

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ДИСТРЕС – СИНДРОМІ У ПЛОДА

Дистрес –синдром у плода



АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

- ✘ Антенатальний період є важливим для фізіологічного розвитку плода, перебігу пологів та стану новонародженого.
- ✘ Своєчасна пренатальна діагностика та лікування порушень стану плода є головним фактором профілактики ускладнень неонатального періоду.
- ✘ В період вагітності та пологів плід, плацента і навколоплодові води складають єдину функціональну систему – фетоплацентарний комплекс (ФПК). Стан ФПК в значному ступені відображає перебіг вагітності, свідчить про відхилення від фізіологічного розвитку плода, і дає можливість прогнозувати завершення пологів для новонародженого.
- ✘ Антенатальна діагностика патології плода з наступною корекцією його стану є вагомим компонентом акушерської допомоги і формує напрямлення перинатальної медицини.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

- ▣ Гіпоксія плода є частим ускладненням вагітності(від14до22%),і є однією з найбільш частих причин перинатальної захворюваності(до60%) і смертності.
- ▣ •Гіпоксія супроводжує всі ускладнення вагітності: її частота у пацієнток з гестозами складає до 66,3%,з переношуванням вагітності-до36,3%,зі звичним невиношуванням в анамнезі-24%,з вірусною і бактеріальною інфекцією-50-60%.
- ▣ •Прояви гіпоксії під час вагітності та пологів залежать від стану компенсаторно-приспосувальних механізмів у фетоплацентарній системі.

Знати

- ▣ 1. Фізіологію вагітності.
- ▣ 2. Діагностику вагітності.
- ▣ 3. Методи обстеження вагітних.
- ▣ 4. Діагностику стану плода.
- ▣ 5. Вплив шкідливих факторів на плід.

Вміти

- ▣ 1. Проводити зовнішні акушерські обстеження.
- ▣ 2. Вислуховувати серцебиття плода.
- ▣ 3. Активно вести третій період пологів.
- ▣ 4. Проводити первинний туалет новонароджених.
- ▣ 5. Оцінювати новонародженого за шкалою Апгар.
- ▣ 6. Оцінювати новонародженого за шкалою Сільвермана.

- ▣ 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 “



Фактори ризику дистресу плода

- ▣ 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).



- ▣ Патологічні стани, що порушують обмін кисню між маткою і плацентою:
 - Патологічні зміни спіральних артеріол як наслідок перенесених до вагітності запальних захворювань ендометрію та абортів;
 - Оклюзивні ураження спіральних артеріол у наслідок мікротромбозів, периферичного вазоспазму (прееклампсія, переношування);
 - Аномалії пологової діяльності.
- ▣ Власно плацентарні фактори:
 - Порушення розвитку і дозрівання плаценти (ангіоми, кісти плаценти, двочасткова плацента тощо)
- ▣ Патологічні стани плода і пуповини:
 - Порушення пупкового кровообігу (обвиття та вузли пуповини)
 - Захворювання плода (гемолітична хвороба плода, вади розвитку тощо).



Основні прояви дистресу плода:

- ▣ 1. зміна характеру серцебиття (ЧСС, зміна звучання тонів серця, аритмії);
- ▣ 2. зниження інтенсивності руху плода;
- ▣ 3. вихід меконію;
- ▣ 4. зміна показників кислотно-лужного стану (КЛС), електролітного балансу;
- ▣ 5. Оцінка стану за даними КТГ (шкала Фішера).

