

Для формування умінь студент повинен знати:

Будову кісткового таза жінки.

Межі і розміри площин малого таза.

Основні зовнішні розміри таза.

Додаткові розміри таза.

Методи встановлення розмірів істинної кон'югати.

М'язи тазового дна.

Структуру черепа плода.

Розміщення швів і тім'ячок на голівці плода.

Розміри голівки плода, поперечний розмір плечиків, сідниць.

Ознаки зрілості новонародженого.

*У результаті проведення заняття студент повинен **уміти***

Самостійно вимірювати зовнішні розміри таза.

Встановлювати розмір істинної кон'югати.

Визначати масу і зріст новонародженого.

Визначати розміри голівки, поперечний розмір плечиків, сідниць.

Визначати ознаки зрілості новонародженого

Для формування умінь студент повинен знати:

Зміни психологічного стану та в ЦНС, що спостерігаються у вагітних.

Зміни в ендокринній системі, що спостерігаються у вагітних.

Зміни в геніталіях та молочних залозах, що спостерігаються у вагітних.

Зміни в серцево-судинній системі та системі крові, що спостерігаються у вагітних.

Зміни в дихальній системі, що спостерігаються у вагітних.

Зміни в шлунково-кишковому тракті, що спостерігаються у вагітних.

Зміни в нирках, що спостерігаються у вагітних.

Зміни в обміні речовин, що спостерігаються у вагітних.

Зміни з боку шкіри, що спостерігаються у вагітних.

Зміни в кістково-м'язовій системі, що спостерігаються у вагітних.

В результаті проведення заняття студент повинен уміти:

Діагностувати дискомфортні стани, що виникають під час вагітності.

Оцінити скарги жінки, які виникли у зв'язку з вагітністю.

Диференціювати фізіологічні зміни в організмі матері під час вагітності з патологічними.

Для формування умінь студент повинен знати:

Сумнівні, імовірні та вірогідні ознаки вагітності та їх діагностичну цінність.

Діагностику вагітності у ранні строки методом гінекологічного обстеження.

Апаратні методи діагностики вагітності у ранні строки.

Протипоказання до апаратних методів дослідження у ранні строки.

Лабораторні (імунологічні) методи діагностики вагітності у ранні строки.

В результаті проведення заняття студент повинен уміти:

Оцінити скарги жінки, які виникли у зв'язку з вагітністю.

Провести огляд зовнішніх статевих органів і шийки матки та оцінити їх стан.

Провести вагінальне дослідження та визначити розміри матки.

Скласти план додаткового обстеження для діагностики вагітності у ранні строки.

Оцінити результати апаратного та лабораторного (імунологічного) методів дослідження при вагітності ранніх строків.

Для формування умінь студент повинен знати:

Методи визначення терміну вагітності пізніх строків і строку пологів.

Розташування плода у порожнині матки (положення, позиції, види, передлежання плода, малий і великий сегменти голівки плода).

Методи зовнішнього акушерського обстеження:

мету та методику проведення I, II, III, IV прийомів Леопольда;

метод вимірювання висоти стояння дна матки (ВДМ) та складання гравідограми;

метод вимірювання обводу живота (ОВ);

методи розрахування передбачуваної маси плода;

методи тазовимірювання;

Методи діагностики 30-тижневої вагітності.

Сучасні методи обстеження плода під час вагітності:

метод вислуховування серцебиття плода;

метод ультразвукової фетометрії;

методи апаратної оцінки функціонального стану плода - кардіотокографія (КТГ), біофізичний профіль плода (БПП), доплерометрія швидкості кровотоку в артерії пуповини.

Показання та методику проведення внутрішнього акушерського обстеження.

В результаті проведення заняття студент повинен уміти:

Діагностувати вагітність в пізні терміни.

Провести зовнішнє (визначення положення, позиції, виду плода, передлеглої частини, обчислення передбачуваної маси плода) акушерське обстеження.

Встановити строк вагітності в пізні терміни, визначити передбачуваний строк пологів.

Діагностувати 30-тижневу вагітність. визначити допологову відпустку.

Скласти і оцінити гравідограму.

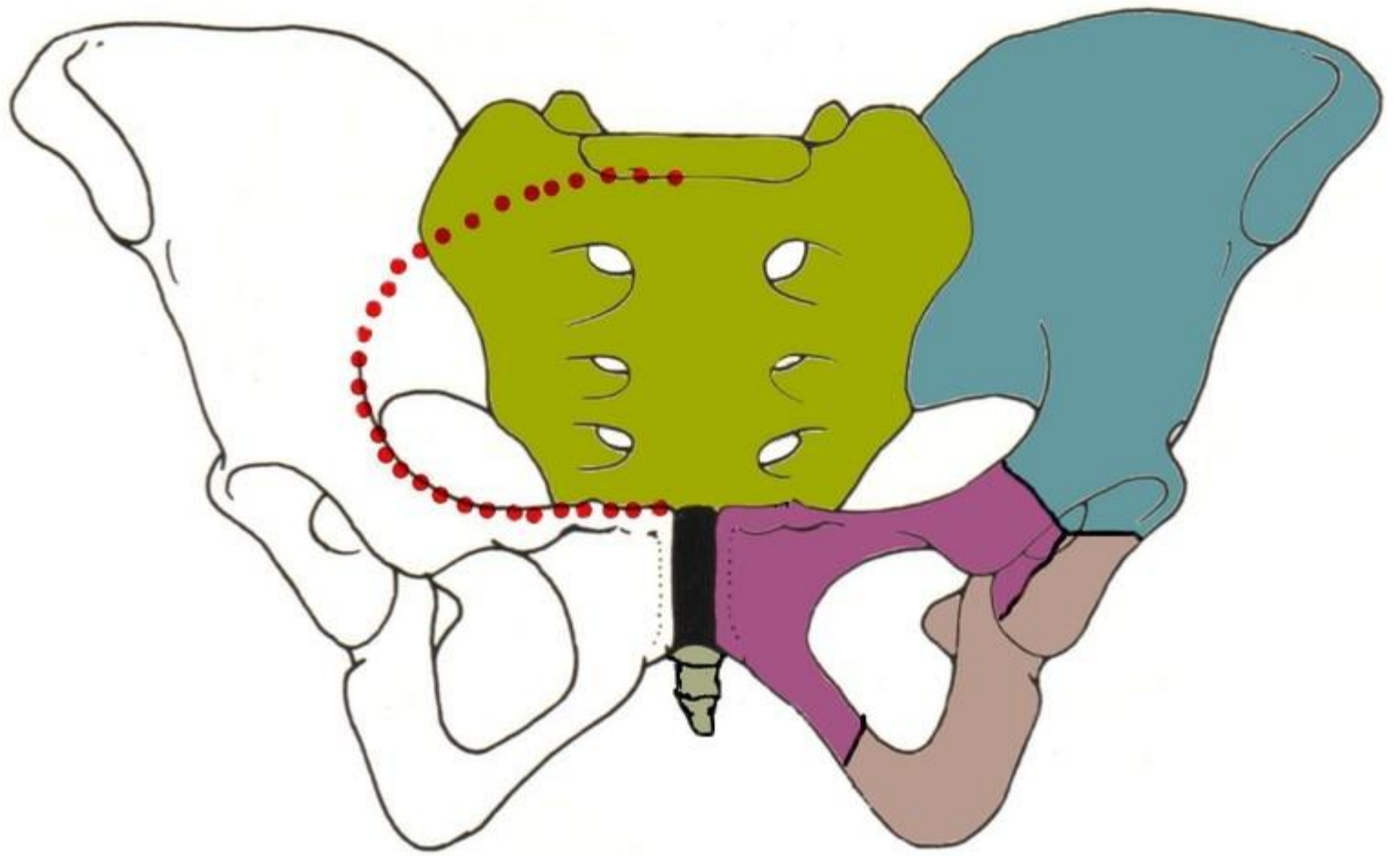
Провести внутрішнє акушерське обстеження вагітних, оцінити зрілість шийки матки.

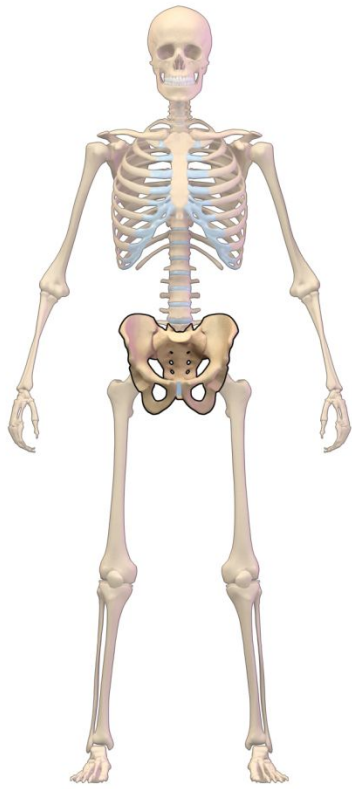
Вислухати серцебиття плода та за даними інструментальних методів оцінити функціональний стан та фізичний розвиток плода під час вагітності.

1. Бімануальна компресія матки.
2. Вислуховування серцебиття плода.
3. Обстеження молочних залоз.
4. Визначення тесту на вагітність.
5. Вимірювання артеріального тиску у вагітних.
6. Огляд шійки матки в дзеркалах, бімануальне піхвове дослідження.
7. Оцінка ознак відокремлення плаценти.
8. Вимірювання розмірів тазу (пельвіометрія).
9. Прийоми Леопольда.
10. Способи виділення посліду.
11. Технологія «теплого ланцюжка».
12. Взяття біоматеріалу з шійки матки для цитологічного дослідження.

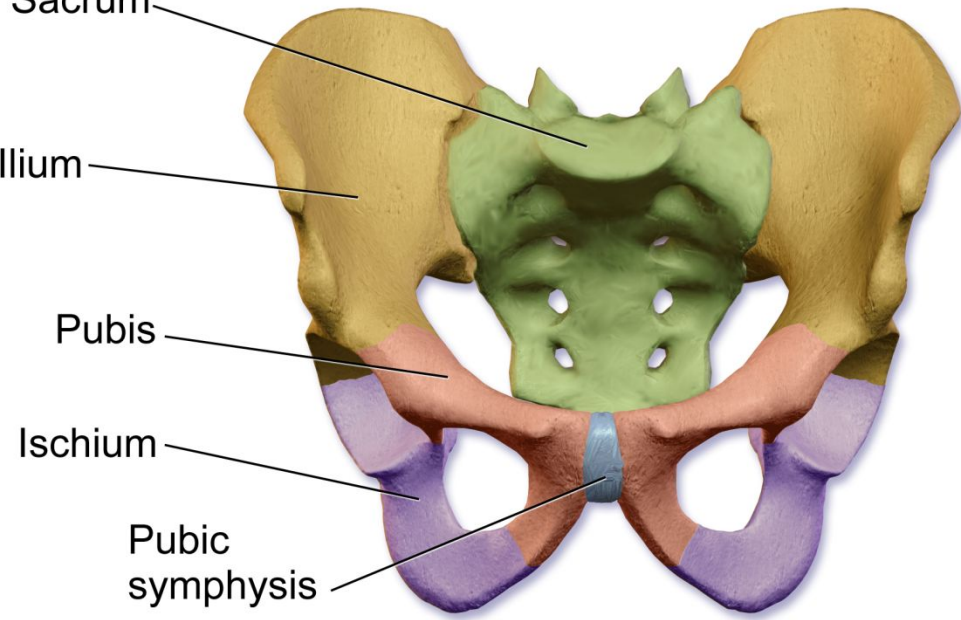
Які межі і площини малого таза, їх форма і розміри?



