

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

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

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

Тема:

«Плацентарні порушення. Дистрес плода. Недостатній ріст 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 V, VI КУРСУ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №1, ФПЛЗСУ
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

«Затверджено»

На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №1
протокол № 1 від 29.08.2025 р.

**Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №1,
д.мед.н., професор**

Говсєєв Д.О.



КИЇВ 2025-2026

УДК 618 (072)

**Методична вказівка «Плацентарні порушення. Дистрес плода.
Недостатній ріст плода»**

**для студентів 5, 6 курсів медичного факультету №1, ФПЛЗСУ та факультету
підготовки іноземних громадян з дисципліни «Акушерство та гінекологія»**

Авторський колектив:

- Завідувач кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н., професор Говсєєв Д.О.
- Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Лакатош В. П.
- Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Загородня О. С.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Авраменко С. О.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бурка О. А.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бондаренко Н. П.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Вітовський Я. М.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жабіцька Л. А.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жегулович В. Г.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Костенко О. Ю.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Леуш С. С.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Наритник Т. Т.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Поладич І. В.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прилуцька А. Б.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прощенко О. М.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Слободяник О. Я.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Ткаліч В. О.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Цапенко Т.В.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Антонюк М І.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Купчік В.І.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Осадчук С. В.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № 1 від 29.08.2025 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

I. Актуальність теми

Плацентарні порушення. Дистрес плода. Недостатній ріст плода.

Кінцевою метою усякої вагітності є народження здорової дитини. Захворювання та патологічні стани матері при вагітності та під час пологів, акушерські ускладнення супроводжуються погіршенням функціонального стану плода, які у теперішній час позначають терміном “дистрес плода”. Дистрес плода займає одне з провідних місць серед причин перинатальної захворюваності і смертності, приводить до важких наслідків з боку ЦНС та інших органів в постнатальному періоді та у подальшому житті дитини.

Оскільки ефективних методів лікування дистресу плода не існує, то важливе значення надається знанням сучасних методів діагностики та алгоритму ведення вагітності та пологів при дистресі плода для прийняття своєчасних заходів щодо запобігання важких гіпоксичних уражень плода.

Затримка росту плода (ЗРП) визначається як неспроможність плода реалізувати свій потенціал росту внаслідок патологічних факторів, найчастіше – плацентарної дисфункції (плацентарної недостатності). ЗРП призводить до народження дитини з масо-ростовими параметрами нижчими ніж для даного терміну вагітності. Плацентарна дисфункція (ПД) та затримка росту плода супроводжується підвищеною частотою перинатальної захворюваності та смертності, тому знання сучасних методів діагностики та алгоритму ведення вагітності та пологів при ПД та ЗРП є базисом для запобігання багаточисельних ускладнень з боку дитини в постнатальному періоді та у подальшому житті.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$):

- Ознайомитись з темою плацентарні порушення, дистрес плода, недостатній ріст плода.

Засвоїти ($\alpha=2$) :

- Поняття терміну «плацентарна дисфункція».
- Класифікацію плацентарної дисфункції (ПД).
- Фактори ризику розвитку ПД. Патогенез ПД. Клінічні прояви ПД.
- Методи діагностики ПД. Методи лікування ПД.
- Поняття термінів «дистрес плода» та «гіпоксія плода».
- Причини та фактори ризику розвитку дистресу плода.
- Методи діагностики дистресу плода.

- Алгоритм ведення вагітності при дистресі плода.
- Алгоритм ведення пологів при дистресі плода.
- Профілактику дистресу плода
- Поняття термінів «малий для гестаційного віку плід» та «затримка росту плода»
- Причини розвитку ЗРП. Фактори ризику ЗРП
- Методи діагностики ЗРП.Форми ЗРП
- Алгоритм ведення вагітності та пологів при ЗРП

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Визначення терміну вагітності
- Збиранням загального та спеціального акушерсько-гінекологічного анамнезу.
- Методикою вислуховування серцебиття плода .
- Оцінкою результатів спеціального акушерського обстеження

Вміти ($\alpha=4$):

1. Зібрати анамнез та оцінити фактори ризику розвитку ПД у вагітної.
2. Оцінити клінічні прояви ПД у вагітної.
3. Оцінити результати ультразвукового обстеження плаценти.
4. Оцінити результати гормонального обстеження функції плаценти.
5. Скласти план обстеження стану плода.
6. Класифікувати ПД за перебігом та станом захистно-приспосувальних реакцій.
7. Розробити тактику ведення вагітності при ПД.
8. Оцінити відповідність висоти дна матки (ВДМ) терміну вагітності за стандартною гравідограмою.
9. Оцінити результати ультразвукової фетометрії.
10. Визначити ступінь ЗРП.
11. Провести оцінку функціонального стану плода за даними кардіотокографії.
12. Провести оцінку функціонального стану плода за даними його біофізичного профілю.
13. Провести оцінку функціонального стану плода за даними доплерометрії кровоплину в артерії пуповини.
14. Визначити тактику ведення вагітності при ЗРП
15. Визначити показання для оперативного розродження вагітних з ЗРП.
16. Визначити тактику ведення вагітності у пацієнток з дистресом плода.
17. Визначити показання для оперативного розродження вагітних з дистресом плода.

III. Виховні цілі

- Виховна – навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності по відношенню до вагітної, роділлі, породіллі;
- Наукова – навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування;
- Творча – надати можливість студенту самостійно вирішити тестову та ситуаційну задачу з самостійним вибором шляху вирішення;
- Відповідальна – розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Нормальна фізіологія	Основні поняття про періоди розвитку плода. Будову, функції та періоди розвитку плаценти. Фізіологія плодово-плацентарного кровообігу.
Патологічна фізіологія	Поняття про гіпоксію, її патогенез та методи дослідження кисневої недостатності. Трофічні розлади у плода та новонародженого (нормо-, гіпотрофія та гіпертрофія)
Фармакологія	Фармакодинаміка і фармакокінетика дії ліків.
Сімейна медицина	Алгоритм спостереження вагітної з високими чинниками ризику. Поняття про ультразвукове дослідження у вагітних та доплерометрію кровоплину у судинах .

V. Зміст навчального матеріалу:

Плацентарна дисфункція

Плацентарна дисфункція (ПД) – неспецифічний синдром, який розвивається при ускладненнях вагітності і характеризується комплексом функціональних і морфологічних змін у плаценті з порушенням росту і розвитку плода.

Класифікація

З урахуванням часу початку по відношенню до терміну формування плаценти:

- ☐ *первинна ПД*- розвивається в ранні терміни вагітності (до 16 тижнів), часто співпадає з вадами та припиненням розвитку плода;
- ☐ *вторинна ПД* - розвивається після 16 тижнів вже при сформованій плаценті, є основною причиною затримки росту плода.

За перебігом:

- ☐ *Гостра ПД* - виникає в будь-який термін вагітності і проявляється порушенням газообміну плаценти, що, в свою чергу, призводить до дистресу плода. В розвитку гострої ПД основна роль відводиться порушенням матково-плацентарного та фетоплацентарного кровообігу.
- ☐ *Хронічна ПД* - має тривалий перебіг, супроводжується розладами мікроциркуляції в плаценті, хронічним кисневим голодуванням плода.

В залежності від стану захисно-пристосувальних реакцій :

- ☐ *Відносна ПД (компенсована, субкомпенсована)* – компенсаторні реакції в плаценті збережені, є можливість проводити лікування;
- ☐ *Абсолютна (некомпенсована, критична)* – виснаження компенсаторних механізмів, виникає затримка росту і дистрес плода, може призвести до загибелі плода.

