

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Кафедра АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ № 1

Тема лекції:

**“Плацентарна недостатність
(дисфункція плаценти).
Дистрес плода.
Затримка росту плода”**

Лектор – к.мед.н., доцент Ляховська Тетяна Юріївна

План лекції

- 1. Плацентарна недостатність (дисфункція плаценти).
- 2. Дистрес плода.
 - 2.1. Дистрес плода під час вагітності.
 - 2.2. Дистрес плода в пологах.
- 3. Затримка росту плода.

Розділ І

ПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ (ДИСФУНКЦІЯ ПЛАЦЕНТИ)

Плацента - це провізорний орган, оскільки вона формується в процесі ембріогенезу, росту та розвитку плода і закінчує своє існування до кінця пологів.

Структурна організація плаценти закінчується до кінця I триместру вагітності.

II триместр вагітності характеризується ростом і диференціюванням русла кровообігу плода (феталізація плаценти).

До **36 тижня** плацента досягає повної функціональної зрілості.

Основною структурно-функціональною одиницею плаценти є **котиледон**, утворений стоволовою ворсиною і її розгалудженнями, які несуть судини плода.

Фетоплацентарна система

—

*єдиний комплекс із складними
взаємозв'язками і адаптаційно-
приспосувальними реакціями.*

Плацентарна недостатність (ПН)

—

це клінічний синдром, обумовлений морфологічними і функціональними змінами в плаценті, які ведуть до її неспроможності підтримувати адекватний обмін між організмами матері та плода, що проявляється порушеннями стану, росту і розвитку плода.

Функції плаценти

- функція газообміну (проникнення кисню до плода і виведення вуглекислоти, плацента не накопичує O_2 і CO_2)
- транспорт поживних речовин (ультрафільтрація, проста і складна дифузія, активний транспорт, піноцитоз і трансформація речовин в плацентарних ворсинах)
- бар'єрна функція (захищає плід від дії токсичних факторів)
- володіє антигенними і імунними властивостями
- відіграє роль залози внутрішньої секреції і синтезує гормони (плацентарний лактоген (ПЛ), прогестерон, пролактин, естрогени)

Фактори ризику розвитку ПН

- вік жінки до 18 та більше 35 років
- важка фізична праця
- шкідливі професійні умови
- емоційні навантаження
- зловживання алкоголем
- паління
- в анамнезі високий індекс інфекційних захворювань (тонзиліт, гайморит, пієлонефрит)
- носійство умовно-патогенних збудників
- наявність екстрагенітальної патології
- порушення функціонування репродуктивної системи до вагітності (недостатність лютеїнової фази циклу, ановуляція, гіперандрогенемія)

Етіологія ПН

■ Ендогенні фактори:

- порушення гормональної функції яєчників
- ендометріоз
- гіпоплазія міометрію
- вади розвитку матки
- міома матки

■ Екзогенні фактори:

- шкідливі фактори зовнішнього середовища
- прееклампсія
- невиношування
- інфікування плаценти
- інфаркти плаценти
- відшарування плаценти
- порушення реологічної та коагуляційної здатності крові матері і плода
- екстрагенітальна патологія у матері

Патогенез

- Теорія порушення інвазії трофобласта в спіральні артерії матки
- Імунологічна теорія
- Інфекційна теорія
- Гормональна теорія
- Теорія впливу на плаценту АФС

Патогенез

■ Теорія порушення інвазії трофобласта в спіральні артерії матки

1-а хвиля інвазії трофобласта – у 8-10 тиж. вагітності інвазія трофобласта розповсюджується на децидуальні сегменти спіральних артерій. При цьому в стінках спіральних артерій проходить заміщення м'язових та еластичних волокон фібриноїдом, який не здатний реагувати на вазопресорні фактори.

2-га хвиля інвазії (16-18 тиж.) – відбувається 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.

Патогенез

(продовження)

■ Імунологічна теорія

Внаслідок зменшення синтезу гуморальних супресорних факторів при вагітності (α -фетопротейну, уромодуліну, хоріонічного гонадотропіну) відбувається активна взаємодія між плодовими антигенами і материнськими антитілами з утворенням циркулюючих імунних комплексів, які викликають пошкодження ендотелію матково-плацентарних судин.

Патогенез

■ Інфекційна теорія

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

Патогенез

(продовження)

■ Гормональна теорія

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

■ Теорія впливу на плаценту АФС

При АФС відбувається зв'язування АФС-антитіл з фосфоліпідами оболонок ендотеліальних клітин. Знижується синтез простацикліну, втрачається здатність судинної стінки артерії матки попереджувати судинний спазм, агрегацію тромбоцитів та внутрішньосудинний тромбоз.

Класифікація ПН

I. По формі розвитку:

- первинна (до 16 тиж.)
- вторинна плацентарна недостатність

II. По клінічному перебігу:

- гостра ПН
- хронічна ПН

III. По тяжкості перебігу:

- компенсована
- субкомпенсована
- декомпенсована

Класифікація ПН

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).

Первинна ПН - на ранніх стадіях формування плаценти - наслідок дії різноманітних факторів (генетичних, ендокринних, соматичних захворювань, особливо цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, пієло- і гломерулонефриту), шкідливих чинників зовнішнього середовища і проявляється анатомічними порушеннями будови, розташування, прикріплення, дефектами васкуляризації і порушенням дозрівання ворсин хоріона.

Вторинна ПН - на фоні вже сформованої плаценти - наслідок ускладненого перебігу вагітності, обумовленого або її патологією (гестози, загроза переривання, ізоантигенна несумісність) або інфекційними чи екстрагенітальними захворюваннями.

При **гострій формі ПН** - порушення матково-плацентарного кровообігу, частіше за рахунок обширних інфарктів, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти (в цих випадках порівняно швидко настає загибель плода і переривання вагітності).

Хронічна ПН більш часта патологія. Спостерігається приблизно у кожній третій вагітній з групи високого ризику. Хронічна ПН може розвинутись досить рано і протікати тривало.

В основі розподілу **ПН по тяжкості проявів** лежать:

- ступінь відставання розвитку плода
- вираженість ознак хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода
- ступінь гемодинамічних порушень в системі мати-плацента-плід
- вираженість порушень гормональної функції плаценти
- ефективність проведеного лікування

Плацентарна недостатність може проявлятися:

- **трофічною недостатністю** (порушення живильної функції) - порушується всмоктування і засвоєння поживних речовин і синтез власних продуктів обміну речовин плода;
- **дихальною недостатністю** - порушення транспорту кисню і вуглекислоти.

Діагностика ПН

- оцінка активності рухів плода
- оцінка в динаміці висоти стояння дна матки
- аускультация серцевої діяльності плода
- УЗД:
 - ультразвукова біометрія плода
 - ультразвукова оцінка стану плаценти
 - оцінка стану плода шляхом вивчення його рухливої активності і серцевої діяльності (біофізичний профіль плода)
- кардіотокографія (КТГ)
- 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)

Лікування ПН

- I. Призначається режим II. Важливим моментом є усунення фізичних і емоційних навантажень, дотримання ліжкового режиму при загрозі переривання вагітності.
- II. Дієта - з обов'язковим включенням в раціон продуктів, які містять багато білка. При наявності акушерської чи екстрагенітальної патології - відповідно до основного захворювання.

Лікування ПН (медикаментозна терапія)

Основні напрямки:

- покращення матково-плацентарної перфузії, в тому числі і на рівні мікроциркуляції;
- нормалізація метаболічних процесів в організмі матері і плода;
- покращення газообміну між організмами матері і плода.

Принципи розродження вагітних з ПН

- Госпіталізація в стаціонар - у 37 тижнів вагітності для дородової підготовки.
- Розродження - в 38-39 тижнів.
- Інтенсивне ведення пологів:
 - кардіомоніторний контроль за станом плода
 - широке використання спазмолітичних і знеболюючих засобів.
- При задовільному стані плода, відсутності наростання дистресу доцільно розродження через природні статеві шляхи.
- У випадку наростання дистресу плода за даними моніторного нагляду - показано розродження шляхом кесарського розтину.
- Новонароджені в перші дні життя потребують інтенсивного нагляду і лікування.

Профілактика ПН

- Преконцепційна підготовка:
 - раціональна контрацепція та планування сім'ї
 - корекція недостатності лютеїнової фази менструального циклу
 - санація вогнищ інфекції, особливо захворювань, що передаються статевим шляхом, в тому числі з групи TORCH
 - метаболічна терапія для інтенсифікації синтезу білка у внутрішніх статевих органах
 - діагностика та лікування екстрагенітальної патології

Профілактика ПН

- Виключення впливу шкідливих факторів, особливо в перші дні і тижні вагітності: куріння, прийом алкоголю і медикаментів без призначення лікаря.
- Санацію вогнищ інфекції та терапію хронічних захворювань, якщо вони не були проліковані до вагітності.
- З настанням вагітності необхідність дотримання раціонального повноцінного харчування, режиму відпочинку, сну.