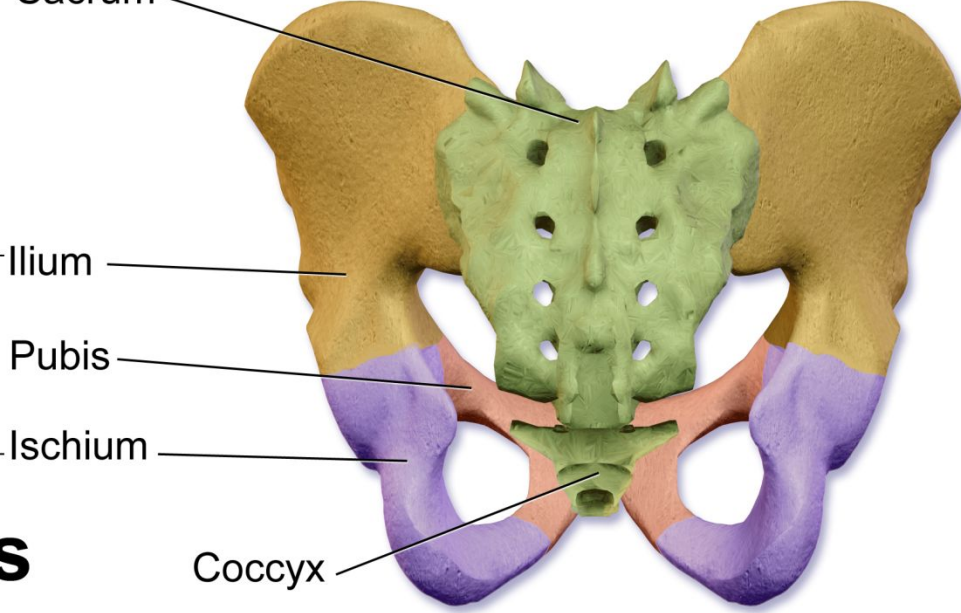




Anterior View

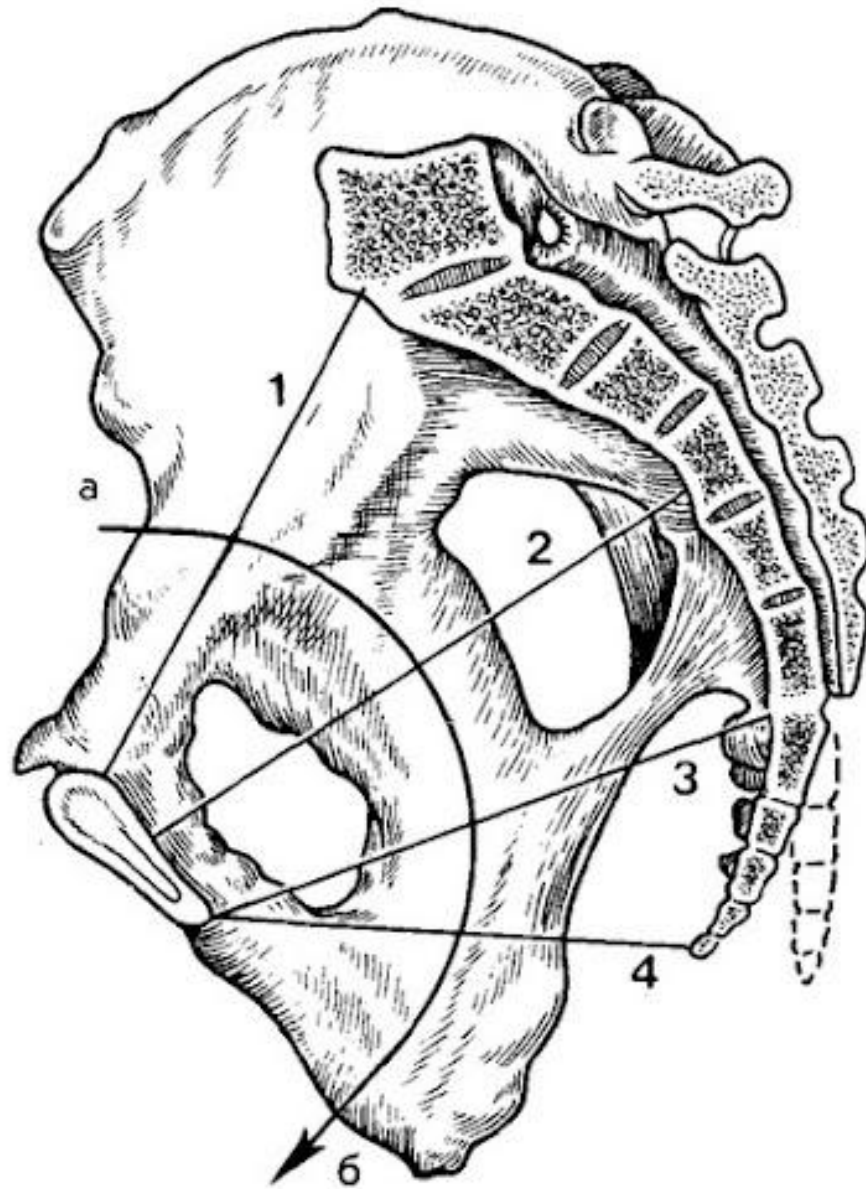


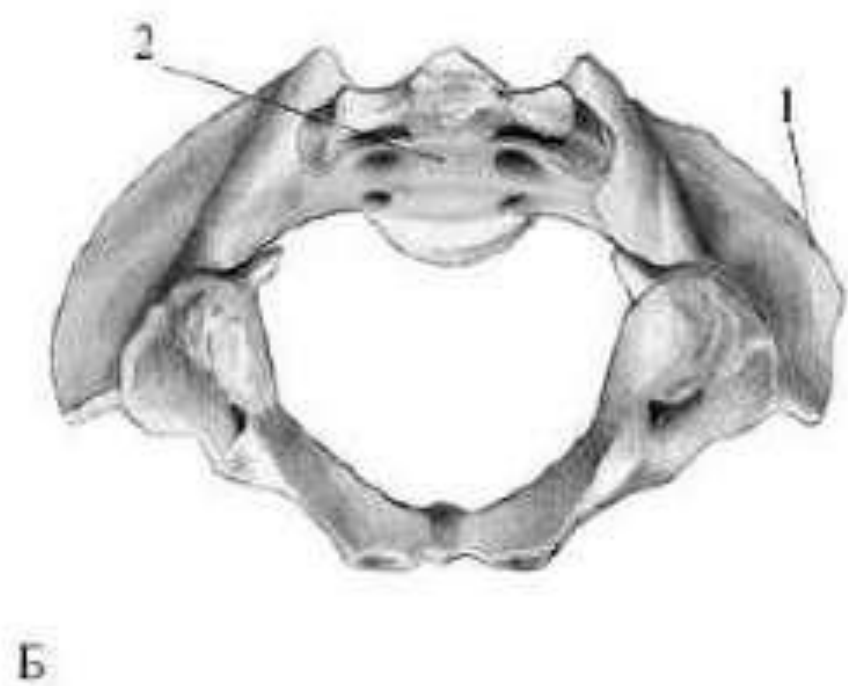
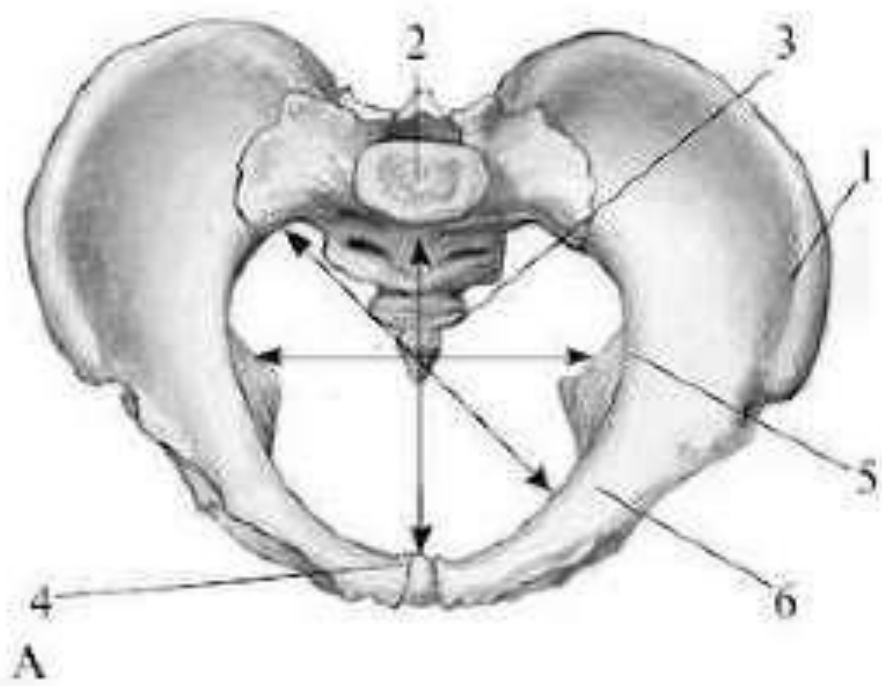
Posterior View



- Ilium
 - Pubis
 - Ischium
- Hip bone

The Pelvis





Площини малого таза та їх розміри:

а) площина входу в малий таз обмежена ззаду мисом крижової кістки, з боків - пограничними (дугоподібними) лініями клубових кісток, спереду - верхнім краєм лобкової кістки та симфізу. Розрізняють чотири розміри.

Прямий розмір – відстань від мису крижової кістки до найбільш виступаючої точки верхньо-внутрішнього краю симфізу, вона називається також *істинною, або акушерською кон'югатою (conjugata vera)*, дорівнює 11 см. Розрізняють також анатомічну кон'югату (*conjugata anatomica*) - відстань від мису крижової кістки до верхнього краю симфізу, вона на 0.3 см більша від акушерської.

Поперечний розмір – відстань між найвіддаленішими точками дугоподібних ліній клубових кісток (*linea innominata*); дорівнює 13 см.

Косий розмір (лівий і правий) – відстань від лівого крижово-клубового зчленування (*articulatio sacroiliaca*) до правого клубово-лобкового вивіщення (*eminentia ileorubica*) і навпаки; дорівнює 12 см.

б) площина широкої частини порожнини малого таза обмежена ззаду з'єднанням II і III крижових хребців, з боків – серединою кульшових западин, спереду – серединою внутрішньої поверхні симфізу. У площині широкої частини малого таза розрізняють два розміри – прямий і поперечний.

Прямий розмір – від проекції з'єднання II і III крижових хребців до середини внутрішньої поверхні симфізу; дорівнює 12,5 см.

Поперечний розмір – між серединами кульшових западин; дорівнює 12,5 см.

в) площина вузької частини малого таза обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду – крижово-куприковим з'єднанням, з боків – остями сідничних кісток. Розрізняють два розміри площини вузької частини малого таза: прямий і поперечний.

Прямий розмір – від крижово-куприкового з'єднання до середини нижнього краю лобкового симфізу; дорівнює 11 см.

Поперечний розмір – між внутрішніми поверхнями остей сідничних кісток; дорівнює 10,5 см.

г) площина виходу з малого таза обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду – верхівкою куприка, з боків – внутрішніми поверхнями сідничних бугрів. Розміри площини виходу з малого таза: прямий і поперечний.

Прямий розмір – це відстань від середини нижнього краю симфізу до верхівки куприка; дорівнює 9,5 см (під час пологів, коли народжується голівка, куприк відхиляється на 1,5 см назад і прямий розмір збільшується до 11 см).

