

**Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги
"Дистрес плода при вагітності та під час пологів"**

На виконання доручення Президента України від 06.03.2003 №1-1/152 п.а.2 та розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.04.2006 №244-р "Про схвалення Концепції Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 роки" з метою уніфікації вимог до обсягів і якості надання акушерської допомоги,

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити клінічний протокол з акушерської допомоги "Дистрес плода при вагітності та під час пологів" (далі - Клінічний протокол, додається).

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам Головних управлінь охорони здоров'я обласних Дніпропетровської, Львівської, та Харківської, Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської, управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій:

2.1. Забезпечити впровадження Клінічного протоколу в діяльність підпорядкованих закладів охорони здоров'я, починаючи з 2007 року.

2.2. Організувати здійснення контролю за наданням акушерськогінекологічної допомоги у підпорядкованих закладах охорони здоров'я у відповідності до Клінічного протоколу.

3. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я Ю.О. Гайдаєва.

Перший заступник Міністра

О.М.Орда

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони

здоров'я України

від 27.12.2006 № 900

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ З АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ ДИСТРЕС ПЛОДА ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

Терміни "хронічна гіпоксія плода" та "гостра гіпоксія плода" не є клінічними, оскільки для діагностики цих станів у рутинній лікарській практиці не використовуються показники кисневого забезпечення плода (метаболічний ацидоз). Справжні причини порушень серцевої діяльності плода, його біофізичного профілю та пуповинного кровотоку встановити за допомогою сучасних неінвазивних методів дослідження неможливо. Тому усі порушення функціонального стану плода у теперішній час позначають терміном "дистрес плода".

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

ДИСТРЕС ПЛОДА ПРИ ВАГІТНОСТІ

Шифр МКХ: О36.3

Для діагностики дистресу плода при вагітності використовуються наступні методи:

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

- фізіологічний норматив - 110-170 уд/хв

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

2. Біофізичний профіль плода (БПП) (з 30 тижнів вагітності) - оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплодових вод) (див.таблицю 1) (С)

- **модифікований БПП** поєднує нестресовий тест з індексом амніотичної рідини.

3. Доплерометрія швидкості кровоплину в артерії пуповини (відоображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці) (А).

Діагностичні критерії:

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

- **Патологічний кровоплин:**

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

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

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

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

Діагностика

1) Аускультация серцевої діяльності плода при кожному відвідуванні лікаря-акушера-гінеколога або акушерки.

2) При визначенні частоти серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв, що свідчить про дистрес плода, є потреба у проведенні оцінки біофізичного модифікованого, або розширеного біофізичного плода.

3) При патологічному БПП проводиться доплерометрія кровоплину в артерії пуповини. При нормальному кровоплину в артерії пуповини необхідне повторне БПП через 24 години.

4) При патологічному кровоплину в артерії пуповини - госпіталізація до пологового стаціонару III рівня надання допомоги.

Таблиця 1. Оцінка результатів визначення показників біофізичного профілю плода

Параметри	Бали		
	2	1	0
Нестресовий тест (реактивність серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ)	5 і більше акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	2-4 акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	1 акцелерація або відсутність її за 20 хв. спостереження
Дихальні рухи плода (ДРП)	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю 60 с. і більш за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 с. за 30 хв. спостереження	ДРП тривалістю менше 30 с. або їх відсутність за 3 хв. спостереження
Рухова активність плода	Не менше 3 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	1 або 2 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	Відсутність генералізованих рухів
Тонус плода	Один епізод і більше розгинань із поверненням у згинальне положення хребта та кінцівок за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду розгинання із поверненням у згинальне положення за 30 хв. спостереження	Кінцівки в розгинальному положенні
Об'єм навколоплідних вод	Води визначаються у матці, вертикальний діаметр вільної ділянки вод 2 см і більше	Вертикальний розмір вільної ділянки вод більше 1 см, але не менше 2 см	Тісне розташування дрібних частин плода, вертикальний діаметр вільної ділянки менше 1 см
Оцінка БПП	7-10 балів – задовільний стан плода; 5-6 балів – сумнівний тест (повторити через 2-3 дні) 4 балів і нижче – патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове розродження)		

Тактика ведення вагітності з дистресом плода (див. рис. 1):

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

2. Поетапне динамічне спостереження за станом плода.

3. Амбулаторне спостереження і пролонгування вагітності до доношеного терміну можливо при нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода.

4. При сповільненому діастолічному кровоплину в артеріях пуповини слід провести дослідження біофізичного профілю плода (БПП):

- при відсутності патологічних показників БПП необхідно провести повторну доплерометрію з інтервалом 5-7 днів;

- при наявності патологічних показників БПП, слід проводити доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.

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

6. Госпіталізація вагітної до пологового будинку чи відділення патології вагітних показана, якщо за даними дослідження БПП і/або доплерометрії кровоплину має місце:

- патологічна оцінка БПП (6 балів і нижче);

- повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (7-8 балів);

- сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини;

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

Лікування

- До 30 тижнів вагітності лікування супутніх захворювань у жінки, які призвели до виникнення дистресу плода.

- Після 30 тижнів вагітності найбільш ефективним і ви-

правданим методом лікування дистресу плода є своєчасне оперативне розродження (А).

