

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 ЛЕКЦІЇ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ  
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»  
(ДЛЯ ЛІКАРІВ ТЕРАПЕВТІВ-ДІЛЬНИЧИХ ТА ЛІКАРІВ ПЕДІАТРІВ-  
ДІЛЬНИЧИХ)**

|                      |  |
|----------------------|--|
| Навчальна дисципліна | Акушерство та гінекологія  |
| Тема:                | <b>Аntenатальна охорона здоров'я плоду</b><br>(код курсу 04.01.01) |
| Курс                 | 4 місяці нівчання  |
| Спеціальність        | Загальна практика - сімейна медицина                               |

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

### I. Науково-методичне обґрунтування теми

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. Навчальні цілі лекції

*Донести до курсантів наступні знання:*

1. Сутність антенатальної допомоги
2. Узд ознаки ступеня зрілості плаценти
3. КТГ
4. Основні показники та їх розшифровка у КТГ
5. Необхідність проведення КТГ
6. Терміни проведення скринінгових УзД
7. Принципи диспансеризації вагітних

### III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних

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

### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

| Дисципліна                  | Знати                  | Вміти  |
|-----------------------------|------------------------|--|
| <i>Попередні:</i>           |                        |  |
| Пропедевтика дитячих хвороб | АФО дітей різного віку | Визначити ознаки доношеності новонародженого |
| <i>Наступні:</i>            |                        |  |

|              |  |  |
|--------------|--|--|
| Неонатологія | принципи лікарської тактики при різних клінічних ситуаціях у новонародженого із групи високого перинатального ризику | визначити належність новонародженого до групи високого перинатального ризику |
| Фармакологія | фармакологічну характеристику препаратів, що застосовують під час вагітності   | призначити препарати під час вагітності                                      |

### У. План та організаційна структура лекції

| № п/п          | Основні елементи лекції та їхній зміст  | Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення                                  | Розподіл часу |
|----------------|---|--|---------------|
| 1.             | <b>Підготовчий етап</b><br>Визначення актуальності теми<br>Визначення навчальних цілей лекції<br>Забезпечення позитивної мотивації  | Навчально-методичне обґрунтування теми.<br>Навчальні цілі лекції.<br>Навчально-методичне обґрунтування теми. | 5 хв.         |
| 2.             | <b>Основний етап</b><br>Викладення лекційного матеріалу за планом:<br>1. Сутність антенатальної допомоги<br>2. КТГ<br>3. УЗД ознаки ступенів зрілості плаценти<br>4. Диспансеризація вагітних | Тематична клінічна лекція з елементами проблемності.<br>Мультимедійний супровід.                             | 75 хв.        |
| 1.<br>2.<br>3. | <b>Заключний етап</b><br>1. Резюме лекції, загальні висновки<br>2. Відповіді на можливі запитання<br>3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.                             | Перелік навчальної літератури<br><b>ЗАПИТАННЯ</b>  | 10 хв.        |

### VI. Зміст лекційного матеріалу

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 плода. 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 фето-плацентарної системи в умовах стресу (перинатальна смертність при позитивному тесті у 6 разів вища, ніж при негативному).

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

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

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

В результаті численних досліджень встановлено, що зменшення ГР плода у більшості випадків може розглядатися як симптом порушення його стану, зумовленого гіпоксією. В нормі кінцівки плода перебувають у стані флексії, тулуб дещо зігнутий, голівка притиснута до грудей. Після рухів плід повертається у вихідний стан. На випадок дистресу кінцівки та 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 веутрішні 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 триметрів. 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) – борізки 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

| <i>Параметри</i>              | <i>Бали</i>  |  |
|-------------------------------|--|--|
|                               | 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 | Навколоплідні води візуалізуються в більшій частині промежини матки. Найбільший вертикальний розмір вільної ділянки вод не перевищує 1 см або індекс амніотичної рідини не |

|                         |   |  |
|-------------------------|---|--|
|                         | 5 см  | перевищує 5 см.  |
| Рухова активність плоду | Наявність не менше 3 окремих рухів тулуба протягом 30 хв спостереження.   | Наявність 2 або менше окремих рухів тулуба плода протягом 30 хв спостереження.   |
| Дихальні рухи плода     | Реєстрація за 30 хв не менше 1 епізоду дихальних рухів плода тривалістю 30 с. і більше.   | Немає дихальних рухів плода або реєстрація епізоду дихальних рухів тривалістю менше 30 с протягом 30 хв.                                 |
| М'язевий тону           | Кінцівки плода перебувають у стані, флексії, тулуб дещо зігнутий, голівка притиснута до грудей. Після здійснення рухів плід повертається у вихідний стан. | Кінцівки плода та тулуб частково або повністю зігнуті, кисті рук розкриті, після здійснення рухів плід не повертається до стану флексії. |
| Нестресовий тест        | Наявність 2 і більше акцелерацій з амплітудою не менше 15 поштовхів та тривалістю не менше 15 с протягом 20 хв спостереження.                             | Наявність менше 2 акцелерацій з амплітудою менше 15 с протягом 20 хв спостереження.  |

Особливість перинатальної патології полягає в тому, що багато факторів впливають на стан плоду і новонародженого. При цьому має значення також тривалість вагітності, наявність екстрагенітальної патології матері, динаміка розвитку самого плоду.