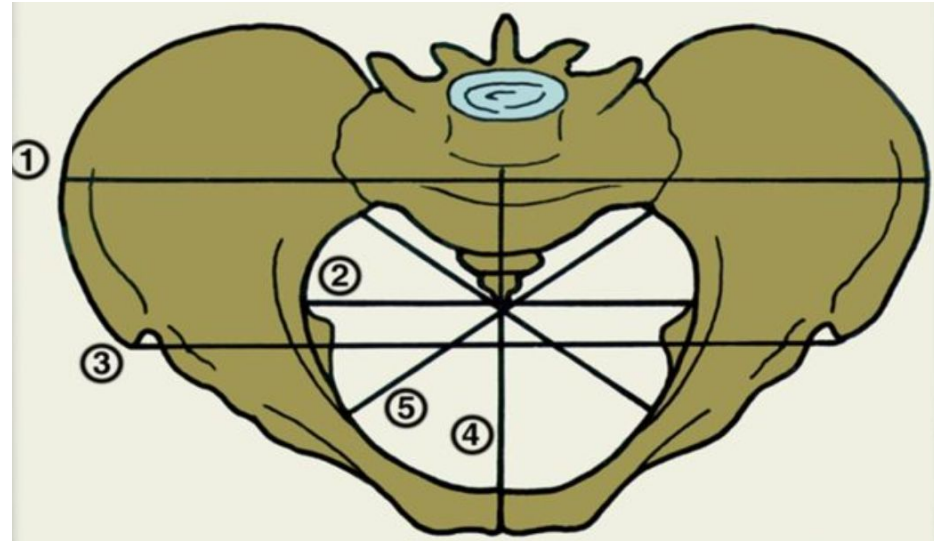
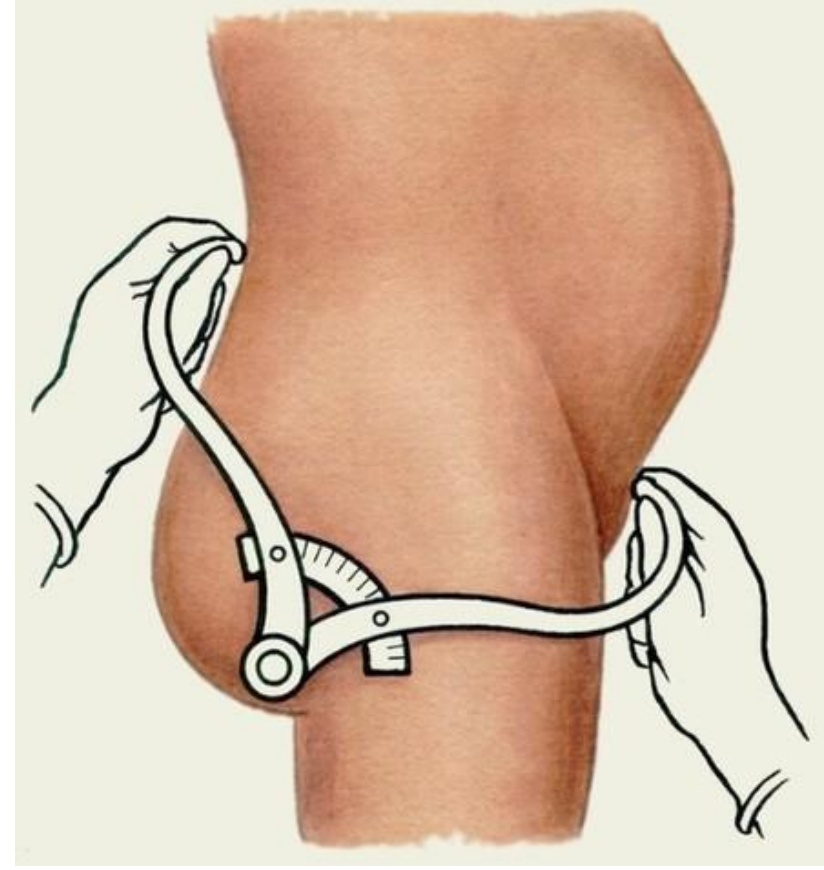
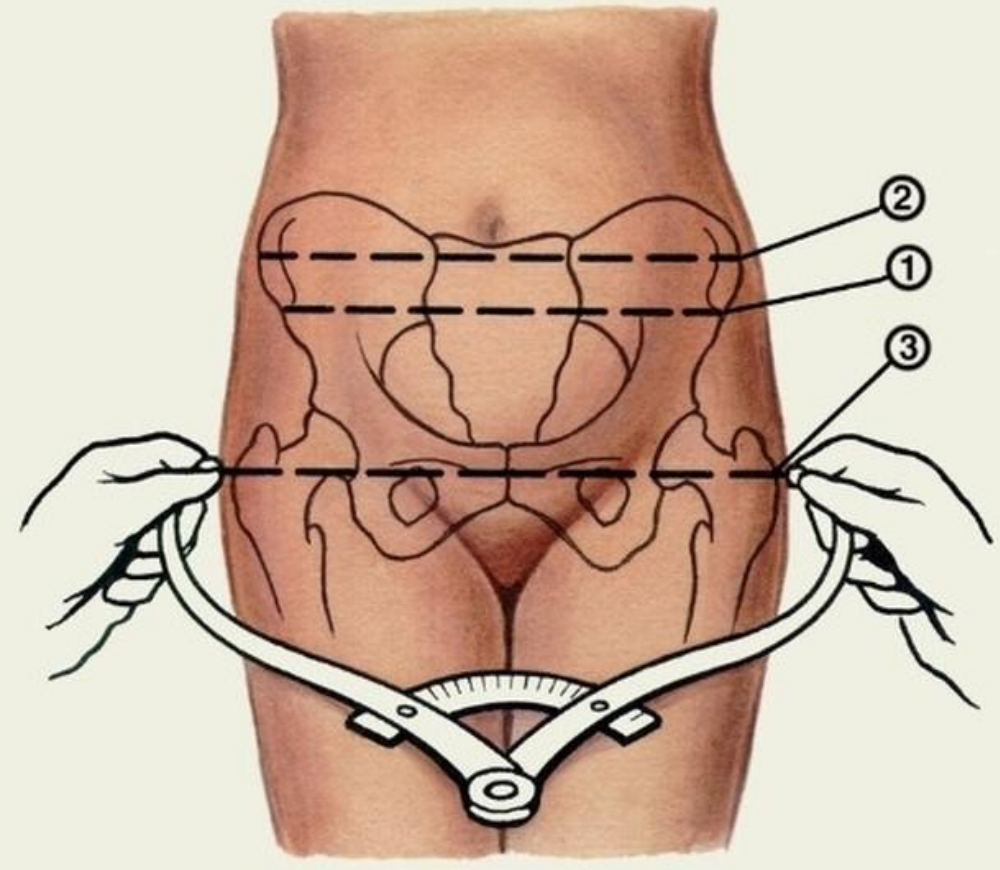
Поперечний розмір – відстань між внутрішніми поверхнями сідничних бугрів, дорівнює 11 см.

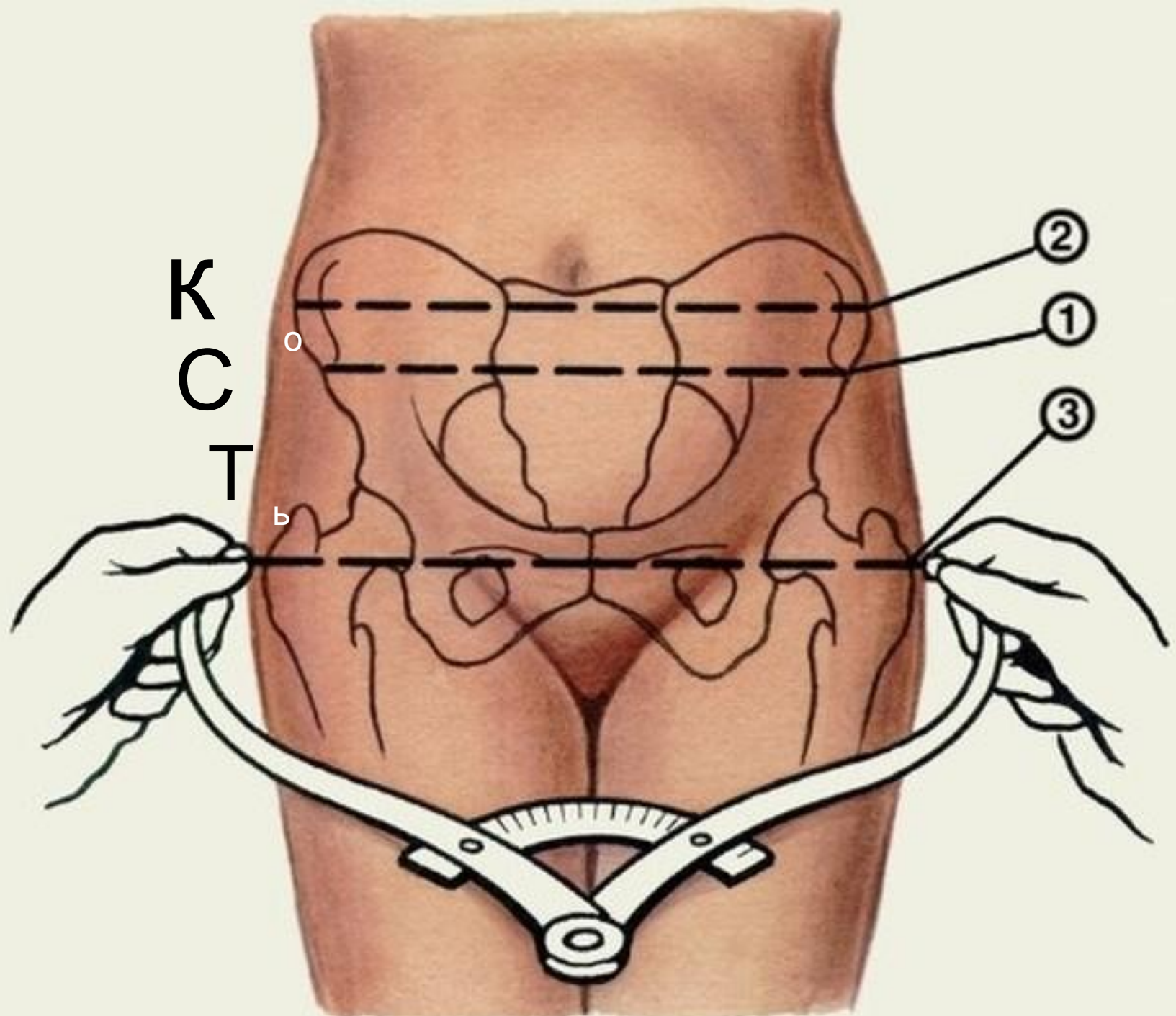
Розміри виходу з малого таза можуть бути виміряні безпосередньо. Для цього вагітну укладають на спину, ноги зігнуті у кульшових і колінних суглобах, розведені в сторони і підтягнуті до живота. Вимірювання виконують сантиметровою стрічкою або спеціальним тазоміром. Прямий розмір вимірюється між наведеними вище орієнтирами. При вимірюванні поперечного розміру треба до одержаного відстані між внутрішніми поверхнями сідничних бугрів (9,5 см) додати 1,5 см, враховуючи товщину м'яких тканин.

Лінія, що проходить посередині всіх прямих розмірів площин, називається провідною віссю таза. Лобковий кут дорівнює 90-100°, кут нахилу таза - 55-60°. Висота симфізу вимірюється при вагінальному обстеженні і дорівнює 3,5-4 см.

Які основні зовнішні та внутрішні розміри таза?







К
С
Т
б

о

2

1

3



Більшість внутрішніх розмірів таза недоступні для вимірювання, тому звичайно вимірюють його зовнішні розміри і за ними приблизно оцінюють внутрішні.

Основні розміри таза

Поперечні розміри:

Distantia spinarum — відстань між передньо-верхніми остями клубових кісток - 25-26 см;

Distantia cristarum

— відстань між найбільш віддаленими точками гребенів клубових кісток - 28-29 см.

Distantia trochanterica — відстань між великими вертлюгами стегнових кісток - 30-31 см.

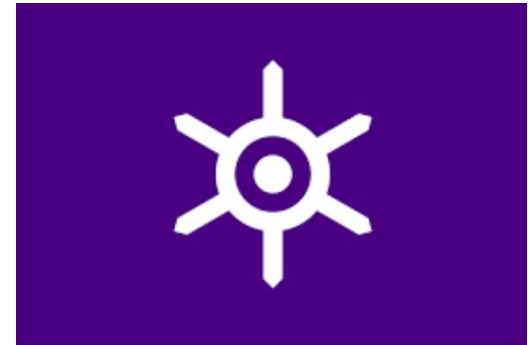
Прямий розмір:

Conjugata externa (зовнішня кон'югата) — відстань від середини верхньо-зовнішнього краю симфізу до надкрижової ямки - 20 см.