Фактори ризику ПД

- вік старше 35;
- несприятливі соціально-побутові умови (недостатнє харчування);
- токсична і радіаційна дія зовнішнього середовища;
- шкідливі звички (паління, алкоголізм, наркоманія);
- інфекційні захворювання (TORCH-інфекції);
- екстрагенітальні захворювання (нейроендокринні порушення, гіпертензія, захворювання нирок тощо);
- гінекологічні захворювання (пухлини матки, хронічні запалення ендометрію);
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез;
- ускладнення вагітності (ранній гестоз, загроза переривання вагітності, багатопліддя, прееклампсія, анемія тощо)

Перераховані фактори, насамперед, призводять до порушень матково-плацентарного, а далі до фетоплацентарного кровообігу, розвиваються незворотні морфологічні процеси і порушуються основні функції плаценти.

Патогенез

В розвитку ПД слід відмітити декілька взаємопов'язаних патогенетичних факторів:

- недостатність інвазії цитотрофобласта;
- патологічні зміни матково-плацентарного кровообігу (МПК);
- порушення фетоплацентарного кровообігу (ФПК);
- незрілість ворсинчастого дерева;
- зниження захистно-приспосувальних реакцій;
- ураження плацентарного бар'єра.

Порушення МПК характеризується наступними важливими факторами:

- зниженням притоку до міжворсинчатого простору;
- ускладненням відтоку з міжворсинчатого простору;
- змінами реологічних і коагуляційних властивостей крові;
- розладами капілярного кровоплину в ворсинах хоріону.

Порушення відтоку і притоку крові викликає різке зниження гемоциркуляції у міжворсинчатому просторі із зменшенням газообміну між кров'ю матері і плода.

Патологічні зміни, які відбуваються при плацентарній дисфункції, призводять до:

- зменшення матково-плацентарного кровотоку;
- зниження артеріального кровопостачання плаценти і плода;
- зниження газообміну і метаболізму у фетоплацентарному комплексі;
- порушення процесів дозрівання плаценти;
- зниження синтезу і виникнення дисбалансу гормонів плаценти.

Всі ці зміни подавляють компенсаторно-приспосувальні можливості системи мати-плацента-плід, затримують ріст і розвиток плода, обумовлюють ускладнений перебіг вагітності і пологів.

Клінічна картина

Клінічними проявами первинної ПД є загроза переривання вагітності.

Гостра ПД проявляється гіпоксією плода у зв'язку з порушенням дихальної і транспортної функції плаценти (передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, передлежання плаценти).

Найбільш характерна ознака хронічної ПД є затримка росту плода. Крім того, проявами хронічної ПД є дистрес плода, загроза передчасного переривання вагітності, переношування вагітності, багато- і маловоддя.

Діагностика ПД часто співпадає з діагностикою затримки росту та

дистресу плода .

Треба врахувати також данні 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.
2. Ультразвукове сканування дозволяє оцінити товщину і структуру плаценти, ступінь її зрілості.
3. Доплерометричне дослідження кровоплину плаценти.

Лікування передбачає вплив на супутню екстрагенітальну та акушерську патологію.

Тактика ведення вагітності при ПД залежатиме від тяжкості ускладнень до яких вона призвела(до дистресу плода ,чи ЗРП)

Затримка розвитку плода (ЗРП)

Малий для гестаційного віку (МГВ) плід відноситься до таких плодів, які не досягають специфічного біометричного або вагового порогу до відповідного гестаційного віку. Вагова перцентиль найбільш часто використовується для визначення МГВ. Тільки 10 % дітей з найнижчою масою відносяться до плодів, малих для гестаційного віку. Чим нижча перцентиль для визначення МГВ, тим більша імовірність затримки росту плода. При цьому низька маса плода не обов'язково пов'язана з затримкою його росту.

Фактори ризику затримки росту плода

Анамнестичні фактори ризику

а. Материнські демографічні дані

- Старший вік
- Недостатня вага
- Проживання в умовах великої висоти
- Фактори навколишнього середовища (забруднення повітря, важкі метали, високі температури)

б. Медичні стани

- Хронічна артеріальна гіпертензія
- Хронічні захворювання нирок
- Системний червоний вовчак
- Запальні захворювання кишечника
- Тяжка анемія, гемоглобінопатії
- Антифосфоліпідний синдром
- Прегестаційний діабет (тривалий перебіг)

с. Акушерський анамнез

- Попередня вагітність із ЗРП або прееклампсією

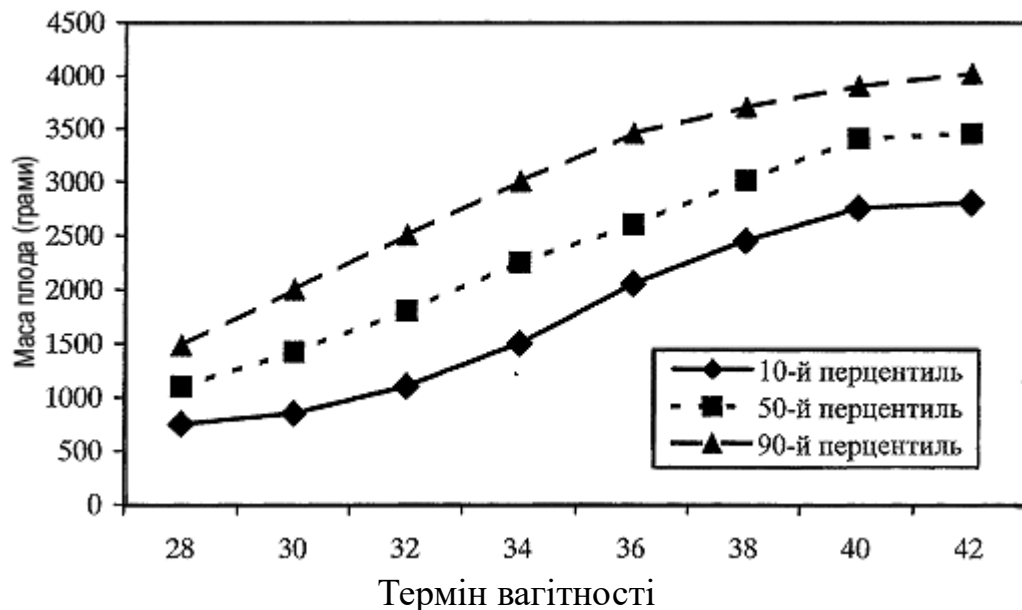
Біохімічні маркери в сироватці крові матері

- Низький PlGF у I триместрі
- Низький PAPP-A у I триместрі
- Високий альфа-фетопротейн у II триместрі

Ультразвукові маркери

- Маткові артерії: ПІ > 95 перцентиля
- Маткові артерії: двобічна дикротична виїмка
- Крайове чи оболонкове прикріплення пуповини
- Дві судини пуповини (єдина артерія пуповини)
- Аномальна морфологія плаценти (збільшення товщини, кальцинати, ехогенні кістозні зміни)
- Знижена швидкість росту плода

Вагова перцентиль новонародженого і біометричних параметрів плода визначається за допомогою спеціальних діаграм (відповідність маси дитини при народженні і біометричних параметрів плода його гестаційному віку).



ЗРП визначається як неспроможність плода реалізувати свій потенціал росту через патологічні фактори, найчастіше плацентарну дисфункцію. Клінічно це відображається зменшенням перцентилів розмірів плода протягом вагітності. В клінічній практиці, щоб запідозрити ЗРП, найчастіше використовується термін «малий для гестаційного віку плід» (МГВ), який визначається як зменшення передбачуваної маси плода (ПМП) або окружності живота (ОЖ) нижче певного порогу, такого як 10-й перцентиль. Більшість МГВ плодів є конституційно

здоровими маленькими плодами, чий малі розміри є лише результатом їх заздалегідь визначеного потенціалу росту (тобто хибнопозитивний діагноз ЗРП).

