

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №36. Плацентарна дисфункція, затримка розвитку плода, дистрес плода.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології



**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Проректор з науково-педагогічної роботи  
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«29» серпня 2024 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ  
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс VI

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

**Практичне заняття №36.** Тема: «Плацентарна дисфункція, затримка розвитку плода, дистрес плода. Аномалії плідного яйця».

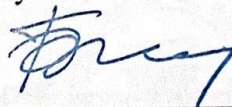
ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №36. Плацентарна дисфункція, затримка розвитку плода, дистрес плода.

**Затверджено:**

Засіданням кафедри акушерства та гінекології  
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_



Ігор ГЛАДЧУК

**Розробники:**

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Антоненко І.В. Антоненко І.В.

## Практичне заняття №36.

Тема: «Плацентарна дисфункція, затримка розвитку плода, дистрес плода. Аномалії плідного яйця».

**Мета:** удосконалити знання щодо етіопатогенезу плацентарної дисфункції, дистресу та затримки розвитку плода. Засвоїти сучасні підходи до діагностики та лікування несприятливих станів плода під час вагітності та пологів. Вивчити аномалії розвитку плідного яйця, трофобластичні захворювання. Визначати причини, клініку багатоводдя і маловоддя.

**Основні поняття:** Етіологія, патогенез плацентарної дисфункції, дистресу та затримки розвитку плода. Сучасні підходи до діагностики та лікування плацентарної дисфункції, дистресу та затримки розвитку плода. Аномалії розвитку плідного яйця, трофобластичні захворювання (міхурцевий занесок). Причини, клініка багатоводдя і маловоддя. Тактика ведення вагітності та пологів у жінок з багатоводдям та маловоддям.

**Обладнання:** Професійні алгоритми, структурно - логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, історії хвороби, ситуаційні завдання.

**Навчальний час:** 4 год.

### **I. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).**

На підставі багатьох досліджень доведено, що здоров'я новонародженого в значній мірі визначається перебігом антенатального періоду. В даний час встановлено, що найбільш частою причиною порушень стану плода під час вагітності є плацентарна недостатність.

Плацентарна недостатність є основною причиною внутрішньоутробної гіпоксії, затримки росту і розвитку плоду, тому дуже важливо під час вагітності правильно оцінити функції плаценти.

Все вищезазначене свідчить про те, що знання сучасних методів діагностики плацентарної дисфункції, дистресу та затримки розвитку плода сприяють виявленню патології плода на ранніх етапах перебігу вагітності.

Важливе значення набувають сучасні підходи до ведення несприятливих станів плода під час вагітності та пологів.

### **II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо)**

#### **2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять.**

*Вимоги до знань:*

- володіти навичками комунікації та клінічного обстеження пацієнток;

- визначати перелік необхідних клініко-лабораторних, інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- встановлювати попередній діагноз, здійснювати диференціальну діагностику та визначати клінічний діагноз захворювання;
- виконувати медичні маніпуляції;

Перелік дидактичних одиниць:

- Етіологія, патогенез плацентарної дисфункції,
- Етіопатогенетичні фактори дистресу та затримки розвитку плода.
- Сучасні підходи до діагностики та лікування плацентарної дисфункції, дистресу та затримки розвитку плода.
- Аномалії розвитку плідного яйця,
- Трофобластичні захворювання (міхурцевий занесок).
- Причини, клініка багатоводдя і маловоддя.
- Тактика ведення вагітності та пологів у жінок з багатоводдям та маловоддям.

**2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття**

**Питання:**

1. Функції плаценти
2. Етіологія та патогенез плацентарної дисфункції.
3. Класифікація плацентарної дисфункції
4. Методи діагностики порушень фетоплацентарного комплексу.
5. Етіологія та патогенез фетального дистресу плода.
6. Етіологія та патогенез затримки розвитку плода.
7. Діагностичні критерії фетального дистресу та затримки розвитку плода.
8. Ведення вагітності та пологів при плацентарної дисфункції, дистресу та затримки розвитку плода.
9. Аномалії розвитку плідного яйця.
10. Трофобластичні захворювання. Міхурцевий занесок. Клініка, діагностика та лікувальна тактика.
11. Багатоводдя і маловоддя: етіологія, клініка, ведення вагітності та пологів.