Розділ II

ДИСТРЕС ПЛОДА

Поняття «хронічна та гостра гіпоксія плода» не є клінічно правильними, оскільки для діагностики тканинної гіпоксії необхідно лабораторно визначати кислотно-лужний стан крові плода, що в повсякчасній діяльності лікаря практично неможливо. Тому всі порушення функціонального стану плода коректніше визначати терміном **«ДИСТРЕС ПЛОДА»**

Розділ II-а

ДИСТРЕС ПЛОДА ПРИ ВАГІТНОСТІ



Сучасні методи діагностики стану плода

- Ультразвукове дослідження
- Оцінка біофізичного профілю плоду
- Кардіотокографія
- Амніоскопія
- Проба Salling
- Амніоцентез
- Кордоцентез
- Хоріон- і плацентобіопсія
- Фетоскопія

Діагностичні можливості УЗД

- Діагностика вад розвитку плода
- Вимірювання розмірів плода (фетометрія)
- Оцінка стану плаценти
- Оцінка кількості і якості навколоплідних вод
- Оцінка стану пуповини
- Оцінка кровотоку в артеріях пуповини і плоду (ефект Доплера)

Терміни планового УЗД

- від 11+1 день до 13 тижнів +6 днів (визначення терміну вагітності, вимірювання комірцевого простору та виявлення УЗ маркерів вродженої та хромосомної патології)
- в терміні вагітності від 18 тижнів до 20 тижнів та 6 днів (визначення структурних аномалій плода).
- 32-34 тижні - визначення відповідності параметрів розвитку плоду і плаценти терміну вагітності

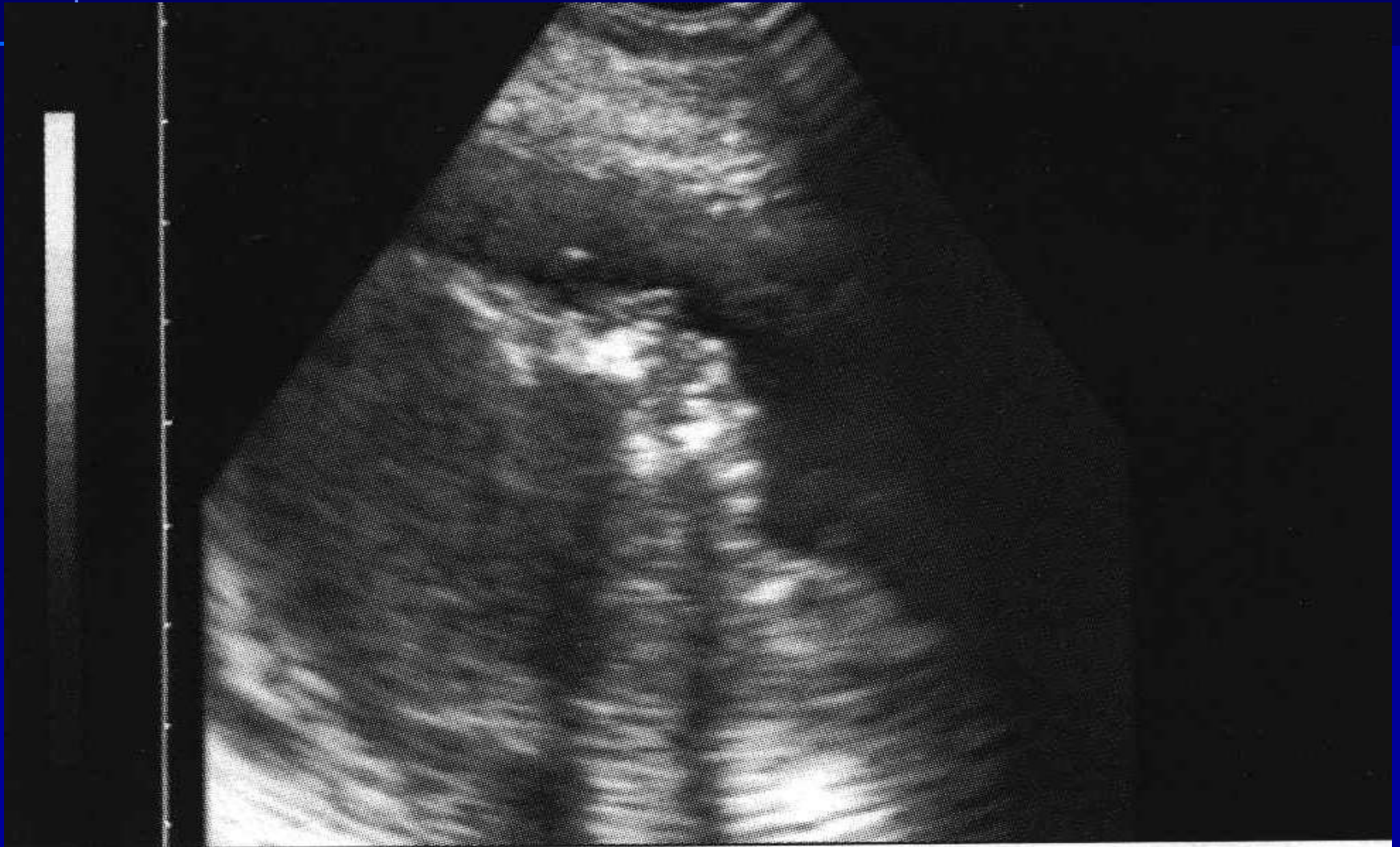
Основні задачі УСГ в першому триместрі:

- Виявлення вагітності, що розвивається або не розвивається;
- Оцінка відповідності розмірів плідного яйця і ембріона передбачуваному терміну вагітності;
- Місце імплантації плідного яйця і локалізація хоріона;
- Анембріонія;
- Стадія самовільного аборту;
- Багатоплідна вагітність;
- Міхуровий занесок;
- Позаматкова вагітність;
- Аномалії розвитку матки та придатків.

Обличчя плода, норма



Обличчя плода, мікрогнатія



Потовщення комірцевої зони



Другий триместр вагітності

- Скринінгове ультразвукове дослідження в 17-21 тижні для виявлення ВВР
- Визначення біохімічних маркерів в крові вагітної в 16-17 тижнів: ХГЛ, естріол, β -фетопротейн

Основні задачі УСГ в II триместрі:

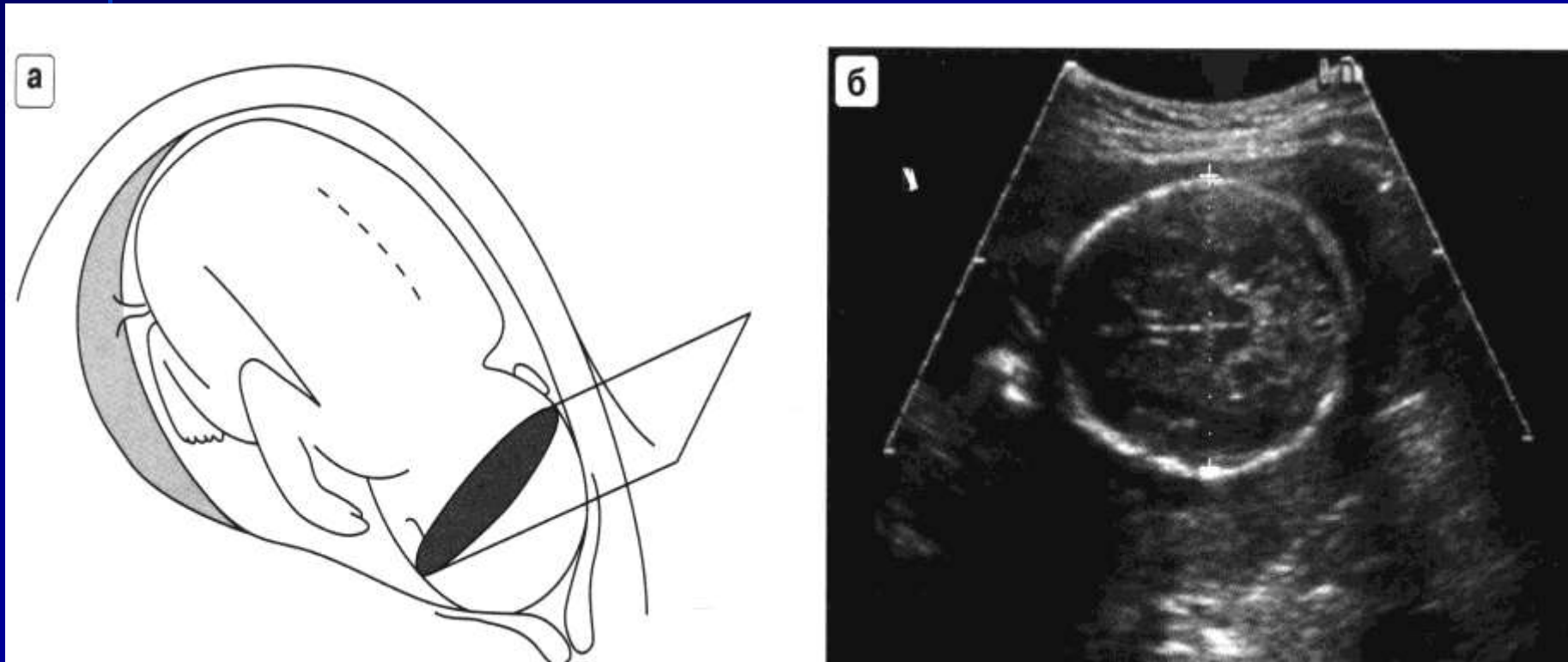
Точне вимірювання розмірів плода –

фетометрія:

Визначають:

- Біпарієтальний розмір голівки;
- Середній діаметр грудної клітини та живота;
- Довжину стегнової кістки.

Фетометрія, вимірювання ГОЛОВКИ ПЛОДА





- Вимірювання біпарієтального розміру голівки плода на рівні тім'яних бугрів при поперечному згинанні голівки.