Класифікація ЗРП на основі гестаційного віку на момент встановлення діагнозу:

- ЗРП із раннім початком (<32 тижнів)
- ЗРП із пізнім початком (≥ 32 тижнів)

Також виділяють такі форми:

- 1) симетрична - маса і довжина плода пропорційно знижені, всі органи рівномірно зменшені у розмірах;
- 2) асиметрична - зниження маси плода при нормальних показниках його довжини, непропорційні розміри різних органів плода.

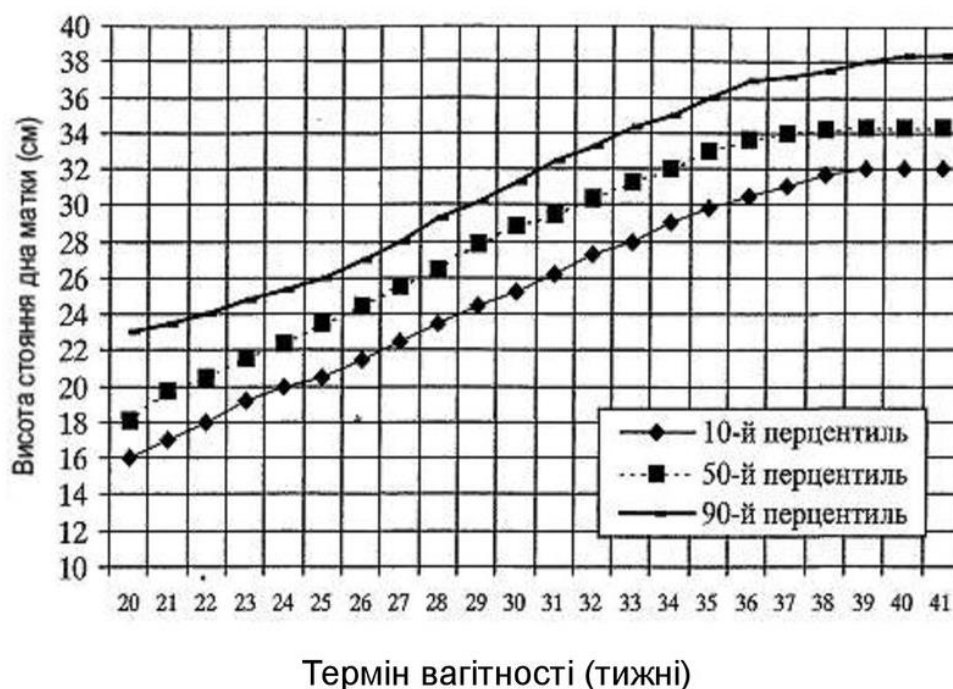
Діагностика

Біометричні методи:

- визначення висоти стояння дна матки (ВДМ) у II - III триместрах вагітності на основі гравідограми

В нормі до 30 тижня приріст ВДМ складає 0,7 - 1,9 см на тиждень; в 30 - 36 тиж. - 0,6 - 1,2 см на тиж.; 36 і більше - 0,1 - 0,4 см. Відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту протягом 2 - 3 тиж. при динамічному спостереженні дає підставу запідозрити ЗРП;

Гравідограма



- **ультразвукова фетометрія** включає визначення розмірів голівки, окружності живота та довжини стегна. При визначенні невідповідності одного або декількох основних фетометричних показників терміну вагітності проводиться розширена фетометрія та враховуються співвідношення лобно-потиличного розміру до біпаріетального, окружності голівки до окружності живота, біпаріетального розміру до довжини стегна, довжини стегна до окружності живота. Найбільш цінним показником є прогнозована (передбачувана) маса плода.

За даними УЗД виділяють три ступеня тяжкості ЗРП:

- I ступінь - відставання показників фетометрії на 2 тижні від гестаційного терміну;
- II ступінь - відставання на 3 - 4 тижні від гестаційного терміну;
- III - відставання більше ніж на 4 тижні.

Фетометрія є інформативною з 20 тижня вагітності.

Моніторинг стану плода

Для діагностики функціонального стану плода використовуються наступні біофізичні методи:

- **біофізичний профіль плода (БПП)** - оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплодових вод)

- **модифікований БПП** оцінює тільки два параметри - нестресовий тест та кількість рідини.

- кардіотокографія/ нестресовий тест (далі – КТГ/НСТ), комп'ютеризована КТГ

- **доплерометрія швидкості кровоплину** в артерії пуповини (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці), у середньо-мозковій артерії з доплерометрією кровоплину у венозній протоці.

Діагностичні критерії доплерометрії:

• Нормальний кровоплин — високий діастолічний компонент на доплерограмі по відношенню до ізолінії, співвідношення амплітуди систоли до діастолі, становить не більше 3.

• Патологічний кровоплин:

1. Сповільнений кровоплин — зниження діастолічного компоненту, співвідношення амплітуди систоли до діастолі, становить більше 3.

2. Термінальний кровоплин (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода):

— Нульовий — кровоплин у фазі діастолі припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент)

— Негативний (реверсний, зворотний) — кровоплин у фазі діастолі набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії).

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

Моніторинг, терміни та методи розродження у випадку підозри на ЗРП

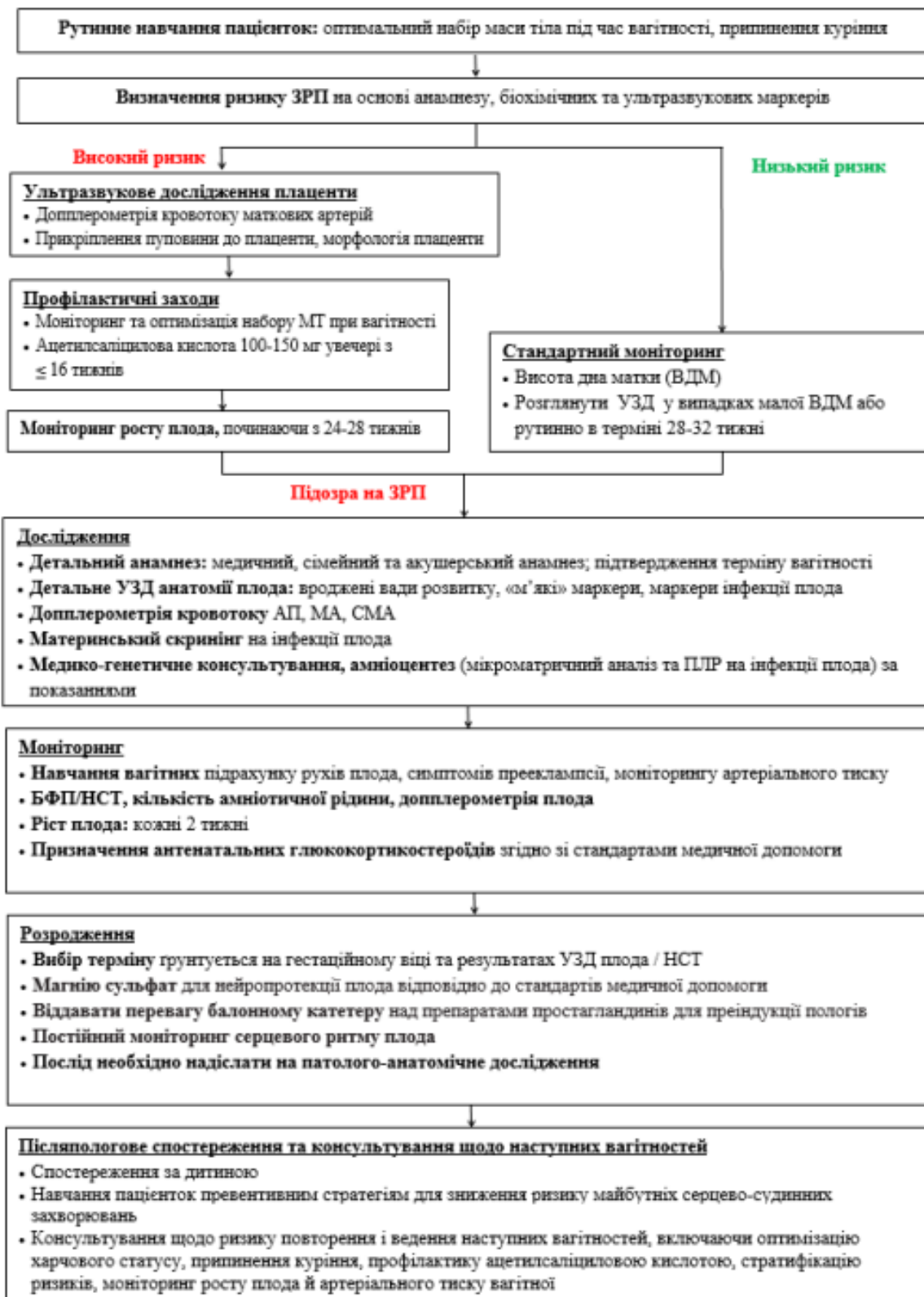
Дані	Моніторинг	Терміни і методи розродження
МГВ (ПМП в межах 3-9 перцентилів, нормальні кількості вод і результати доплерометрії	• Допплерометрія (АП, СМА) кожні 1-2 тижні • Фетометрія кожні 2 тижні • В терміні ≥ 37 тижнів	• 37–39 тижнів • Метод розродження: індукція пологів

