

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет медичний № 2
кафедра акушерства і гінекології № 3
не опорна
адреса вул. В. Кучера, 7**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Плацентарна дисфункція. Дистрес плода. Затримка росту
плода».**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»
за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

Затверджено
На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №3
протокол № 1 від 30.08.2023 р.
Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №3,
д.мед.н., професор Бенюк В.О.

КИЇВ 2023-2024

УДК 618 (072)

Методична вказівка для студентів VI курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян з акушерства та гінекології

Авторський колектив:

Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.

Професор, д.мед.н. Диндар О.А.

Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.

Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.

Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.

Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.

Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.

Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.

Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.

Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.

Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.

Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.

Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.

Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.

Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.

Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.

Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.

Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.

Асистент Чеботарьова А.С.

Асистент, к.мед.н. Бала О.О.

Асистент Фурса-Совгіра Т.М.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № 1 від 30.08.2023 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Тема. Плацентарна дисфункція. Дистрес плода. Затримка росту плода.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

З метою зниження перинатальної захворюваності і смертності, охорони здоров'я майбутнього покоління, велике значення має запобігання дистресу плода, а також доцільне лікування цієї патології.

Асфіксія новонароджених є однією з головних причин, що обумовлюють дитячу смертність в перші дні після народження, а також призводять до тяжкої патології, навіть інвалідності. Нервово-психічні порушення у дітей у 80% випадків зумовлені чи пов'язані з дистресом плода. Фетоплацентарна дисфункція призводить до дистресу плода та синдрому затримки його росту, що може викликати народження дітей в асфіксії різного ступеня, це у свою чергу спричинює збільшення частки перинатальної та ранньої неонатальної смертності, а також інвалідизації новонароджених.

II. Навчально-виховні цілі

Знати:

- 1) Визначення поняття дистресу плода;
- 2) класифікацію дистресу;
- 3) етіопатогенез дистресу плода;
- 4) фактори ризику виникнення дистресу плода;
- 5) визначення дистресу плода в пологах;
- 6) методи лікування дистресу плода;
- 7) „асфіксія новонародженого”, визначення;
- 8) причини росту асфіксії новонародженого;
- 9) діагностику асфіксії новонародженого;
- 10) профілактику дистресу плода;
- 11) етіопатогенез фетоплацентарної дисфункції;
- 12) фактори ризику виникнення фетоплацентарної дисфункції;
- 13) методи діагностики та лікування фетоплацентарної дисфункції;
- 14) етіопатогенез затримки росту плода;
- 15) фактори ризику виникнення затримки росту плода;
- 16) методи діагностики та лікування затримки росту плода.

Вміти:

- 1) поставити діагноз дистресу плода та асфіксії новонародженого;
- 2) призначити лікування дистресу плода;
- 3) діагностувати та призначити адекватну терапію при ЗРП плода;
- 4) діагностувати та призначити адекватну терапію при фетоплацентарній дисфункції.

III. Вихідні і базові знання:

- 1) Педіатрія - догляд за дітьми з асфіксією різного ступеня у відділенні неонатології.
- 2) Анатомо-фізіологічні особливості формування плаценти.
- 3) Патофізіологічні чинники розвитку гіпоксії.
- 4) Анатомо-фізіологічні особливості новонародженого.

IV. Зміст навчального матеріалу.

Терміни "хронічна гіпоксія плода" та "гостра гіпоксія плода" не є клінічними, оскільки для діагностики цих станів у рутинній лікарській практиці не використовуються показники кисневого забезпечення плода (метаболічний ацидоз). Справжні причини порушень серцевої діяльності плода, його біофізичного профілю та пуповинного кровотоку встановити за допомогою сучасних неінвазивних методів дослідження неможливо. Тому усі порушення функціонального стану плода у теперішній час позначають терміном *дистрес плода*.

Частота дистресу плода становить 4-6%, а в структурі перинатальної захворюваності - 21-45%, хоча слід мати на увазі, що досить часто легку ступінь асфіксії не враховують.

Методи дослідження функціонального стану плода.

1. Аускультация серцевої діяльності (з 20 тижнів вагітності) - визначення частоти серцевих скорочень плода за одну хвилину: норма - 110-170 уд./хв.; більше 170 уд./хв. та менше 110 уд./хв. може свідчити про дистрес плода.

Кардіотокографія (КТГ) є одним із основних методів оцінки стану плода в період з 28-30 тижнів вагітності. Одночасно реєструється частота серцевих скорочень плода, рухової активності плода та тонус матки. Кардіотокограф автоматично визначає частоту серцевих скорочень плода за 1 хвилину між кожними двома наступними ударами і реєструє на графіку у вигляді кривої.

При вивченні КТГ оцінюють три основних параметри:

- базальний ритм (середня величина між миттєвим значенням частоти серцевих скорочень плода за 10 хвилин без стресових чинників);
- варіабельність серцевого ритму (його регулярність за амплітудою та частотою);
- періодичні зміни серцевого ритму (пов'язані зі скороченням матки та/або рухливої активності плода).

Оцінка антенатальної КТГ

Оцінка КТГ за шкалою Фішера (1976)

Показники	Оцінка стану, бали		
	0	1	2
Базальна ЧСС, уд./хв.	<100 >180	100-119 161-180	120-160
Амплітуда осциляцій, уд./хв.	<5	5-9 >30	10-30
Частота осциляцій, хв.	<2	2-6	>6
Акцелерації	Немає	Періодичні	Спорадичні
Децелерації	Пізні, несприятливі варіабельні	Варіабельні	Немає або спорадичні (dip-0)

Оцінка КТГ за шкалою Кребса (1978)

Показники	Оцінка стану, бали
-----------	--------------------

	0	1	2
Базальна ЧСС, уд./хв.	<100 >180	100-119 161-180	120-160
Амплітуда осциляцій, уд./хв.	<5	5-9 >25	10-25
Частота осциляцій, хв.	<2	2-6	>6
Кількість рухів за 30 хв.	0	1-4	>5
Акцелерації за 30 хв.	Немає	Періодичні або спорадичні (1-4)	Спорадичні (>5)
Децелерації	Пізні, що повторюються або виражені варіабельні	Варіабельні або одиничні пізні	Немає або ранні

Критерії Доуз-Редмана:

- БЧСС 110-160 уд./хв.
- Щонайменше один рух плода або 3 акцелерації
- Відсутність децелерацій
- Щонайменше один епізод високої варіабельності
- Відсутність ознак синусоїдального ритму ЧСС плода
- Варіабельність за короткі відрізки часу (STV) має перевищувати 4,0

мс

- Втрата сигналу не більше, ніж 30 % часу
- Відсутність артефактів при закінченні запису.

