



Аntenатальне спостереження: план локального протоколу щодо спостереження за плодом в амбулаторних умовах.

Ошовська Т.Т.
Обласний позаштатний спеціаліст,
що відповідає за проведення
методичної роботи за фахом
«Перинатологія»

Що ж варто робити?

- ретельно формувати групи ризику плодової декомпенсації
- проводити адекватний індивідуалізований моніторинг
- впливати на материнські/плодові фактори
- профілакувати хронічне напруження компенсаторних реакцій
- за наявності хронічного напруження не припускати гострого

Фактори, що поєднуються з раптовою загибеллю плода

- Тривалість вагітності (> 42 тижнів)
- Куріння, ожиріння, вік матері,
- Цукровий діабет (погано контрольований)
- Системний червоний вовчак
- Антифосфоліпідний синдром/ Спадкові тромбофілії
- Інфекційні процеси
- Гіпертонія/Прееклампсія
- ДРТ/непліддя
- Резус-конфлікт
- Рубець на матці
- Багатоплодова вагітність
- Затримка росту плода/Відшарування НРП
- Вроджені аномалії/Генетичні аномалії
- Водянка плода
- Передлежання судин

Фактори ризику несприятливих перинатальних наслідків (1)

- **Попередній соматичний та акушерський анамнез**
 - Компоненти метаболічного синдрому
 - Резус-конфлікт
 - передчасні пологи
 - Гіпертензивні розлади під час попередньої вагітності
 - Гестаційний діабет
 - Відшарування плаценти
 - Затримка внутрішньоутробного розвитку плода
 - Неврологічне ураження новонароджених
 - Антенатальна загибель

Фактори ризику несприятливих перинатальних наслідків (2)

Поточна вагітність

- **Материнські**

- Пізній термін вагітності (≥ 287 днів, ≥ 41 тижні)
- Гіпертензивні розлади під час вагітності
- Діабет до вагітності
- Гестаційний діабет
- Шкідливі звички (паління, алкоголь, наркотики)
- Передчасний розрив навколоплідних оболонок
- Часткове (не прогресуюче) відшарування плаценти, передлежання плаценти
- Ізоімунізація
- Результати біохімічного скринінгу, що свідчать про високий ризик хромосомних аномалій (навіть за відсутності підтвердженої аномалії плода)
- Нещасний випадок під час вагітності (травма, отруєння тощо)
- Вагінальна кровотеча
- Ожиріння
- Екстрагенітальна патологія у стадії субкомпенсації або декомпенсації

Фактори ризику несприятливих перинатальних наслідків (3)

Поточна вагітність

- **Фетальні**
 - Запліднення за допомогою репродуктивних технологій
 - Зниження рухової активності плода
 - Затримка внутрішньоутробного росту
 - Патологія пуповини
 - Олігогідрамніон/полігідрамніон
 - Багатоплідна вагітність

Рутинний фетальний моніторинг

- Гравідограма
- Актограма
- Аускультация серцебиття плода
- УЗД дослідження в регламентовані терміни

Гравідограма

- З 20 тижнів вагітності
- при кожному відвідуванні
- слідкуємо за «очікуваною кривою» росту
- чутливість варіює від 62% до 95%
- простий, неінвазивний, недорогий метод
- різна для одноплідної та двоплідної вагітності
- при перетині 10-ї перцентилі – УЗД, ретельна фетометрія, доплерометрія в артерії пуповини

Аускультация серцевої діяльності плода (що? кому? де? коли? навіщо? Подальші кроки?)

- 1) При кожному відвідуванні акушер-гінеколога або акушерки з 20 тижнів.
- 2) При **ЧСС понад 170 уд/хв та нижче 110 уд/хв** – НСТ протягом 2 годин.
- 3) У випадку **атипового НСТ** - оцінка ІАР.
- 4) При **патологічному ІАР** - доплерометрія кровоплину в артеріях пуповини.
- 5) При **патологічному кровоплині** у поєднанні з **порушенням ІАР та НСТ** до 34 тижнів вагітності - госпіталізація до пологового стаціонару III рівня надання допомоги.
- 6) При **нормальному кровоплині** в артерії пуповини – контроль НСТ через 24 години.
- 7) У випадку **патологічного НСТ** – госпіталізація до стаціонару, **щоденна доплерографія АП** (при порушенні в АП – СМА, при порушенні в СМА - DV).