плода)	розглянути проведення БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень	
Неускладнена ЗРП<3 перцентиля (нормальні кількості вод і результати доплерометрії плода)	• Допплерометрія (АП, СМА) 1-2 рази на тиждень • Фетометрія кожні 2 тижні • В терміні ≥ 37 тижнів розглянути проведення БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень	• 36–38 тижнів • Метод розродження: індукція пологів
ЗРП з помірними патологічними змінами: • Ранні зміни доплерометрії: а. АП ПІ>95 перцентиля, або б. СМА ПІ <5 перцентиля, або с. ЦПВ<5 перцентиля, або д. МА ПІ>95 перцентиля • Олігогідрамніон • Субоптимальний інтервал росту плода • Підозра на прееклампсію	• Розглянути моніторинг в умовах стаціонару • Розглянути глюкокортикостероїди для дозрівання легень плода • БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) 1-2 рази на тиждень • Фетометрія кожні 2 тижні	• 34–37 тижнів • Метод розродження: кесарів розтин або індукція пологів
ЗРП із НКДШК/РКДШК в артерії пуповини	• Моніторинг в умовах стаціонару • Глюкокортикостероїди для дозрівання легень плода • БФП/НСТ 1-2 рази на день • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) кожні 1-2 дні • Фетометрія кожні 2	• НКДШК: 32–34 тижні d • РКДШК: 30–32 тижні d • Метод розродження: кесарів розтин

	тижні	
ЗРП з патологічною доплерометрією кровотоку у ВП	• Моніторинг в умовах стаціонару • Глюкокортикостероїди для дозрівання легень плода • БФП/НСТ 2 рази на день • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) щоденно	• 26–30 тижнів • Метод розродження: кесарів розтин

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

Алгоритм скринінгу, діагностики та ведення ЗРП



Профілактика

1. Виявлення факторів ризику ЗРП та проведення динамічного контролю за пацієнтами цієї групи вагітних.
2. Дотримання вагітної режиму дня та раціональне харчування.
3. Відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

ДИСТРЕС ПЛОДА ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

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”. Поняття “хронічна гіпоксія плода” (компенсована, субкомпенсована і декомпенсована), “гостра гіпоксія”, “загроза гіпоксії або асфіксії” не застосовуються.

Порушення стану плода під час вагітності і в пологах виникає на фоні різних ускладнень як з боку вагітної, так і фетоплацентарного комплексу. Виділяють чотири основні групи факторів, що можуть викликати дистрес плода.

Фактори ризику дистресу плода

1. Патологічні стани, що приводять до порушення транспорту кисню до матки:
 - ☐ Порушення оксигенації материнської крові (серцево-судинна та легенева патологія, генералізовані ангіопатії при цукровому діабеті, інфекційні захворювання, вплив шкідливих факторів середовища та шкідливих звичок);
 - ☐ Гемічна гіпоксія у матері (анемія вагітних);
 - ☐ Циркуляторні порушення у матері (гіпотензія, гіпертонічні розлади при вагітності, прееклампсія).
2. Патологічні стани, що порушують обмін кисню між маткою і плацентою:
 - ☐ Патологічні зміни спіральних артеріол як наслідок перенесених до вагітності запальних захворювань ендометрію та абортів;
 - ☐ Окклюзивні ураження спіральних артеріол у наслідок мікротробозів, периферичного вазоспазму (прееклампсія, переношування);
 - ☐ Аномалії пологової діяльності.
3. Власно плацентарні фактори:
 - ☐ Порушення розвитку і дозрівання плаценти (ангіоми, кісти плаценти, двочасткова плацента тощо)
4. Патологічні стани плода і пуповини:
 - ☐ Порушення пупкового кровообігу (обвиття та вузли пуповини)

- Захворювання плода (гемолітична хвороба плода, вади розвитку тощо).

Дистрес плода під час вагітності

Для діагностики дистресу плода при вагітності використовуються наступні методи:

1. *Аускультация серцевої діяльності* (з 20 тижнів вагітності) – визначення частоти серцевих скорочень плода за одну хвилину:

- фізіологічний норматив – 110-170 уд/хв
- частота серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв свідчить про дистрес плода.

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

- *модифікований БПП* оцінює тільки два параметри - нестресовий тест та кількість рідини. Для оцінки кількості навколоплідних вод використовують дві методики. Перша – оцінка максимальної глибини вертикальної кишені (вона ідентифікує глибину кишені 2-8 см як нормальну, 1-2 см як межову, менш 2 см як знижену (маловоддя), більше 8 см як підвищену (багатоводдя)). Друга методика – оцінка індексу амніотичної рідини (сума самих глибоких вертикальних кишень рідини в чотирьох квадрантах матки, при цьому центральною точкою є пупок).

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 ділянки вод 2 см і більше	Вертикальний розмір вільної ділянки вод більше 1 см, але не менше 2 см	Тісне розташування дрібних частин плода, вертикальний діаметр вільної ділянки менше 1 см
Оцінка БПП	7–10 балів — задовільний стан плода; 5–6 балів — сумнівний тест (повторити через 2–3 дні) 4 балів і нижче — патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове розродження)		

3. **Доплерометрія швидкості кровоплину в артерії пуповини** (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 діастолі, становить не більше 3.

- **Патологічний кровоплин:**

1. **Сповільнений кровоплин** — зниження діастолічного компоненту, співвідношення амплітуди систоли до діастолі, становить більше 3.

2. **Термінальний кровоплин** (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода):

- **Нульовий** – кровоплин у фазі діастоли припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент)
- **Негативний (реверсний, зворотний)** – кровоплин у фазі діастоли набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії).

Тактика нагляду за станом плода під час вагітності

- 1) Аускультация серцевої діяльності плода при кожному відвідуванні лікаря акушера-гінеколога або акушерки.
- 2) При визначені частоти серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв, що свідчить про дистрес плода, є потреба у проведенні оцінки біофізичного модифікованого, або розширеного біопрофіля плода.
- 3) При патологічному БПП проводиться доплерометрія кровоплину в артерії пуповини. При нормальному кровоплину в артерії пуповини необхідне повторне БПП через 24 години.
- 4) При патологічному кровоплину в артерії пуповини – госпіталізація до пологового стаціонару III рівня надання допомоги.