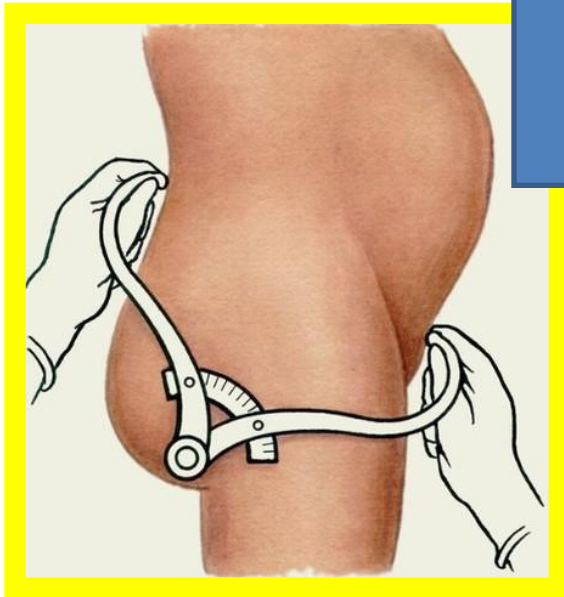
Україна



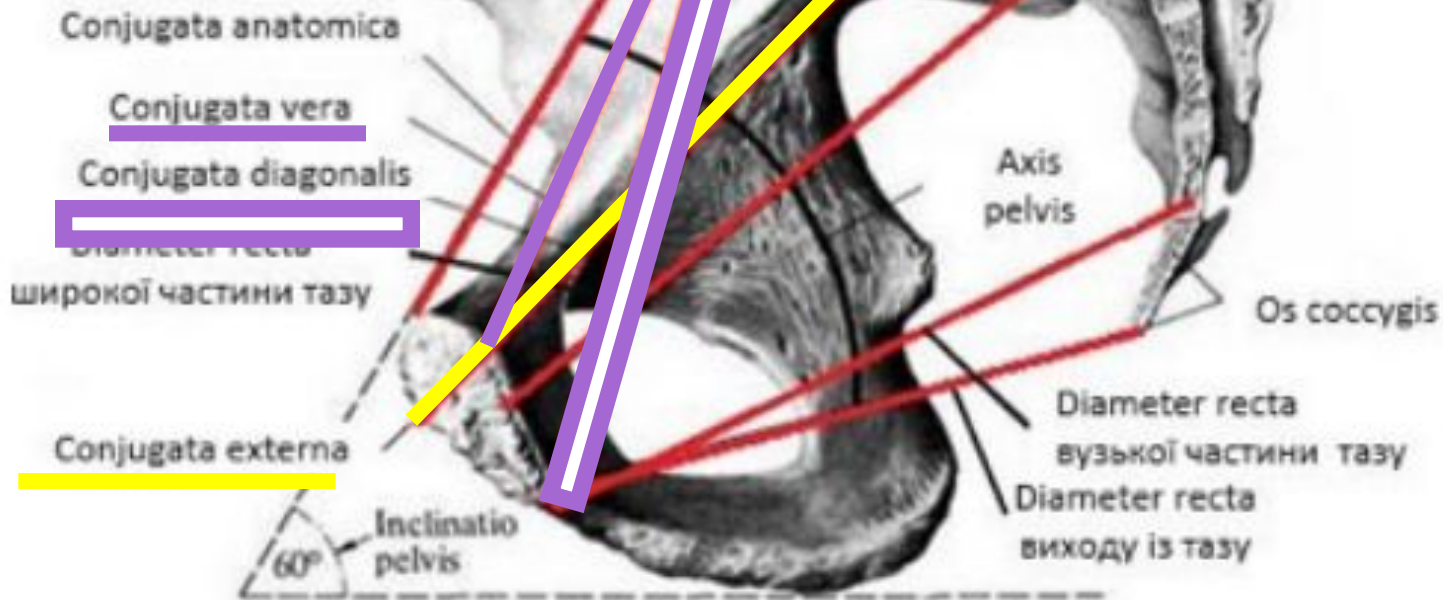
префектура Токіо



20 cm



11 cm



Найважливішим розміром для оцінки тазу є істинна кон'югата, яка не може бути виміряна безпосередньо. Тому її вираховують із доступних для вимірювання розмірів: зовнішньої кон'югати та діагональної кон'югати.

Для визначення істинної кон'югати з розміру зовнішньої кон'югати треба відняти 8 см при обводі променево-зап'ястного суглоба < 14 см; 9 см - при обводі променево-зап'ястного суглоба 14-16 см; та 10 см - при обводі променево-зап'ястного суглоба > 16 см. Наприклад: 20 см - 9 см = 11 см.

Діагональна кон'югата — відстань від нижнього краю симфізу до найбільш виступаючої точки мису крижової кістки. Діагональна кон'югата вимірюється шляхом вагінального дослідження.

При введенні в вагіну вказівний та середній пальці рухаються крижовою западиною до мису крижів, кінчик середнього пальця фіксується на його верхівці, а ребро долоні впирається у нижній край симфізу. Місце, де рука лікаря торкається нижнього краю симфізу, відзначають пальцем другої руки. Після того як пальці вийняті із піхви, тазоміром або сантиметровою стрічкою вимірюють відстань від верхівки середнього пальця до відзначеної точки зіткнення ребра долоні з нижнім краєм симфізу.

Діагональна кон'югата дорівнює в середньому 13 см. Якщо кінцем витягнутого пальця мис крижової кістки досягнути не вдається, то вважається, що розмір діагональної кон'югати близький до норми.

Для встановлення істинної кон'югати з розміру діагональної кон'югати треба відняти 1,5—2 см, в залежності від обводу променево-зап'ястного суглоба: при обводі 15 см — 1,5 см, а при 16 см і більше - 2 см.

Основні зовнішні розміри таза і діагональну кон'югату виміряють у всіх без винятку вагітних і роділь.

Якщо при дослідженні основні розміри не відповідають нормі і виникає підозра на звужений таз, проводять додаткові вимірювання.

Додаткові розміри таза.

Попереково-крижовий ромб (ромб Міхаеліса) являє собою площину на задній поверхні крижів, верхній кут якої складає поглиблення під остистим відростком п'ятого поперекового хребця, бокові кути відповідають задньо-верхнім вістям клубових кісток; нижній — верхівці крижів; зверху і зовні ромб обмежується виступами великих спинних м'язів, знизу і зовні — виступами сідничних м'язів. Ромб Міхаеліса має два розміри: поздовжній - між верхнім і нижнім його кутами (11 см), поперечний - між бічними кутами (9 см). Сума поперечного та поздовжнього розмірів ромба Міхаеліса відповідає розмірові зовнішньої кон'югати.

Бічна кон'югата вимірюється тазоміром від передньо-верхньої до задньо-верхньої ості клубової кістки одноіменного боку, дорівнює 14,5 см.

Косі розміри таза вимірюються для визначення його асиметрії. Для цього порівнюють відстань між такими точками:

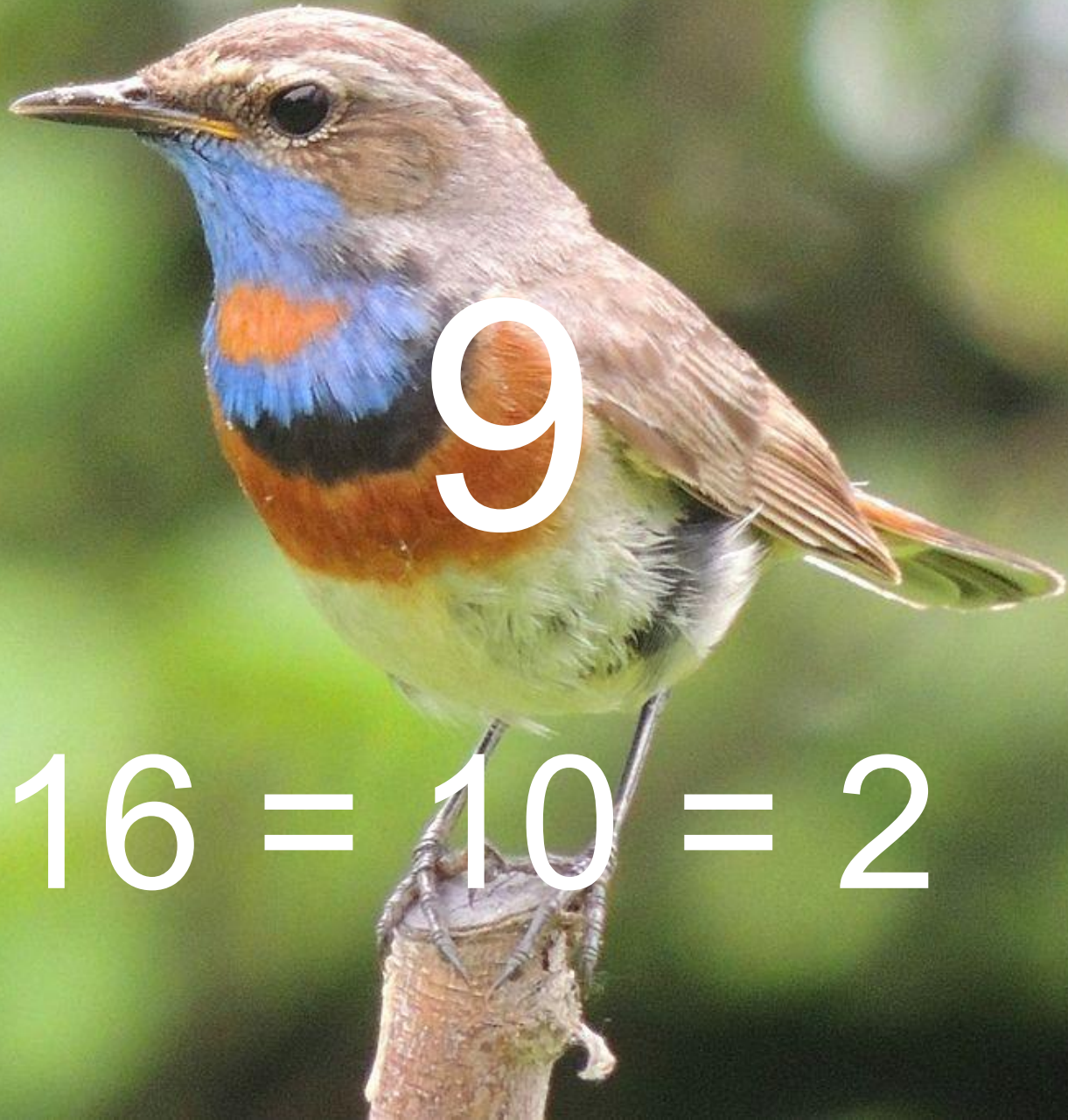
- 1) від середини верхнього краю симфізу до задньо-верхньої ості гребня клубових кісток справа і зліва; ці розміри дорівнюють по 17 см з обох сторін;
- 2) від передньо-верхньої ості однієї сторони до задньо-верхньої ості протилежної сторони і навпаки. Цей розмір дорівнює 21 см;
- 3) від остистого відростка п'ятого поперекового хребця до передньо-верхньої ості правої і лівої клубових кісток. Цей розмір дорівнює 18 см.

У симетричному тазі всі косі розміри однакові. Різниця між косими розмірами однієї сторони до косих розмірів протилежної сторони більша за 1,5 см свідчить за асиметрію таза.

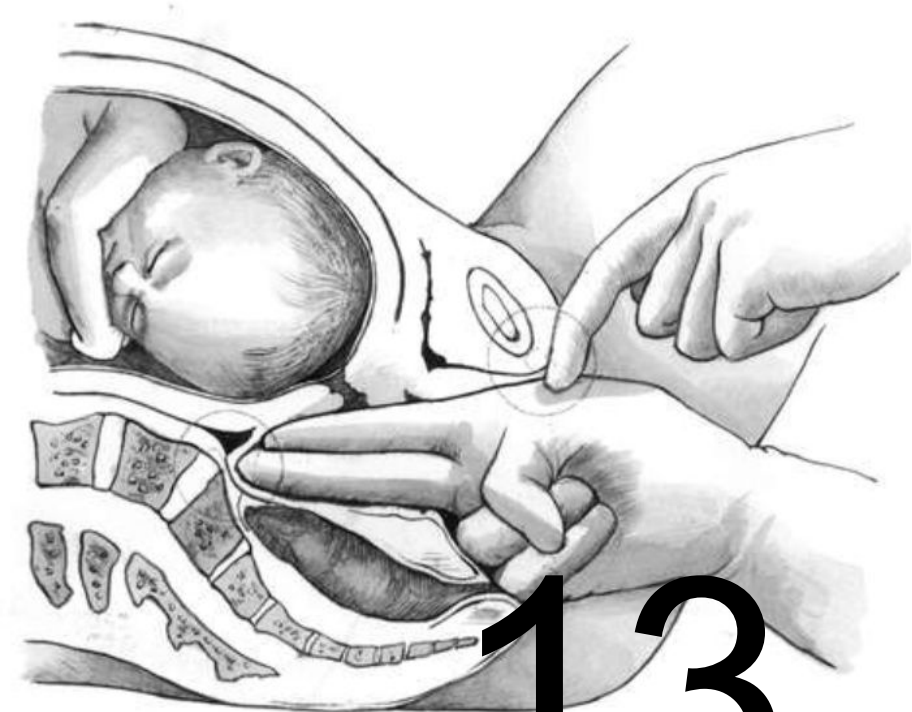
Які існують методи визначення істинної кон'юганти?



