

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
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 РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Сучасні методи обстеження в акушерстві і гінекології (код курсу 2.1.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Використання сучасних методів обстеження в акушерстві і гінекології надає можливість своєчасно виявляти, а , відповідно, і лікувати плацентарну недостатність та затримку росту плода, визначити час для термінового розродження і тим самим сприяє зниженню перинатальної та малюкової захворюваності і смертності.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь курсант повинні знати:

1. Поняття терміну «плацентарна недостатність».
2. Класифікацію плацентарної недостатності (ПН).
3. Методи діагностики порушень фетоплацентарного комплексу.
4. Поняття термінів «дистрес плода» та «гіпоксія плода».
5. Причини та фактори ризику розвитку дистресу плода.
6. Методи діагностики дистресу плода.

У результаті практичного заняття курсант повинен вміти:

1. Зібрати анамнез та оцінити фактори ризику розвитку порушень фетоплацентарного комплексу у вагітної.
2. Оцінити клінічні прояви порушень фетоплацентарного комплексу у вагітної.
3. Оцінити результати ультразвукового обстеження плаценти.
4. Оцінити результати гормонального обстеження функції плаценти.
5. Скласти план обстеження стану плода.
6. Оцінити відповідність висоти дна матки (ВДМ) строку вагітності за стандартною гравідограмою.
7. Оцінити результати ультразвукової фетометрії.
8. Визначити ступінь ЗРП.
9. Провести оцінку функціонального стану плода за даними кардіотокографії.
10. Провести оцінку функціонального стану плода за даними його біофізичного профілю.
11. Провести оцінку функціонального стану плода за даними доплерометрії кровообігу у артерії пуповини.
12. Провести аускультацию серцебиття плода при вагітності та оцінити її результати.
13. Провести оцінку функціонального стану плода за даними аускультатії та кардіотокографії у пологах.
14. Оцінити колір навколоплідних вод та наявність у них примішок мезонію.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розвинути почуття відповідальності у лікарів за правильність дій на етапах обстеження та лікування жінок.

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

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
------------	-------	-------

I. Попередні дисципліни		
Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
II. Наступні дисциплін		
Анестезіологія	Методи знеболення при ендоскопічних операціях	Ведення післяопераційного періоду
III. Внутрішньопредметна інтеграція		
Показання для гістероскопії в ургентному порядку Показання для гістероскопії в плановому порядку	Обстеження гінекологічних хворих перед гістероскопією. Техніку виконання та показання до проведення гістероскопії.	Обстежити гінекологічну хвору перед гістероскопією.
Показання для УЗ-дослідження	УЗ методи діагностики в гінекології і акушерстві	Провести оцінку результатів обстеження
Показання до проведення кольпоцервікоскопії та прицільної біопсії	Техніка виконання біопсії та кольпоцервікоскопії	Провести лабораторне обстеження жінки

V. Зміст теми семінарського 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, наявність 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 комплекменту. Найбільш поширена реакція гемаглютинації. На ній оснований “Травімум-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 загрозі 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 плода.

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 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 плоду (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 плоду, поява брадикардії вказує на зниження резервних можливостей організму плоду, однак постійна брадикардія, не пов'язана з децелераціями, може бути ознакою вродженого захворювання серця у плоду. Тривожною ознакою є реєстрація прогресуючої брадикардії в поєднанні з “німим” типом варіабельності ЧСС. Тривалість ділянок монотонного ритму, що складає 50% і більше від всього запису, свідчить про високий ризик для плоду.

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 плоду, 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 40-6- 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 плоду 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 сировтці 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

<i>Параметри</i>	<i>Бали</i>	
	2	0
Кількість навколо-плідних вод	Навколоплідні води візуалізуються у більшій частині порожнини матки. Найбільший вертикальний	Навколоплідні води візуалізуються в більшій частині промежини матки. Найбільший вертикальний

	розмір вільної ділянки вод перевищує 1 см або індекс амніотичної рідини перевищує 5 см	розмір вільної ділянки вод не перевищує 1 см або індекс амніотичної рідини не 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	Ресрація за 30 хв не менше 1 епізоду дихальних рухів плода тривалістю 30 с. і більше.	Немає дихальних рухів плода або ресрація 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.

3. Електрокардіографія – дозволяє реєструвати серцеву діяльність з 14-16 тижнів вагітності:

1. Непряма.
2. Комбінована.
3. Пряма.
4. Динамічна сцинтиграфія плаценти.

Найбільш оптимальні терміни для обстеження 16-18 тижнів, 24-26 тижнів. В акушерську практику впроваджено ультразвуковий прилад за допомогою якого оцінюється кровообіг в системі мати-плацента-плід. В його основу роботи покладено принцип Доплера, зміна частоти УЗ-хвиль при їх відображенні від рухомої крові.

Ендоскопічні методи обстеження.