КАРДІОТОКОГРАФІЯ

- ✦ Кардіотокографія - це синхронний запис серцебиття плоду і скорочень матки. Проводиться за допомогою приладу кардіотокографа. Цей метод дає можливість оцінити характер серцевої діяльності плоду, його рухову активність та скоротливу здатність матки. Існує два методи реєстрації фізіологічних показників: зовнішній (непрямий) моніторинг, під час якого ультразвуковий датчик прилаштовують на передній черевній стінці вагітної в ділянці найкращого прослуховування серцебиття плоду, і внутрішній, що проводиться в пологах після розриву плодового міхура, коли один електрод вводять у піхву, або фіксують до доступної частини плоду, а другий - прикріплюють до передньої черевної стінки. Одночасно визначають внутрішньоматковий тиск з допомогою катетера, введеного інтраамніально, який з'єднаний з датчиком тиску. У клінічній практиці ширше застосовується непрямий моніторинг, який не має протипоказань, ускладнень і побічних дій. Запис КТГ проводять 40-60 хв., що дає можливість уникнути помилок під час аналізу кардіотокограми.

Структура і аналіз кардіотокограми.

- ▣ І. Базальна (основна) частота серцевих скорочень (БЧСС) плода - середнє значення між миттєвими значеннями ЧСС плода без врахування акцелерації та децелерації. БЧСС лічать з інтервалом 10 хв. Нормальна БЧСС плода (нормокардія) - це частота від 120 до 160 серцевих скорочень у хвилину (2 бали). ЧСС більше 160 за 1 хв. - 1 бал, більше 180 за 1 хв. - 0 балів. Брадикардія - ЧСС менше 120 за 1 хв. - 1 бал, менше 100 за 1 хв. - 0 балів.
- ▣ Базальна частота (базальний ритм) - середнє значення частоти серцевих скорочень плоду (ЧСС) в проміжку між переймами, не враховуючи акцелерацій і децелерацій. В нормі базальна частота серцебиття складає 120-160 уд/хв. Тахікардією називають базальний ритм вище 160 уд/хв., брадикардією - нижче 120 уд/хв

- ▣ II. Варіабельність БЧСС характеризує реактивність симпатичної та парасимпатичної вегетативної системи плода. Розрізняють 2 види варіабельності ЧСС: швидкі короткочасні коливання ЧСС від удару (миттєві ЧСС) та повільні хвилеподібні коливання ЧСС.
- ▣ Варіабельність ЧСС характеризується частотою та амплітудою миттєвих осциляцій. Амплітуду осциляцій визначають за величиною відхилень від базального ритму, і в нормі вона складає від 6 до 25 у хвилину (ундулюючий тип кривої). Зниження амплітуди до 3-5 в хвилину (низькоундулюючий) або зростання більше 25 в хвилину (сальтаторний тип) відносять до помірних змін, а амплітуду нижче 3 в хвилину (німий тип) кваліфікують як виражені зміни серцевої діяльності плоду.

- ▣ 1. Миттєва ЧСС характеризується 4 варіантами амплітуди:
 - ▣ а) монотонна -з відхиленням від базального ритму до 5 уд/ хв.
 - ▣ б) сплющена - гранично хвилеподібна з відхиленням від 5 до 9 уд/хв.
 - ▣ в) хвилеподібна - від 10 до 25 уд/хв.
 - ▣ г) пульсаційна -(скачуща , сальтаторний ритм) понад 20 уд/хв.
- ▣ 2. Частоту осциляцій оцінюють за кількістю перетинань умовної лінії базальної частоти за 1 хв: повільні (менше 3 в хвилину) середні (3-6), та високі (понад 6 у хв).
- ▣ Частота осциляцій визначається або за кількістю нульових пересікань кривої ЧСС за хвилину, або за кількістю піків ЧСС за хвилину. Нормальна частота осциляцій складає 7-12 циклів за хвилину, помірне її зниження відмічають при частоті циклів 3-6 за хвилину, а виражене - при 0-2 за хвилину.

- ▣ ІІІ. Акцелерації - це тимчасові зміни БЧСС - збільшення БЧСС протягом більше як 15 сек. (слабкі зміни ЧСС -10 - 30 уд/хв., середні - 30 - 60, значні - понад 60 уд/хв).
- ▣ *Акцелераціями* називають підвищення ЧСС з амплітудою більше 15 у хвилину і тривалістю більше 15 секунд (всі акцелерації, параметри яких менше вказаних, повинні бути віднесені до осциляцій). Періодичні акцелерації виникають на початку пологів і пов'язані зі скороченнями матки, спорадичні - найчастіше зумовлені руховою активністю плоду. По формі акцелерації бувають варіабельними, що свідчить про благополучний стан плоду і уніформними, реєстрація яких вказує на помірну гіпоксію плоду. Зниження частоти акцелерацій і тим більше їх відсутність є негативною прогностичною ознакою.