Розродження

1. Через природні пологові шляхи можливо проводити (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при:

- нормальному або сповільненому кровоплину у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 балів і нижче);

2. Показанням для екстреного розродження шляхом кесаревого розтину після 30 тижнів вагітності є:

- критичні зміни кровоплину в артеріях пуповини (нульовий та реверсний);

- гострий дистрес плода (патологічні брадикардія та децелерації ЧСС) незалежно від типу кровоплину (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності;

- патологічний БПП (оцінка 4 б. і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки.

Профілактика

1. Виявлення факторів ризику ЗРП та проведення динамічного контролю за пацієнтками цієї групи;

2. Дотримання режиму дня та раціональне харчування;

3. Відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

ДИСТРЕС ПЛОДА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

Шифр МКХ-10: O68

Мета спостереження за плодом під час пологів полягає у своєчасному визначенні дистресу плода, ознаками якого є:

- Патологічна частота серцевих скорочень (понад 170 уд./хв. або нижче 110 уд./хв.)

Примітка: У нормі є допустимим тимчасове уповільнення серцебиття плода у момент скорочення матки, що зникає після розслаблення матки.

- Наявність густо забарвлених меконієм навколоплідних вод

Для діагностики дистресу плода під час пологів використовуються наступні методи:

1. Аускультация серцебиття плода - визначення частоти серцевих скорочень за одну хвилину.

Методика аускультации під час пологів

- Підрахування серцевих скорочень плода проводять за повну хвилину - кожні 15 хвилин протягом активної фази і кожні 5 хвилин протягом другого періоду пологів;

- Обов'язково проводять аускультацию до і після перейми або потуги;

- За наявності аускультативних порушень серцебиття плода проводять кардіотокографічне дослідження.

2. Кардіотокографія (КТГ) - синхронний електронний запис серцевого ритму плода і маткових скорочень упродовж 10-15 хвилин.

- При аналізі КТГ оцінюють такі параметри: базальна ЧСС (БЧСС), варіабельність ЧСС (амплітуда і частота осциляцій), наявність і тип тимчасових змін БЧСС у вигляді прискорення (акцелерація) чи уповільнення (децелерація) серцевого ритму.

- За наявності патологічних параметрів ЧСС, що свідчать про загрозливий стан плода, пропонується вести безперервний запис КТГ упродовж всього періоду пологів.

Діагностичні критерії:

- При нормальному стані плода для КТГ характерно: БЧСС у межах від 110 до 170 уд./хв. (нормокардія), варіабельність (ширина запису) - 10-25 уд./хв. з частотою осциляцій 3-6 цикл./хв. (хвилеподібний тип), наявність акцелерацій ЧСС та відсутність децелерацій.

- При дистресі плода у пологах на КТГ зазвичай виявляється одна чи кілька патологічних ознак: тахікардія чи брадикардія, стійка монотонність ритму (ширина запису 5

уд./хв. і менше), ранні, варіабельні та особливо пізні децелерації з амплітудою понад 30 уд./хв.

- **Ознака дистресу плода, що загрожує його життю** (див. таблицю 2):

Показанням для екстреного розродження є досягнення хоча б одним показником КТГ рівня, що свідчить про дистрес плода, що підтверджено записом на плівці.

Про несприятливий прогноз свідчить також:

- уповільнення серцевого ритму плода на піку децелерації нижче 70 уд./хв. незалежно від виду та амплітуди децелерації щодо БЧСС;

- Перехід пізніх чи варіабельних децелерацій у стійку брадикардію.

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

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

Примітка:

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

Тактика ведення пологів

1. Уникати положення роділлі на спині;
2. Припинити введення окситоцину, якщо він був раніше призначений;
3. Якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері необхідно провести відповідне лікування;
4. Якщо стан матері не є причиною патологічного серцевого ритму плода, а частота серцевих скорочень плода залишається патологічною на протязі трьох останніх перейм, треба провести внутрішнє акушерське дослідження для визначення акушерської ситуації та з'ясування можливих причин дистресу плода.
5. При визначенні дистресу плоду необхідне термінове розродження:
 - у першому періоді пологів - кесарів розтин;
 - у другому періоді:
 - при головному передлежанні - вакуум-екстракція або акушерські щипці;
 - при сідничному - екстракція плода за тазовий кінець.

Начальник відділу охорони здоров'я матерів та дітей

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

Показник	Градації	Оцінка стану плода	Рекомендація	
I період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-180 > 180	припустима дистрес	моніторинг ЧСС кесаревий розтин
	брадикардія	109-100 < 100	припустима дистрес	моніторинг ЧСС кесаревий розтин
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	3-4 2 і менше	припустима дистрес	моніторинг ЧСС Кесарів розтин
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
	пізні	< 30	припустима	моніторинг ЧСС
		> 30	дистрес	Кесарів розтин
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
< 50	припустима	моніторинг ЧСС		
> 50	дистрес	Кесарів розтин		
II період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-190 > 190	припустима дистрес	моніторинг ЧСС екстракція плода
	брадикардія	109-90 < 90	припустима дистрес	моніторинг ЧСС екстракція плода
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	3-4 2 і менше	припустима дистрес	моніторинг ЧСС екстракція плода
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 45	припустима	моніторинг ЧСС
	> 45	дистрес	екстракція плода	
варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження	
< 60	припустима	моніторинг ЧСС		
> 60	дистрес	екстракція плода		

Н.Я. Жилка

Рис. Алгоритм акушерської тактики при дистресі плода