**Типові ситуаційні задачі:**

1.В акушерське відділення була госпіталіована вагітна 32 роки, у терміні вагітності 30 тижнів з діагнозом плацентарна недостатність. При ультразвуковому дослідженні була виявлена невідповідність у 2 тижні БПР голівки плоду фактичному терміну вагітності, порушення взаємин між розмірами голівки і тулуба плоду. Який інтервал повторних ультразвукових досліджень для виявлення порушень у динаміці росту плоду?

Відповідь: Повторні ультразвукові дослідженняварто проводити в інтервалі 2- 4 тижні.

2. Вагітна 26 років надійшла в пологовий будинок з діагнозом: Вагітність II, 36 тиж., ЗВУР. Об'єктивно: висота дна матки над лоном 30 см, при вислуховуванні серцебиття плоду - глухість тонів, відзначається відсутність у збільшенні маси тіла жінки. Дані анамнезу: вагітна вживає алкоголь. Який тип ЗВУР може спостерігатися в даному випадку?

Відповідь: Симетричний тип (тип I)

**Типові тестові завдання:**

1. Ехографічно розрізняють скільки ступенів зрілості плаценти?

A. 2 ступені.

B. 3 ступені.

C. 5 ступенів.

D. 4 ступені.

2. Які функції виконує плацента:

A. Трофічна.

B. Депонуюча.

C. Дихальна.

D. Виділення.

E. Все перераховане

Вірні відповіді: 1-D, 2-E.

**III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).**

**3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).**

**Інтерактивне завдання:**

Здобувачів ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіка в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання. Перша бригада – поставити попередній діагноз і скласти план обстеження пацієнтки. Друга бригада – скласти алгоритм лікування. Третя бригада – оцінює правильність відповіді першої і другої бригади і вносить свої корективи;

**Нетипові ситуаційні задачі:**

1. До жіночої консультації звернулась вагітна, 23 роки, в терміні вагітності 32 тижні, висота дна матки над лоном 28 см, відзначається відсутність збільшення маси тіла жінки. Які обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу ЗВУР?

Відповідь: Необхідно провести ультразвукове дослідження, визначити рухову активність і діяльність серця плоду, біофізичний профіль плоду, визначення плодово - плацентарних гормонів у крові.

2. Вагітна 30 років, в терміні вагітності 36 тижнів, знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу прееклампсії тяжкого ступеня. Відставання розміру висоти дна матки на 5см від передбачуваного для даного гестаційного віку, що свідчить про ЗВУР. Якою повинна бути висота

дна матки над лоном при нормально розвинутої вагітності в даному терміні?

Відповідь: В даному терміні вагітності, висота дна матки повинна бути 32-37 см

#### **Нетипові тестові задачі:**

1. У який термін гестації можуть розвинути різні ембріопатії ?
  - A. Від 3 до 10-12 тижнів.
  - B. Більш 20 тижнів.
  - C. 0-3 тижні.
2. При якому інфекційному процесі найбільш підвищена частота викиднів?
  - A. Сифіліс.
  - B. Цитомегаловірусная інфекція.
  - C. Трихомоніаз.
  - D. Герпес.
  - E. Гарднерелез.

Вірні відповіді: 1-A, 2-D.

### **3.2. Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючи карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).**

**Плацентарна дисфункція** - клінічний синдром, зумовлений морфофункціональними змінами в плаценті і порушенням її компенсаторно-приспосувальних можливостей.