$$14 = 8 = 1,5$$

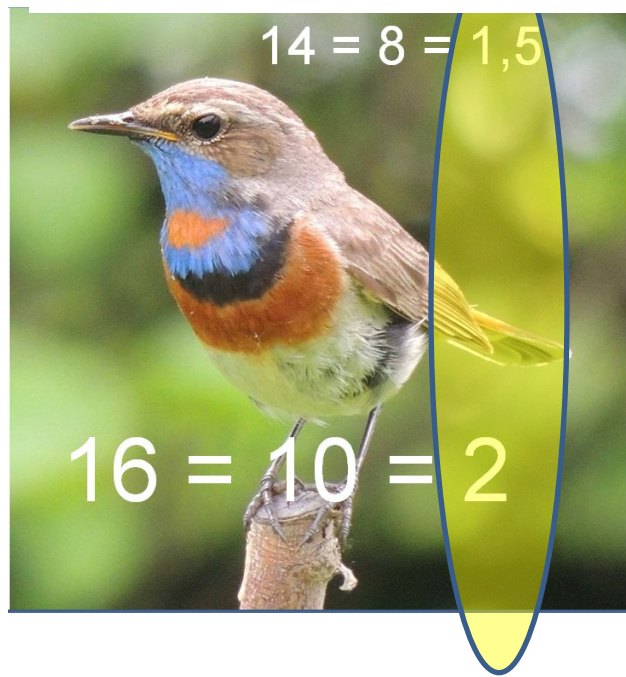


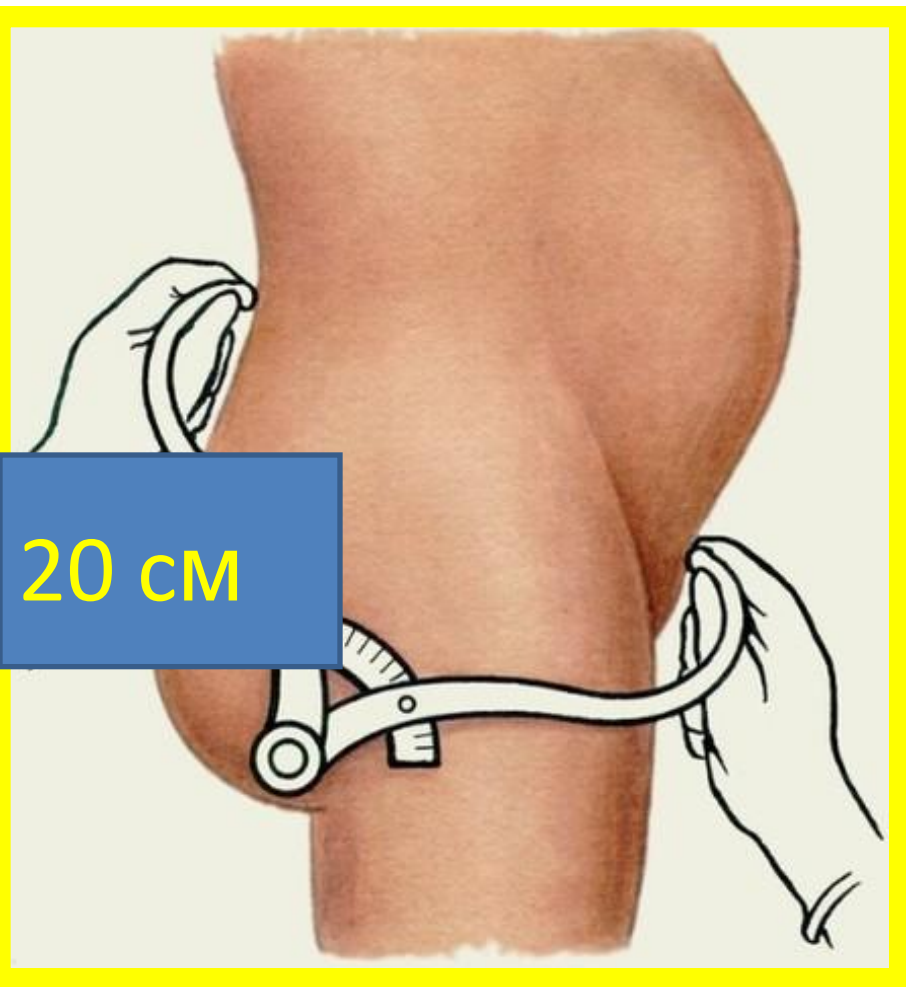
$$16 = 10 = 2$$



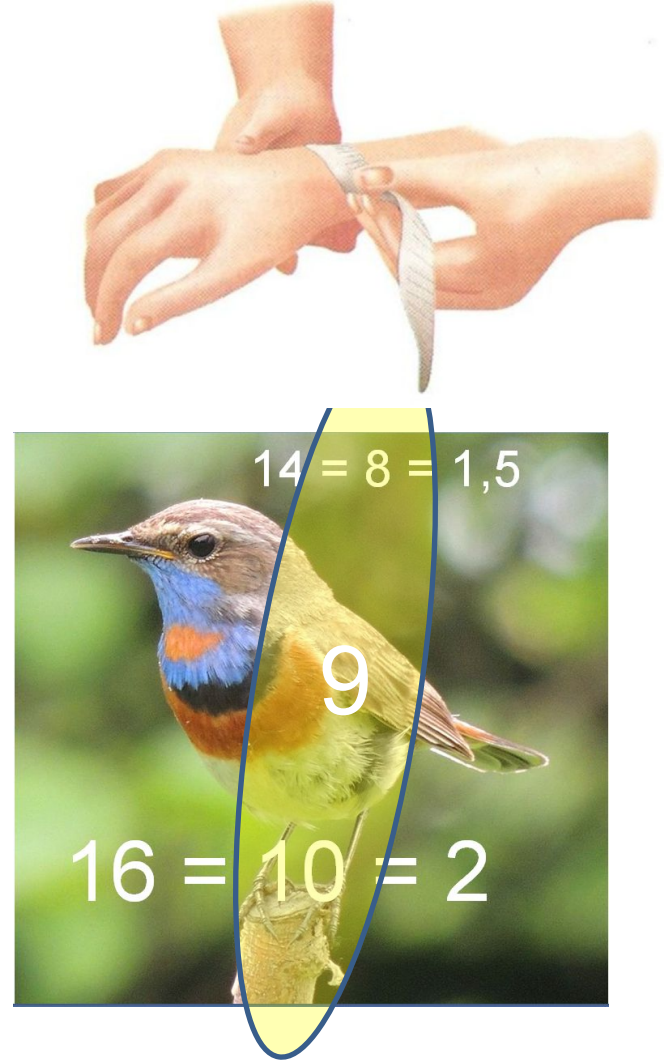
13

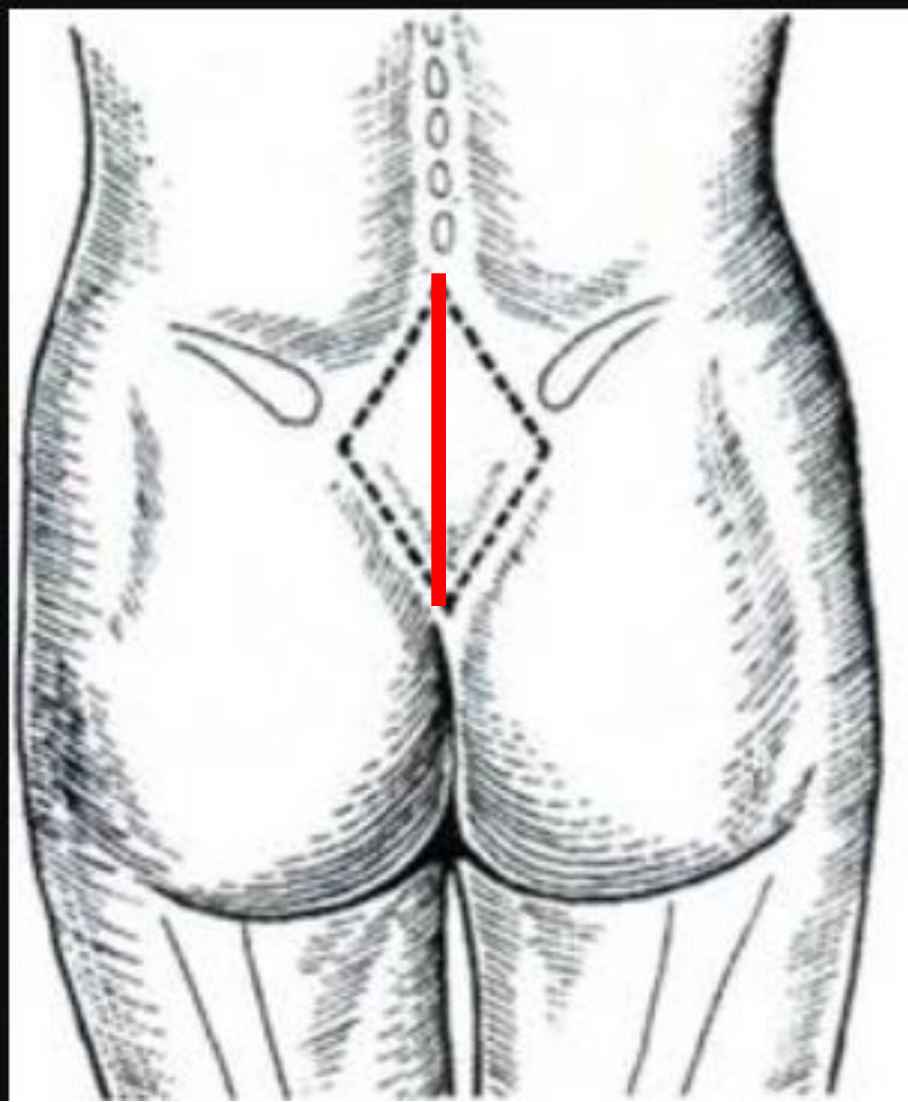
МИНУС





МИНУС





Методи визначення істинної кон'югати

1 спосіб. За величиною зовнішньої кон'югати.

Від зовнішньої кон'югати віднімають або 8 см, або 9 см, або 10 см залежно від величини індексу Солов'єва.

- якщо індекс Солов'єва менше 14 см, слід відняти 8 см від зовнішньої кон'югати
- якщо індекс Солов'єва від 14 до 16 см, слід відняти 9 см від зовнішньої кон'югати
- якщо індекс Солов'єва більше 16 см, слід відняти 10 см від зовнішньої кон'югати.

2 спосіб. За величиною діагональної кон'югати.

Від діагональної кон'югати віднімають або 1,5 см, або 2 см залежно від величини індексу Солов'єва.

- якщо індекс Солов'єва менше 14 см, слід відняти 1,5 см від діагональної кон'югати
- якщо індекс Солов'єва від 14 до 16 см, слід відняти 1,5 см від діагональної кон'югати
- якщо індекс Солов'єва більше 16 см, слід відняти 2 см від діагональної кон'югати.

Поверхневий (зовнішній) шар складають такі м'язи: сіднично-печеристий (*m.ischio-cavernosus*) - починається від сідничного бугра і вплітається в тканини клітора; цибулино-губчастий (*m.bulbocavernosus*) - починається від сухожильного центру промежини і прикріплюється до стінок піхви; зовнішній м'яз, що стискає задній прохід (*m.sphincter ani externus*) - починається в ділянці верхівки куприка, охоплює задньопрхідний отвір і вплітається в сухожильний центр промежини; поверхневий поперечний м'яз промежини (*m.transversus perinei superficialis*) - починається від сідничного бугра і закінчується у сухожильному центрі промежини

Середній шар м'язів тазового дна складається з сечостатевої діафрагми, яка у вигляді трикутника розташована між лобковим зчленуванням, лобковими і сідничними кістками. Вона утворена м'язом, що стискає сечовивідний канал (*m.sphincter uretrae internum*) і глибоким поперечним м'язом промежини (*m.transversus perinei profundus*).