Це критерії фізіологічної норми. Якщо графік КТГ відповідає цим нормам (критерії дотримані), це означає, що вимірні характеристики серцебиття плода відповідають нормі. Це не дає гарантії добробуту дитини, але означає: в сигналі немає нічого, що давало би привід для побоювань.

Використання **STV-тесту** (показник КТГ, що корелює з рН крові плода) при проведенні КТГ (за критеріями Доуз-Редмана).

Оцінка отриманих результатів:

> 4, 0 – відсутність ознак ацидемії у плода.

4,0-3,5 – ацидемія, порушення кровотоку, функціональні зміни у плаценті.

3,49-3,0 – ацидоз, органічні зміни у плаценті.

2,99-2,5 – виражений ацидоз.

<2,5 – загроза антенатальної загибелі плода.

Розрізняють пряму та непряму кардіотокографію.

1. Пряма (внутрішня) КТГ використовується виключно при порушенні цілісності плідного міхура – в теперішній час не використовується в клінічній практиці.

2. Непряма (зовнішня) КТГ використовується під час вагітності та в пологах. Реєстрація частоти серцевих скорочень плода проводиться ультразвуковим датчиком.

2. Біофізичний профіль плода (БПП) (з 30 тижнів) - оцінюється сума балів біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплідних вод, ступінь зрілості плаценти).

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 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	2-4 акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, 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 с. і більш за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 с. за 30 хв. спостереження	ДРП тривалістю менше 30 с. 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	Вертикальний розмір вільної ділянки вод більше 1 см, але не менше 2 см	Тісне розташування дрібних частин плода, вертикальний діаметр

	ділянки вод 2 см і більше	вільної ділянки менше 1см
Оцінка БПП	7-10 балів – задовільний стан плода 5-6 балів – сумнівний тест (повторити через 2-3 дні) 4 бали і нижче – патологічна оцінка БПП (вирішати питання про термінове родороздження)	

Нестресовий тест (НСТ) є одним із основних методів антенатальної оцінки функціонального стану плода. В основі тесту лежить природна функціональна реакція серцевої діяльності плода у відповідь на його рухи, пов'язані з міокардіальним рефлексом. При зміні серцевої діяльності плода в бік тахі- або брадикардії діагностується наявність дистресу плода.

Стрессова кардіотокографія з використанням тестів - окситоцинового, атропінового, звукової стимуляції, функціонального навантаження, затримки дихання, холодного – на даний час не використовується.

3. Допплерометрія швидкості кровоплину в артерії пупкового канатика (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці).

Діагностичні критерії:

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

- Патологічний кровоплин:

1) **сповільнений кровоплин** - зниження діастолічного компоненту, співвідношення амплітуди систоли до діастоли, становить більше 3;

2) **нульовий** - кровоплин у фазі діастоли припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент);

3) **негативний (реверсний, зворотний)** - кровоплин у фазі діастоли набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії).

Ультразвукове дослідження.

У II та III триместрах визначають біпаріетальний розмір голівки плода (БПР), окружність живота та діаметр грудної клітини, довжину стегна, передбачувану масу плода. Визначення БПР голівки плода проводиться при візуалізації серединних структур мозку.

Особливої ролі набуває оцінка ступеню зрілості плаценти. Виявлення 3 ступеню зрілості плаценти до 38-39 тижнів вагітності свідчить про передчасне її старіння і є ознакою фетоплацентарної недостатності.

Товщина плаценти до 20 мм у II половині вагітності часто свідчать про первинну плацентарну недостатність, а збільшення товщини більш 50 мм вказує на розвиток вторинної хронічної плацентарної недостатності з напруженням компенсаторно-приспосувальних процесів. Про наявність останньої можна судити за зниженням кількості навколоплідних вод (це пов'язано з резорбцією вод внаслідок порушень функції плаценти).

Перше скринінгове УЗД виконується з 10-11 до 14 тижнів вагітності (оптимальний термін 12 тижнів). При відсутності показань УЗ дослідження до 10 тижнів не проводиться.

Показання для УЗД до 10 тижнів вагітності:

- клінічні або ехоознаки загрози переривання вагітності;
- невідповідність акушерського та ультразвукового термінів вагітності:
 - а) відставання (вагітність, що не розвивається, позаматкова вагітність);
 - б) прискорення (об'ємне утворення, трофобластична хвороба, багатоплідна вагітність);
- підозра на ектопічну вагітність;
- аномалії росту матки;
- об'ємні утворення в малому тазі;
- вагітність після репродуктивних технологій (екстракорпоральне запліднення);
- звичне невиношування вагітності в ранні терміни вагітності в анамнезі.

Показання для поглибленого дослідження в спеціалізованих закладах:

- невідповідність розмірів ембріону акушерському терміну більше 2 тижнів та непропорційний розвиток окремих структур в терміні 12-14 тижнів;
- товщина шийної складки більше 3 мм;
- виявлення аномалій росту структур ембріону;
- багатоплідна вагітність (більше 2 ембріонів) та непропорційний розвиток ембріонів;
- моноамніотична багатоплідна вагітність;
- супутні захворювання матері (цукровий діабет, хронічні захворювання нирок та сечовидільних шляхів, артеріальна гіпертензія, генетичні захворювання, психічні захворювання, негативний Rh-фактор).

Фетометрія в першому триместрі вагітності.

Протокол УЗ дослідження у 10-14 тижнів, крім оцінки матки, вмісту плідного яйця (хоріона, амніона, жовточного міхура, екзоцелома) та яєчників (придатків), має обов'язково включати морфологічну оцінку плода.