#### *Етіологія плацентарної дисфункції.*

Ендогенні фактори:

порушення гормональної функції яєчників, ендометріоз, гіпоплазія міометрію, вади розвитку матки, міома матки.

Екзогенні фактори:

шкідливі фактори зовнішнього середовища, преєклампсія, невиношування, інфікування плаценти, інфаркти плаценти, відшарування плаценти, порушення реологічної такоагуляційної здатності крові матері і плода, екстрагенітальна патологія ум атері.

#### *Патогенез плацентарної дисфункції.*

1. Плацентарна теорія (порушення інвазії трофобласта в спіральні артерії матки)
2. Імунологічна теорія.
3. Інфекційна теорія.
4. Гормональна теорія.

*Плацентарна теорія (теорія порушення інвазії трофобласта в спіральні артерії матки).*

На 8-10 тижні вагітності інвазія трофобласта розповсюджується на децидуальні сегменти спіральних артерій. При цьому в стінках спіральних артерій проходить заміщення м'язових та еластичних волокон фібриноідом, який не здатний реагувати на вазопресорні фактори.

На 16-18 тижні – інвазія в міометральні сегменти спіральних артерій, чим і закінчується модифікація матково-плацентарних судин. При порушенні інвазії трофобласту в плацентарних судинах частково зберігається гладенько-м'язеві структури, здатні реагувати на вазоактивні стимули, у зв'язку з чим не відбувається їх достатня вазодилатація, що призводить до ішемії плаценти. Сегменти спіральних артерій, які знаходяться в міометрії залишаються анатомічно не зміненими і зберігають чутливість до вазоконстрикторних стимулів. В зв'язку з недовільною інвазією трофобласту фізіологічна адаптація матково-плацентарного кровотоку обмежується лише рівнем децидуального сегмента судин.

*Імунологічна теорія.* Внаслідок зменшення синтезу гуморальних супресорних факторів при вагітності ( $\alpha$ -фетопротеїну, хоріонічного гонадотропіну) відбувається активна взаємодія між плодовими антигенами і материнськими антитілами з утворенням циркулюючих імунних комплексів, які викликають пошкодження ендотелію матково-плацентарних судин.

*Інфекційна теорія.* У вагітних з високим індексом інфекційних захворювань має місце висока тропність деяких мікробних збудників (особливо з групи TORCH-інфекцій) до хоріальної тканини.

*Гормональна теорія.* Внаслідок недостатності статевих гормонів (особливо прогестерону) порушується цитотрофобластична інвазія із редукцією матково-плацентарного кровотоку та гіпоплазією плаценти.

#### *Класифікація плацентарної дисфункції:*

I. За клініко-морфологічними ознаками:

а) первинна дисфункція (до 16 тижнів) виникає при формуванні плаценти в період імплантації, раннього ембріогенезу і плацентації під впливом генетичних, ендокринних, інфекційних та інших факторів. Клініка: у вигляді загрози переривання вагітності або мимовільного абортів раннього строку, завмерлої вагітності.

б) вторинна виникає після 16 тижнів вагітності, під впливом материнських факторів.

II. По клінічному перебігу:

- гостра ;

- хронічна.

III. По тяжкості перебігу: компенсована, субкомпенсована, декомпенсована.

IV. По морфо-патогенетичним змінам функції плаценти:

- гемодинамічна (викликана порушеннями в матково-плацентарному і плодово-плацентарному басейнах);

- плацентарно-мембранна (характеризується зниженням здатності плацентарної мембрани до транспорту метаболітів);

- клітинно-паренхіматозна (пов'язана з порушеннями клітинної активності трофобласта і плаценти).

*Плацентарна дисфункція може проявлятися:*

1. Трофічною недостатністю (порушення живильної функції) - порушується всмоктування і засвоєння поживних речовин і синтез власних продуктів обміну речовин плода;
2. Дихальною недостатністю – порушення транспорту кисню і вуглекислоти.