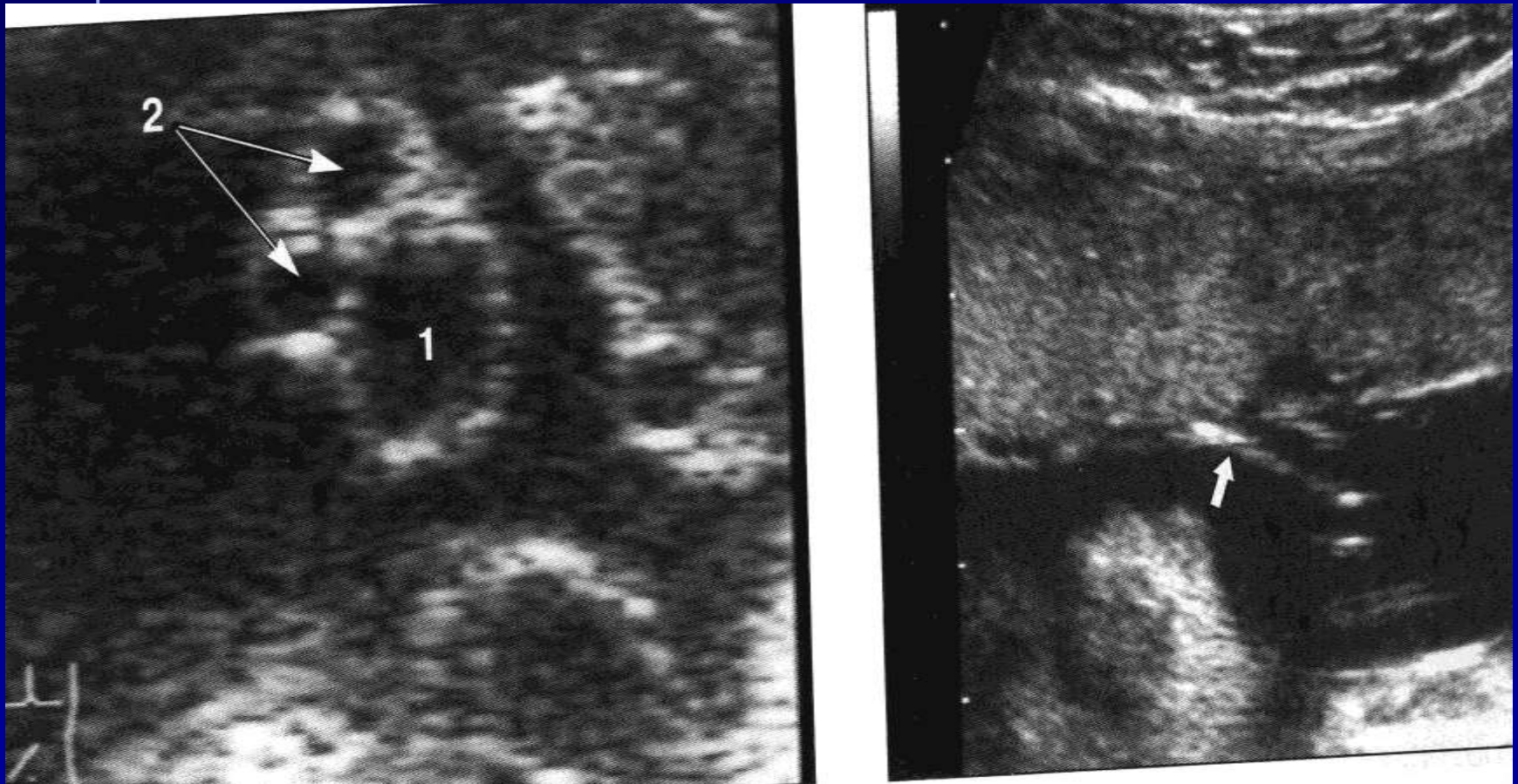
М-ехо повинно розташовуватись на однаковій відстані від внутрішньої поверхні тім'яних кісток.



Третій триместр вагітності

- Ультразвукове дослідження в 32-34 тижні вагітності для визначення стану плаценти, діагностики внутрішньоутробної затримки росту плоду
- За показаннями - спеціальні методи діагностики стану плоду

Плацента і пуповина



Ступені зрілості плаценти (Grannum P.A., 1983)

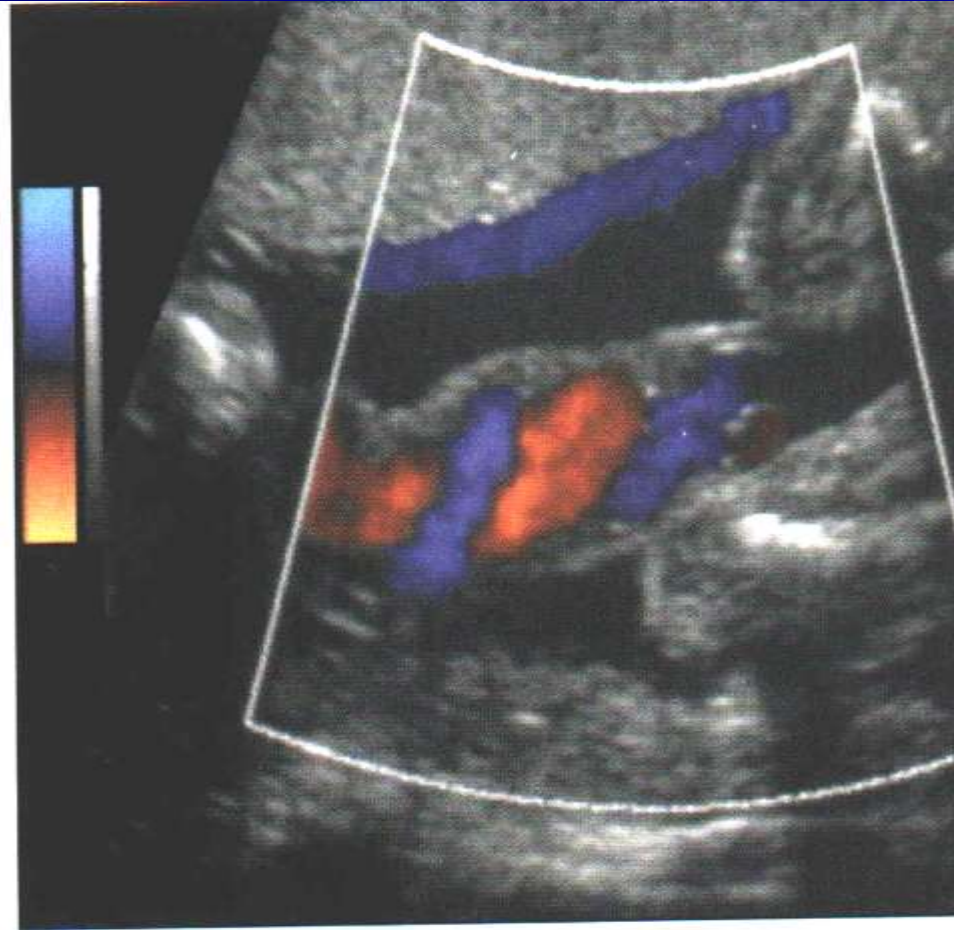
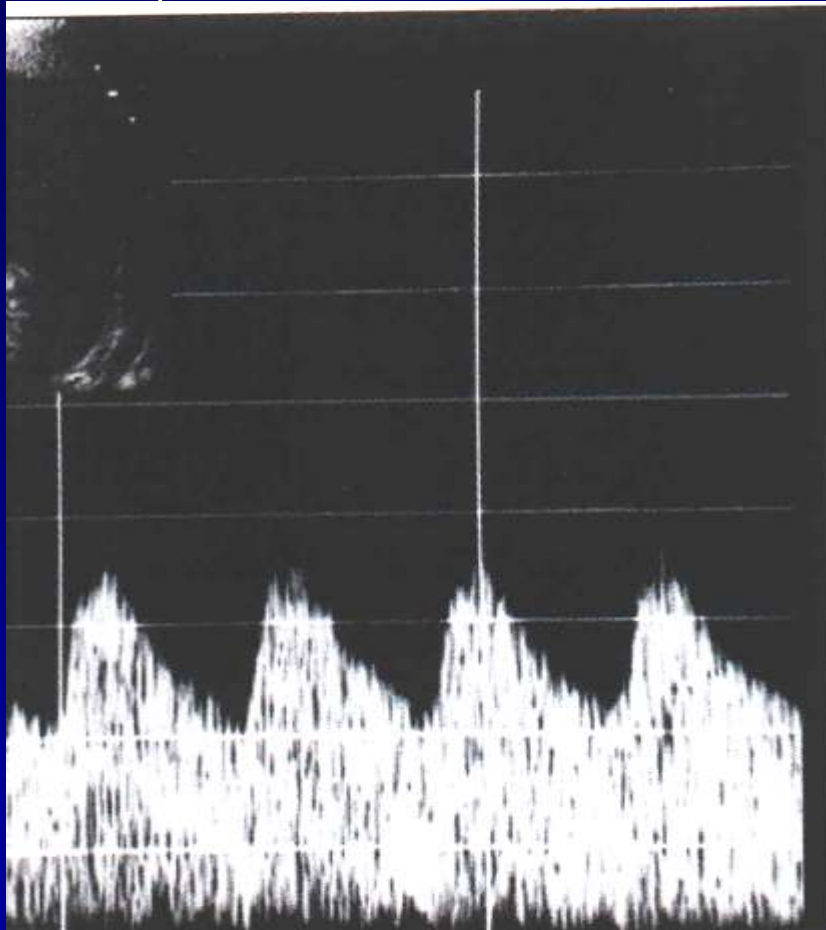
Ступінь зрілості плаценти	Хоріальна мембрана	Паренхіма	Базальний шар	Термін вагітності
0	Пряма, гладка	Гомогенна	Не ідентифікується	До 30 тижнів
I	Злегка хвиляста	Не велика кількість ехогенних включень	Не ідентифікується	31-36 тижнів
II	Наявність заглибень, що не доходять до базальної пластинки	Лінійні, ехогенні ущільнення	Лінійне розташування не великих ехопозитивних включень	33-38 тижнів
III	Наявність заглибень, які доходять до базальної пластинки	Округлі ущільнення з розрідженням у центрі	Щільні ехопозитивні включення, які дають акустичну тінь	37-41 тижнів

Біофізичний профіль плода

(Vintzileos A.M. et al., 1983)

- **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.