Ультразвукове дослідження в другому триместрі вагітності.

Показання до УЗ-дослідження:

- Скринінгове дослідження в термінах 18-22 тижні вагітності:
- клінічні ознаки загрози переривання вагітності (незалежно від терміну);
 - динамічне спостереження при ускладненому перебігу вагітності (пreeклампсія, затримка росту плода, анемія, цукровий діабет, імуноконфліктна вагітність, маловоддя, багатоводдя, фето-фетальний трансфузійний синдром тощо);
 - інвазивні втручання під контролем ультразвуку;
 - невідкладні стани: підозра на внутрішньоутробну загибель плода, відшарування плаценти тощо).

Визначення кількості амніотичної рідини АІ (амніотичного індексу)

Зменшення кількості амніотичної рідини є однією з ознак зниження ниркової фільтрації, викликаного компенсаторною централізацією кровообігу у відповідь на хронічну гіпоксію плода.

Існують дві основні методики:

- 1) визначення АІ («золотий стандарт») - сума найбільших кишень рідини:
 - < 5 см - маловоддя;
 - 20 см - багатоводдя.

2) визначення обсягу найбільшої великої кишені рідини, яка вільна від дрібних частин плода та пупкового канатика. При цьому:

- 2-8 см - норма;
- 1-2 см - гранична;
- < 1 см - маловоддя;
- > 8 см - багатоводдя.

Фактори ризику, що сприяють виникненню дистресу плода:

1. Захворювання матері, не пов'язані з вагітністю (анемія, захворювання серцево-судинної системи, інфекційні захворювання, хвороби обміну речовин).
 2. Патологія у матері, яка виникає у зв'язку з вагітністю (пreekлампсія, ізоімунізація).
 3. Патологія плода та інших елементів плідного яйця (аномалії розташування плаценти, фето-плацентарна дисфункція, патологія пупкового канатика, оболонки), хронічна інтоксикація, дія радіації, магнітного поля, медикаментів.
 4. Аномалії скоротливої діяльності матки та несвоєчасне злиття навколоплідних вод.
 5. Порушення сучасних принципів ведення вагітності та пологів.
 6. Зріст жінки менше, ніж 150 см і маса тіла до вагітності на 20% нижча або вища стандартної при даному зрості.
 7. Юний вік (до 18 років) або вік старший, ніж 35 років.
 8. Вагітність, яка виникла протягом 3 місяці від попередньої.
 9. Переношена вагітність.
 10. Непліддя в анамнезі.
- 10-20% жінок відносяться до цих груп ризику.

Класифікація

- Під час вагітності;
- Під час пологів
 - в I періоді пологів;
 - в II періоді пологів.

Діагностика дистресу:

- 1) Аускультация серцевої діяльності плода при кожному відвідуванні лікаря акушера-гінеколога.
- 2) При визначені частоти серцевих скорочень більше ніж 170 уд./хв. та менше ніж 110 уд./хв., проводять оцінку біофізичного профіля плода.
- 3) При патологічному БПП проводиться доплерометрія кровоплину в артерії пупкового канатика. При нормальному кровоплині в артерії пупкового канатика необхідне повторне БПП через 24 години.
- 4) При патологічному кровоплині в артерії пупкового канатика - госпіталізація до пологового стаціонару.

Тактика ведення вагітних з дистресом плода

1. Лікування супутніх захворювань вагітної, які призводять до виникнення дистресу плода.
2. Поетапне динамічне спостереження за станом плода.

3. Амбулаторне спостереження і пролонгування вагітності до доношеного терміну можливо при нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода.

4. При сповільненому діастолічному кровоплині в артеріях пуповини слід провести дослідження біофізичного профіля плода (БПП): при відсутності патологічних показників БПП необхідно провести повторну доплерометрію з інтервалом 5-7 днів; - при наявності патологічних показників БПП, слід проводити доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.

5. Виявлення погіршення показників плодового кровоплині (виникнення постійного нульового або негативного кровообігу в артеріях пуповини) є показанням для екстреного розродження шляхом операції кесарева розтину.

6. Госпіталізація вагітної до пологового будинку чи відділення патології вагітних показана, якщо за даними дослідження БПП і/або доплерометрії кровоплину має місце:

- патологічна оцінка БПП (4 балів і нижче); - повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (5-6 балів);

- сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини;

- критичні зміни кровоплину у артеріях пуповини (нульовий та реверсний).

Лікування до 30 тижнів вагітності супутніх захворювань у жінки, які призвели до виникнення дистресу плода.

Після 30 тижнів вагітності найбільш ефективним і виправданим методом лікування дистресу плода є своєчасне оперативне розродження.

Розродження:

1. Через природні пологові шляхи можливо проводити (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при: - нормальному або сповільненому кровоплині у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 балів і нижче);

2. Показанням для екстреного розродження шляхом кесарева розтину після 30 тижнів вагітності є:

- критичні зміни кровоплину в артеріях пуповини (нульовий та реверсний);

- гострий дистрес плода (патологічні брадікардія та децелерації ЧСС) незалежно від типу кровоплину (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності;

- патологічний БПП (оцінка 4 б. і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки.

Профілактика

1. Виявлення факторів ризику ЗРП та проведення динамічного контролю за пацієнтками цієї групи;

2. Дотримання режиму дня та раціональне харчування;

3. Відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

Дистрес плода в пологах.

Мета спостереження за плодом під час пологів полягає у своєчасному визначенні дистресу плода, ознаками якого є:

- Патологічна частота серцевих скорочень (понад 170 уд./хв. або нижче 110 уд./хв.) У нормі є допустимим тимчасове уповільнення серцебиття плода у момент скорочення матки, що зникає після розслаблення матки.

- Наявність густо забарвлених меконієм навколоплідних вод.

Для діагностики дистресу плода під час пологів використовуються наступні методи:

1. **Аускультация серцебиття плода** – визначення частоти серцевих скорочень за одну хвилину.