#### *Діагностика плацентарної дисфункції:*

- ультразвукова біометрія плода;
- ультразвукова оцінка стану плаценти, навколоплідних вод;
- оцінка стану плода шляхом вивчення його рухливої активності і серцевої діяльності (біофізичний профіль плода)
- вивчення плацентарного кровообігу, кровотоку в судинах пуповини і великих судинах плода (ультразвукова доплерометрія, радіоізотопна плацентографія)
- функціональні проби визначення стану плода;
- амніоскопія;
- визначення рівня гормонів в крові і специфічних білків вагітності в динаміці (плацентарний лактоген, хоріонічний гонадотропін, естрадіол та естріол, прогестерон).

#### *Діагностичні критерії плацентарної дисфункції:*

- оцінка в динаміці висоти стояння дна матки;
- різниця 3 см між ВДМ та терміном вагітності;
- гравідограма;
- оцінка активності рухів плода;
- аускультация серцевої діяльності плода;
- кардіотокографія (КТГ).

#### *Лікування плацентарної дисфункції.*

1. Покращення матково-плацентарної перфузії, в тому числі і на рівні мікроциркуляції;
2. Нормалізація метаболічних процесів в організмі матері і плода;
3. Покращення газообміну між організмами матері і плода.

#### *Профілактика плацентарної дисфункції.*

1. Виключення впливу шкідливих факторів, особливо в перші дні і тижні вагітності: куріння, прийом алкоголю і медикаментів без призначення лікаря.
2. Санація вогнищ інфекції та терапія хронічних захворювань, якщо вони не були проліковані до вагітності.
3. У період вагітності необхідно дотримуватись раціонального повноцінного харчування, режиму відпочинку, сну.
4. Виділення і взяття на облік вагітних групи високого ризику по розвитку плацентарної дисфункції.
5. Проведення профілактичного лікування тричі протягом вагітності: в 15-16 тижнів, 28-32 тижні, 34-36 тижнів.



## Дистрес плода.

Всі порушення функціонального стану плода визначаємо терміном «дистрес плода»

### *Патогенез дистресу плода.*

Головним патогенетичним фактором, який приводить до порушення функцій організму плода, обмінних процесів, виникненню термінального стану плода - є киснева недостатність.

### *Сучасні методи діагностики стану плода:*

- Ультразвукове дослідження;
- Оцінка біофізичного профілю плода (БПП);
- Кардіотокографія;
- Амніоскопія;
- Амніоцентез;
- Кордоцентез;
- Хоріон- і плацентобіопсія;
- Фетоскопія.

### *Методи діагностики дистресу плода:*

- Аускультация серцевої діяльності (з 20 тижнів вагітності);
- Біофізичний профіль плода (БПП) (з 30 тижнів вагітності);
- Доплерометрія швидкості кровоплину в артерії пуповини.

### *Біофізичний профіль плода (БПП).*

Дихальні рухи – наявність не менше одного епізоду тривалістю 60 сек. за 30 хвилин.

Рухи плода – не менше 3 одночасний рухів кінцівок і тулуба за 30 хвилин.

М'язовий тонус – не менше 1 епізоду рухів плода кінцівками із згинального положення у розгинальне і швидке повернення у попередній стан.

Кількість навколоплідних вод – вертикальний діаметр не менше 2 см.

Ступінь зрілості плаценти – I або II.

### *Алгоритм ведення вагітних з дистресом плода*

1. Аускультация серцевої діяльності плода при кожному відвідуванні лікаря-акушера-гінеколога або акушерки.
2. При визначені ЧСС 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 кровоплині в артерії пуповини необхідне повторне БПП через 24 години.
4. 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).

5. Лікування супутніх захворювань вагітної, які призводять до виникнення дистресу плода.

6. Поступне динамічне спостереження за станом плода.

7. Пролонгування вагітності до доношеного терміну можливо при нормальних показниках БПП та доплерометрії плодового кровотоку.

8. 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.