Доплерометрія в судинах пуповини



Доплерівське вимірювання швидкості кровотоку в пупковій артерії плоду

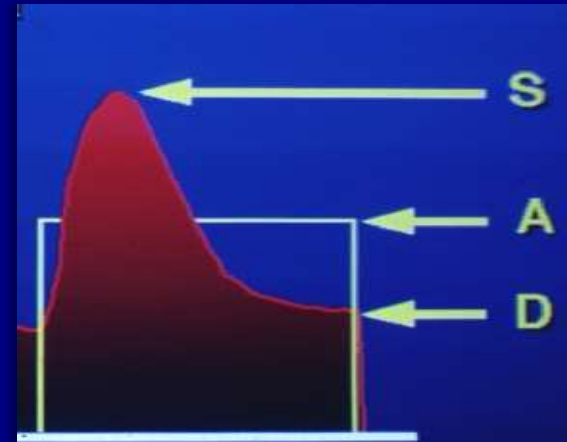
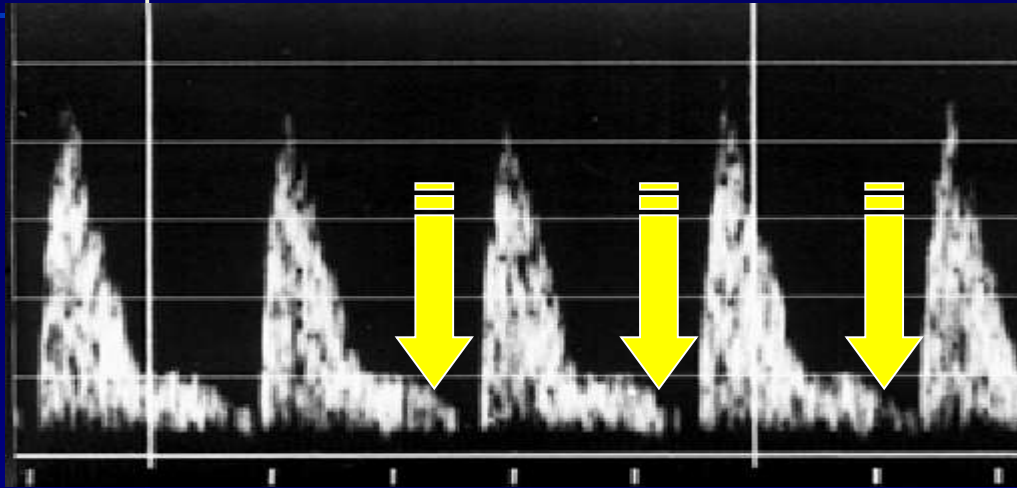


Для нормального кровотоку
у артеріальній судині
характерна
**висока кінцева швидкість
кровотоку діастолі**



Патологічні типи кровотоку

Понижений кровоток

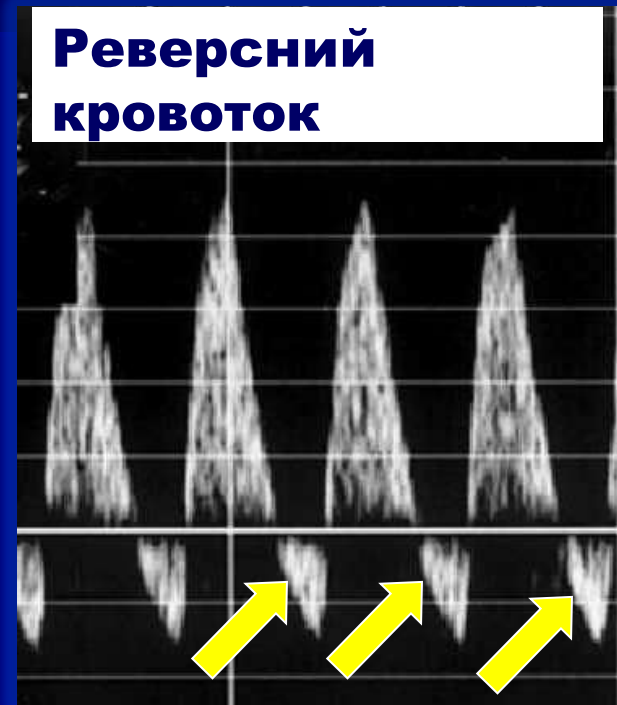
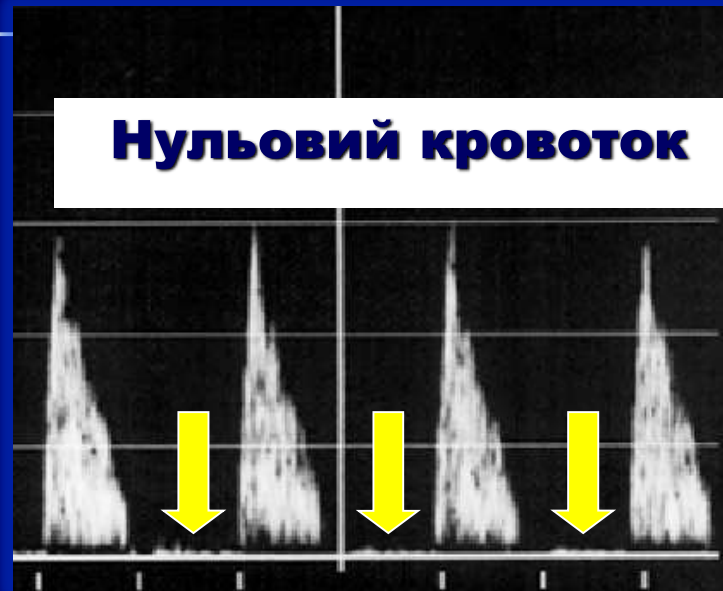


- Систоло-діастолічне відношення: $S/d > 3$
- Індекс резистентності $IR = (S-D)/s$
- Пульсаційний індекс $IP = (S-D)/a$

Повторне дослідження в динаміці - лікування не проводиться

Патологічні типи кровотоку

Термінальний кровотік

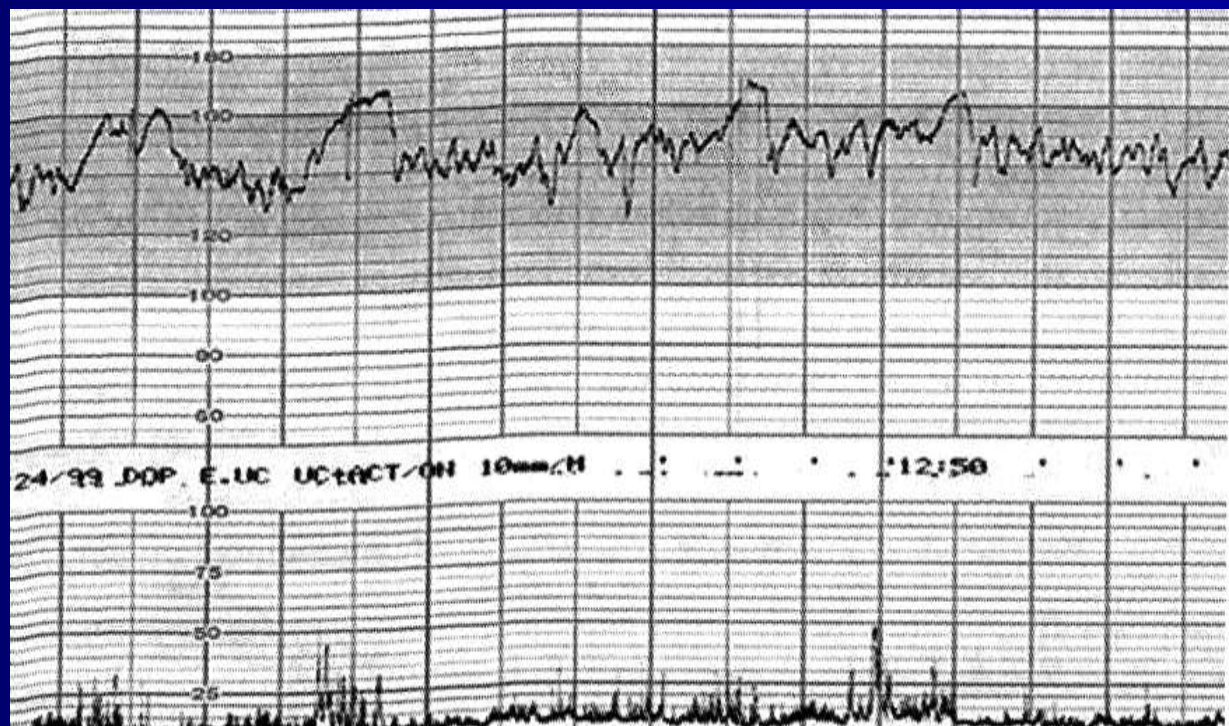


Ознаки критичного порушення плодово-плацентарного кровообігу,
за якими слідує антенатальна загибель плоду,
якщо не зробити термінове оперативне розродження

**Кардіотокографія -
синхронний запис частоти
серцевих скорочень плоду в
одиницю часу, ворущінь
плоду і маткових скорочень**