- ▣ ІУ. Децелерації – це тимчасові зміни БЧСС, які характеризуються зменшенням БЧСС.
- ▣ 1. Спонтанні децелерації (dip 0) - короткочасні децелерації, тривають не більше як 30 секунд, амплітуда 20 -30 від базального рівня.
Практичного значення ці зміни не мають.
- ▣ 2. Ранішні децелерації (dip 1) - починаються відразу після початку перейм та майже дзеркально відбивають криву скорочення матки.

- ▣ *Децелераціями* називають сповільнення ЧСС з амплітудою більше 15 за хвилину і тривалістю більше 15 секунд. Для їхньої характеристики враховують час від початку перейми до виникнення децелерацій, тривалість і амплітуду.
- ▣ Dір O (пікоподібні децелерації) виникають у відповідь на скорочення матки, рідше - спорадично.
- ▣ Dір I - ранні децелерації, виникають періодично у відповідь на перейми і супроводжуються швидким падінням і відновленням ЧСС.
- ▣ Dір II - пізні децелерації з'являються у зв'язку з переймою, але зі значним запізненням, на 30-60 сек. і більше. Поява їх свідчить про порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку і прогресуючу гіпоксію плоду.
- ▣ Dір III - варіабельні децелерації характеризуються постійною зміною амплітуди, тривалості і часом запізнення. Вони зумовлені стисненням пуповини



Оцінка стану плода у пологах за шкалою Фішера (1976 р.)

- ▣ Параметри:
- ▣ Стан плода в балах:
- ▣ 0
- ▣ 1
- ▣ 2
- ▣ 1. Базальний ритм (уд/хв.)
- ▣ 100 – 180
- ▣ 100 – 120
- ▣ 120 – 160
- ▣ 160 – 180
- ▣ 2. Варіабельність: амплітуда. уд, частота в 1хв
- ▣ <3
- ▣ <3
- ▣ 3-6
- ▣ 3-6
- ▣ >6-25 >6

- ▣ Акцелерації за 30 хв
- ▣ 0
- ▣ Періодичні, 1-4 спорадичні 5 та більше спорадичні
- ▣ 4. Децелерації за 30 хв.
- ▣ dір II, тяжкі dір III
- ▣ dір II, середньої тяжкості dір II, легкі
- ▣ 0 dір I dір O
- ▣ Оцінка 0 балів відображає страждання плода, 1 бал - початкові ознаки дистресу, 2 бала - нормальні параметри.

- ▣ Для діагностики дистресу плода застосовується оцінка біофізичного профілю плода (з 30 тижнів), яка включає 6 параметрів: оцінку КТГ, рухову активність плода за 30 хв. (за даними УЗД), частоту дихальних рухів плода, м'язевий тонус плода, об'єм навколоплідної рідини, ступінь зрілості плаценти; аускультация серцевої діяльності (з 20 тижнів), 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;
- ▣ патологічний кровоплин:
- ▣ сповільнений кровоплин;
- ▣ термінальний кровоплин (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода).
- ▣ нульовий;
- ▣ негативний (реверсний, зворотній).



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 профіля плода (БПП);
- ▣ 5. При відсутності патологічних показників БПП необхідно провести повторну доплерометрію з інтервалом 5-7 днів;
- ▣ 6. При наявності патологічних показників БПП, слід проводити доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.

- ▣ Виявлення погіршення показників плодового кровоплину (виникнення постійного нульового або негативного кровообігу в артеріях пуповини) є показанням для екстреного розродження шляхом кесарського розтину.
- ▣ Госпіталізація вагітної до пологового будинку показана, якщо за даними дослідження БПП або доплерометрії має місце:
 - ▣ патологічна БПП (6 балів і нижче);
 - ▣ повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (7-8 балів);
 - ▣ сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини;
 - ▣ критичні зміни кровоплину в артеріях пуповини (нульовий та реверсний).