9. Виявлення погіршення показників плодового кровоплину (виникненні постійного нульового або негативного кровообігу в артеріях пуповини) є показанням для екстреного розродження шляхом операції кесаревого розтину.

#### *Тактика лікування вагітних з дистресом плода.*

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 розродження.

#### *Алгоритм розродження вагітних з дистресом плода.*

1. Пологи 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 бали і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки

#### *Діагностика дистресу плода під час пологів*

1. Аускультация серцебиття плода: патологічна ЧСС (>170 уд/хв. або < 110 уд/хв.)

2. Кардіотокографія (КТГ):

- тяжкі варіабельні децелерації з падінням ЧСС до 60- 70 уд/хв;
- глибокі пізні децелерації та зниження варіабельності базального ритму;
- стабільний ритм при підвищеній амплітуді осциляції;
- синусоїдальний ритм більше 40% запису;

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

#### *Тактика ведення пологів при дистресі плода*

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 ЧСС 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 виставленні діагнозу “дистрес плода” необхідне термінове розродження: у першому періоді пологів - кесарів розтин; у другому періоді пологів: при головному передлежанні - вакуумекстракція або акушерські щипці; при сідничному - екстракція плода за тазовий кінець.

**Затримка розвитку плоду (ЗРП)** – симптом екстрагенітальної й акушерської патології, тобто ускладнення вагітності, яке розвивається на фоні хронічної плацентарної дисфункції.

Фактори ризику затримки розвитку плода: материнські, плацентарні, екологічні, спадкові.

- I. Материнські і плацентарні фактори (артеріальна гіпертензія, хвороби нирок, хвороби серця, анемії, інфаркти плаценти, багатоплідна вагітність).
- II. Плодові фактори: (генетичні аномалії, уроджені пороки розвитку, тератогенний вплив).
- III. Комбіновані фактори: (недостатність харчування, вживання наркотиків, вживання алкоголю).

#### *Класифікація:*

- симетрична форма – всі фетометричні показники зменшуються пропорційно (пропорційно зменшується маса, довжина плоду та всі органи в розмірах);
- асиметрична форма – характеризується переважно зменшенням розмірів живота та грудної клітки (зниження маси плоду при нормальних показниках його довжини та пропорційних розмірах різних органів плоду).

#### Клінічні ознаки затримки розвитку плода:

1. Невідповідність розмірів матки та терміна вагітності.
2. Невідповідність розмірів і маси плоду гестаційному вікові.
3. Відсутність збільшення маси тіла.
4. Клініка загрози переривання вагітності.
5. Зниження або підвищення рухової активності і зміни серцебиття плода.

#### *Діагностика ЗРП:*

- I. Біометричні методи: -визначення висоти стояння дна матки;  
-ультразвукова фетометрія (з 24 тиж.).

За даними УЗД виділяють ступені тяжкості: I ступінь – відставання на 2 тижні; II ступінь – відставання на 3-4 тижні; III ступінь – відставання більш, ніж на 4 тижні від гестаційного віку.

II. Моніторинг стану плода:

1. Біофізичний профіль плоду (БПП),
2. Доплерометричне дослідження швидкості матково-плацентарно-плодового кровотоку.

3. Для виключення спадкоємної і генетичної патології проводять амніоцентез і хромосомний аналіз
4. Обстеження на носійство вірусної і бактеріальної інфекції.
5. Клініко-лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові).

