

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ Міністерства охоро-  
ни здоров'я України  
від 27.12.2006 № 901

## **Клінічний протокол з акушерської допомоги**

### **Переношена вагітність**

#### **Шифр МКБ 10 O48 - вагітність, що переношується**

**Вагітністю, що переношується, слід вважати вагітність, яка продовжується більше 42 повних тижнів (294 доби або більше) від першого дня останнього нормального менструального циклу. Частота переношування вагітності коливається від 4 до 14%. Розподіл на переношену та пролонговану вагітність не здійснюється.**

Пологи, що відбулися після 42 повних тижнів вагітності (на 294 добу або пізніше) називаються запізнілими пологами.

Вагітність, що переношується, супроводжується високим рівнем перинатальної захворюваності і смертності, великою кількістю ускладнень в пологах і післяпологовому періоді у матері і новонародженого.

#### **1. Загальні положення.**

Переношений новонароджений – дитина, яка народилася після 42 повних тижнів вагітності (294 доби, або пізніше), має такі ознаки:

- підвищена щільність кісток черепа;
- звуження швів і тім'ячків;
- різке зменшення або відсутність первородної змазки;
- зменшення підшкірно-жирового шару;
- зниження тургору шкіри;
- лущення шкіри, «кінцівки пралі», «банні ступні»;
- збільшення довжини нігтів;
- щільні хрящі вушних раковин і носу.

Характерні зміни посліду:

- ділянки петрифікатів і жирового переродження;
- збільшення маси;
- зменшення товщини;
- склеротичні та дистрофічні зміни;
- вогнища некрозу;
- тонка пуповина.

## **2. Діагностика.**

2.1. У разі переносування вагітності спостерігаються:

- відсутність зростання маси тіла вагітної або зменшення більш ніж на 1 кг;
- зменшення окружності живота на 5-10 см, що пов'язано зі зменшенням кількості навколоплідних вод;
- маловоддя;
- наявність меконію в навколоплідних водах при розриві плодових оболонок;
- виділення молока, а не молозива з молочних залоз;
- дистрес плода;
- незрілість або недостатня зрілість шийки матки.

2.2. Характерними ознаками вагітності, що переношується за даними УЗД є:

- маловоддя;
- відсутність збільшення біпаріетального розміру голівки плода в динаміці;
- відсутність збільшення динаміки росту плода;
- потоншення плаценти;
- III ступінь зрілості плаценти.

### **3. Тактика ведення**

3.1. Госпіталізацію вагітних, що переношують, бажано проводити до стаціонарів III рівня надання акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги.

Для попередження переношування вагітності доцільна госпіталізація в терміні 41 тиждень, що надає можливість своєчасно визначити об'єм необхідних заходів щодо підготовки родових шляхів до пологів.

3.2. У пологовому відділенні проводять уточнення терміну вагітності, стан вагітної та плода, оцінюють результати клінічних, лабораторних і інструментальних методів дослідження.

3.2.1. при задовільному стані плода і відсутності ознак вагітності, що переношується, рекомендована очікувальна тактика.

3.2.2. за наявності перших ознак вагітності, що переношується, показана підготовка родових шляхів з подальшою індукцією пологової діяльності.

3.3. Підготовка родових шляхів або/та індукція пологів проводиться після оцінки стану шийки матки за шкалою Бішоп-па.

## Оцінка ступеню „зрілості шийки матки” за Бішопом (В)

Параметри	Бали		
	0	1	2
Положення шийки матки щодо провідної осі тазу	Зміщена до крижів	Між крижами і провідною віссю тазу	По вісі тазу
Довжина шийки матки (см)	> 2	1 - 2	1 та <
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Відкриття зовнішнього вічка (см)	Закритий	1	> 2
Місце знаходження передлеглої частини плоду	Рухома над входом у малий таз	Притиснута до входу у малий таз	Притиснута або фіксована у вході у малий таз

**Примітка:** 0-2 бали – шийка “незріла”; 3-5 балів – “недостатньо зріла”; >6 балів – шийка “зріла”.

3.4. Підготовка шийки матки до індукції за незрілою шийкою матки в терміні після 41 тижня проводять одним з наступних методів:

### 3.4.1. медикаментозний

- простагландини E<sub>1</sub> та E<sub>2</sub>, які застосовуються за наявності обов'язкової реєстрації цих засобів для використання в акушерській практиці.