Методика аускультативної під час пологів

- Підрахування серцевих скорочень плода проводять за повну хвилину - кожні 15 хвилин протягом активної фази і кожні 5 хвилин протягом другого періоду пологів;

- Обов'язково проводять аускультативну до і після перейми або потуги;

- За наявності аускультативних порушень серцебиття плода проводять кардіотокографічне дослідження.

2. **Кардіотокографія (КТГ)** – синхронний електронний запис серцевого ритму плода і маткових скорочень упродовж 10-15 хвилин.

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

- За наявності патологічних параметрів ЧСС, що свідчать про загрозовий стан плода, пропонується вести безперервний запис КТГ упродовж всього періоду пологів.

Діагностичні критерії:

- При нормальному стані плода для КТГ характерно: БЧСС у межах від 110 до 170 уд./хв. (нормокардія), варіабельність (ширина запису) – 10-25 уд./хв. з частотою осциляцій 3-6 цикл./хв. (хвилеподібний тип), наявність акцелерацій ЧСС та відсутність децелерацій.

- При дистресі плода у пологах на КТГ зазвичай виявляється одна чи кілька патологічних ознак: тахікардія чи брадікардія, стійка монотонність ритму (ширина запису 5 уд./хв. і менше), ранні, варіабельні та особливо пізні децелерації з амплітудою понад 30 уд./хв.

- **Ознака дистресу плода, що загрожує його життю:**

Оцінка результатів КТГ під час пологів та тактика ведення пологів

Показник	Градації	Оцінка стану плода	Рекомендація	
I період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень,	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-180	припустима	моніторинг ЧСС
		> 180	дистрес	кесаревий розтин
	брадікардія	109-100	припустима	моніторинг ЧСС

(уд./хв.)		< 100	дистрес	кесаревий розтин
Варіабельність	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
(уд./хв.)	монотонна	3-4	припустима	моніторинг ЧСС
		2 і менше	дистрес	Кесарів розтин
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 30	припустима	моніторинг ЧСС
		> 30	дистрес	Кесарів розтин
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
II період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-190	припустима	моніторинг ЧСС
		> 190	дистрес	екстракція плода
	брадікардія	109-90	припустима	моніторинг ЧСС
< 90		дистрес	екстракція плода	
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	3-4	припустима	моніторинг ЧСС
		2 і менше	дистрес	екстракція плода
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 45	припустима	моніторинг ЧСС
		> 45	дистрес	екстракція плода
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода

Показанням для екстреного розродження є досягнення хоча б одним показником КТГ рівня, що свідчить про дистрес плода, що підтверджено записом на плівці.

Про несприятливий прогноз свідчить також:

- уповільнення серцевого ритму плода на піку децелерації нижче 70 уд./хв. незалежно від виду та амплітуди децелерації щодо БЧСС;
- Перехід пізніх чи варіабельних децелерацій у стійку брадікардію.

3. Визначення меконію у навколоплідних водах при розриві плідного міхура:

- Наявність густого меконію в амніотичній рідині у поєднанні з патологічними змінами серцевого ритму плода є показанням для термінового розродження при головному передлежанні плода

Тактика ведення пологів

1. Уникати положення роділлі на спині;
2. Припинити введення окситоцину, якщо він був раніше призначений;
3. Якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері необхідно провести відповідне лікування;
4. Якщо стан матері не є причиною патологічного серцевого ритму плода, а частота серцевих скорочень плода залишається патологічною протягом трьох останніх перейм, треба провести внутрішнє акушерське дослідження для визначення акушерської ситуації та з'ясування можливих причин дистресу плода.
5. При визначенні дистресу плоду необхідне термінове розродження:
 - у першому періоді пологів - кесарів розтин;
 - у другому періоді: при головному передлежанні вакуум-екстракція або акушерські щипці;
 - при сідничному - екстракція плода за тазовий кінець.

Фетоплацентарна дисфункція.

Плацентарна дисфункція - це патологічний морфофункціональний стан плаценти, який проявляється дистресом та синдромом затримки росту плода. Плацентарна дисфункція визначається порушенням функцій плаценти, головними з яких є:

- ✓ трофіка, білковий, вуглеводний та ліпідний синтез, що забезпечують ріст і розвиток ембріона;
- ✓ газообмін між організмом матері й плода;
- ✓ продукування гормонів та регуляція їх синтезу;
- ✓ регуляція матково-плацентарного кровообігу та артеріального тиску;
- ✓ антитоксична функція і виділення метаболітів плода;
- ✓ продукування та депонування різних біологічно активних речовин (простагландинів, серотоніну, кінінів, катехоламінів, ацетилхоліну, окситоцину, мікроелементів тощо);
- ✓ регулювання окисно-відновних процесів, обміну вітамінів.

Розрізняють первинну і вторинну плацентарну дисфункція. Первинна дисфункція плаценти формується на ранніх етапах росту під впливом різноманітних чинників (алкоголізм, паління, наркоманія, поліпрагмазія, вплив шкідливих чинників промислового та сільськогосподарського виробництва), які діють на статеві клітини батьків, зародок, репродуктивну систему жінки та викликають анатомічні порушення будови, розташування хоріона, дефекти васкуляризації, ферментативну недостатність слизової оболонки матки. Первинна плацентарна дисфункція завершується мимовільним абортom у ранні та навіть у пізні терміни вагітності. Вторинна плацентарна дисфункція розвивається переважно після 18 - 20 тижнів вагітності, коли плацента вже сформована.

За механізмом росту розрізняють гостру і хронічну плацентарну дисфункцію.

Гостра форма плацентарної дисфункції пов'язана з гострими порушеннями матково-плацентарного кровообігу (матково-плацентарна апоплексія, смерть матері або гостра асфіксія) та кровообігу плода (обвиття або відрив пуповини). Порушення матково-плацентарного кровообігу при гострих формах плацентарної дисфункції сприяє росту дистресу плода і часто призводить до асфіксії та до анте- або інтранатальної його загибелі.

Хронічна плацентарна дисфункція, як правило, зумовлена захворюваннями матері (екстрагенітальна та акушерська патологія), призводить до стійкого синдрому вторинної плацентарної недостатності, що викликає дистрес плода та затримку його росту.