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

Амніоцентез – пункція амніотичної порожнини (трансабдомінальна, черезпіхвинна). Проводять з 16 тижнів вагітності. Вивчають біохімічний і бактеріологічний склад, кислотнo-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.

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:

А. 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 ендоцервікоз).

В. Доброякісна зона трансформації або зона метаплазії циліндричного епітелію в багатошаровий плоский диференціюється на незакінчену та закінчену зону трансформації.

Ці стани гістологічно відповідають залозистій ерозії (проліферуючий ендоцервікоз) та відповідно-фолікулярній ерозії (заживаючому цервікозу).

С. Справжня ерозія – дефект епітелію.

Д. Екзо і ендоцервіцити – запальні процеси (екто- і ендоцервікоз).

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

П. 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;
- Конділоми;
- Передракові поліпи.

Проста лейкоплакія – білі плями з гладенькою поверхнею з перлинним блиском на шийці матки, або поліпах (це ділянки ороговілого 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 багатошарового 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 багатошарового сквамозного епітелію в циліндричний. При гістологічному дослідженні – знаходять проліферацію сосочків сполучної тканини, які підрастають до поверхні багатошарового сквамозного епітелію (деякі їх називають еритроплакією).

Папілярна зона дисплазії багатошарового 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 стромы: фіброцити, фібробласти, малодиференційовані клітини, плазмодцити, 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 вкраплення 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.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	<p>Підготовчий етап</p> <p>Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації.</p>	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<p>Основний етап</p> <p>Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Методи обстеження, які використовують для діагностики ранніх термінів вагітності</p>	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	<p>2. Діагностична цінність імунологічних і гормональних методів дослідження.</p> <p>3. Які існують електрофізіологічні методи обстеження та їх причини?</p> <p>4. Покази і діагностичне значення проведення ультразвукових методів обстеження.</p> <p>5. Діагностична цінність ендоскопічних методів обстеження і покази до їх, проведення.</p> <p>6. Метод кольпоскопії, показання для дослідження, теоретичні відомості, будова сучасного кольпоскопа. Техніка простої та розширеної кольпоскопії. Діагностичні тести при кольпоскопії.</p> <p>7. Організація онкопрофосмотрів з застосуванням кольпоскопічно-цитологічного, гістологічного методів.</p>		
1.	<p>Заключний етап</p> <p>Підбиття підсумків, загальні висновки</p>	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення - навчальна кімната, відділення патології вагітних (або жіноча консультація), кабінет функціональної діагностики.

Обладнання: устаткування та інструментарій відділення патології вагітних (акушерський стетоскоп, тазомір, сантиметрова стрічка), кабінету функціональної діагностики (ультразвуковий томограф, кардіотокограф), кольпоскоп у кабінеті патології шийки матки ЖК, результати різних методів дослідження стану плаценти і плода (гормональні, КТГ, УЗД), демонстраційні таблиці, відеофільми або мультимедіа.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
2. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
3. Сидорова И.С. Методы исследования при беременности и в родах. - МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
4. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
5. Ультразвуковая фетометрия: Справочные таблицы и нормативы / Под ред. М.В. Медведова. – М.: Реальное время, 2003. – 170с.
6. *б.Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2005.– 632с.
7. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М:

Медицина, 2006,- 348 с.

8. Воскресенский СЛ. Оценка состояния плода.

Кардиотокрография. Допплерометрия. Биофизический профиль: учеб. пособие. - Минск: Книжный Дом, 2004. - 304 с.

9. Сидорова И.С. Методы исследования при беременности и в родах. - МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.

10. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Под ред. Н.М. Подзолкова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 520с.

11. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гінекологічна ендоскопія).

12. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

Питання

8. Які методи обстеження використовують для діагностики ранніх термінів вагітності?

9. Діагностична цінність імунологічних і гормональних методів дослідження.

10. Які існують електрофізіологічні методи обстеження та їх причини?

11. Покази і діагностичне значення проведення ультразвукових методів обстеження.

12. Діагностична цінність ендоскопічних методів обстеження і покази до їх, проведення.

13. Метод кольпоскопії, показання для дослідження, теоретичні відомості, будова сучасного кольпоскопа.

14. Техніка простої та розширеної кольпоскопії.

15. Діагностичні тести при кольпоскопії (проба Шіллера, оцтова та ін.), їх прогностика та диференціально-діагностичне значення.

16. Організація онкопрофосмотрів з застосуванням кольпоскопічно-цитологічного, гістологічного методів.

17. Кольпоскопічно-гістологічні паралелі при передраку шийки матки.

18. Диференціальна діагностика запальних та істинних передракових процесів шийки матки (кольпоскопія, цитологія).

19. Кольпоскопія як “морфологічний” метод діагностики патології шийки матки.

Тестові завдання

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

Які методи дослідження потрібно призначити для оцінки стану плаценти?

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 жіночій 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.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Тарановська О. О.

07.11.2016

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 і доповнена „_____” _____ 201__р.