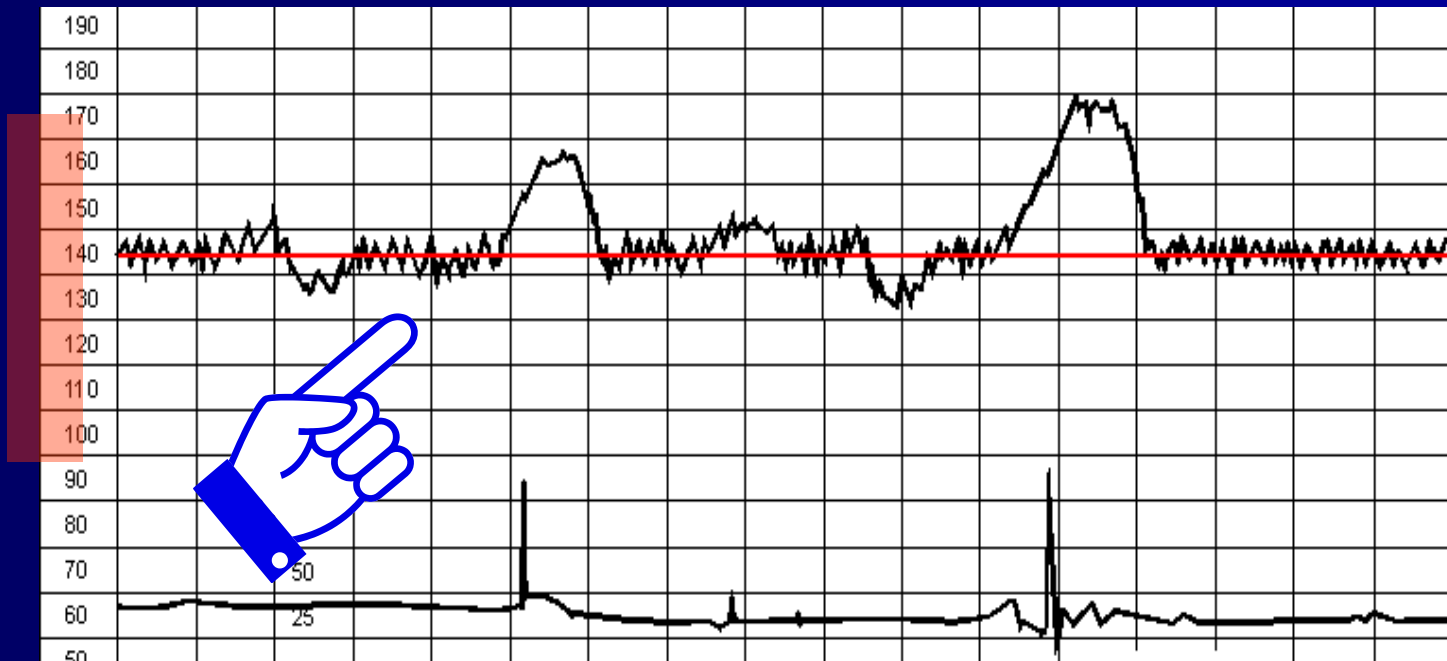
Параметри кардіотокографії

- Базальна частота серцебиття
- Варіабельність ритму (амплітуда і частота осциляцій)
- Акцелерації
- Децелерації





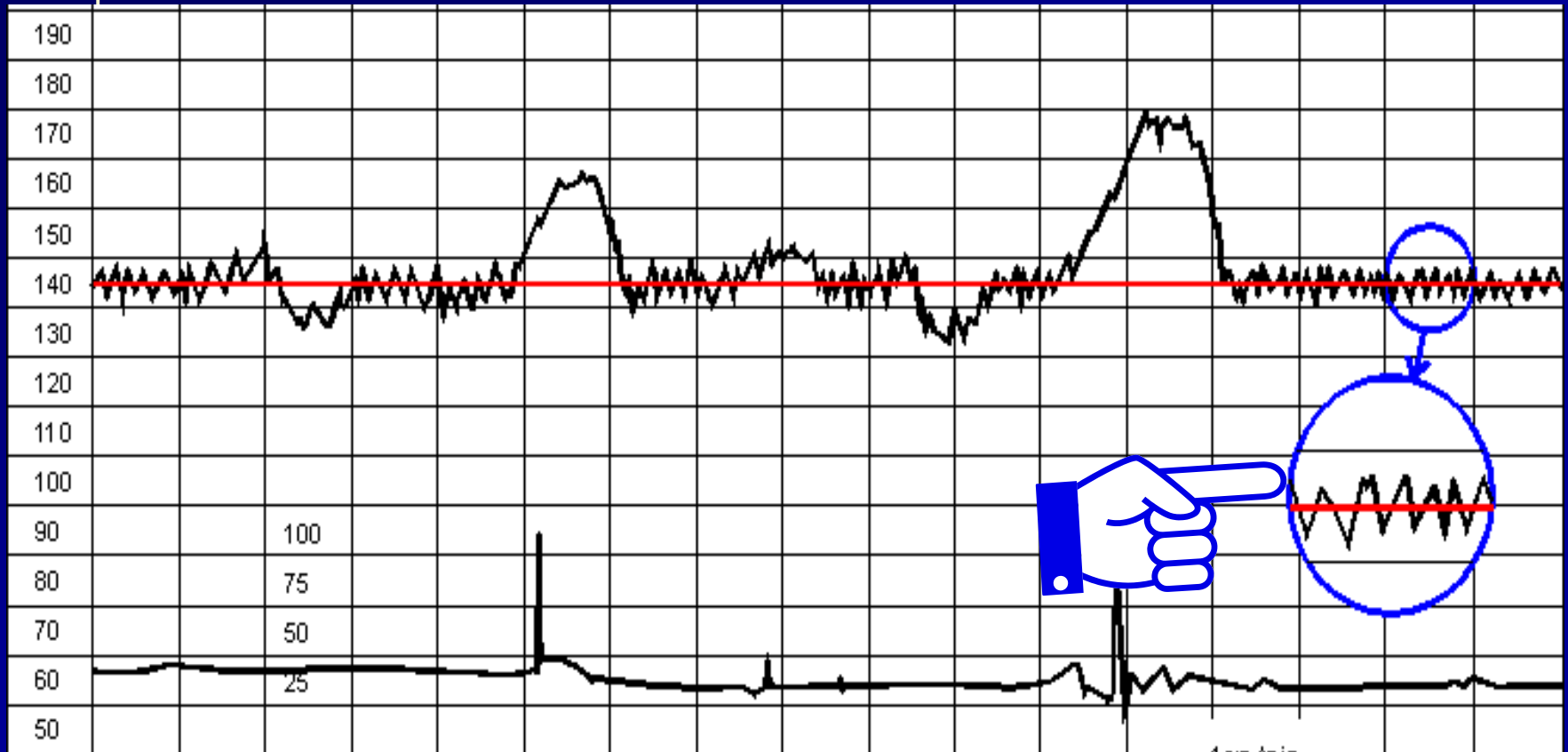
Діагностичні критерії КТГ при нормальному стані плода



Базальна ЧСС в межах від 110 до 170 уд./хв (нормокардія)



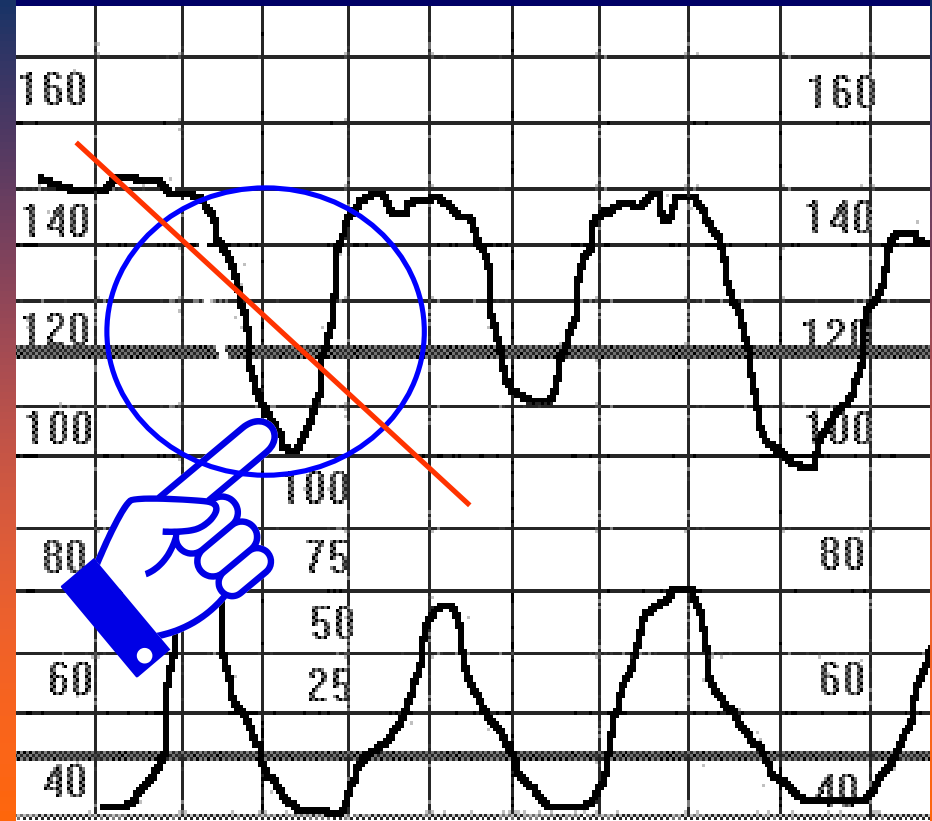
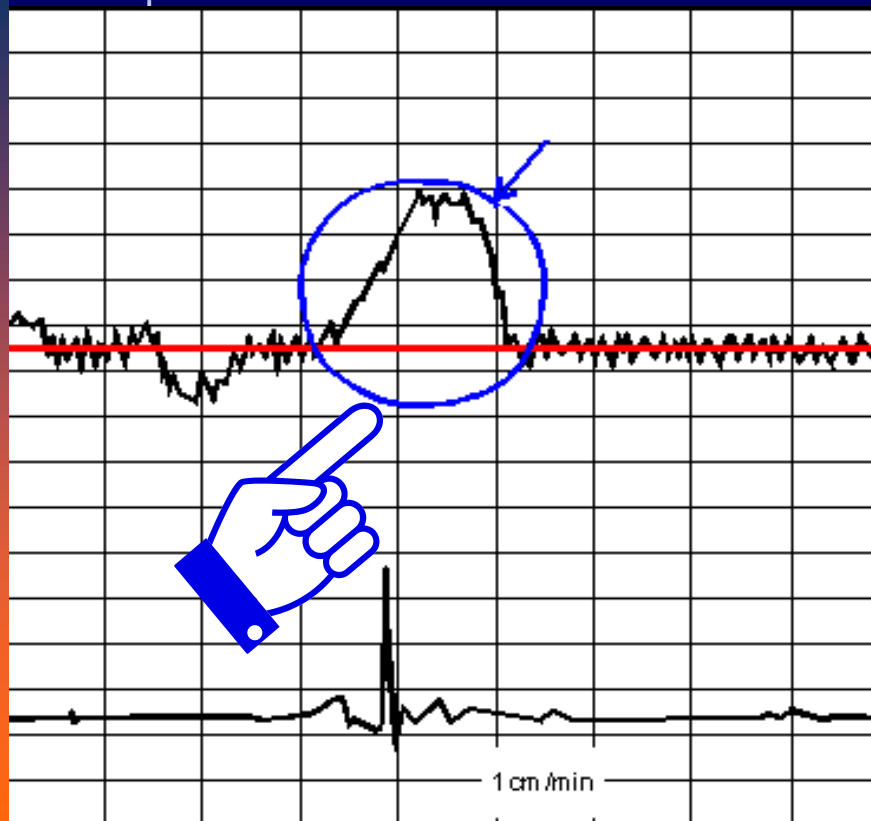
Діагностичні критерії КТГ при нормальному стані плода