*Алгоритм ведення вагітних з ЗРП.*

1. Лікування захворювань вагітної, що призвели до ЗРП;
2. Поетапне динамічне спостереження за станом плоду;
3. При нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плоду можливе амбулаторне спостереження та продовження вагітності;
4. Госпіталізація вагітної в акушерський стаціонар III рівня надання меддопомоги, якщо:
  - патологічна оцінка БПП (4 бали і нижче);
  - повторна (через 1 добу) оцінка БПП в 5-6 балів;
  - вкорочений діастолічний кровоток в артеріях пуповини;
  - критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульовий або реверсний).
5. До 30 тижнів вагітності – питання про спосіб розродження вирішують в залежності від акушерського стану та згоди вагітної.
6. Погіршення показників плодового кровотоку в терміні після 30 тиж. – показання для розродження шляхом кесаревого розтину;
7. Роди через природні родові шляхи – проводять під кардіомоніторним контролем за станом плоду при нормальному або вкороченому кровотоці в артеріях пуповини, якщо немає дистресу плоду (оцінка БПП 6 балів та вище).

*Показання для розродження шляхом кесарського розтину.*

1. Критичні зміни кровотока в пуповині (нульовий або реверсний);
2. Гострий дистрес плоду незалежно від типу кровотоку в артеріях пуповини під час вагітності;
3. Патологічний БПП (4 бали і менше) при відсутності біологічної зрілості шийки матки (після 30 тиж. вагітності).

**Багатоводдя** (гідрамніон) - акушерська патологія, що характеризується збільшеною кількістю навколоплідних вод в амніотичній порожнині і часто призводить до важких ускладнень вагітності.

Етіологія багатоводдя:

З боку матері:

- перенесені вірусні та бактеріальні інфекції - синдром інфікованих навколоплідних вод;
- цукровий діабет (поліурія у плода, реакція амніотичної оболонки у відповідь на підвищення рівня глюкози в навколоплідних водах).

З боку плаценти:

- хоріоангіома;
- артеріовенозна фістула.

З боку плода:

- багатоплідна вагітність
- ідіопатичне багатоводдя;
- атрезія дванадцятипалої кишки;
- нервово-м'язова патологія (порушення ковтання);
- аненцефалія.

### Класифікація багатоводдя

За часом виникнення:

- Гостре
- Хронічне

За ступенем важкості:

- Легкий ступень (до 3 літрів);
- Середній ступень (3 - 5 літрів);
- Тяжкий (більш 5 літрів).

### Клініка багатоводдя

При гострому багатоводді:

- загальне нездужання;
- швидке збільшення матки;
- задуха;
- біль у череві;
- набряки;
- напруження матки;
- акроціаноз.

При хронічному багатоводді:

- збільшення матки поступове;
- перебіг менш бурхливий ніж при гострому.

### Діагностика

- виявляється після 22-24 тижнів вагітності;
- побільшений щодо терміну гестації об'єм матки;
- симптом флуктуації та балотування;
- напруженість стінок матки;
- нестійке положення плода.

### Алгоритм обстеження пацієнток з багатоводдям

- Загальноклінічні методи
- Визначення рівня глюкози в сироватці крові, сечі, глюкозотолерантний тест
- При Rh(-) - типі крові - титр антитіл й непряма проба Кумбса
- Виключення інфекційного фактору (цитологічне, серологічне, імунологічне дослідження).

### Ускладнення під час вагітності

- Загроза переривання вагітності.
- Дистрес плода.
- Неправильне положення плода.

### Ускладнення в пологах:

- Передчасні пологи.
- Слабкість пологової діяльності.
- Випадіння петель пуповини.
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- Гіпотонічні кровотечі.

#### Тактика ведення вагітності при багатоводді залежить від:

- Ступеня тяжкості й особливостей перебігу багатоводдя
- Терміну гестації
- Стану плода
- Наявності ускладнень
- Ефективності застосованої терапії
- При відсутності встановленої причини - вести як пацієнтку з інфекційним багатоводдям.

#### Лікування багатоводдя

- Залежить від етіологічного фактора багатоводдя.
- Антибактеріальна терапія.

Однак при встановленому генезі інфекційного багатоводдя, відсутності ознак інфекції й відсутності ефекту від антибактеріальної терапії багатоводдя. протягом 7 днів - рекомендується перейти на роваміцин 3 млн. ОД 3 рази на добу, протягом 10 діб.