### 3.4.2. немедикаментозний

- ламінарії, які використовуються при оцінці ступеня зрілості шийки матки за шкалою Бішопа менш ніж 5 балів.

В цервикальний канал вводиться від 1 до 5 ламінарій на 24 години з подальшою оцінкою стану шийки матки. За необхідності процедуру можна повторити.

*Заборонено використовувати естрогени та простагландин F2 $\alpha$  з метою підготовки пологових шляхів до зродження.*

3.5. Показання та умови до індукції пологової діяльності:

- термін вагітності 42 тижні і більш;
- стан плода за біофізичним профілем 7 – 8 балів та більше;
- зрілість шийки матки не менш ніж 6 балів за шкалою Бішопа;
- відповідність розмірів плода і тазу матері;
- відсутність плідного міхура ( амніотомія).

3.6. Протипоказання до індукції пологів такі ж як і для термінових пологів.

***Індукція пологів проводиться лише за наявності інформованої згоди жінки.***

3.7. Методи індукції пологів:

- Пальцеве відшарування нижнього полюса плодового міхура;
- Амніотомія;
- Крапельне внутрішньовенне введення розчину окситоцину;

3.7.1. Методом вибору індукції пологів при зрілій шийці матки є амніотомія з наступним краплинним внутрішньовенним введенням розчину окситоцину.

3.7.1.1. Рекомендації до проведення індукції пологів:

- починати слід з 6 до 8 години;
- амніотомія;
- оцінка якості і кількості навколоплідних вод;
- ведення партограми з моменту проведення амніотомії;
- очікувальна тактика біля 2-3 годин, вільна поведінка пацієнтки, психопрофілактика;
- за відсутності пологової діяльності після 2-3 годин безводного періоду – окситоцин в/венно крапельно за схемою.

### 3.7.1.2. Схема введення окситоцину:

З метою внутрішньовенної інфузії 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Обов'язкове проведення катетеризації ліктьової вени для забезпечення активної поведінки роділлі. Починається введення зі швидкістю 6–8 крапель/хв.(0,5-1,0 мОД/хв). При досягненні ефекту через 30 хвилин швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мОД/хв). Максимальна швидкість введення не має перевищувати 40 крапель у одну хвилину.

Критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності без гіперстимуляції матки вважається наявність 4–5 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40–50 сек. Родопосилення проводиться зі спостереженням за станом плода. За відсутності ефекту протягом 6 годин – слід переоцінити план ведення та завершити пологи операцією кесаревого розтину.

***Застосування окситоцину пов'язано з можливим дистресом плода та підвищенням базального тону матки.***

*Ефективність застосовуваної дози окситоцину залежить від конкретної акушерської ситуації*

3.8. Загальні зауваження

- Спостереження за жінкою, якій проводиться індукція має бути безперервною.
- Динамічне спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода здійснюється з веденням партограми [А].
- Знеболювання пологів здійснюється за показаннями та поінформованої згоди жінки.
- Наркотичні анальгетики не використовуються [А].
- Бажана підтримка членів родини [А].

***Недоцільно використовувати в/венні форми простагландинів для індукції пологів [А].***

3.9. Ведення III періоду пологів

З метою профілактики кровотечі пропонується активне ведення III періоду пологів згідно протоколу нормальних пологів Наказ МОЗ України №620 (А).

Ранній післяпологовий період потребує ретельного спостереження за станом породіллі та новонародженого.

***Використання міхура з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовується [А].***

3.10. При встановленому діагнозі вагітності в терміні 42 та більше тижнів, не ефективності попередніх заходів з підготовки шийки матки до розродження та незадовільному стану плода показано оперативне розродження шляхом операції кесаревого розтину.

Начальник відділу охорони  
здоров'я матерів та дітей **Н.Я. Жилка**