Тактика ведення вагітності 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 кровоплину в артеріях пуповини слід провести дослідження біофізичного профілю 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 кровоплину (виникнення постійного нульового або негативного кровообігу в артеріях пуповини) є показанням для екстреного розродження шляхом операції кесаревого 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 (6 балів і нижче);
 - повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (7-8 балів);
 - сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини;

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

Лікування

- До 30 тижнів вагітності лікування 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 кровоплину у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 балів і нижче);

2. Показанням для екстреного розродження шляхом кесаревого 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.

ДИСТРЕС ПЛОДА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

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.)

Примітка: 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 аускультції 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 аускультацию 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 загрозливий 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 брадикардія, 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 :

Таблиця 2. Оцінка результатів КТГ під час пологів та тактика ведення пологів

Показник	Градації		Оцінка стану плода	Рекомендація
I період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-180	припустима	моніторинг ЧСС
		> 180	дистрес	кесаревий розтин
	брадікардія	109-100	припустиа	моніторинг ЧСС
< 100		дистрес	кесаревий розтин	
Варіабельні сть, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
		3-4	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	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	
Варіабельні сть, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
		3-4	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	2 і менше	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 брадикардію.

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

Примітка:

Наявність незначних домішок меконію в навколоплідних водах не вказує на дистрес плода, але свідчить про необхідність ретельного спостереження за станом 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 на протязі 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.

Профілактика

1. Виявлення факторів ризику дистресу плода в пологах та проведення динамічного контролю за станом плода в пологах;
2. Дотримання раціональної тактики ведення пологів.
3. Дотримання раціональних методів знеболювання пологів

АСФІКСІЯ НОВОНАРОДЖЕНОГО

Асфіксія новонародженого є синдромом, при якому відбувається порушення газообміну, що супроводжується гіпоксією, гіперкапнією і ацидозом.

Етіологічні чинники	
Центральні причини, що супроводжуються первинним пригніченням дихальних центрів	Периферичні причини, зумовлені порушенням надходження кисню до мозку плода відразу після його народження
• дистрес плода • незрілість ЦНС плода • травми ЦНС плода • фармакологічна депресія	• непрохідність дихальних шляхів у результаті аспірації вод, меконію, крові, обривків плодових оболонок • анатомічна чи функціональна незрілість легень плода • дисфункція серцево-судинної системи плода (вроджені вади серця, гіповолемія, шок, затримка перебудови фетального типу кровообігу в позаутробний тип) сполучної тканини • важка анемія плода • вроджені аномалії (атрезія хоан, діафрагмальні грижі (кили) і т. д.)

Патогенетичні зміни при асфіксії:

1. зниження у крові плода кисню,
2. розвиток респіраторного і метаболічного ацидозу,
3. пригнічення дихальних центрів,
4. подальше погіршення легеневої вентиляції,
5. наростання гемодинамічних і метаболічних розладів.



Шкала Апгар

Симптоми	Оцінка в балах		
	0	1	2
Частота серцевих скорочень	Відсутнє	Менше 100 за 1 хвилину.	100 і більше за 1 хвилину.
Дихання	Відсутнє	Слабкі неритмічні дихальні рухи	Адекватне, гучний крик
М'язовий тонус	Відсутній	Незначна флексія кінцівок	Добра флексія кінцівок, активні рухи
Рефлекторна реакція на відсмоктування з верхніх дихальних шляхів або тактильну стимуляцію	Відсутня	Гримаса	Крик, кашель або чхання
Колір шкіри	Різка блідість або центральний ціаноз	Тулуб рожевий, ціаноз кінцівок	Рожеве забарвлення всього тіла і кінцівок

Ідеальна оцінка новонародженого — 10 балів, норма — 7-10 балів. Розрізняють середній (6-5 балів) і важкий (4-1 бал) ступінь асфіксії; 0 балів — це мертвонародження.

Діагностичні критерії ступеню важкості асфіксії новонародженого

Діагностичні критерії	Помірна або середньої важкості асфіксія	Важка асфіксія
Оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар упродовж перших 5 хвилин	4–7 балів	0–3 бали
Наявність симптомів ураження ЦНС	1–2 стадія гіпоксично-ішемічної енцефалопатії	3 стадія гіпоксично-ішемічної енцефалопатії
Ознаки транзиторного порушення ще одного життєво важливого органу або системи	Можуть бути відсутніми	Дихальної, серцево-судинної, сечовидільної, травного каналу тощо щонайменше протягом перших 3-х днів
Метаболічний або змішаний ацидоз	pH менше 7,15 BE більше — 12 ммоль/л	pH менше 7,0 BE більше — 12ммоль/л

ЛІКУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЩО НАРОДИЛИСЯ В АСФІКСІЇ.

1 -й етап — реанімація («АВС-кроки»: А — airways — відновлення прохідності дихальних шляхів, В — breathing — стимуляція або відновлення дихання, С — circulation — підтримання кровообігу);

2-й етап — посиндромна інтенсивна терапія;

3-й етап — реабілітація.

На сучасному етапі реанімацію новонароджених проводить неонатолог-реаніматолог.

РЕАНІМАЦІЙНІ ЗАХОДИ

Принципи:

- відновлення самостійного адекватного дихання і усунення гіпоксії;
- ліквідація порушень центральної і периферичної гемодинаміки;
- корекція метаболічних порушень;
- корекція енергетичного балансу.

Послідовність реанімаційних заходів при асфіксії середнього і важкого ступеня тяжкості.

Дихальна реанімація — звільнення дихальних шляхів. Дихальна реанімація проводиться в спеціальному приміщенні — одночасно проводять зігрівання дитини, ШВЛ (масочний кисень), оскільки дихання при цьому ступені тяжкості поверхневе, 30-40 подихів за 1 хвилину.

ПОКАЗАННЯ ДО ШВЛ МАСКОЮ

- Відсутнє або неадекватне самостійне дихання після початкових кроків допомоги, проведених протягом 30с після народження дитини.

- ЧСС 100 за 1 хвилину і подавання вільного потоку 100% кисню протягом щонайменше 10 хвилин незалежно від наявності і адекватності самостійного дихання після початкових кроків допомоги, проведених протягом 30с після народження дитини.
- Недостатній рівень оксигенації, незважаючи на наявність адекватного самостійного дихання.
- ЧСС > 100 за 1 хвилину і подавання вільного потоку 100% кисню протягом щонайменше 10 хвилин.

Інтубацію проводять, коли дихання дуже поверхнєве або його немає взагалі. Показання до інкубації трахеї:

1. Необхідність відсмоктати меконій або інший патологічний вміст із трахеї.
2. Вентиляція легень маскою неефективна або довготривала.
3. Потреба непрямого масажу серця.
4. Підозра на наявність діафрагмальної грижі.