## **2. Організація диспансерного нагляду за вагітними**

Метою диспансерного нагляду за вагітними є збереження здоров'я жінки та народження здорової дитини.

2.1. Перший візит вагітної (бажано до 12 тижнів) є найбільш тривалим за часом і передбачає: збір анамнезу, загальне та акушерське обстеження, заповнення медичної документації (Індивідуальна карта вагітної і породіллі - форма №111/о та Обмінна карта - форма № 113/о), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, заповнення вагітною анкети за згодою, інформаційної згоди

### **2.2. Обмінна карта видається вагітній з моменту встановлення на облік.**

2.3. Після першого візиту фахівець, який спостерігає вагітну, обов'язково отримує інформацію від лікаря загальної практики – сімейної медицини /дільничного терапевта про стан здоров'я вагітної. У разі спостереження вагітної у лікаря загальної практики – сімейної медицини він заповнює цей додаток сам.

2.4. Вагітні з екстрагенітальними захворюваннями підлягають динамічному спостереженню профільного спеціаліста. Перелік екстрагенітальних захворювань, що потребують динамічного спостереження визначено у додатку 5. Після отримання висновку профільних спеціалістів комісійно вирішується питання про можливість виношування вагітності та визначається план її ведення.

2.5. Жінки групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології підлягають направленню на медико-генетичне консультування.

2.6. Вагітні, які не входять до групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології повинні бути проінформовані лікарем загальної практики-сімейної медицини лікарем/ лікарем-акушером-гінекологом/фельдшером/акушеркою, які спостерігають за вагітною, про доцільність одночасного проведення ультразвукової діагностики (далі-УЗД) (11 -13 тиж., 18-21 тиж. вагітності), біохімічного скринінгу вагітних (хоріонічного гонадотропіну (далі-ХГ), плацентарного білка РАРР (далі-РАРР) та розрахунку ризику наявності у плода хромосомної та деякої вродженої патології.

2.7. При виявленні ознак наявності у плода вродженої чи спадкової патології вагітна скеровується на медико-генетичне консультування для вирішення тактики ведення вагітності і пологів. При підтвердженні виявленої патології проводиться пренатальний консилиум за участю лікаря акушера-гінеколога .

2.8. Ультразвукове дослідження плода може проводити фахівець, який має відповідну підготовку, за затвердженою схемою протоколу

2.9. Під час кожного візиту всі дані фізикального, лабораторного та інструментального обстеження, заносять в «Індивідуальну карту вагітної і породіллі» та «Обмінну карту» із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування і засвідчуються підписом лікаря та інформованою згодою вагітної за формою («Інформована - згодна/незгодна»).

2.10. У разі неускладненої вагітності оптимальна кількість візитів до фахівця за період спостереження становить в середньому сім – дев'ять разів (бажано разом з близькою людиною).

2.11. При виникненні ускладнень перебігу вагітності, якщо вагітна спостерігається лікарем загальної практики-сімейної медицини/фельдшером/акушеркою, вона негайно передається під нагляд лікаря- акушера-гінеколога. Частота відвідувань визначається лікарем за показаннями. Показання до додаткового візиту повинні бути обґрунтовані в медичній документації.

2.12. У разі виникнення ускладнень вагітності, які потребують стаціонарного лікування (чи лікування у денному стаціонарі) вагітна госпіталізується для обстеження і лікування у відділення (палату) патології вагітних пологового будинку (відділення) або спеціалізованого акушерського стаціонару або у гінекологічне відділення (у терміні до 22 тиж.), або у денний стаціонар .

За необхідністю лікування екстрагенітальної патології вагітна госпіталізується до 22 тижнів вагітності у терапевтичне відділення або у відділення за профілем захворювання або у відділення екстрагенітальної патології вагітних.

2.13. При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами лікар керується Порядком видачі листка непрацездатності та довідки для призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю і пологами” (Накази МОЗ України від 13.11.2001 р. № 455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян», та від 18.03.2002 р. № 93 «Про затвердження форм облікової документації щодо призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування, та інструкції щодо їх заповнення»). При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами вагітну оглядають два лікаря ( бажано з завідуючою жіночої консультації).

2.14. В амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини/жіночих консультаціях вагітну та членів її родини готують до майбутнього батьківства в «Школі відповідального

батьківства». Робота проводиться з використанням демонстраційних матеріалів, технічних засобів і предметів догляду за дитиною .

2.15. При неявці вагітної на запланований огляд, причина з'ясовується за вказаним контактним телефоном. У разі неявки на 2 і більше обов'язкових візитів та/або систематичного невиконання рекомендацій і призначень, лікар/фельдшер/акушерка, які спостерігають за вагітною, повинні інформувати завідуючого жіночою консультацією та керівника, якому підпорядкований ЛПЗ з відміткою в медичній документації. У разі виявлення асоціальної поведінки вагітної лікар має письмово інформувати працівників соціальної служби .