- Амніоцентез проводиться тільки за наявності імунологічного конфлікту між матір'ю й плодом та у разі багатоводдя, що прогресує.

#### Тактика ведення пологів при багатоводді

- Амніотичну рідину випускають повільно по голці с початком пологової діяльності.
- Амніотичні оболонки розтинають не в центрі, а збоку, вище маткового вічка для запобігання швидкого вилиття амніотичної рідини.
- У випадку вилиття вод при вагінальному дослідженні амніотичну рідину випускають повільно, не виймаючи руку з піхви.
- Родозбудження окситоцином починають не раніше 2 годин після вилиття навколоплідних вод з метою запобігання передчасного відшарування плаценти.
- Третій період пологів вести активно. У післяпологовому періоді у пацієнток з багатоводдям інфекційного генезу необхідно проводити профілактику гнійно-запальних захворювань, а у новонародженого ретельне обстеження з метою виключення внутрішньоутробного інфікування.

**Маловоддя (олігогідрамніон)** - патологічний стан, для якого притаманне зниження кількості навколоплідних вод менш ніж 0,5 літри.

#### Етіологія маловоддя

- Недорозвинення амніотичного епітелію.

- Аномалії розвитку сечовидільної системи плода (агенезія нирок, полікістозна дегенерація нирок, усі види атрезій та ін.)
- Первинна плацентарна недостатність
- Інфікування плода
- Патологія плода (синдром затримки розвитку, хромосомна патологія)
- Переношена вагітність
- Антенатальна загибель плода
- Ідіопатичне маловоддя

Класифікація маловоддя (за даними УЗД):

- Легкого ступеня (ІАР 5 - 10 см)
- Середнього ступеня (ІАР 2 - 5 см)
- Важкого ступеня (ІАР менш 2 см)

- Раннє. Виникає до 24 тижнів гестації, свідчить про наявність вад розвитку плода чи неповноцінності структури амніону.

- Пізнє. Виникає після 24 тижнів гестації, найчастіше є наслідком патологічного перебігу вагітності.

Діагностика маловоддя

- Ультразвукове дослідження.
- Зменшення навколоплідних вод (зменшений щодо терміну гестації об'єм матки).

Ускладнення

З боку матері:

- Передчасні пологи.
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

З боку плода:

- Косолапість; кривошия.
- Скривлення хребта.
- Деформації кісткової системи.
- Вади розвитку плода.
- Синдром затримки розвитку плода.

Лікування маловоддя

Консервативні методи:

1. Лікування дисфункції плаценти
2. Антибактеріальна терапія за показаннями

Оперативні методи: Тільки при тяжкому маловодді й необхідності пролонгування вагітності - інтраамніональне введення ультрафільтрата плазми материнської крові.

**3.3. Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.**

**Практичні завдання:**

1. Зібрати анамнез, скласти план обстеження вагітної зплацентарною дисфункцією,

- 2.Скласти план ведення вагітної з плацентарною дисфункцією та фетальним дистресом.
- 3.Скласти план ведення вагітності та пологів у вагітної з затримкою розвитку плода.
- 4.Провести оцінку результатам клініко-лабораторного обстеження вагітної з плацентарною дисфункцією та фетальним дистресом.
- 5.Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
6. Мультимедійна презентація за темою заняття.

### **3.4. Матеріали контролю для заключного етапу заняття:**

#### **Типові ситуаційні задачі**

1.Першовагітна К., 17 років, доставлена в пологове відділення із скаргами на задуху, вимушене положення в ліжку, швидке збільшення живота, біль у череві, набряки. Перейми по 15-20 секунд через 5-7 хвилин. Термін вагітності 37 тижнів, матка збільшена у розмірах, напружена, визначаються симптом флуктуації та балотування, напруженість стінок матки, нестійке положення плода. При вагінальному дослідженні встановлено відкриття шийки матки 2см, плідний міхур напружений. Оцінити акушерську ситуацію, визначити тактику?