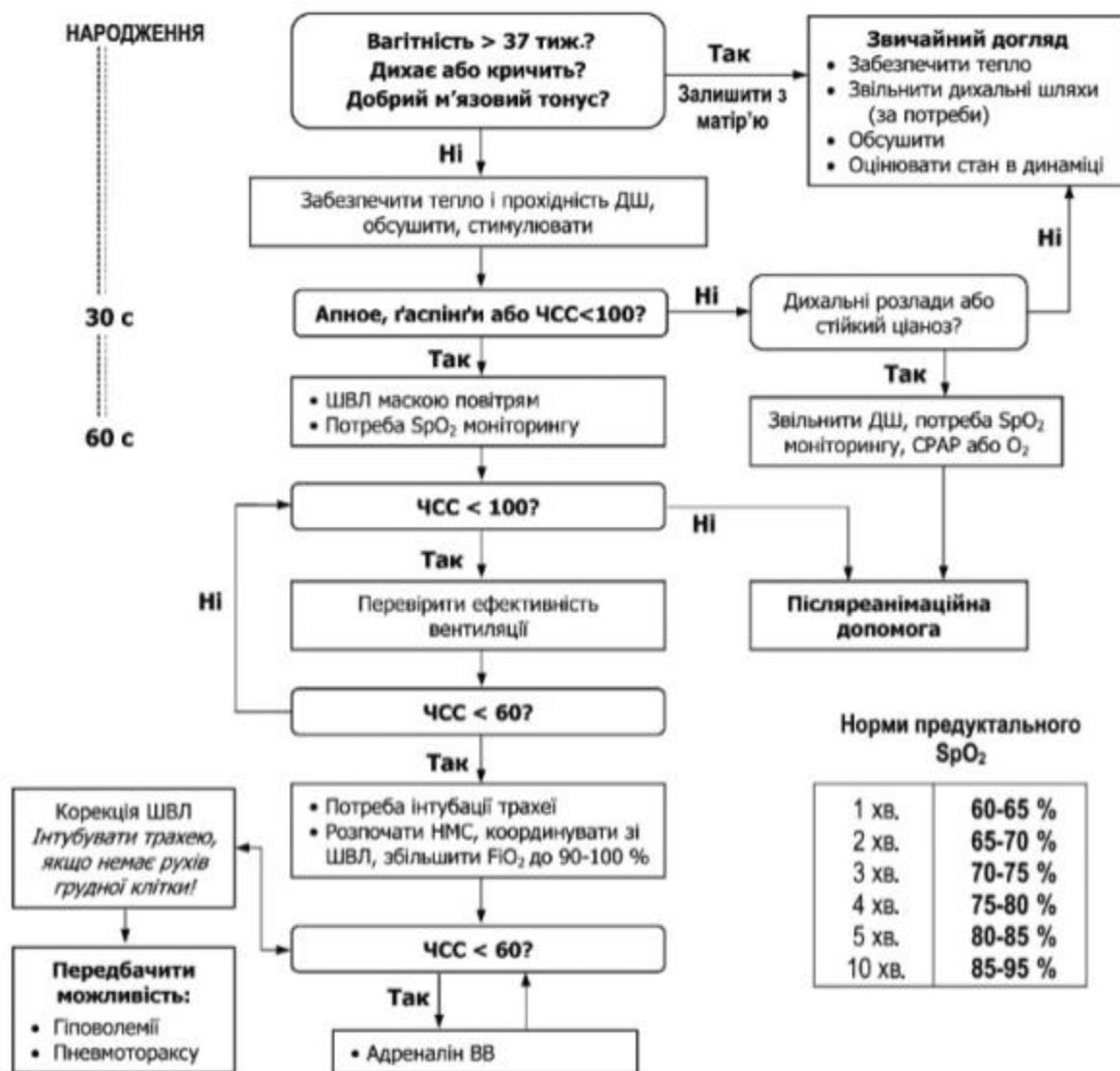
ПОКАЗАННЯ ДО НЕПРЯМОГО МАСАЖУ СЕРЦЯ

ЧСС < 60 за 1 хвилину після 30с ШВЛ. Частота натискань на грудину становить 90 за 1 хвилину. Проводять ритмічні надавлення вказівним і середнім пальцями правої руки на грудину в середній третині (на рівні сосків), на глибину 1-2 см. Якщо це неефективно, показано введення 0,01% адреналіну гідрохлориду 0,1-0,3 мл на 1 кг маси тіла у вену пуповини. Для нормалізації судинного об'єму крові за відсутності ознак покращання стану новонародженого, незважаючи на правильні і своєчасно виконані всі попередні етапи реанімації (включаючи введення адреналіну), а також на наявність можливої гіповолемії (блідність шкірно-слизових оболонок, слабкий пульс, брадикардія), показано введення 10 мл/кг 0,9% розчину натрію хлориду у вену пуповини. За наявності показань повторювати введення адреналіну внутрішньовенно через 3 хвилини.

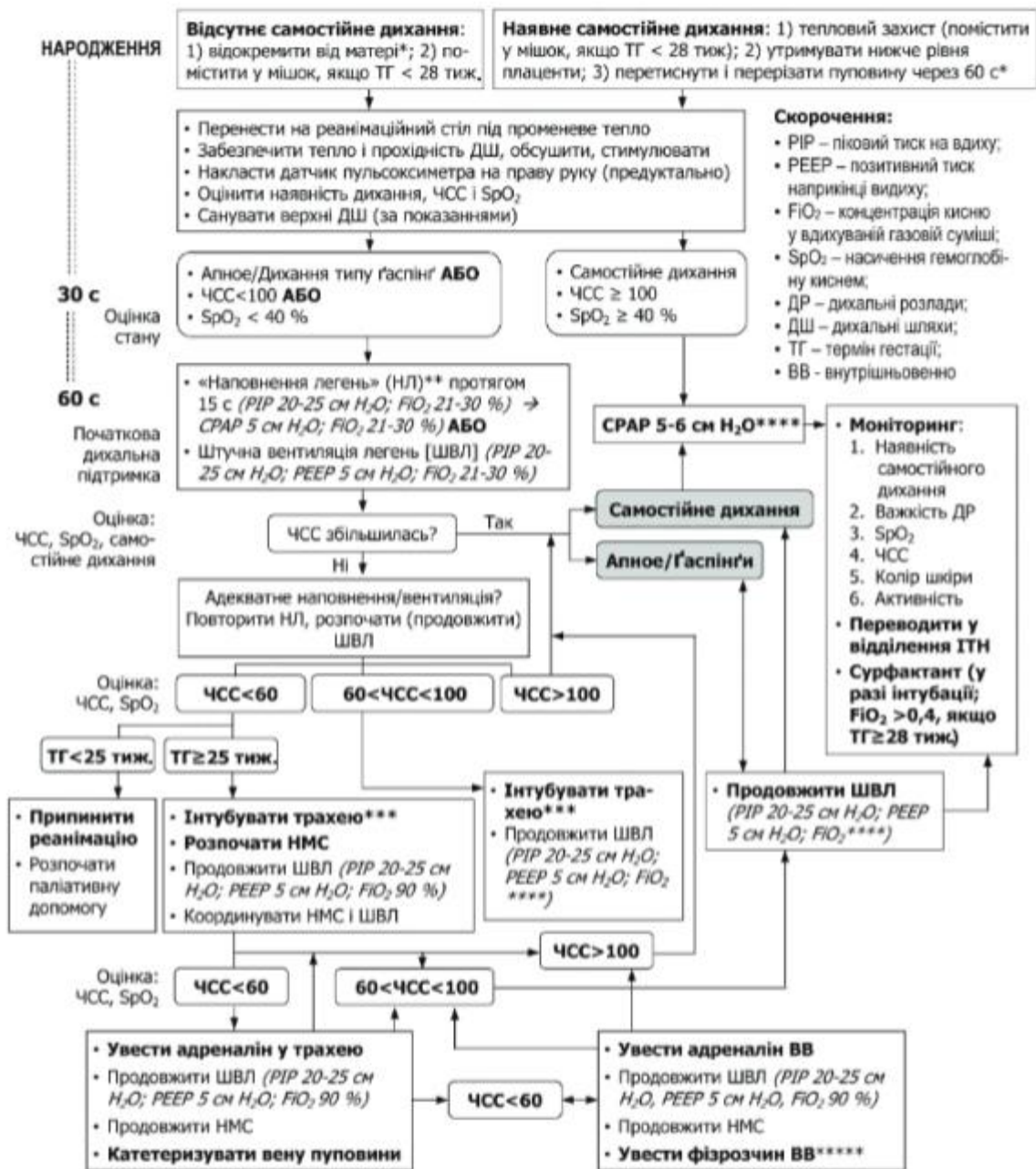
РЕАНІМАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИПИНЯЄТЬСЯ:

1. Якщо серцева діяльність не відновлюється протягом 8-10 хвилин.
 2. Серцебиття ефективно, але дихання не відновлюється через 15-20 хвилин на ШВЛ (якщо дихання не відновлюється, є важке ураження головного мозку).
- Всі реанімаційні заходи не запобігають розвитку постгіпоксичних станів: розумової, фізичної відсталості, інвалідизації дитинства.