Підрахунок рухів плода

- метод зменшує перинатальні втрати в групі високого ризику
- починаємо з 26 тижнів
- працюють різні схеми, віддаємо перевагу підрахунку в піки «емоційної активності плода», наприклад:

Норма: 6 рухів за 2 години з 19-00 до 21-00

10 рухів за 12 годин з 9-00 до 21-00

3 рухів за 1 годину – 3 рази на день

У ВИПАДКУ ВІДСУТНОСТІ ДОСТАТНЬОЇ
КІЛЬКОСТІ РУХІВ СЛІД ЯКОМОГО
ШВИДШЕ ЗВЕРНУТИСЯ ДО ЛІКАРНІ
ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ
НСТ (КТГ)
ПРОТЯГОМ НАЙБЛИЖЧИХ 12 ГОДИН

•Нормальний НСТ

•Не має факторів ризику несприятливих перинатальних наслідків

•Не має підозри на мало/багатоводдя, МГВП/ЗВУР



Щоденний підрахунок рухів плода вагітною

Нагадати вагітній:

•Правильну методику підрахунку рухів плода

•Фактори, які можуть впливати на рухову активність плода

•Нормальний НСТ

•Присутні фактори ризику несприятливих перинатальних наслідків

або/та

•Є підозра на мало/багатоводдя, МГВП/ЗВУР



УЗД протягом найближчих 24-36 годин

•Атиповий /ненормальний НСТ

•Не має факторів ризику несприятливих перинатальних наслідків

•Не має підозри на мало/багатоводдя, МГВП/ЗВУР



УЗД якнайшвидше

•Атиповий /ненормальний НСТ

•Присутні фактори ризику несприятливих перинатальних наслідків

або/та

•Є підозра на мало/багатоводдя, МГВП/ЗВУР



Методи розширеної оцінки

- КТГ (НСТ за Фішером, Доуз-Редманом + STV)
- Біофізичний профіль
- визначення об'єму амніотичної рідини
- Допплерометрія кровоплину в
 - артеріях пуповини,
 - середній мозковій артерії плода,
 - ductus venosus

Доплерометрія в маткових артеріях

- Під час I КПС у **11-13⁺⁶** тижнів у групі високого перинатального ризику (аспірин 100 мг)
 - **17-22 тижні** за наявності несприятливого **анамнезу** (ПВНРП, ЗВУР, антенатальна загибель) або **ризиків поточної вагітності** (гіпертензія, захворювання нирок, аномальні результати скринінгу)
 - Наявність змін збільшує ризик ПД у 4-8 разів
- Прогностична цінність негативного результату 80%-99%

Доплерометрія в артеріях пуповини

- метод, що зменшує перинатальні втрати в групі високого ризику
- не є рутинним чи скринінговим
- **покази:** МГВП, порушення БФП, контроль у динаміці
- **нульовий кровоплин в АП до 34 тижнів не може бути єдиним показанням для негайного розродження**

Допплерографія середньої мозкової артерії (СМА):

Проводиться у випадку порушень:

- -в артеріях пуповини, ЗРП, підозрі на гемолітичну анемію
- -пікова систолічна швидкість як маркер в'язкості крові (1,5 МоМ - анемія),
- -цереброплацентарний індекс (ЦПІ) – співвідношення РІ в СМА до РІ в артеріях пуповини
- -ЦПІ $< 1,08$ (Bashat, Gembruch 2003) – корелює з несприятливими наслідками (ВШК, лейкомаляція,)

Венозний доплер

Проводиться:

- у випадку нульового, реверсного кровотоку в АП, (ознаках централізації кровоплину)

Допплерографія венозної протоки:

- нульовий/реверс – порушення систоло-діастолічної функції

Допплерографія вени пуповини:

наявність пульсації – термінальний стан

Рекомендована кратність обстежень

- **Відсутність факторів ризику** – наказ №417
- **Наявність факторів ризику**, але **нормальні** показники **рутинного моніторингу** - наказ №417 + УЗД в 28 т.
- **Фактори ризику + порушення в рутинному моніторингу**, але **нормальний БФП** та **збережений діастолічного компонентів** в артеріях пуповини – НСТ та ЕХО 1 раз на два тижні (почергово)
- **Порушення БФП** – УЗД 1 раз на 3-7 діб, НСТ - 1 раз на 1-3 дні.
- Відсутність/реверс діастолічного компоненту АП** – УЗД щодня, НСТ двічі на добу.
- Патологічний венозний доплер....**- кожні 8-24 години

Частота проведення досліджень

- Частота проведення антенатальних досліджень стану плода **визначається індивідуально** залежно від наявних факторів ризику і має відповідати ступеню тяжкості ураження та ризику загибелі плода, доведеного результатами досліджень

Ознаки декомпенсації стану плода

- Відсутність приросту маси тіла протягом 14 діб
- Виражене порушення рухової активності
- Прогресивний оліго/ангідрамніон
- Реверсний діастолічний компонент в артеріях пуповини
- Зменшення варіабельності серцевого ритму ($STV < 3.5$)
- Централізація кровообігу після 32 тижня
- Порушення кровотоку у венозній протоці



**Працюймо
разом!**



Дякую за увагу!