Відповідь: Вагітність I, 37 тижнів. Загроза передчасних пологів. Багатоводдя.

2. Вагітна 23 років, вагітність 18 тижнів, друга. Перша вагітність закінчилась передчасними пологами, дитина вмерла на 5 добу від вродженої вади нирок (якої точно вагітна не знає). При огляді встановлено, що об'єм матки значно менший щодо терміну гестації, за даними попереднього ультразвукового дослідження ІАР менше 4см. Про яку патологію вагітності можна думати. Які додаткові заходи треба вжити?

Відповідь: Вагітність II, 18 тижнів. Маловоддя середнього ступеня. Для виключення вродженої вади нирок необхідна консультація в медико-генетичному центрі.

#### **Типові тестові задачі**

Після перенесеної вірусної інфекції у вагітної жінки у термін вагітності 25 тижнів виявлено швидке збільшення матки. Вагітна вказує на загальне нездужання, біль у череві, набряки. Об'єктивно встановлено: побільшений щодо терміну гестації об'єм матки, позитивні симптоми флуктуації та балотування, напруженість стінок матки, нестійке положення плода. Який попередній діагноз?

- A. Багатоплідна вагітність.
- B. Багатоводдя.
- C. Маловоддя.
- D. Великий плід.

#### **Тестові завдання (КРОК 2):**

1.Вагітна 35 років, у терміні 30 тижнів з діагнозом плацентарна дисфункція була госпіталізована в акушерське відділення з метою проведення комплексної терапії. При ультразвуковому скануванні була



виявлена невідповідність у 2 тиж БПР голівки плоду фактичному терміну вагітності, порушення взаємин між розмірами голівки і тулуба плоду. Повторні сканування для виявлення порушень у динаміку росту плоду варто проводити в інтервалі:

- А. 2- 4 тиж.
- В. Через місяць
- С. Щотижня
- Д. Кожні 3 дні
- Е. 4-6 тижд.

2. У який термін гестації можуть розвинути різні ембріопатії ?

- А. Від 3 до 10-12 тиж.
- В. Більш 20 тиж.
- С. 0-3 тиж
- Д. 15-20 тиж.
- Е. 30-36 тиж.

Вірні відповіді: 1-А; 2-А.

#### **IV. Підведення підсумків** (критерії оцінювання результатів навчання).

**Поточний контроль:** усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

##### ***Структура поточного оцінювання на практичному занятті:***

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:

методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;

максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

2. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:

методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;

максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

3. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:

методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом; б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень; в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу; г) обґрунтування клінічного діагнозу; д) складання плану лікування;

максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

##### ***Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:***

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
-----	---

«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

## 7. Рекомендована література.

1. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац.підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічерета В.Г., Волянська А.Г. -К.: ВСВ «Медицина», 2017.
2. Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б.Венцківської, В.П.Лакатоша, В.М.Куща). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ
3. Невідкладні стани в акушерстві : (змістові модулі з дисципліни «Акушерство і гінекологія»): Навч. посіб. Для студ. Вищ. мед. навч. закладів / за редакцією Б.М. Венцківського, А.Я. Сенчука, О.О.Зелінського – Видавництво «ТЕС», 2011
4. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: підручник (ВНЗ III-IV: р.а. ) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.
5. Запорожан В.М., Міщенко В.П. Акушерська патологія: атлас, навчальний посібник. - Одеса: Одеський медуніверситет, 2005.- 292 с.
6. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології
7. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 900. Клінічний протокол з акушерської допомоги. «Дистрес плода при вагітності та під час пологів».
8. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 901 Клінічний протокол з акушерської допомоги. «Переношена вагітність».
9. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 906. Клінічний протокол з акушерської допомоги. Перинатальні інфекції.
10. Наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 624 Клінічний протокол з акушерської допомоги «Нормальні пологи».