Останнім часом великого значення у росту плацентарної дисфункції надають негативному впливу на плаценту лікарських засобів та їх метаболітів, що утворюються під час фармакотерапії вагітної і роділлі.

Плацентарна дисфункція призводить до порушення адекватного обміну між матір'ю та плодом. При цьому порушуються транспортна, трофічна, ендокринна, метаболічна, дезінтоксикаційна та інші важливі функції плаценти. Залежно від того, в яких структурних одиницях плаценти виникають патологічні процеси, розрізняють три форми плацентарної недостатності:

- ◆ гемодинамічну, що проявляється в матково-плацентарному та плодово-плацентарному басейнах;
- ◆ плацентарно-мембранну, яка характеризується зниженням здатності плацентарної мембрани (ворсинок хоріона) до транспорту метаболітів;
- ◆ клітинно-паренхіматозну, пов'язану з порушенням клітинної активності трофобласта та тканин плаценти.

Причинами плацентарної дисфункції можуть бути ендогенні та екзогенні чинники.

Ендогенні чинники: первинна судинна та ферментативна недостатність слизової оболонки матки, міометрію, ендокринопатії у матері, екстрагенітальні захворювання матері, спадкові захворювання, імунологічна несумісність крові матері та плода, латентна хронічна інфекція матері.

Екзогенні чинники: пов'язані з захворюваннями матері та плода (пreeклampsія вагітних, паління, наркоманія, алкоголізм), шкідливі чинники виробництва та навколишнього середовища, артеріальна гіпо- та гіпертензія у матері, інфаркти плаценти, інфекції або отруєння ворсинок хоріона, матково-плацентарна апоплексія, порушення згортання крові, пухлини плаценти, тератогенні чинники.

У клінічній практиці розрізняють компенсовану і субкомпенсовану плацентарну дисфункцію, що піддається лікуванню, та декомпенсовану, при якій, як правило, настає внутрішньоутробна загибель плода.

Діагностика

Треба врахувати дані анамнезу, наявність факторів ризику.

До методів, які безпосередньо визначають порушення функції плаценти, відносять:

1. Визначення рівня гормонів. Ознакою ПД є зниження синтезу гормонів плаценти - естрогенів, прогестерону, плацентарного лактогену.

— *рівень плацентарного лактогену*, при фізіологічному перебігу вагітності в сироватці крові матері дорівнює 7-12 мкг/мл. При росту плацентарної недостатності спостерігається зниження рівня у 2-3 рази. Критичним для стану плода є рівень 4 мкг/мл та нижче;

— *рівень прогестерону* і тест екскреції його метаболіту прегнандіолу в сечі;

— *рівень естріолу та естрадіолу* в крові, сечі вагітної та навколоплідних водах - виділення естріолу до 12 мг/доб. в сечі у матері являє собою норму, тоді як менша його кількість свідчить про плацентарну недостатність, і, як наслідок, про гіпоксію плода; естріол в навколоплідних водах - зниження його рівня до 50 мкг/100 мл та менше вказує на високу ступінь ризику для стану плода.

Естріоловий індекс - співвідношення кількості естріолу в плазмі крові та в сечі. Цей індекс знижується при прогресуванні дистресу плода.

2. Ультразвукове сканування дозволяє оцінити товщину і структуру плаценти, ступінь її зрілості.

3. Доплерометричне дослідження судин пуповини.

Лікування передбачає вплив на супутню екстрагенітальну та акушерську патологію. *Лікуванню підлягає тільки компенсована форма ПД.* Медикаментозна терапія ПН повинна бути спрямована на:

- покращення МПК і ФПК;
- судинорозширювальні та спазмолітичні препарати (еуфілін, компламін, ксантинолу нікотинат (теонікол), курантил (дипіридабол), дроперідол
- інтенсифікацію газообміну;
- Для нормалізації реологічних і коагуляційних якостей крові застосовують: трентал, аспірин, або фраксипарин;
 - ліквідацію гіповолемії і гіпопротеїнемії;
 - Для нормалізації тону м'язу матки використовують бета-міметики (гініпрал).
- Для нормалізації структурно-функціональних якостей клітинних мембран рекомендовані антиоксиданти (токоферолу ацетат, солкосеріл, есенціале форте)
 - препарати, що поліпшують метаболізм у фетоплацентарній системі (глюкоза, амінокислоти, жирові емульсії, солкосеріл, вітамінні препарати, глутамінова кислота, метіонін, цитохром С, препарати заліза);

Первинна профілактика плацентарної дисфункції включає:

- виділення контингенту жінок з підвищеним ризиком росту цієї патології;
- виявлення у процесі ультразвукового скринінгу вагітних з тенденцією до її виникнення і проведення відповідної превентивної терапії.

Затримка розвитку плода

Основним клінічним проявом хронічної плацентарної дисфункції є затримка розвитку плода (ЗРП).

Існують дві клінічні форми ЗРП - симетрична і асиметрична, які розрізняються за етіологією і патогенезом.

Симетрична форма ЗРП характеризується дефіцитом маси і довжини тіла плода (порівняно з нормою для даного гестаційного віку), пропорційно зменшеними розмірами його голівки і тулуба. Симетрична форма ЗРП - це результат первинного

анатомо-функціонального порушення фетоплацентарного комплексу, під впливом діючих в період раннього ембріогенезу та плацентації чинників як медичного, так і соціально-екологічного характеру.

При асиметричній формі ЗРП маса плода знижується, але голівка і довжина тулуба нормальні, наявні також ознаки неповноцінного харчування (зменшення маси паренхіматозних органів, діаметрів тулуба, товщини підшкірної клітковини). Формування асиметричної форми ЗРП відбувається на тлі вторинної плацентарної дисфункції. Розлади матково-плацентарного кровообігу при цьому зумовлені такими чинниками, як екстрагенітальні захворювання матері та ускладнення вагітності.

З використанням сучасних методів діагностики стало можливим ще в антенатальний період визначати форму і ступінь ЗРП, порівнюючи фетометричні показники з даними певного терміну вагітності. При ЗРП I ступеня спостерігається відставання розмірів плода на 2 тиж., II ступеня - у межах 2-4 тиж., III ступеня – більше, ніж на 4 тижні.