Варіабельність (ширина запису) - 10-25 уд./хв з частотою осциляцій 3-6 цикл./хв (хвилеподібний тип)

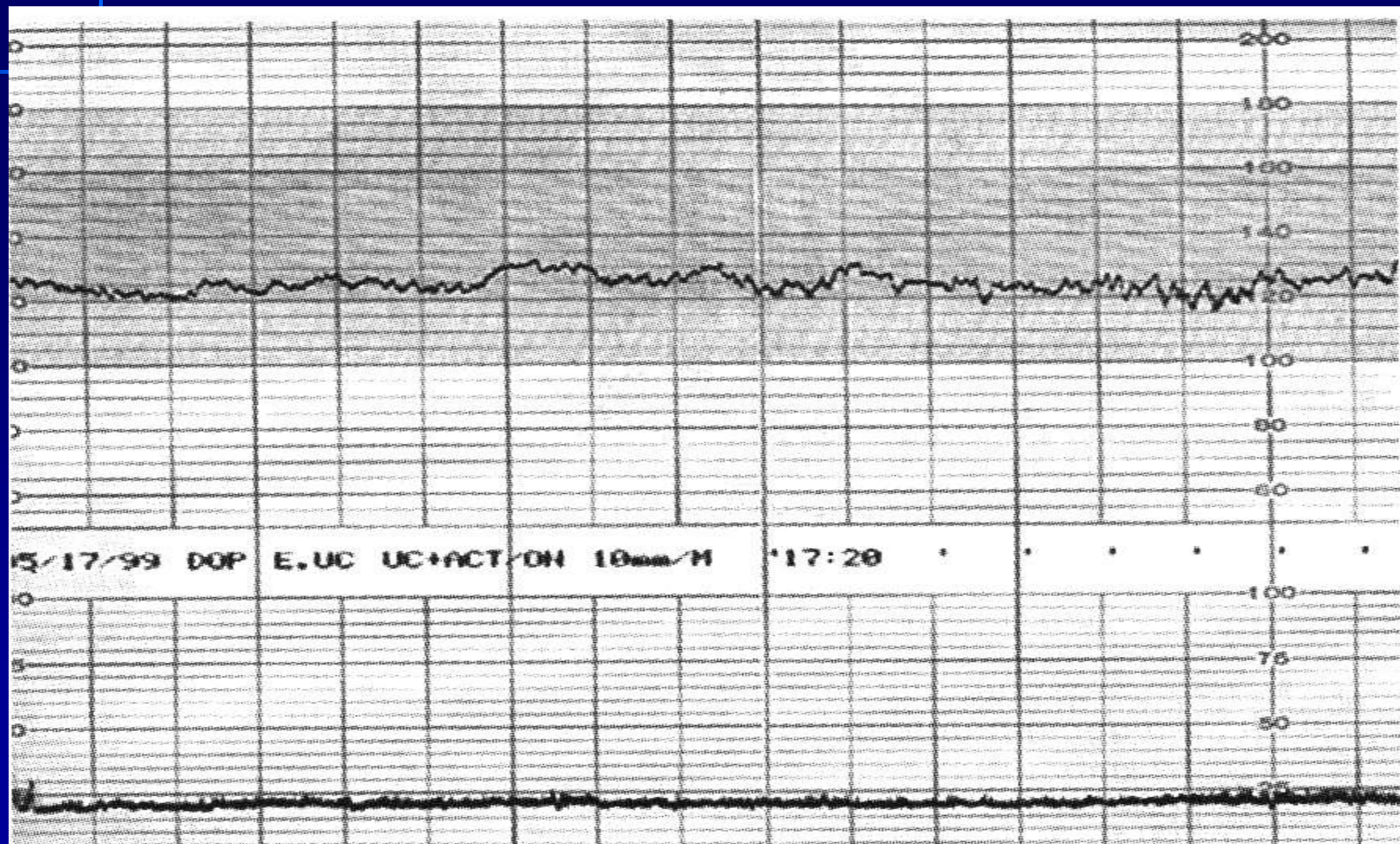


Діагностичні критерії КТГ при нормальному стані плода



Наявність акцелерацій ЧСС і відсутність децелерацій

КТГ плода, дистрес



**Амніоскопія - огляд
нижнього полюса плодового
міхура через цервікальний
канал за допомогою
спеціального приладу
(амніоскопа)**

**Проба Salling - метод
визначення pH крові з
передлеглої частини
плоду в пологах, після
розриву плодового
міхура**

Тактика 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.

Тактика ведення вагітних з дистресом

плода

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. Поетапне динамічне спостереження за станом плода.

Тактика ведення вагітних з дистресом

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.

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 розродження.

Розродження вагітних з дистресом плода

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

Розділ II-б

ДИСТРЕС ПЛОДА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

Ознаки 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

Тактика ведення пологів при дистресі плода

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

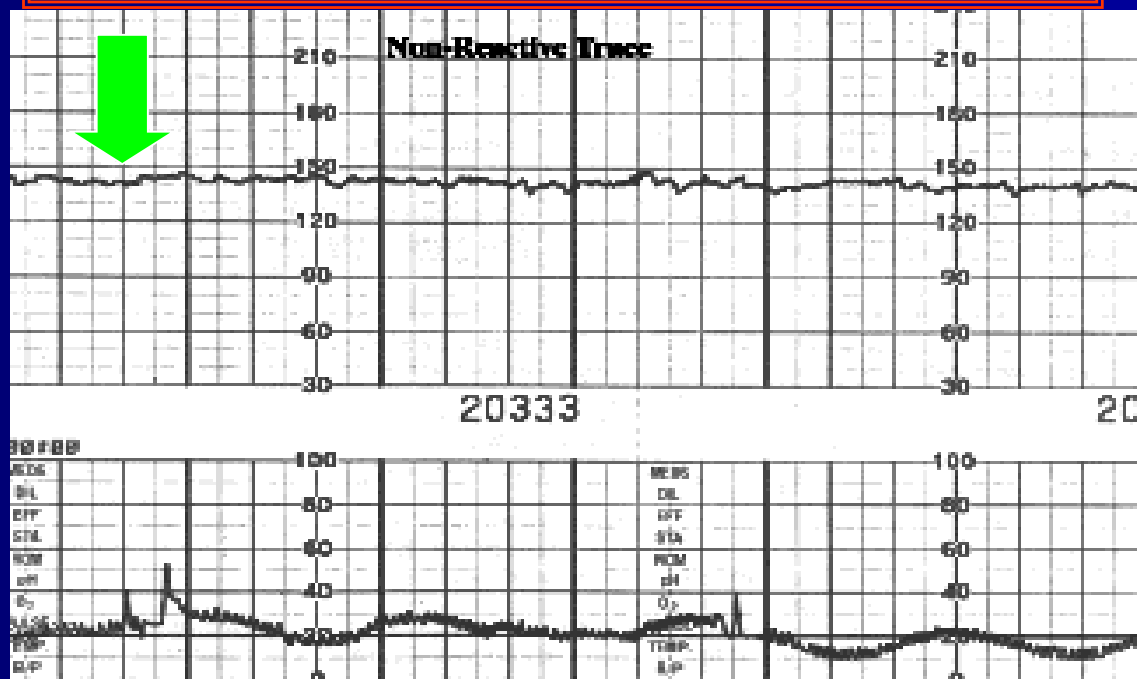
Тактика ведення пологів при дистресі плода

I період пологів

**Кесарів
розтин**

Дистрес плода

- Стійка тахікардія > 180 уд/хв
- Стійка брадікардія < 100 уд/хв
- Варіабельність - 2 уд./хв і менше (монотонний ритм)



