічні і клінічні форми раку шийки матки** характеризуються поліморфізмом епітеліальних клітин і атиповими судинами. При цитологічному дослідженні преклінічних форм раку шийки матки визначається атипія клітин, які розміщуються нерівномірно в основному по контуру ядер, забарвлення ядер гіперхромне, збільшується кількість ядерців. При початкових інвазійних формах раку крім атипії епітеліальних клітин, зустрічаються елементи строми: фіброцити, фібробласти, малодиференційовані клітини, плазмоцити, еритроцити, гранулоцити і відбувається деструкція базальної мембрани.

В залежності від морфологічної форми преінвазивного і початкового раку кольпоцервікоскопічно визначаються такі варіанти атипового епітелію і патологічної васкуляризації.

- Проліферуюча лейкоплакія – білі або жовтуваті плями з нерівними краями, нерідко з тріщинами, по краям плям визначаються термінальні судинні розгалуження неправильної форми;
- Поля атипового епітелію визначаються у вигляді поліморфних епітеліальних ділянок, границі мають вигляд перехрещуючих червоних ліній, вони білого кольору з рожевим, блакитним або сірим відтінком.. границі патологічної ділянки інколи мають підриті краї;
- Папілярна зона атипового епітелію, яка визначається у вигляді поліморфних вкраплень на фоні білої плями з сірим, рожевим або жовтим відтінком. Патологічні зміни бувають різних розмірів, інколи вони припіднімаються над нормальною поверхнею шийки матки у вигляді валиків, мають підриті краї, інколи папілярні вирости;
- Зона трансформації атипового епітелію – це поліморфні епітеліальні обвідки біло-сірого чи жовтого кольору навколо вивідних протоків залоз;
- Зона атипових судин (атипова васкуляризація) – атипові судини мають неправильну хвилясту форму, нерівномірного діаметру, які не зникають під дією оцтової кислоти. Наявність судин завжди є ознакою малігнізації.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затикиан. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
2. *Коханевич Е.В., Ганина К.П., Суменко В.В.* Кольпоцервікоскопия. – К.: Гидромакс, 2004. – 117с.
3. *Кулаков В.И.* Акушерство и гинекология.– М.: ГЕОТАР-Медиа, 2005. – 512с.
4. *Ліхачов В.К.* Методика обстеження і принципи лікування гінекологічних хворих в умовах жіночої консультації. – Полтава, 2000. – 100с.
5. *Прилепская В.Н.* Практическая гинекология. – М., 2003.– 350с.
6. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Под ред. Н.М. Подзолкова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 520с.

7. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 512 с.
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
9. Ультразвуковая фетометрия: Справочные таблицы и нормативы / Под ред. М.В. Медведева. – М.: Реальное время, 2003. – 170с.
10. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. –Киев, 2012._154 с.