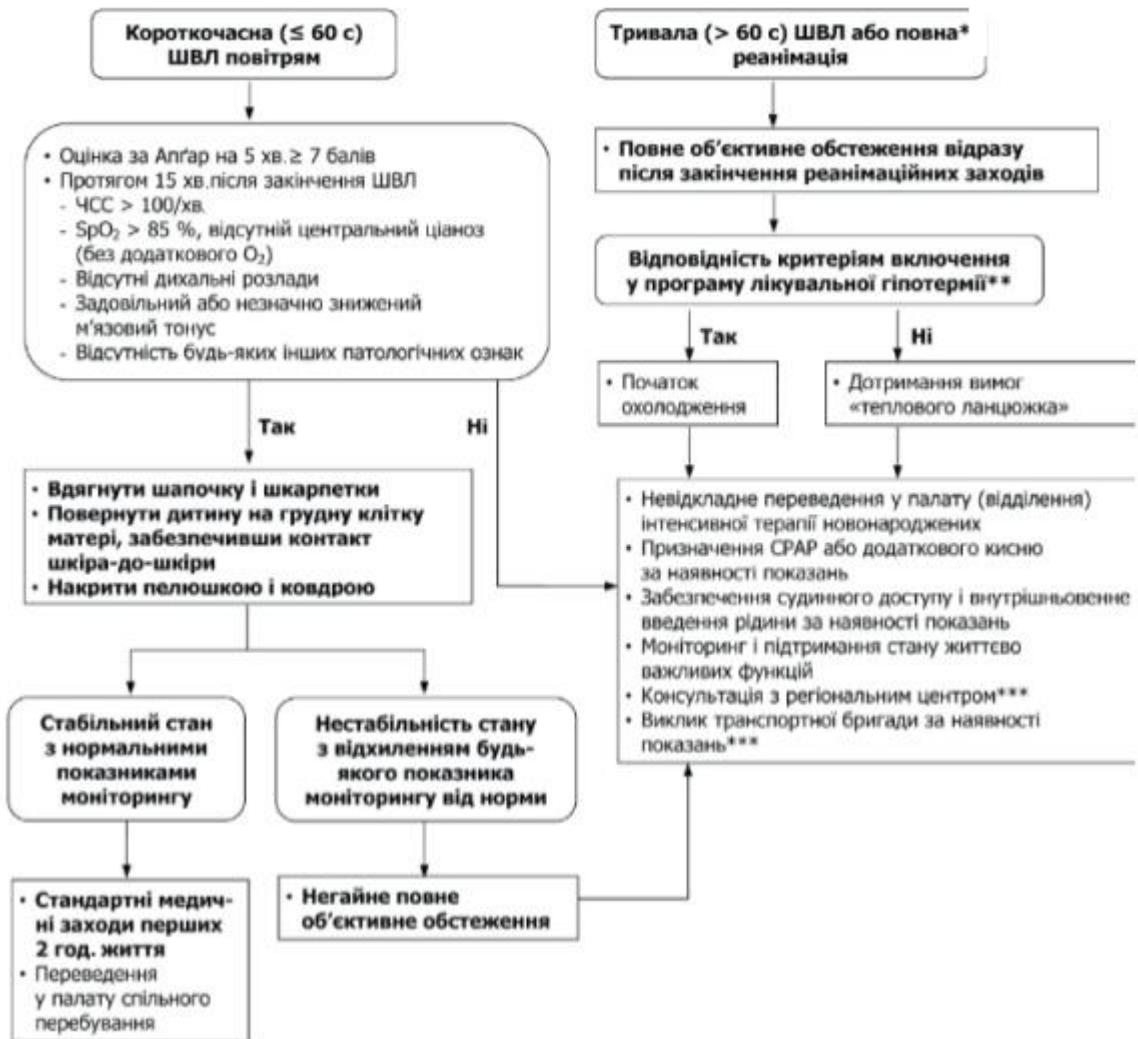
Алгоритм реанімаційної допомоги новонародженому з терміном гестації >32 тижні



Алгоритм реанімаційної допомоги новонародженому з терміном гестації <32 тижнів



Алгоритм післяреанімаційної допомоги новонародженому



Тестові завдання

1. В жіночу консультацію звернулась вагітна 38 років в терміні 39 тижнів. Обтяжливий акушерський анамнез – самовільні викидні при вагітності терміном 6, 11, 20 тижнів. Страждає на цукровий діабет 20 років. Тиждень тому у жіночій консультації відмічена невідповідність розмірів матки терміну вагітності. Рухи плода мало виражені, серцебиття приглушене. Які методи дослідження НЕ доцільно проводити в даному випадку?

- А. ЕКГ вагітної
- В. КТГ плода
- С. Біофізичний профіль плода
- Д. Доплерометрія плацентарного кровоплину
- Е. УЗД плода

2. Вагітна 36 років, термін вагітності 39 тижнів та 2 дні, багато палить. На обліку в жіночій консультації не спостерігалась, вагітність не бажана. Доставлена каретою швидкої допомоги в I періоді пологів. Ріст 169 см, вага 70 кг. Розміри тазу 23-26-30-20 см. Висота стояння дна матки 32 см, обвід живота 85 см. Передбачувана маса плода 2700 гр. Пологова діяльність триває 5 годин, перейми тривалістю 35-40 сек через 5 хв. Відійшли пофарбовані меконієм навколоплідні води. Серцебиття плода 90 уд за хв. При піхвовому дослідженні шийка матки сглажена, відкриття шийки матки 7 см. Яка акушерська тактика?

- А. Негайний кесарський розтин
- В. Призначення препаратів для лікування дистресу плода
- С. Очікувальна тактика, динамічне спостереження за станом вагітної та плода
- Д. Профілактика ендометриту в пологах
- Е. Призначення препаратів для лікування дистресу плода зпологопідсиленням 2,5 ОД окситоцину

3. Вагітна 37 років. В анамнезі: хронічний гастрит, бронхіальна астма. Під час вагітності: тютюнопаління протягом всієї вагітності, анемія середнього ступеня, загроза переривання вагітності в терміні 7-8 тижнів, кандидозний кольпіт. Носій цитомегаловірусної та HSV I типу інфекції. Під час вагітності діагностовано дистрес плода. Виділити фактори ризику щодо розвитку дистресу плода.

- a. Бронхіальна астма, тютюнопаління протягом всієї вагітності, анемія середнього ступеня
- b. Хронічний гастрит

- c. Загроза переривання вагітності в терміні 7-8 тижнів, кандидозний кольпіт
- d. Носійство цитомегаловірусної та HSV I типу інфекції.

4 Під час кардіотокографії було виявлено: базальна частота серцевих скорочень 130 ударів за хвилину, варіабельність – частота осциляцій 7 за 1 хв., амплітуда 10 ударів/хв., 3 акцелерації за 30 хв., децеларації відсутні . Біофізичний профіль – 8 балів. Як ви оцінюєте стан плода?