Тактика ведення пологів при дистресі плода

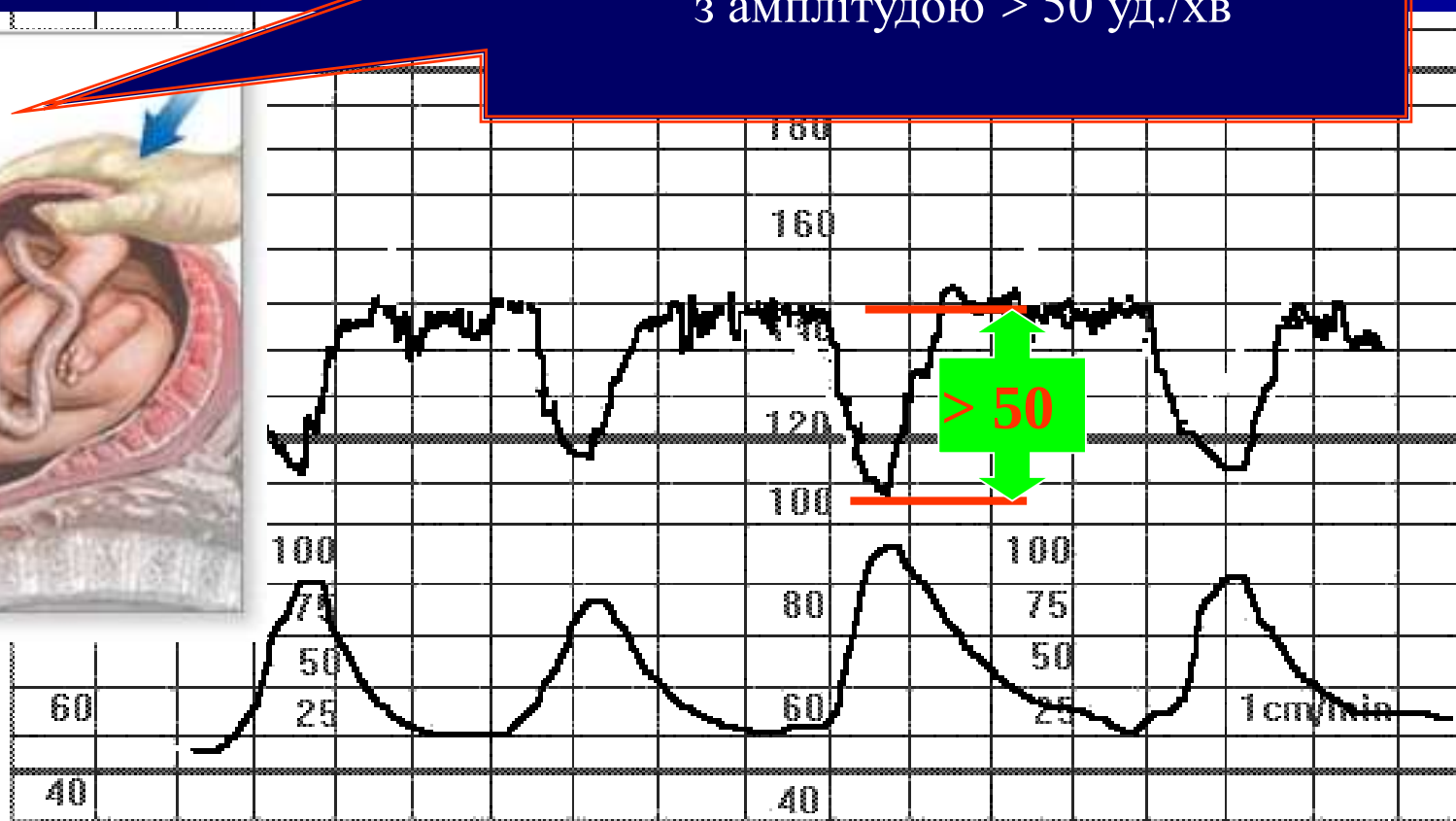
I період пологів

**Кесарів
розтин**



Дистрес плода

- Децелерації ранні з амплітудою > 50 уд./хв



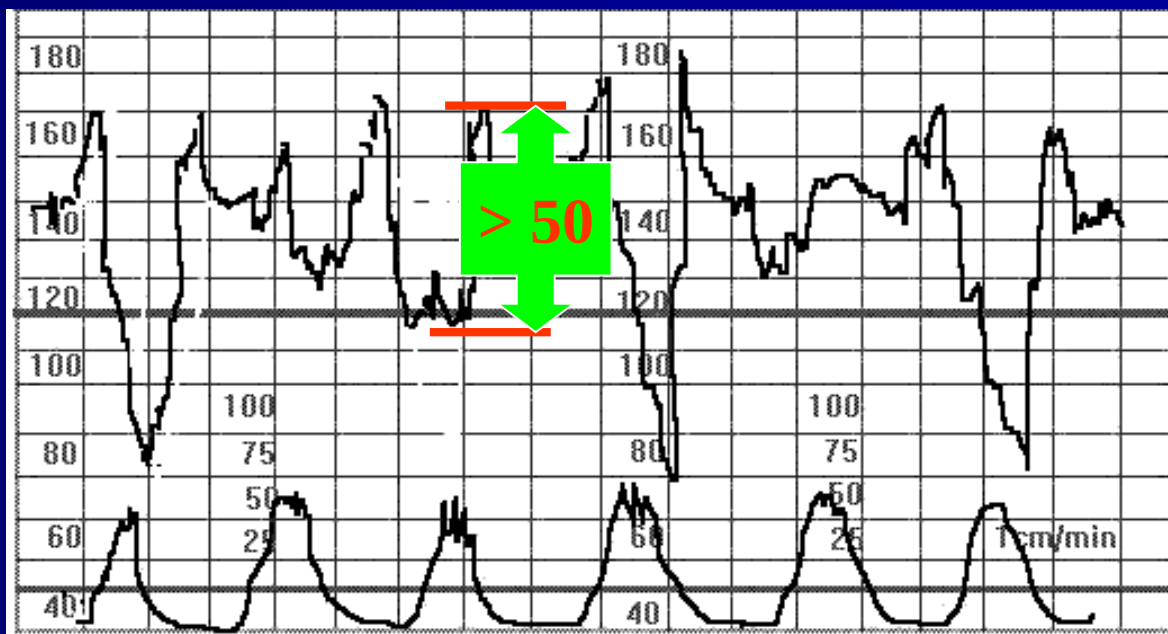
Тактика ведення пологів при дистресі плода

I період пологів

Дистрес плода

- Децелерації варіабельні з амплітудою > 50 уд./хв

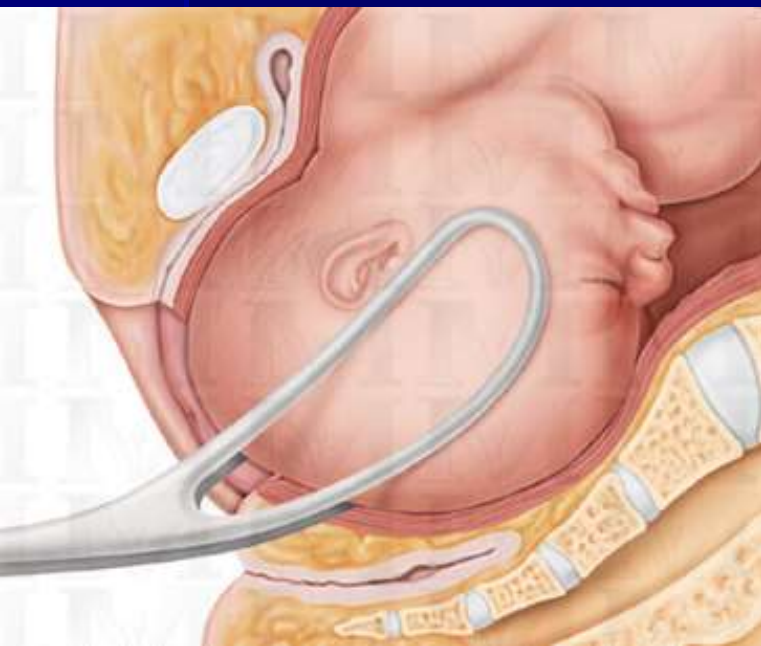
**Кесарів
розтин**



Тактика ведення пологів при дистресі плода

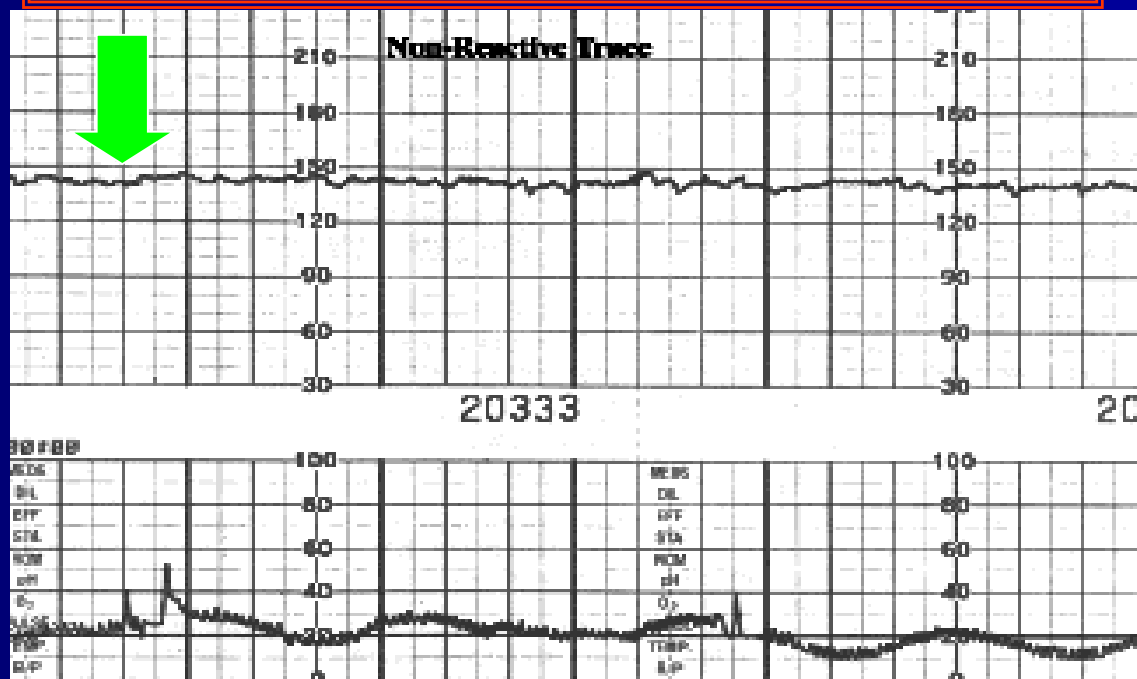
II період пологів

Акушерські
клещата



Дистрес плода

- Стійка тахікардія > 190 уд/хв
- Стійка брадікардія < 90 уд/хв
- Варіабельність - 2 уд./хв і менше (монотонний ритм)