Необхідність раннього виявлення фетоплацентарної дисфункції та затримки процесу росту плода зумовлює необхідність комплексного та систематичного обстеження вагітних з використанням клінічних, інструментальних, біохімічних, гормональних та імунологічних методів.

Ранньою ознакою формування ЗРП може бути недостатнє збільшення маси тіла жінки, особливо в другу половину вагітності; в середньому до моменту пологів збільшення маси тіла жінки менше, ніж на 6 - 7 кг.

В літературі можна зустріти величезну кількість термінів: «затримка внутрішньоутробного росту», «внутрішньоутробна затримка росту», «гіпотрофія плода», «ретардація плода». У МКБ-10 всі ці терміни, рубрика P05 поєднує поняттям «уповільнений ріст і недолік харчування плода».

Порушення росту плода є однією з найбільш частих причин зниження адаптації немовлят у неонатальному періоді, високої захворюваності, порушення нервово-психічного росту дитини. Перинатальна смертність при ЗРП сягає 80-100 %.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, діти, що народилися з масою тіла менш 2500 г, позначається як мала маса при народженні. При цьому серед дітей з малою масою тіла при народженні виділяють три групи:

- 1) немовлята до 37 тижнів гестаційного віку у відповідному даному строку гестації зростом - недонношені немовлята із зростом і масою тіла, що відповідають строку гестації;
- 2) немовлята до 37 тижнів гестаційного віку та маленькі для даного строку гестації - недоношені немовлята із ЗРП;
- 3) немовлята після 37 тижнів гестації та маленькі для даного строку гестації - доношені немовлята із ЗРП.

Незалежно від етіології причиною ЗРП є плацентарна дисфункція, при якій за рахунок судинних змін відбувається порушення транспорту живильних речовин (ліпідів, вуглеводів, білків та ін.) і, як наслідок цього, порушується газообмін плода, що призводить до відставання його росту та росту ЗРП.

Виділяють три клінічні варіанти ЗРП: гіпотрофічний, гіпопластичний і диспластичний. Ступінь важкості гіпопластичного варіанту визначають за дефіцитом довжини тіла та окружності голови стосовно строку гестації. Ступінь важкості

диспластичного варіанта визначається не стільки виразністю дефіциту довжини тіла, скільки наявністю та характером вади росту, що призвело до ЗРП.

Для дітей зі ЗРП характерний частий розвиток ускладнень. У них часто розвивається асфіксія в пологах внаслідок важко перенесеного пологового стресу. Багато немовлят зі ЗРП переносять дистрес, що призводить до потовщення гладких м'язів дрібних легеневих артерій. Тому немовлята зі ЗРП мають високий ризик росту синдрому персистуючого фетального кровообігу. Часто у таких дітей відзначається гіпотермія. Порушення терморегуляції у дітей зі ЗРП обумовлене знизженими запасами підшкірного жирового шару. Поліцитемічний синдром у перші дні життя спостерігається у 10-15 % дітей з малою масою при народженні. При цьому гематокритне число підвищується до 0,65 і більше, а гемоглобін - до 220 г/л і більше. Частими симптомами поліцитемії є переважно периферичний ціаноз і інші прояви серцевої недостатності, респіраторні розлади, гіпербілірубінемія, судоми, олігурія. Також у немовлят зі ЗРП відзначається порушення метаболізму вуглеводів, тому вони схильні до росту гіпоглікемії. Гіпотермія сприяє збільшенню гіпоглікемії. Також можуть мати місце гіпокальціємія, гіпомагніємія.

Діагностика порушень росту плода та новонародженого передбачає насамперед оцінку основних параметрів фізичного росту дитини (маси тіла, зросту, окружності голови, грудної клітини), пропорційності статури, стану харчування (росту та розподілу підшкірного жирового шару), м'язової маси, зрілості по зовнішніх клінічних і неврологічних ознаках, а також оцінку церебральних порушень, виявлення аномалій і дизембріогенетичних стигм.

Необхідно проводити наступні біометричні методи дослідження:

1) визначення висоти стояння дна матки (ВДМ) в II-III триместрах вагітності на основі гравідограми; в нормі до 30 тижнів приріст ВДМ - 0,7-1,9 см в тиждень, в 30-36 тижнів - 0,6-1,2 см в тиждень, в 36 і більше тижнів - 0,1-0,4 см; відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту протягом 2-3 тижнів при динамічному спостереженні дає підставу запідозрити ЗВУР;

2) проведення ультразвукової фетометрії, що включає визначення розмірів голови, окружності живота та довжини стегна, при визначенні невідповідності одного або декількох основних фетометричних показників строку вагітності проводиться розширена фетометрія й розраховуються співвідношення лобово-потиличного розміру до біпаріетального, окружності голови - до окружності живота, біпаріетального розміру - до довжини стегна, довжини стегна - до окружності живота.

Віддалені наслідки ЗРП стали вивчатися наприкінці минулого сторіччя. Доведено, що в таких дітей набагато частіше, ніж в популяції, відзначається низький коефіцієнт інтелектуальності в шкільному віці, неврологічні розлади. Наприкінці 80-х років з'явилися роботи, в яких доведено зв'язок ЗРП з розвитком у дорослому віці гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, цукрового діабету.

Ультразвукова біометрія плода і плаценти в наш час є найбільш об'єктивним методом, що дає змогу підтвердити або виключити плацентарну дисфункцію та ЗРП.

Тактика ведення вагітності з ЗРП.

1. Лікування захворювань вагітної, які призводять до виникнення ЗРП.
2. Поетапне динамічне спостереження за станом плода:

- При нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода можливе амбулаторне спостереження та пролонгування вагітності до доношеного терміну.

- Госпіталізація вагітної до акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги здійснюється за умови наявності наступних результатів дослідження БПП і/або доплерометрії кровотоку:

- патологічна оцінка БПП (4 бали і нижче);
- повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (5 - 6 б.);
- сповільнений діастолічний кровотік в артеріях пуповини;
- критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульовий та реверсний).