Для діагностики дистресу плода під час пологів використовуються:

- ▣ 1. Аускультация серцебиття плода – кожні 15 хв. Протягом активної фази і кожні 5хв протягом другого періоду пологів. За наявності аускультативних порушень серцебиття плода проводять КТГ.
- ▣ 2. Кардіотокографія. При дистресі плода у пологах на КТГ виявляється одна чи декілька патологічних змін: тахікардія чи брадикардія стійка монотонність ритму, ранні, варіабельні та особливо пізні децелерації з амплітудою понад 30 уд/хв. Показанням для екстреного розродження є досягнення хоча б одним показником КТГ рівня, що свідчать про дистрес плода, що підтверджено записом на плівці.
- ▣ 3. Визначення меконію у навколоплідних водах при розриві плідного міхура.

Ультразвукове дослідження (УЗД)

- ✱ Вважається, що ультразвукове дослідження під час вагітності не має негативного впливу на плід. При неускладненому перебігу вагітності УЗД проводиться два рази: на 20-24 тижні та 28-32 тижні. Ультразвукове обстеження дає можливість пренатально діагностувати вади розвитку плоду, патологію з боку центральної нервової системи (гідроцефалія, мікроцефалія,), серцево-легеневої системи (вроджені вади серця, кісти грудної клітки, плевральний випіт), шлунково-кишкового тракту (асцит, діафрагмальна грижа, атрезія дванадцятипалої кишки і ін.), нирок (полікістоз, гідронефроз, агенезія нирок), провести фотометрію (вимірюють біпаріетальний розмір голівки, довжину стегна, окружність живота, грудної клітки), реєструвати частоту серцевих скорочень та дихальних рухів, діагностувати багатопліддя патологічний розвиток вагітності, визначити товщину, локалізацію, ступінь зрілості плаценти, встановити її передлежання або відшарування; кількість навколоплідних вод; під контролем ультразвуку проводяться такі інвазивні маніпуляції, як амніоцентез, біопсія ворсин хоріону, кордоцентез, внутрішньоутробна трансфузія, дренування кістозних утворів.



БІОФІЗИЧНИЙ ПРОФІЛЬ ПЛОДУ

- ✗ Це комплексна оцінка даних нестресового тесту та УЗД в реальному часі, що дає можливість оцінити стан плоду. Біофізичний профіль плоду включає п'ять параметрів, позитивний результат кожного з яких оцінюється за 2-бальною системою:
- ✗ — дихальні рухи (нормою вважається наявність не менше одного епізоду дихальних рухів тривалістю 30 сек. протягом 30 хв.);
- ✗ — рухи плоду (не менше трьох одночасних рухів кінцівок і тулубу впродовж 30 хв.);
- ✗ — тонус плоду (за 30 хв. не менше одного епізоду рухів плоду кінцівками із згинального положення в розгинальне і швидке повернення в попередній стан);
- ✗ — нестресовий тест - збільшення частоти серцевого ритму тривалістю 15 сек. і більше за 10-20 хв. спостереження у відповідь на рухи плоду;
- ✗ — кількість амніотичної рідини - у двох взаємно перпендикулярних проекціях повинен визначитися стовпчик навколоплодових вод не менше 2 см.
- ✗ Діагностичне значення біофізичний профіль плоду має при таких станах, як гостра чи хронічна гіпоксія, передчасне відходження навколоплодових вод, розвиток хоріоамніоніту та ін.