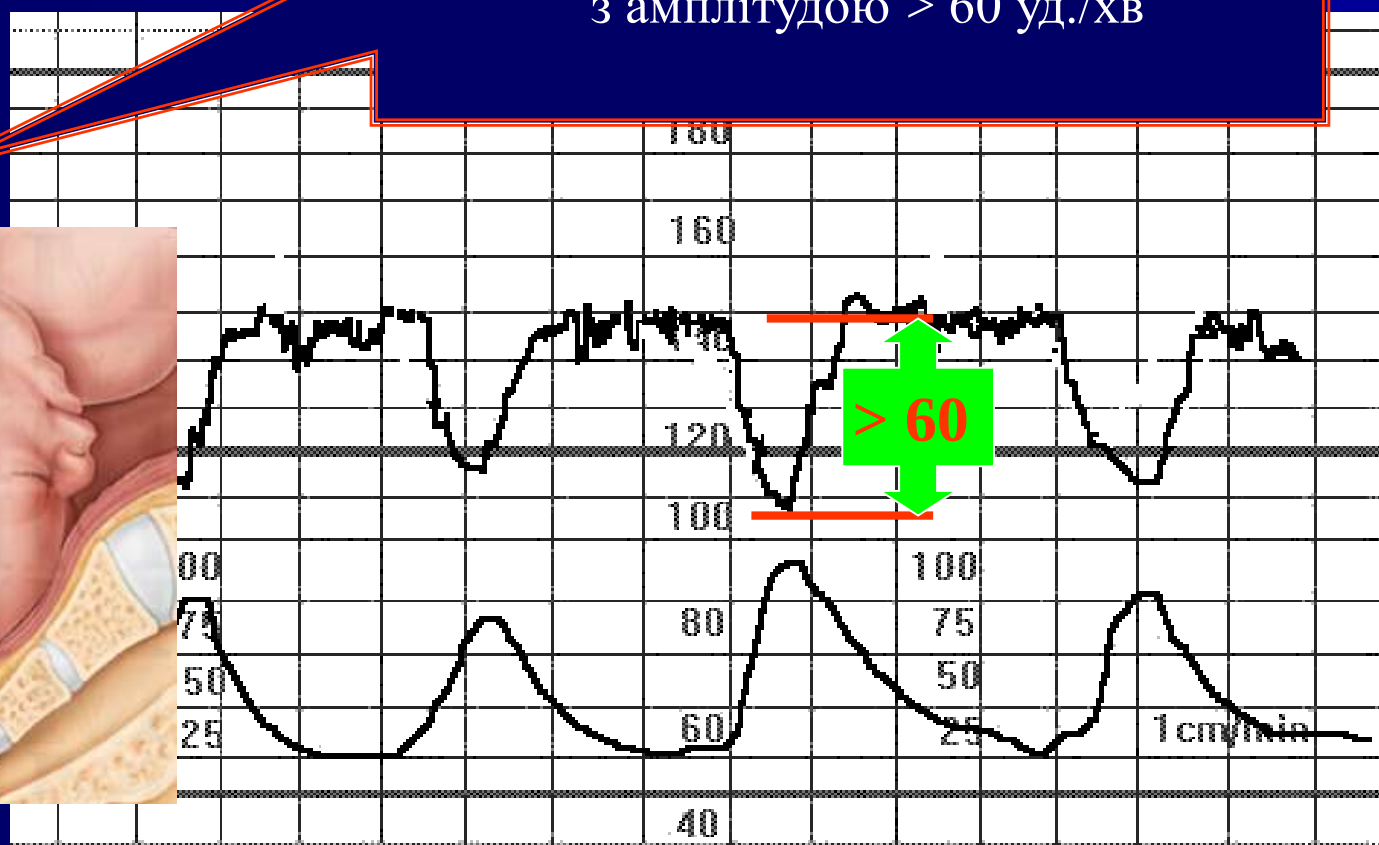
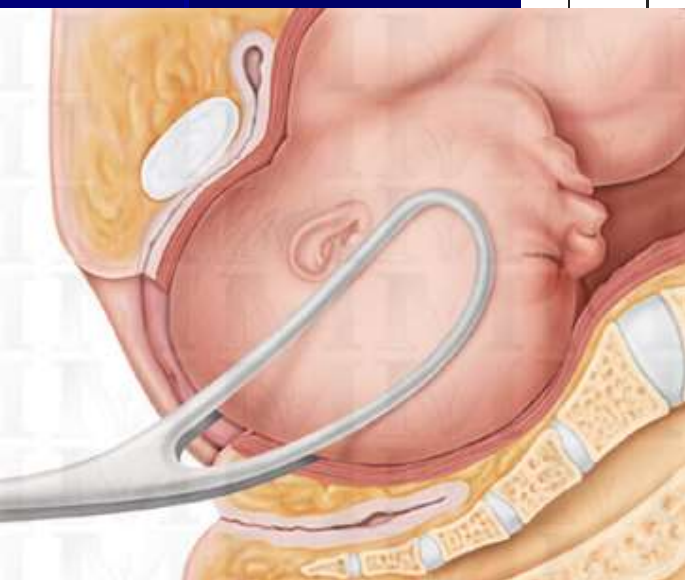
Тактика ведення пологів при дистресі плода

II період пологів

Акушерські
клещата

Дистрес плода

- Децелерації ранні з амплітудою > 60 уд./хв

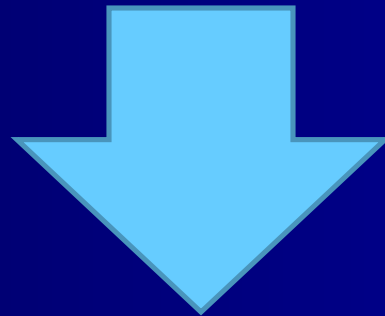


Тактика ведення пологів при дистресі плода

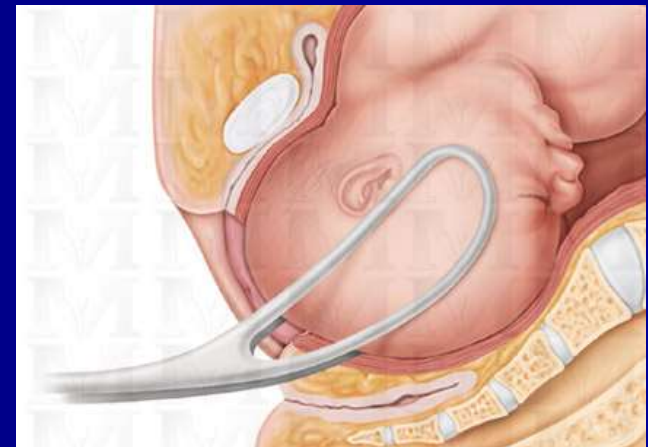
II період пологів

На несприятливий перебіг пологів вказує також:

- Сповільнення серцевого ритму плода на вершині децелерації нижче 70 уд./хв незалежно від виду і амплітуді децелерації по відношенню до БЧСС;
- Перехід пізніх або варіабельних децелерацій в стійку брадікардію.



екстракція плода



Визначення меконію в навколоплідних водах при розриві плідного міхура

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

Примітка:

- Наявність незначних домішок меконію в навколоплідних водах не вказує на дистрес плода, проте, свідчить про необхідність ретельного спостереження за станом плода в пологах



Етапи невідкладної допомоги при дистресі плода в пологах

Періоди
пологів

Головне
передлежання

Тазове
передлежання

1

Кесарів розтин

Кесарів розтин

2

Акушерські клещата
або вакуум-екстракція

Екстракція плода за
тазовий кінець

Тактика ведення пологів при дистресі плода

(продовження)

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

Розділ III

ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДА

Затримка росту плода

- плід малий для даного гестаційного віку
- затримка росту плода

Плід малий для даного гестаційного віку – такий плід, який не досягнув специфічного біометричної або вагової межі відповідного гестаційного віку

Затримка росту плоду (ЗРП) – симптом екстрагенітальної й акушерської патології, тобто ускладнення вагітності, яке розвивається на фоні хронічної ПН

Класифікація ЗРП

- 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)

Фактори ризику ЗРП

➤ *материнські*

➤ *плацентарні*

➤ *екологічні*

➤ *спадкові*

Діагностика ЗРП

I. Біометричні методи:

- визначення висоти стояння дна матки
- ультразвукова фетометрія (з 20 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:

- біофізичний профіль плода (БПП)
- доплерометричне дослідження швидкості матково-плацентарно-плодового кровотоку

Алгоритм ведення вагітних з ЗРП

- лікування захворювань вагітної, що призвели до ЗРП
- поетапне динамічне спостереження за станом плоду
- при нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плоду можливе амбулаторне спостереження та продовження вагітності
- 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)

Алгоритм ведення вагітних з ЗРП

- при вкороченні діастолічного кровотоку в артеріях пуповини проводять дослідження БПП:
- при відсутності патологічних показників БПП проводять повторну доплерометрію з інтервалом 7 днів
- при патологічних змінах БПП проводять повторну доплерометрію 1 раз у 2 дні та БПП кожного дня
- чітка оцінка стану плода та своєчасне розродження
- погіршення показників плодового кровотоку в терміні після 30 тиж. — показання для розродження шляхом кесаревого розтину
- до 30 тиж. вагітності — питання про спосіб розродження вирішують в залежності від акушерського стану та згоди вагітної
- роди через природні родові шляхи — проводять під кардіомоніторним контролем за станом плода при нормальному або вкороченому кровотоці в артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 балів та вище)

Показання для розродження шляхом кесарського розтину

- критичні зміни кровотока в пуповині (нульовий або реверсний)
- гострий дистрес плоду незалежно від типу кровотоку в артеріях пуповини під час вагітності
- патологічний БПП (4 бали і менше) при відсутності біологічної зрілості шийки матки (після 30 тиж. вагітності)

ДЯКУЮ

ЗА УВАГУ!