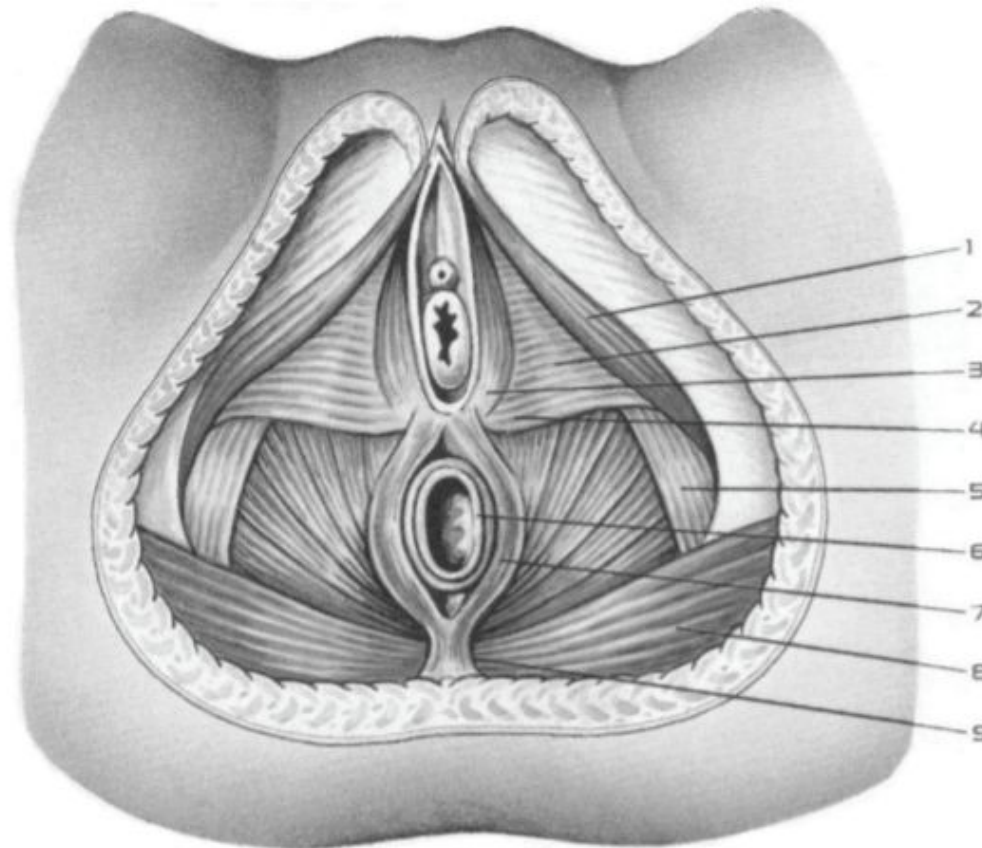
Внутрішній шар м'язів тазового дна називається діафрагмою таза. Це міцний парний м'яз, що піднімає задній прохід (*m. levator ani*), який складається з м'язових пучків: лобково-куприкового (*m.pubococcygeus*) та клубово-куприкового (*m.iliosoccygeus*). Куприковий м'яз (*m.ischiococcygeus*) є рудиментарним, починається від сідничних остей і прикріплюється до нижніх хребців крижової кістки та куприка.

Жіноча промежина

Промежина (*perineum*) утворює дно таза, закриваючи вихід з нього. В акушерстві поняття промежини більш вузьке ніж в анатомії, зокрема промежиною називають проміжок між задньою спайкою статевих губів і переднім краєм заднього проходу.

В утворенні дна малого таза приймає участь дві діафрагми - тазова і сечостатева.

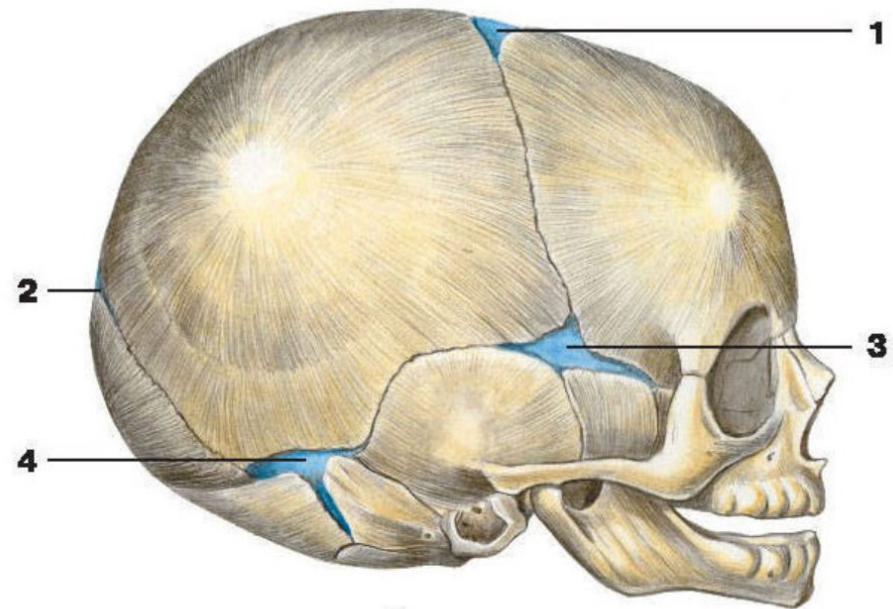
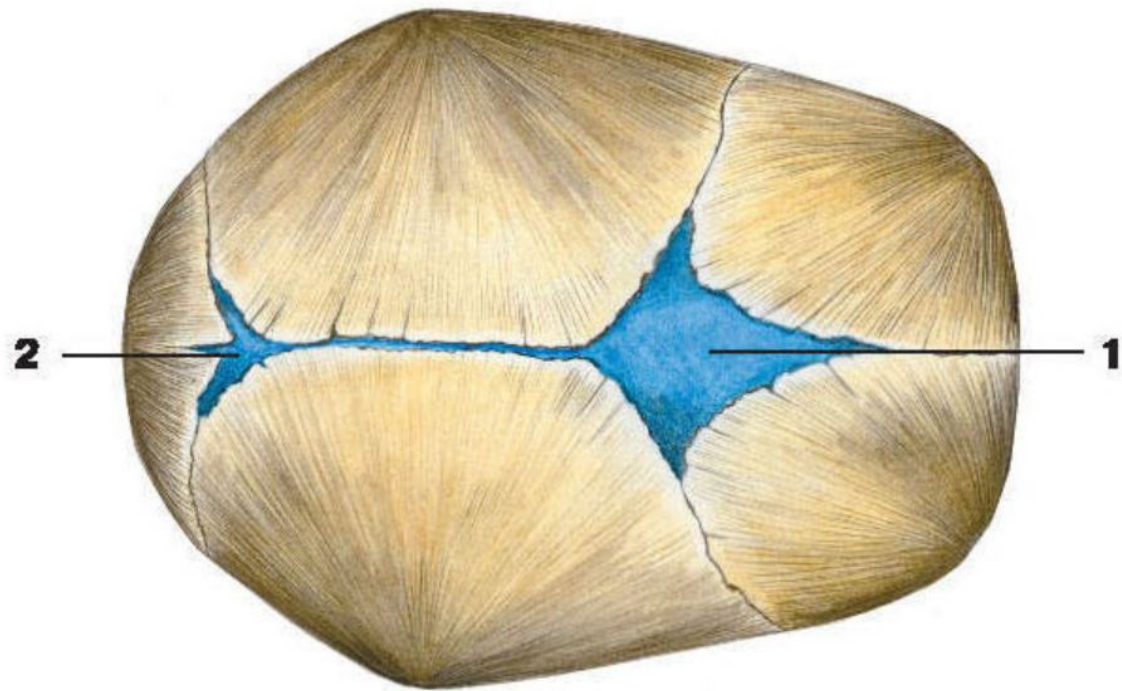
М'язи тазового дна складаються з трьох шарів. (Мал. 8)



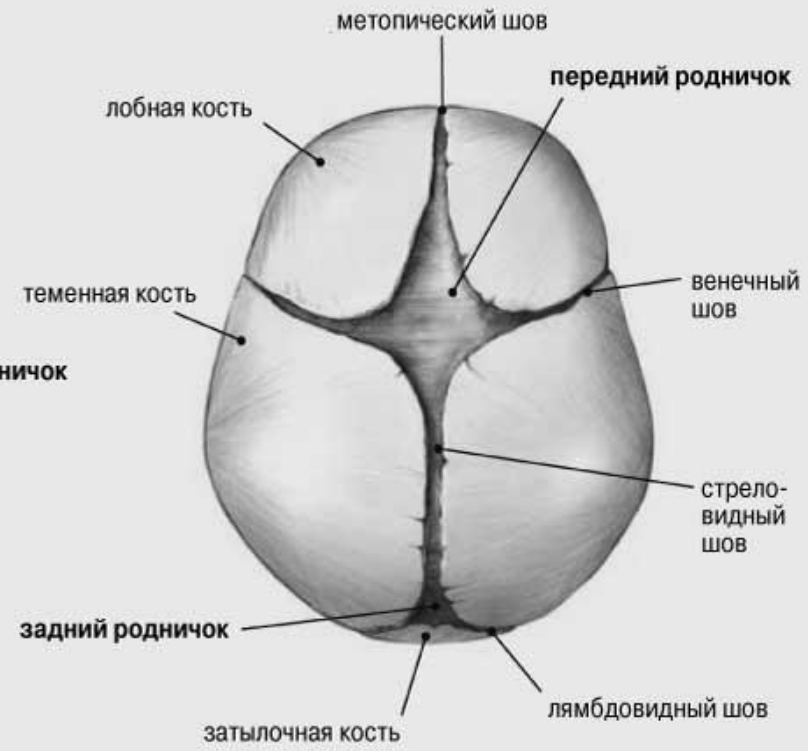
Мал. 8. М'язи жіночої промежини:

1 – сіднично-печеристий м'яз; 2 – сечово-статева діафрагма; 3 – цибулино-губчастий м'яз; 4 – верхній поперечний м'яз промежини; 5 – внутрішній затульний м'яз; 6 – пряма кишка; 7 – зовнішній сфінктер заднього проходу; 8 – великий сідничний м'яз; 9 – задньопрохідно-куприкова зв'язка

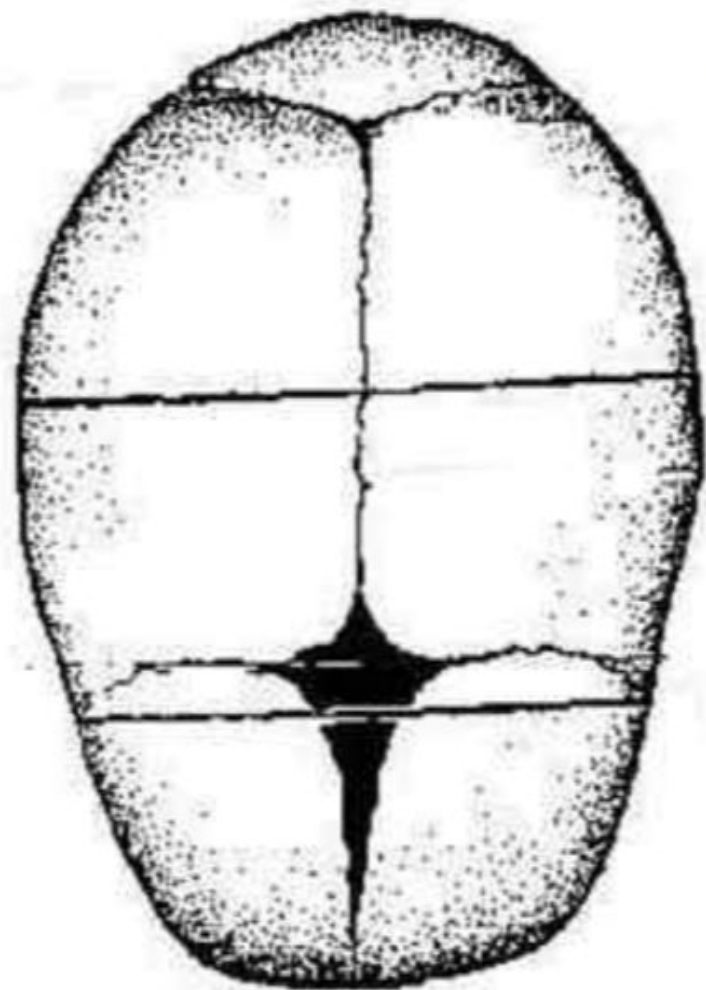
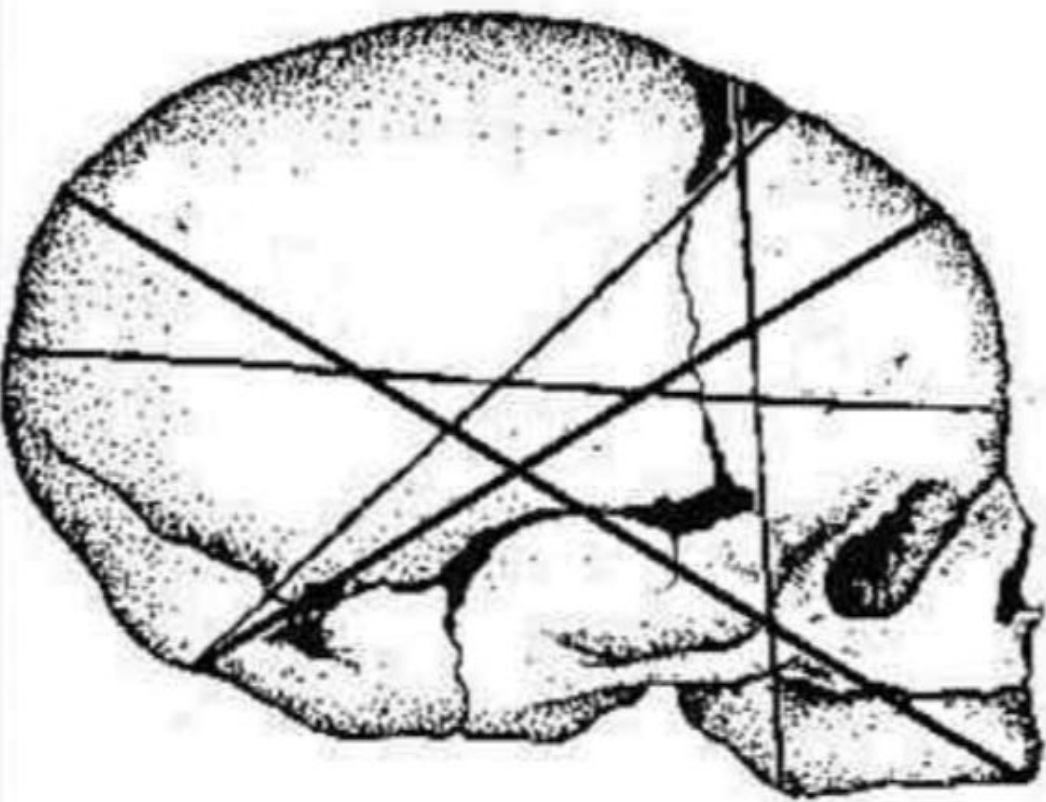
Яке взаєморозташування
швів та тім'ячок на голівці
плода ?