ЕЛЕКТРО- І ФОНОКАРДІОГРАФІЯ ПЛОДУ

- ✗ Реєстрація біопотенціалів серця - електрокардіограма (ЕКГ) дає можливість оцінити стан серцевої діяльності, що є одним з найважливіших показників життєдіяльності плоду.
- ✗ Розрізняють непрямий метод ЕКГ, коли електроди розміщують на передній черевній стінці вагітної, і прямий або внутрішньоматковий, коли електрод вводять між стінкою матки і спинкою плоду. ЕКГ плоду можна проводити у 15 тижнів вагітності, але найбільш достовірна інформація буде отримана після 34-х тижнів. Оцінюють такі показники ЕКГ: частоту серцевих скорочень, ритм, форму, величину, тривалість шлуночкового комплексу QRS. Реєстрація звукових феноменів, що виникають у процесі серцевої діяльності - фонокардіографія (ФКГ) проводиться при накладанні мікрофону в точку найкращого прослуховування серцебиття плоду, фонокардіограма являє собою криву, що складається з двох груп осциляцій, які відображають перший і другий тони серця. Аналіз ФКГ проводять за такими показниками:
 - ✗ 1) частота серцевих скорочень і її коливання;
 - ✗ 2) ритм;
 - ✗ 3) тривалість;
 - ✗ 4) фазність - систола і діастола;
 - ✗ 5) додаткові звукові феномени (розщеплення, роздвоєння тонів, систолічні, діастолічні шуми).
- ✗ Більшу діагностичну цінність має поєднане застосування ФКГ і ЕКГ - фоно-електрокардіографія.



Лікування:

- ▣ 1. До 30 тижнів вагітності лікування супутніх захворювань у жінки, які призвели до виникнення дистресу плода.
- ▣ 2. Після 30 тижнів вагітності найбільш ефективним і виправданим методом лікування дистресу плода є своєчасне оперативне полого-розрішення.



Тактика ведення пологів:

- ▣ Уникати положення роділлі на спині;
- ▣ Припинити введення окситоцину, якщо він був призначений раніше;
- ▣ Якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері необхідно провести відповідне лікування;
- ▣ 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 дослідження для визначення акушерської ситуації та з'ясування можливих причин дистресу плода.

▣ *При визначенні дистресу плода необхідне термінове пологове розрішення:*

▣ у I періоді пологів – кесарів розтин;

▣ у II періоді:

▣ при головному передлежанні – вакуум-екстракція плода або акушерські щипці;

▣ при сідничному передлежанні – екстракція плода за тазовий кінець



Фетоплацентарна недостатність



- ▣ Фетоплацентарна недостатність (ФПН) - це стан, коли порушується функція плаценти. Зазвичай при цьому виявляються структурні зміни в плаценті. В тій чи іншій мірі ФПН визначається приблизно у кожної третьої вагітної жінки, тому ця проблема вкрай актуальна.
- ▣ При фетоплацентарної недостатності порушуються всі функції плаценти. Через це плід починає відчувати кисневе голодування (гіпоксію), спостерігається затримка його росту і розвитку, він стає більше схильний до інфекції і шкідливих продуктів обміну. Через порушення гормональної функції плаценти підвищений ризик передчасних пологів та аномалій пологової діяльності.



Виділяють такі фактори ризику ФПН:

- ▣ - Хронічні захворювання матері (вади серця, бронхіальна астма, цукровий діабет, патологія щитовидної залози та ін.);
- ▣ - Інфекції. На стан плаценти можуть впливати вогнища хронічної інфекції в організмі (хронічні захворювання дихальних шляхів, каріозні зуби), захворювання що передаються статевим шляхом, застуди та інші інфекційні захворювання при вагітності;
- ▣ - Ускладнений перебіг вагітності (загроза викидня, гестоз, резус-конфлікт);
- ▣ - Патологія матки (міома матки, аденоміоз, вади розвитку - дворога або сідлоподібна матка, хронічний ендометрит);

- ▣ - Неправильне прикріплення плаценти - низька плацентація або передлежання плаценти, так як у нижніх відділах матки кровопостачання гірше.
- ▣ - Аборти, мимовільні викидні, регресує вагітності в анамнезі;
- ▣ - Несприятливі фактори зовнішнього середовища (професійні шкідливості, неправильне або недостатнє харчування, погана екологія);
- ▣ - Стреси і психоемоційне напруження;
- ▣ - Куріння під час вагітності;
- ▣ - Вік (до 18 і після 35 років ФПН спостерігається частіше, ніж у інших).