- При сповільненому діастолічному кровотоці у артеріях пуповини проводять дослідження БПП:

- за відсутності патологічних показників БПП проводять повторну доплерометрію з інтервалом у 7 днів;
- при наявності патологічних показників БПП, проводять доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.

Оскільки немає ефективного методу лікування ЗРП ключовим моментом у веденні таких вагітних є чітка оцінка стану плода та своєчасне розродження.

3. Погіршення показників плодового кровотоку у терміні після 30 тижнів є показанням для розродження шляхом операції кесаревого розтину.

V. План організації заняття.

➤ Організаційний момент	2% навчального часу
➤ Мотивація теми	3% навчального часу
➤ Контроль вихідного рівня знань	20%
навчального часу	
➤ Самостійна робота студентів	35% навчального
часу	
➤ Контроль остаточного рівня знань	20% навчального часу
➤ Оцінка знань студентів	15% навчального часу
➤ Узагальнення викладачем завдання додому,	5% навчального
часу	
зауваження	

VI. Основні етапи заняття.

А. Підготовчий - мотивація теми.

Б. Основний - знайомство студентів під керівництвом викладача з роботою відділення інтенсивної терапії новонароджених, кабінетом УЗД та роботою в відділенні патології вагітних. Студенти разом з викладачем роблять обхід цих відділень. В кожному відділенні викладач демонструє роботу даного підрозділу. При обході викладач демонструє апаратуру, медикаменти для терапії новонароджених та лікування вагітних з дистресом плода, фето-плацентарною недостатністю та затримкою внутрішньоутробного росту плода. Разом з викладачем розбираються історії хвороби вагітних та новонароджених.

В. Заклучний - контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування конкретних ситуаційних акушерських задач, тестовий контроль, узагальнення викладача, оцінка роботи кожного студента, зауваження протягом заняття, завдання додому.

VII. Методичне забезпечення.

Місце проведення заняття: навчальна кімната, різні відділення акушерського стаціонару.

VIII. Контрольні запитання.

1. Визначте поняття дистресу плода та асфіксії новонародженого.
2. Класифікація дистресу плода.
3. Етіопатогенез дистресу плода.
4. Фактори ризику дистресу плода.
5. Дистрес плода в пологах.
6. Методи лікування дистресу плода.
7. Причини росту асфіксії новонародженого.
8. Діагностика асфіксії новонародженого.
9. Профілактика дистресу плода та асфіксії новонародженого.
10. Наведіть визначення поняття "плацентарна дисфункція".
11. Які розрізняють форми плацентарної дисфункції за механізмом росту?
12. Що таке первинна та вторинна плацентарна дисфункція?
13. Етіопатогенез фетоплацентарної дисфункції.
14. Методи діагностики стану внутрішньоутробного плода.
15. Методи діагностики лікування та профілактики затримки росту плода.
16. Принципи ведення пологів у жінок із затримкою росту плода.
17. Визначити поняття ретардації та гіпотрофії плода.

IX. Ситуаційні задачі

№ 1. У впершенароджуючої в терміні 41- 42 тижні вагітності пологи тривають 6 годин. Перейми по 25 сек., через 5-6 хвилин. Серцебиття плода аритмічне, 100-160 ударів за хвилину, підтікають зеленого кольору навколоплідні води. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см, стрілоподібний шов у поперечному розмірі площини входу в малий таз. Діагноз? Тактика лікаря?

№ 2. Вагітна 37 років, народжує вперше. Вагітність 40 тижнів, головне передлежання, I період пологів. Пологова діяльність триває 10 годин, перейми через 5-6 хв., тривалістю 45-50 сек. Відійшли пофарбовані меконієм навколоплідні води. Серцебиття плода 90 уд./хв., оцінка за Фішером - 5 балів. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 6 см. Діагноз? Тактика лікаря?

№ 3. Під час строкових пологів двійнею, після народження першої дитини масою 2800 г відійшли навколоплідні води. В процесі вагінального дослідження в піхві знайдено пульсуючий пупковий канатик другого плода. Голівка плода притиснута до термінальної лінії, легко відштовхується. Спроби запровадити пуповину безуспішні. Серцебиття плода 160 уд./хв. Передбачувана маса плода 2500 г. Діагноз? Тактика лікаря?

№ 4. Треті термінові пологи. Пологова діяльність активна. Голівка плода опустилася у порожнину малого тазу після бурного відходження вод. Через 5 хв. різко уповільнилося серцебиття плода, з'явилася аритмія. Відкриття шийки матки повне. Діагноз? Тактика лікаря?

№ 5. Дитина від перших термінових родів, що ускладнились слабкістю родової діяльності, масою 4000 г., довжиною 54 см. Проводилась родостимуляція. Задні води зі значними домішками меконію. Не виключається можливість аспірації новонародженим меконіальних навколоплодових вод. Діагноз? Тактика лікаря?

Х.Тестовий контроль.

1. Першонароджуюча, 30 років. Голівка у порожнині малого тазу. Серцебиття плода почало уповільнюватися, з'явилася аритмія. Що робити?

- А. Шкірно-головні щипці
- В. Вихідні акушерські щипці
- С. Кесарів розтин
- Д. Перінеотомія
- Е. Порожнинні акушерські щипці

2. Роділля 25 років знаходиться в пологах протягом 16 годин. Потуги малоєфективні, продовжуються 1,5 години. Голівка плода в порожнині малого тазу. Серцебиття плода раптом стало глухим, аритмічним 100/хв. При вагінальному дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Голівка в порожнині малого тазу. Яка подальша акушерська тактика?

- А. Кесарів розтин
- В. Подальше консервативне проведення пологів
- С. Накладання акушерських щипців
- Д. Вакуум-екстракція плода
- Е. Родостимуляція окситоцином

3. Породілля 30 років, соматично здорова. II період родів. Передбачувана маса плода 3100 г. Серцебиття плода глухе, 90/хв., ритмічне, голівка на тазовому дні, стрілоподібний шов у прямому розмірі площини виходу з малого тазу, вид передній. Яка тактика лікаря найбільше доцільна в даному випадку?