2.16. При фізіологічному перебігу вагітності якщо вагітна спостерігається лікарем загальної практики-сімейної медицини або фельдшером/акушеркою її необхідно скерувати на консультацію до лікаря акушера-гінеколога у терміні 19-21 і 30 тижнів вагітності.

2.17. При нагляді за вагітною в амбулаторних умовах лікарю загальної практики-сімейної медицини/лікарю акушеру-гінекологу або фельдшеру/акушерці фельдшерсько-акушерського пункту необхідно дотримуватись плану ведення вагітних (графіку візитів).

### **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 табаку 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.

- Рлозлади, 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 волосяної 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 плоду.
- 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 травлення у плода і новонародженого.
- Порушення терморегуляції у новонародженого.
- Для розробки профілактичних міроприємств по зниженню перинатальної патології необхідно виділити групи вищеперерахованих факторів і проводити аналіз основних причин для певних клінік.

## **VII. Матеріали активізації курсантів під час викладання лекції**

### ***Питання***

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.

### ***Завдання для самостійної роботи по темі лекції***

1. Зібрати і оцінити анамнез вагітної для визначення факторів ризику розвитку патології під час вагітності.
2. Оцінити результати лабораторних досліджень.
3. Оцінити результати УЗД(по триметрах)
4. Провести оцінку функціонального стану плода.
5. Визначити етапи ведення вагітності по триместрах.

### ***Тестові завдання***

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

Яка форма плацентарної недостатності розвинулась у вагітної?

A. Первинна

B. Вторинна\*

C. Гостра

D. Підгостра

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

Рухи плода мало виражені, серцебиття приглушене.

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

A. КТГ плода

B. ЕКГ вагітної\*

С. Біофізичний профіль плода

Д. Доплерографія плацентарного кровотоку

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

Яка оцінка БПП ?

А. 9 балів\*

В. 7 балів.

С. 5 балів.

Д. 3 бали.

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

Який діагноз?

А. Дистрес плода в пологах\*

В. Гемолітична хвороба плода

С. Затримка розвитку плода

Д. Плацентарна недостатність

### *Ситуаційні задачі*

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

Які методи дослідження потрібно призначити для оцінки стану плаценти?

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

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

Який діагноз? Яка тактика ведення вагітності?

Вагітність 36 тижнів. ЗРП II ступеня. Кесарів розтин.

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

Який діагноз? Визначте план ведення пологів.

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

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

Яка тактика ведення вагітної?

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

## **VIII. Матеріали для самопідготовки**

### **А. По темі викладеної лекції «Аntenатальна охорона здоров'я плода»**

1. Абрамченко В.В.: Руководство для врачей. – Спб.:ЭЛБИ – Спб., 2006.
2. Практическое акушерство с неотложными состояниями для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.- 720 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та Наказ неонатологічної допомоги в Україні».
4. МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
5. Акушерство / Учебный курс для врачей, разработанный группой международных экспертов под эгидой USAID /А. Васси, N. Berdzuli, G. Gori et al. – Киев,2006. – 197с.
6. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
7. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (ведення вагітності у жінок з імунологічними конфліктами).
8. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.

### **Б. По темі наступної лекції «Гестози вагітних»**

#### ***Питання***

1. Що містить у собі поняття "невиношування вагітності", "самовільний аборт"?
2. Класифікація гіпертензивних розладів під час вагітності.
3. Преєклампсія: етіологія, патогенез.
4. Як підвищується вага вагітних при нормальному її перебігу?
5. На підставі чого виставляється діагноз преєклампсія вагітних?

6. Класифікація прееклампсії залежно від тяжкості її перебігу.
7. Лікування вагітних з прееклампсією.
8. Якими ознаками характеризується прееклампсія?
9. Який механізм виникнення симптомів прееклампсії?
10. Невідкладна допомога при прееклампсії.
11. Ознаки еклампсії.
12. Послідовність розвитку випадку еклампсії.
13. В якому разі виникають випадки еклампсії після пологів?
14. Сучасна методика лікування вагітних з еклампсією.
15. Невідкладна допомога при еклампсії.
16. Акушерська тактика при пізньому гестозі.
17. Принципи ведення пологів при пізньому гестозі.
18. Профілактика пізнього гестозу.

***Рекомендована література по темі наступної лекції***

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
2. Венцовский Б.М. Поздний гестоз. - К., 2002. - 768 с.
3. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
4. Мазорчук Б.Ф. Акушерство і гінекологія: в 2-х т.: підручник для сімейних лікарів. - К.: Просвіта, 2005. - 448 с.
5. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
6. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.04 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гіпертензивні розлади під час вагітності).
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
8. Абрамченко В.В. Фармакотерапия гестоза.-СПб: СпецЛит, 2005.-477с.
9. Венцівський Б.М., Запорожан В.Н., Семчук А.Я. «Гестози вагітних».- К., 2002.-112с.
10. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с..
11. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2002. – 464 с.

**Методичну розробку лекції підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.**

**5.01.2017**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

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

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.**