Природно, при ФПН починає страждати плід

- ▣ При фетоплацентарній недостатності плід часто відчуває гіпоксію. При цьому плід більше схильний до родових травм. У новонароджених важче протікає процес адаптації, згодом частіше виявляються захворювання нервової системи, аномалії розвитку (кривошия, дисплазія тазостегнових суглобів). У дітей, народжених від матерів з ФПН, частіше бувають респіраторні інфекції та кишкові розлади.

Класифікація і симптоми

- ▣ Розрізняють первинну і вторинну фетоплацентарну недостатність. При первинній недостатності порушення будови і функції плаценти розвивається вже в терміни її формування (на 16-18 тижнів). У даному випадку прогноз несприятливий, в більшості випадків вагітність не вдається доносити до терміну, коли плід життєздатний, відбувається мимовільний викидень. При вторинної плацентарної недостатності спочатку формується нормальна плацента, але в більш пізні терміни її функція з якихось причин порушується.

За ступенем порушення стану плода розрізняють

- ▣ Компенсовану, субкомпенсовану та декомпенсовану ФПН. При компенсованій формі ФПН діагностується по УЗД, плід не страждає, затримки розвитку плода немає. При субкомпенсованій формі починається відставання плода в зростанні. При декомпенсованій формі спостерігаються тяжкі порушення серцебиття, виражена затримка розвитку плода (більш ніж на 4 тижні в порівнянні з терміном вагітності), в особливо важких випадках відбувається внутрішньоутробна загибель плода.



- ▣ При затримці розвитку плода відзначається зменшення розмірів живота (окружності живота і висоти стояння дна матки). Орієнтуються в основному на висоту стояння дна матки (ВДМ), так як окружність живота сильно залежить від товщини підшкірно-жирової клітковини. У нормі ВДМ в см приблизно відповідає терміну вагітності в тижнях. Крім того, лікар оцінює розміри живота в динаміці.

- ▣ За УЗД оцінюють характер рухової активності плода, товщину і ступінь зрілості плаценти. Товщина плаценти в см в нормі до 37-38 тижнів приблизно відповідає терміну вагітності в тижнях, далі товщина плаценти залишається такою ж або навіть може зменшуватися на 1-2 мм. На порушення функції плаценти вказує зменшення або збільшення її товщини більш ніж на 5 мм в порівнянні з нормативними показниками для даного терміну.
- ▣ У нормі до терміну 30 тижнів визначається 0 ступінь зрілості, від 30 до 35 тижнів - I ступінь, в 35-38 тижнів II ступінь, після 38 тижнів - III ступінь зрілості. При ФПН плацента «дозріває» раніше, ніж належить (це називається передчасне старіння плаценти).



- ▣ При фетоплацентарної недостатності може бути відкладення кальцинатів (солей кальцію) у плаценті. Крім того, у плаценті можуть бути щілини, які називаються розширення міжворсинчатих просторів. У ряді випадків виявляють кісти плаценти.
- ▣ Обов'язково вимірюються розміри плоду і оцінюється їх відповідність терміну. Якщо розміри плоду не відповідають терміну, то говорять про затримку розвитку плоду.
- ▣ Іноді при ФПН змінюється кількість вод, може бути як багатоводдя, так і маловоддя.
- ▣ Обов'язково проводиться доплерометрія - оцінка швидкості кровотоку в судинах. Частіше за все оцінюють кровотік в судинах матки, пуповини, головного мозку плоду.
- ▣ Діагностувати гіпоксію плода можна за допомогою кардіотокографії (КТГ). На початку, плід у відповідь на гіпоксію відповідає почастішанням серцебиття, при прогресуванні гіпоксії серцебиття навпаки рідшає. Може бути аритмія. Крім того, на кардіотокограмі можуть бути децелерації - ділянки ураження серцебиття.