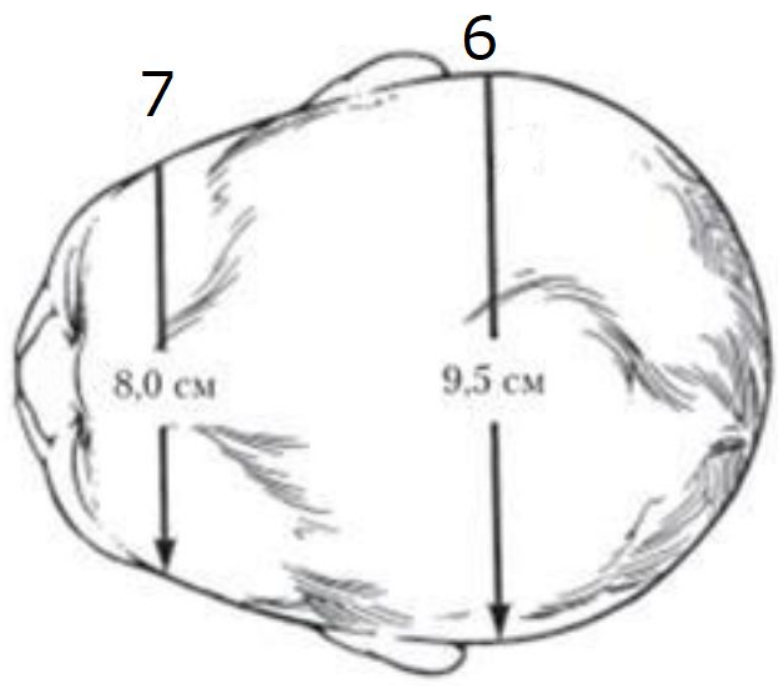
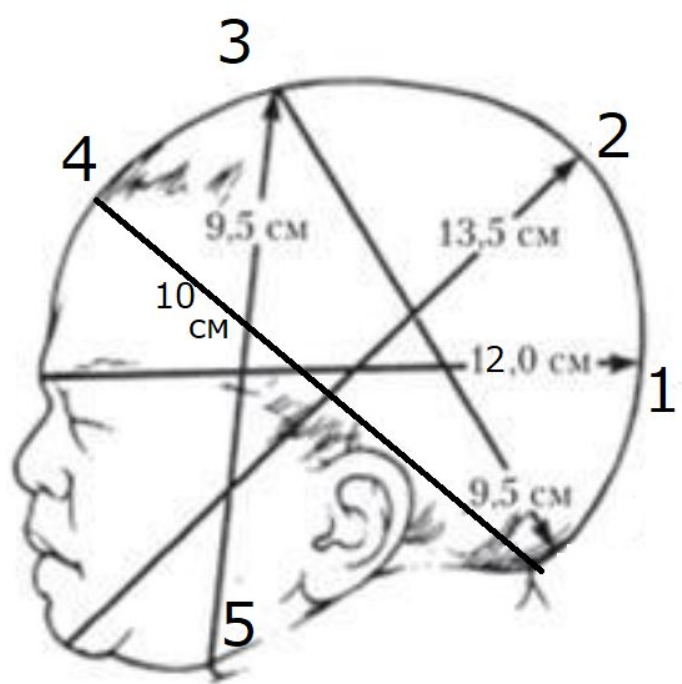


A

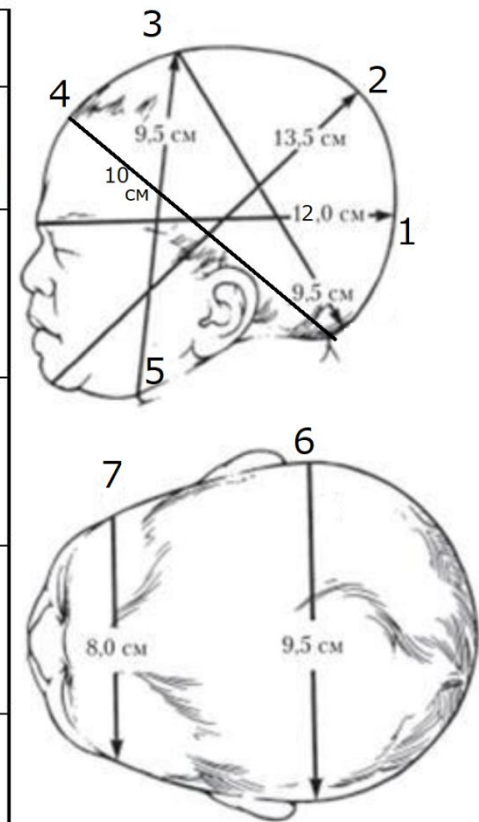


Які розміри голівки зрілого плода?





№	Название размера	Границы размера	Значение размера	
			по прямой	по окружности
1.	Прямой размер (diameter fronto-occipitalis)	надпереносья (glabella) до затылочного бугра	12 см	34 см.
2.	Большой косой размер (diameter mento-occipitalis)	от подбородка до затылочного бугра	13-13,5 см	38-42 см.
3.	Малый косой размер (diameter suboccipito-bregmaticus)	от подзатылочной ямки до первого угла большого родничка	9,5 см.	32 см.
4.	Средний косой размер (diameter suboccipitio-frontalis)	от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба	10 см	33 см.
5.	Отвесный или вертикальный размер (diameter verticalis, s. trachelo-bregmaticus)	от вершины темени (макушки) до подъязычной области	9,5-10 см.	32 см.
6.	Большой поперечный размер (diameter biparietalis)	наибольшее расстояние между теменными буграми	9,25-9,5 см.	
7.	Малый поперечный размер (diameter bitemporalis)	расстояние между наиболее отдаленными точками венечного шва	8 см.	



Які розміри плечиків, сідниць зрілого плода?





Различают размеры:

1. Поперечный размер плечиков

– Он равен 12 см. Окружность – 35 см.

2. Поперечный размер ягодиц

– Он равен 9 см. Окружность – 28 см.

Які маса і довжина зрілого
плода, інші ознаки зрілості?

Плід як об'єкт пологів

Ознаки зрілості плода.

- 1) Зріст зрілого плода більше 47 см.
- 2) Маса тіла зрілого плода більше 2500 г.
- 3) Пупкове кільце розташоване на середині між лоном та мечоподібним відростком.
- 4) Шкіра рожева, здорова, розвинута. Сироподібна змазка знаходиться тільки в пахових та пахвинних складках шкіри.
- 5) Нігті прикривають кінці фалангів пальців.
- 6) Довжина волосся на голівці досягає 2 см.
- 7) Хрящі вух і носа тугі.
- 8) У хлопчиків яєчка опущені в мошонку, у дівчаток малі статеві губи й клітор прикриті великими статевими губами.

Які зміни в геніталіях та молочних залозах спостерігаються у вагітних?

Геніталії

- **розміри матки** збільшуються, об'єм зростає в 1000 разів, вага матки збільшується з 50–60 г у невагітному стані до 1000 г у кінці вагітності (збільшення за рахунок переважно гіпертрофії клітин міометрію);
- **форма** матки подовжена, куляста на 8 тижні і знов подовжена на 16 тижні вагітності;
- **позиція матки** - матка виходить з порожнини тазу, повертається і нахиляється вправо;
- **консистенція** матки прогресивно пом'якшується, що зумовлено підвищеною васкуляризацією та наявністю амніотичної рідини;
- **шийка матки** розм'якчується і стає цианотичною;
- **межа між ендо- і екзоцервіксом** – межа перехідного епітелію зміщується назовні і формується ектопія циліндричного епітелію, яку не можна розглядати як “ерозію”;

- **скорочення** матки з першого триместру нерегулярні і безболісні (перейми Брекстон-Гіксона), але в пізніх термінах це спричиняє дискомфорт і може бути причиною хибного пологового болю;
- **ємкість** матки зростає з 4-8 мл у невагітному стані до 5000 мл у кінці вагітності;
- **міометрій** відбувається гіпертрофія (ефект естрогенів), гіперплазія (ефект прогестерону), окремі м'язові волокна подовжуються у 15 разів;
- **кровоносні судини матки** розширюються, подовжуються, особливо венозні, утворюються нові судини, за рахунок чого матковий кровоплин зростає більш ніж у 10 разів (до вагітності він становить 2 - 3% хвилинного об'єму серця (ХОС), а в пізні терміни вагітності 20-30% ХОС – 500-700 мл/хв). Утворюється маткове коло кровообігу – “друге серце”, яке тісно пов'язане з плацентарним і плодовим кровоплином; (Мал. 11)



- **нервові елементи матки** – збільшується кількість чутливих, баро-, осмо-, хемо- та інших рецепторів;

біохімічні зміни - значне зростання кількості актоміозину, креатинфосфату і глікогену, зростає активність ферментних систем (АТФаза актоміозину та ін.), накопичуються високоенергетичні сполуки (глікоген, макроергічні фосфати), м'язові білки та електроліти (іони кальцію, натрію, калію, магнію, хлору та ін.);

маткові труби - потовщуються, кровообіг в них значно посилюється;

яєчники - дещо збільшуються, але циклічні процеси в них припиняються. Жовте тіло після 16 тижня вагітності зазнає інволюції;

зв'язки матки - значно потовщуються і подовжуються, особливо круглі і крижово- маткові;

ціаноз вульви - результат підвищеного кровопостачання, утруднення відтоку крові по венах, які стискаються збільшеною маткою, і зниження тону судин;

гіперпігментація шкіри вульви і промежини - пояснюється підвищенням концентрації естрогенів та меланостимулюючого гормону;

збільшення кількості піхвових виділень і зниження їх рН (4,5-5,0) результат гіперплазії піхвового епітелію, збільшення кровообігу і транссудації;

Молочні залози

- **відчуття поколювання і розпирання** – пов'язано із значним збільшенням кровопостачання молочних залоз;
- **розвиток** вивідних протоків (вплив естрогенів) і альвеол (вплив прогестерона);
- **активація** гладких м'язів сосків і збільшення монтгомерових фолікулів і маленьких горбиків біля ореоли;
- **збільшення маси** – з 150-250 г (до вагітності) до 400-500 г (наприкінці її);
- **продукується молозиво** – частіше у жінок, які народжували (сумісна дія естрогенів, прогестерону, пролактину, плацентарного лактогену, кортизолу й інсуліну).