- А. Кесарів розтин
- В. Вихідні акушерські щипці
- С. Порожнинні акушерські щипці
- Д. Родостимуляція
- Е. Лікування внутрішньоутробної гіпоксії плода

4. Роділля 22 років знаходиться у пологовому відділенні з активноюпологовою діяльністю. Злились навколоплідні води, випала пуповина. Положення плода поздовжнє, сідничне передлежання. Піхвове дослідження: шийка матки згладжена, відкриття 6 см; плідного міхура немає; передлежать сідниці, протиснуті до входу в малий таз. У піхві знаходиться пульсуюча пуповина. Якою мусить бути тактика ведення ?

- A. Консервативно-лікувальна
- B. Екстракція плода за тазовий кінець
- C. Кесарів розтин
- D. Родостимуляція окситоцином
- E. Заправлення пуповини та родостимуляція

5. Повторні пологи у жінки 30 років. Тривалість пологів 14 годин. Серцебиття плода приглушене, аритмічне 100 уд./хв. Вагінальне дослідження: відкриття шийки матки повне, голівка плода в площині виходу з малого тазу. Сагітальний шов в прямому розмірі, мале тім'ячко біля лона. Визначте подальшу тактику проведення пологів.

- A. Використання вихідних акушерських щипців
- B. Стимуляція родової діяльності окситоцином
- C. Кесарів розтин
- D. Шкірно-головні щипці за Івановим
- E. Використання порожнинних акушерських щипців

6. Роділля 25 років, знаходиться в пологах протягом 16 годин. 2 період пологів. Потуги малоефективні, продовжуються 1,5 години. Голівка плода в порожнині малого тазу. Серцебиття плода глухе, аритмічне 100 ударів за хвилину. При вагінальному дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Голівка в порожнині малого тазу. Яка подальша тактика?

- A. Вакуум-екстракція плода
- B. Консервативне проведення пологів
- C. Виконати кесарів розтин
- D. Використати акушерські щипці
- E. Родостимуляція окситоцином

7. Роділля 28 років доставлена у пологове відділення швидкою допомогою. Дана вагітність III-я, I-а закінчилась нормальними пологами, II-а - самовільним викиднем. Положення плода поздовжнє, до входу в малий таз передлежать сідниці, пологова діяльність регулярна, активна. При вагінальному огляді вилились навколоплідні води, після чого серцебиття плода порідшало до 100 ударів в 1 хвилину. P.V.: відкриття шийки матки повне, плідний міхур відсутній, у піхві визначається пуповина. Сідниці плода у вузькій частині малого тазу. Що повинен зробити лікар, який веде пологи?

- A. Провести лікування гострої гіпоксії плода
- B. Виконати екстракцію плода за тазовий кінець
- C. Заправити пупковий канатик, далі роди вести консервативно
- D. Терміново виконати кесарів розтин
- E. Виконати епізіотомію і допомогу за Цов'яновим I

8. У впершевагітної 38 років, в 41-42 тиж., скарги на послаблення рухів плода. Клінічні та лабораторні дані вказують на переношену вагітність. Передбачувана маса плода 4200 г. Серцебиття плода приглушене, 160 ударів за хвилину. За даними амніоскопії – навколоплідні води зеленого кольору. Яка тактика щодо розродження?

- A. Пологозбудження окситоцином
- B. Вичікувати початок самостійної пологової діяльності

- С. Провести окситоциновий тест
- Д. Кесарів розтин
- Е. Пологозбудження простагландинами
9. Першонароджуюча, 36 років, пологова діяльність триває 5 годин. Пологи - термінові. Перейми тривалістю 35-40 сек. через 5 хв. Злились меконіальні води. Серцебиття плода - 90 ударів за хвилину. При піхвовому обстеженні : шийка матки згладжена, відкриття вічка шийки матки - 6 см. Які дії найбільш доцільні ?
- А. Медикаментозний сон
- В. Акушерські щипці
- С. Кесарів розтин
- Д. Введення утеротоніків
- Е. Введення спазмолітиків
10. Доношена дитина народилась в стані асфіксії середнього ступеню важкості. Після проведення первинної реанімаційної допомоги дихає самостійно, серцебиття 120 уд/хв., спостерігається ціаноз шкіри. Якою повинна бути подальша тактика лікаря?
- А. Провести інтубацію.
- В. Провести додаткову оксигенацію.
- С. Провести непрямий масаж серця.
- Д. Відсмоктати слиз із верхніх дихальних шляхів.
- Е. Провести допоміжну вентиляцію легенів.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров'я України». -2018.- 504 с.
2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. - Київ: «Здоров'я України», 2019. - 198 с.
3. Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров'я України» - С.542.
7. Акушерський фантом: посібник українською мовою (за ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Усевич І.А., Диндар О.А., Ковалюк Т.В., Самойлова М.В.- К., 2018 - «Бібліотека «Здоров'я України», С.191.
8. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (Edited by V. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: T. Kovalyuk, M.Samoilova – K., 2018 - «Бібліотека «Здоров'я України», С. 190.

9. Назарова І. Б., Самойленко В. Б., Фізіологічне акушерство: підручник (ВНЗ I—III р.а.) ВСВ «Медицина», 2018, 408 с.
10. Hryshchenko V.I., Shcherbyna M.O., Ventskivskyi V.M. et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
11. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
12. Ліхачов В.К. та ін. «Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика.» Видавництво «Нова книга», 2021, 512 с.
13. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

Додаткова

1. Бачинська І.І. Практикум з акушерства: навчальний посібник. — 2-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2021, 104 с.
2. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
3. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
4. МОЗ України Наказ № 8 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Кесарів розтин» від 05.01.2022
5. МОЗ України Наказ № 151 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» від 24.01.2022
6. МОЗ України Наказ № 170 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» від 26.01.2022
7. МОЗ України Наказ № 692 «Клінічна настанова, заснована на доказах «профілактика передачі віл від матері до дитини» від 26.04.2022
8. МОЗ України Наказ № 1437 «Нормальна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 09.08.2022
9. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2013.- 239с.
10. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
11. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015