Лікування

- ▣ У першу чергу потрібно постаратися виявити і усунути причину, що викликала порушення функції плаценти. Потрібно проводити своєчасне лікування гестозу та загрози переривання вагітності, активно виявляти і лікувати інфекцію в організмі.
- ▣ Компенсована ФПН госпіталізації не потребує. Декомпенсована і субкомпенсована ФПН лікують у стаціонарі.
- ▣ Вагітній необхідно забезпечити достатній відпочинок. Нічний сон повинен бути не менше 9-10 годин, необхідно захистити жінку від психо-емоційних навантажень. Має значення раціональне харчування, з яким жінка повинна одержувати достатню кількість білка, необхідних вітамінів і мікроелементів. Доцільно застосування полівітамінів, особливо в холодну пору року, коли мало свіжих фруктів і овочів.
- ▣ Ефективних засобів, що дозволяють повністю позбутися від наявної фетоплацентарної недостатності і відновити нормальну морфологічну будову плаценти немає. Застосовувані засоби спрямовані на стабілізацію патологічного процесу та підтримання компенсаторно-пристосувальних механізмів.

Цілі лікування

- ▣ Цілі лікування - це поліпшення матково-плацентарного кровотоку, поліпшення газообміну, корекція системи згортання крові, нормалізація тону судин і матки, оптимізація обмінних процесів.
- ▣ Для лікування і профілактики гіпоксії плоду можуть призначатися кисневі коктейлі. В даний час в аптеках можна купити комплект для виготовлення кисневого коктейлю в домашніх умовах. Коктейль зазвичай готується на основі соків або води.
- ▣ Часто при ФПН використовується препарат курантил. Він покращує мікроциркуляцію, попереджає дистрофічні зміни в плаценті, усуває гіпоксію в тканинах плоду. Побічні ефекти якщо застосовувати препарат з урахуванням протипоказань бувають вкрай рідко. При одночасному прийомі з гепарином або аспірином підвищений ризик кровотечі. Зазвичай препарат призначається курсами до 1 місяця.

- ▣ Ще один розповсюджений препарат - актовегін. Його призначають досить часто, так як він активує обмінні процеси в тканинах і покращує мікроциркуляцію. Точно ефект актовегіна при ФПН не доведений, але він передбачається виходячи з механізму дії препарату. Є дані, що після прийому актовегіна частіше буває великий плід, тому при тенденції до великого плоду його намагаються не призначати.
- ▣ Якщо лікування проводиться у стаціонарі, у комплексну терапію включають крапельниці, поліпшують матково-плацентарний кровотік (глюкозо-новокаїнову суміш, еуфілін). Для розслаблення матки застосовуються крапельниці з магnezією або гініпралом.
- ▣ При підвищеному згортанні крові використовуються препарати, які її корегують, наприклад гепарин, фраксипарин, клексан (антиагреганти).



МАТЕРІАЛИ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

- ▣ Контрольні запитання:
- ▣ 1. Які є ознаки адекватного дихання у новонароджених дітей?
- ▣ 2. На яких хвиликах життя оцінюють дитину за шкалою Апгар?
- ▣ 3. Скільки критерій включає шкала Апгар?
- ▣ 4. Які показники оцінюються за шкалою Апгар?
- ▣ 5. Який найвищий бал може отримати новонароджений за шкалою Апгар?
- ▣ 6. Скільки балів за шкалою Апгар можуть вказувати на початкові прояви енцефалопатії?
- ▣ 7. На скільки сантиметрів потрібно прогинати грудну клітину новонародженого при здійсненні закритого масажу серця?
- ▣ 8. Який потрібно підібрати розмір ендотрахіальної трубки дитині масою тіла 2000 грам?
- ▣ 9. Як називається лікар, що оглядає новонароджених ?
- ▣ 10. Яка кількість балів за шкалою Апгар свідчить про задовільний стан новонародженого?