- a. Стан плода не порушений
- b. Дистрес плода
- c. Підозра на ваду серця плода
- d. Синдром затримки росту плода

5 Вагітність 37 тижнів. Затруднене носове дихання, генералізовані набряки, АД 170/120 мм рт. ст., протеїнурія в разовій порції 4 г/л, кількість тромбоцитів 120 тис., фібриноген (+++), креатинін 350 мкмоль/л. Затримка росту плода. Яка патологія обумовлює таку картину?

- a. Прееклампсія тяжка
- b. Гіпертонічна хвороба
- c. Еклампсія
- d. Прееклампсія помірна
- e. Пієлонефрит вагітних

Ситуаційні задачі

1. Першовагітна 27 років, багато палить, поступила у відділення патології вагітних. Термін вагітності 37 тижнів. Екстрагенітальної патології не виявлено. Висота стояння дна матки -- середина між пупком та мечеподібним відростком. Положення плода повздожне, головне, голівка над входом в малий таз. Серцебиття плода 138 уд. на хв. За даними УЗД розміри плода відповідають 34 тижням вагітності. Плацента менше за розмірами та тонша.

Діагноз, діагностика, лікування, план ведення вагітності та пологів.

2. У відділення патології вагітності поступила жінка в терміні 36 тижнів. Обтяжливий акушерський анамнез – самовільні викидні в 10, 15 тижнів вагітності. Вагітна лікувалась у відділенні з приводу загрози переривання вагітності на 12-13 та 20-21 тижнях вагітності. Два тижні тому у жіночій консультації відмічена невідповідність розмірів матки терміну вагітності. Рухи плода мало виражені, серцебиття приглушене.

Діагноз, сучасні методи дослідження стану плода, лікарська тактика.

3. У відділення патології поступила вагітна 28 років в терміні 33 тижні. Вагітність третя, 1 передбачувані пологи, в анамнезі 2 вагітності, що завмерли в термінах 6 та 8 тижнів. Положення плода повздожне, головне передлежання. За даними УЗД плацента розташована біля дна, III ступінь зрілості, виявлено маловоддя .

Складіть діагноз, які причини обумовлюють дану патологію, які додаткові методи дослідження стану плода необхідно провести в даному випадку?

4. У відділення патології поступила вагітна 35 років в терміні 36 тижнів. Вагітність перша, 1 передбачувані пологи, із анамнезу лікувалась від безпліддя 10 років. Положення плода повздожне, головне передлежання. Оцінка біофізичного профілю плода складає 6 балів.

Який діагноз даної вагітної, які додаткові методи дослідження стану плода необхідно провести, лікарська тактика?

5. На черговий прийом до лікаря жіночої консультації звернулася вагітна 35 років в терміні 39 тижнів. Обтяжливий акушерський анамнез – самовільні викидні при вагітності в термінах 8, 10, 20 тижнів. Страждає на хронічний рецидивуючий пієлонефрит 5 років. Вагітність ускладнилась пізнім гестозом з 22 тижнів, з приводу чого декілька разів протягом даної вагітності лікувалась у відділенні патології вагітності. Тиждень тому у жіночій консультації відмічена невідповідність висоти дна матки терміну вагітності. Рухи плода мало виражені, серцебиття приглушене.

Діагноз, складіть план обстеження та лікування, лікарська тактика. Яку помилку допустив лікар жіночої консультації у даному випадку?

6. До відділення патології вагітності пологового будинку направлена вагітна 40 років з діагнозом: Вагітність II 35 тижнів . Передбачувані II пологи. Головне передлежання. ЗРП. Обтяжений соматичний анамнез .Гіпертонічна хвороба ІІА ст.

Складіть план комплексного обстеження та лікування . Подальша лікарська тактика? Яка профілактика даної акушерської патології?

7. В стаціонар направлена першовагітна 40 років. Вагітність 40 тижнів. Розміри тазу 26-28-30-20 см. Стан вагітної задовільний. При обстеженні в стаціонарі виявлено асиметричну гіпотрофію плода по гравідометрії та при УЗД. Положення плода повздовжнє, передлежить голівка над входом в малий таз. Серцебиття плода 126 ударів на хвилину, монотонне, ритмічне, приглушене. Води не відходили. При вагінальному дослідженні встановлено, що шийка матки незріла.

Діагноз? Складіть план обстеження, лікування та раціонального завершення пологів? Яку помилку допустив лікар жіночої консультації?

8. На черговий прийом до лікаря жіночої консультації звернулась вагітна 30 років. Вагітність I 37 тижнів. Положення плода повздовжнє, передлежить голівка. Три дні тому при відвідуванні жіночої консультації встановлено підвищення тиску до 150/100 мм рт ст. на обох руках. Невеликі набряки на гомілках. Вагітна направлена на стаціонарне лікування. При підрахунку факторів ризику встановлено високий ступінь ризику. В стаціонарі: АТ 180/110 мм рт ст., набряки нижніх кінцівок, обличчя, передньої черевної стінки. В сечі білок 8,6 г/л. Оцінка біофізичного профілю плода складає 4 бала. При доплерометрії кровоплину в артерії пуповини - негативний (реверсний) кровоплин.

Діагноз? Що робити? Чи варто пролонгувати вагітність? Які акушерські ускладнення можуть виникнути? Профілактика?

9. У роділлі 23 років пологи в терміні вагітності 38 тижнів народився новонароджений масою 2400 гр довжиною 45 см із слабо вираженою підшкірно-жировою клітковиною, без сироподібної змазки з вираженою зморщеністю та мацерацією окремих ділянок шкіри

Діагноз, терапія новонародженого, яка профілактика даного ускладнення?

10. Каретою швидкої допомоги в пологовий будинок доставлена роділля 35 років. Вагітність II доношена. Із анамнезу виявлено, що жінка в жіночій консультації не спостерігалась, страждає на алкоголізм, вагітність не бажана. При обстеженні таз нормальних розмірів, обвід живота 85 см, висота стояння дна матки 32 см, передбачувана маса плода 2500 гр. Перейми почалися 4 години тому. Положення плода повздовжнє, передлежить голівка плода притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плоду 130 уд за хвилину. При вагінальному дослідженні шийка матки сглажена 4 см, відійшли забарвлені меконієм навколоплідні води з неприємним запахом.

Діагноз? Яка лікарська тактика? Яка профілактика виникнення ускладнень в післяпологовому періоді? Терапія новонародженого?

11. Першовагітна 36 років, страждає наркоманією, в терміні 39 тижнів та 3 дні. На обліку в жіночій консультації не спостерігалась. Доставлена каретою швидкої допомоги в пологах. Розміри тазу 25-27-30-20 см. Висота стояння дна матки 32 см, обвід живота 80 см. Передбачувана маса плоду 2500 гр. Пологова діяльність триває 5 годин, перейми тривалістю 35-40 сек через 5 хв. Відійшли забарвлені меконієм навколоплідні води. Серцебиття плода 90 уд за хв. При піхвовому дослідженні шийка матки сгладжена, відкриття шийки матки 4 см.

Діагноз, лікарська тактика, яка профілактика даної патології?

12. В жіночу консультацію звернулась першовагітна 25 років в терміні 37 тижнів та 2 дні вагітності. Страждає на цукровий діабет з 10 років. Вагітність ускладнилась пізнім гестозом з 25 тижнів, з приводу чого декілька разів протягом даної вагітності лікувалась. Направлена до відділення екстрагенітальної патології пологового будинку. Об'єктивно: розміри тазу нормальні, відмічена невідповідність розмірів матки терміну вагітності. Рухи плода мало виражені, серцебиття приглушене. При УЗД виявлено маловоддя, АТ 150/100 мм рт ст., набряки нижніх кінцівок, протеїнурія 1 г/л,

Складіть план обстеження та лікування, план ведення пологів? Яка профілактика даного ускладнення?