Контрольні запитання:

11. Поняття терміну дистрес-синдром?
12. Головні причини дистрес-синдрому?
13. Класифікація дистрес-синдрому?
14. Методи діагностики при дистрес-синдрому?
15. Лікування дистрес-синдрому?
16. Невідкладна допомога та реанімація при дистрес-синдромі у плода?
17. Профілактика дистрес-синдрому?



margonium.baby.ru

Тестові завдання:

- ▣ 1. Які показники оцінюються за шкалою Апгар?
 - ▣ А. Дихання, колір шкіри, серцебиття, тонус м'язів, рефлекс.
 - ▣ В. Гучність крику, вага, зріст.
 - ▣ С. Обвід груної клітини, серцебиття, стать.
- ▣ 2. Як називається лікар, що оглядає новонароджених ?
 - ▣ А. Педіатр.
 - ▣ В. Терапевт.
 - ▣ С. Неонатолог.
- ▣ 3. Який найвищий бал може отримати новонароджений за шкалою Апгар?
 - ▣ А. 34 бали,
 - ▣ В. 10 балів.
 - ▣ С. 100 балів.

- ▣ 4. Якщо кількість балів за шкалою Апгар продовжує дорівнювати 0 довше ніж 10 перших хвилин життя, що слід здійснити?
- ▣ А. Визначити доцільність продовження реанімаційних заходів.
- ▣ В. Продовжувати реанімацію до 2 годин.
- ▣ С. Продовжувати реанімацію до відновлення життєвих функцій .
- ▣ 5. На скільки сантиметрів потрібно прогинати грудну клітину новонародженого при здійсненні закритого масажу серця?
- ▣ А. 3-4 см.
- ▣ В. 2-3,5см.
- ▣ С. 1-1,5см.

- ☐ 6. На яких хвилинах життя оцінюють дитину за шкалою Апгар?
- ☐ А. 30-40 хв.
- ☐ В. 1-й та 5-й хв.
- ☐ С. 15-й хв.

- ☐ 7. Скільки критерій включає шкала Апгар?
- ☐ А. 10.
- ☐ В. 50.
- ☐ С. 5.

- ☐ 8. Коли і ким була розроблена шкала Апгар?
- ☐ А. 1952 році лікарем-анестезіологом Вірджинією Апгар.
- ☐ В. 1985 р. видатним хірургом Александром Шалімовим.
- ☐ С. 1874 вченим Луї Пастером.

- ☐ 9. Яка к-ть балів за шкалою Апгар свідчить про задовільний стан новонародженого?
- ☐ А. 20-25.
- ☐ В. 7-10.
- ☐ С. 3-6.

- ☐ 10. Скільки балів за шкалою Апгар можуть вказувати на початкові прояви енцефалопатії?
- ☐ А. 0-3.
- ☐ В. 5-9.
- ☐ С. 10-12.

Задачі

- Задача № 1
- Новонароджений А. від молодих здорових батьків. Вагітність ІІІ, пологи І. Дві попередні вагітності закінчилися медичними абортами без ускладнень. Дана вагітність перебігала з гестозом в І і ІІ половині. Лікувалася у відділенні патології вагітних. Отримувала комплексну терапію. Пологи в 39 тижнів . Маса при народженні 3200 г, довжина 54 см. Дитина народилася в стані важкої асфіксії. Пологи ускладнилися тугим обвиттям пуповини навколо шії. Після надання заходів реанімації дитина переведена у відділення новонароджених у важкому стані. Визначте обсяг лабораторного обстеження даної дитини.
- Задача № 2
- У новонародженої дитини, яка потребувала проведення реанімаційних заходів, спостерігається центральний ціаноз, незважаючи на проведення оксигенотерапії 100% киснем через маску протягом 10 хв., а також частоту серцевих скорочень 140/хв і наявність адекватного самостійного дихання. Яких заходів слід вважати у цей момент ?
- Задача № 3
- Немовля, якому проводиться ШВЛ, має частоту серцевих скорочень $>100/\text{хв}$ і дихає самостійно. Які подальші заходи слід вжити?