Які зміни в серцево-судинній системі та системі крові спостерігаються у вагітних?

Серцево-судинна система

- відзначається: зниження адаптації до фізичних навантажень; збільшення кровона- повнення яремних вен, набряклість периферичних тканин;
- серце: систолічний шум (95%) та систолічний ритм галопу (90%);
- центральна гемодинаміка: збільшення об'єму крові, що циркулює (ОЦК) починається з 6 тижня вагітності, швидко збільшується до 20-24 тижнів і у 36 тижнів збільшення становить 35-45%. Збільшення ОЦК відбувається за рахунок збільшення об'єму плазми, що циркулює (ОЦП);
- серцевий викид чи хвилиний об'єм серця (ХОС): підвищується на 30-40% починаючи з ранніх термінів вагітності і досягаючи максимуму у 20-24 тижні вагітності. У першій половині вагітності серцевий викид збільшується за рахунок зростання ударного об'єму серця (на 30 - 40%). У другій половині вагітності переважно за рахунок підвищення частоти серцевих скорочень (ЧСС) на 15%. Зростання ХОС пояснюють дією на міокард плацентарних гормонів (естрогени і прогестерон) і частково як наслідок формування матково-плацентарного кола кровообігу;
- зниження систолічного і діастолічного АТ з початку вагітності до 24 тижня вагітності (на 5-15 мм рт.ст. від вихідного); зниження системного судинного опору на 21%; зниження опору легневих судин на 35% (пояснюється судинорозширювальною дією прогестерону);
- периферичний судинний опір знижується (релаксивна дія на судинну стінку ХГЛ, естрогенів, прогестерону і формування матково-плацентарного кола кровообігу, який має низький судинний опір);
- центральний венозний тиск (ЦВТ) у III триместрі дорівнює у середньому 8 (4-12) см вод. ст., у невагітних 3,6 (2-5) см вод.ст.;
- збільшення венозного тиску (7-10 мм рт.ст.) у нижніх кінцівках (обумовлено механічним тиском матки на

Система крові

- об'єм плазми зростає з 2600 мл на 45% (1250 мл - перша вагітність, та 1500 мл під час наступних вагітностей) і становить 3900-4000 мл;
- загальний об'єм еритроцитів збільшується від 1400 мл на 33%, що пояснюється дією еритропоетину, хоріонічного гонадотропіну або плацентарного лактогену;
- фізіологічна гіперплазмія характеризується зниженням гематокритного числа до 30% , гемоглобіну з 135-140 до 110-120 г/л. і необхідна для потреб матері і плода, захищає від синдрому нижньої порожнинної вени, компенсує крововтрату під час пологів, знижує в'язкість крові і тим самим знижує периферійний опір;
- рівень гематокриту та альбуміну знижується на 25% (результат гемодилюції);
- рівень гемоглобіну змінюється і в середньому він становить до 12 тижнів вагітності 122 г/л, до 28 тижня - 118 г/л, до 40 тижня 129 г/л;
- кількість лейкоцитів збільшується у периферичній крові і в першому триместрі вагітності їх кількість становить 3000-15000/мм³ , у другому та третьому триместрах 6000-16000/мм³ , під час пологів кількість лейкоцитів може сягати 20000-30000/мм³ ;
- кількість тромбоцитів перебуває у межах нормальних (для вагітних) значень, але з прогресуванням вагітності має місце поступове зниження їх рівня;
- система гемостазу: притаманний стан гіперкоагуляції (протягом усієї вагітності постійно прогресує збільшення рівню фібриногену (I фактор) у 2 рази (до 600 мг%) та факторів VI 1-X, фібринолітична активність крові знижується;
- ШОЕ збільшується до 40 - 50 мм/год;
- зниження рСО₂ крові (на 15-20%), що сприяє переходу вуглекислоти через плаценту;
- підвищується рО₂;
- збільшується доставка кисню до тканин та плаценти;
- підвищується екскреція бікарбонатів.

Які зміни в нирках спостерігаються у вагітних?

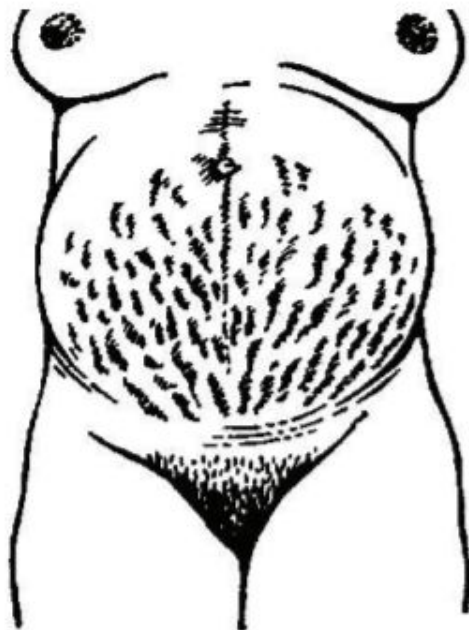
Нирки

- анатомічні зміни: збільшення розміру нирок (у середньому на 1-1,5 см), розширення чашково-мискової системи (на 15 мм у правій та на 5 мм у лівій нирці), збільшення діаметру сечівників на 2 см (частіше правого сечівника за рахунок повороту та зміщення матки вправо і притиснення сечівника до термінальної лінії тазу), обумовлюють підвищений ризик захворювання пієлонефритом. Дилатація сечових шляхів починається у I і досягає максимуму у II та III триместрах вагітності (пояснюється дією плацентарного прогестерону та меншою мірою стисненням сечових шляхів маткою);
- функціональні зміни: змінюється фільтраційна здатність нирок - до 16 тижня вагітності нирковий кровоплин зростає на 75%, клубочкова фільтрація підвищується вже з 10 доби вагітності до 50% (пов'язано з артеріоділатацією і вторинною затримкою Na^+ та води в організмі). У II та III триместрах вагітності клубочкова фільтрація зменшується, а канальцева реабсорбція залишається незмінною, що спричиняє до збільшення загальної кількості рідини в організмі вагітної (до 7 літрів). Кліренс креатиніну збільшується на 40%, збільшується екскреція глюкози, фільтрація білків не змінюється. Іноді може бути фізіологічна (ортостатична) альбумінурія (сліди білка) та глюкозурія, що пов'язано з підвищенням проникності капілярів.

Які зміни з боку шкіри
спостерігаються у вагітних?

Шкіра

- **судинні зірочки** – на обличчі, руках, верхній половині тулуба;
- **долонна еритема** – зумовлена збільшенням на 20% загального обміну речовин і на 16% кількості капілярів, які раніше не функціонували;
- **смуги розтягнення (*striae gravidarum*)** – на нижніх ділянках живота, молочних залозах і стегнах, які мають спочатку рожевий або багровий колір (пов'язано з розтягненням сполучно-тканинних і еластичних волокон шкіри); (Мал. 12)



Мал. 12. Смуги розтягнення вагітних у ділянці живота

- **гіперпігментація** – у ділянці пупка, ореоли молочних залоз, білої лінії живота, шкіра вульви і промежини, може з'являтися "маска вагітності", чи хлоазма (мелазма);
- **пупок** – згладжується у другій половині і випинається наприкінці вагітності;
- **невуси** – збільшуються у розмірах і стають більш пігментованими (різке збільшення потребує консультації спеціаліста);

- **потові і сальні залози** – гіперпродукція іноді призводить до появи акне;
- **волосся** – іноді на шкірі обличчя, живота і стегон відзначається ріст волосся, що зумовлено підвищеною продукцією андрогенів наднирниками і частково плацентою. Має місце значне випадіння у перші 2 – 4 місяці і поновлення нормального росту волосся через 6 – 12 місяців після пологів.

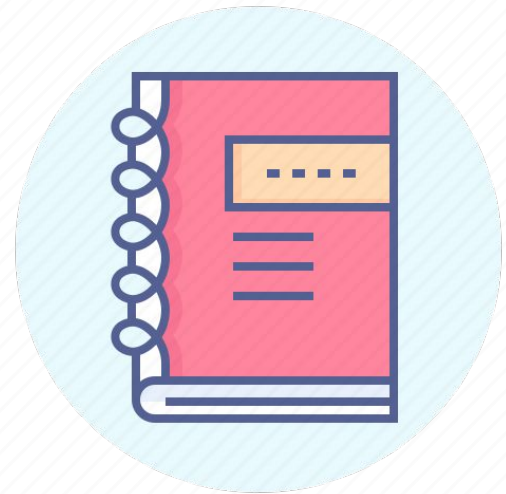
Які сумнівні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?

Ознаки вагітності розподіляються на 3 групи.

1. *Сумнівні ознаки* - це різного роду суб'єктивні відчуття, а також об'єктивно визначені зміни в організмі, крім змін у внутрішніх статевих органах:

- а) суб'єктивні явища — нудота, блювота, втрата чи посилення апетиту, смакові прихили (пристрасть до солоної чи кислої їжі, до крейди і т.п.), зміни нюхових відчуттів (огода до запаху м'ясної їжі, тютюнового диму тощо), легка стомлюваність, сонливість.
- б) об'єктивні явища — пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, зовнішніх статевих органів, посилення пігментації сосків та навколо них.

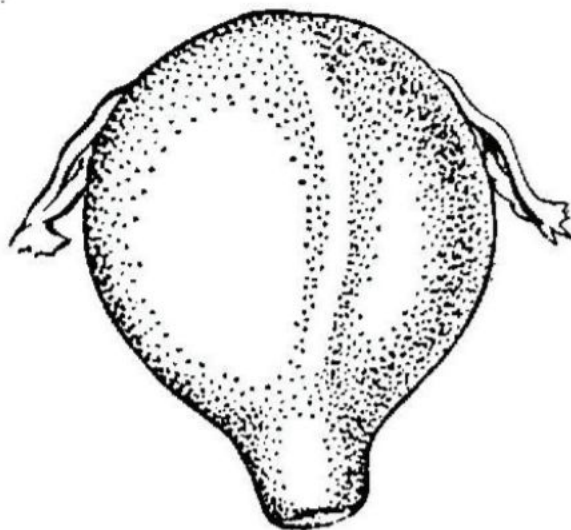
Які імовірні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?



2. *Імовірні ознаки* - це об'єктивні ознаки, які визначаються з боку статевих органів, молочних залоз, а також за допомогою імунологічних реакцій на вагітність. Вони характерні для вагітності, хоча іноді можуть виникати і з інших причин. Це такі ознаки як припинення менструацій у дітородному віці жінки, збільшення молочних залоз і виділення з сосків молозива чи молока.

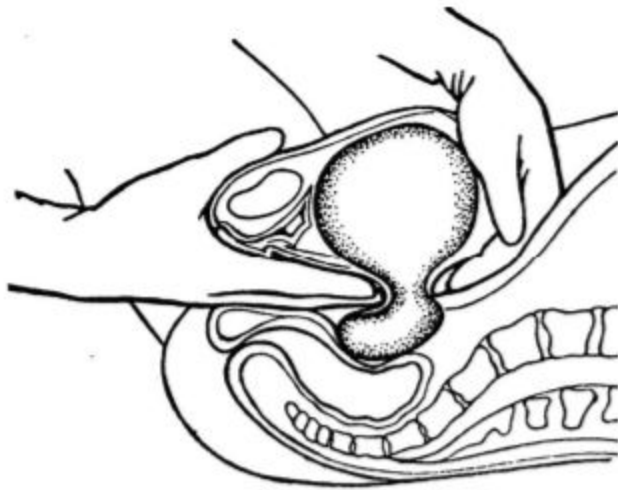
До імовірних ознак також відносять дані гінекологічного обстеження: огляду зовнішніх статевих органів, огляду шийки матки в дзеркалах, бімануального гінекологічного обстеження. При цьому можна спостерігати розпушення і ціаноз присінку вагіни, самої вагіни і шийки матки; збільшення і розм'якшення матки, зміну її форми; підвищення скоротливої здатності матки (короткочасне ущільнення розм'якшеної матки).

Із ознак, які спостерігаються при дослідженні вагітної матки, найважливішими є такі.



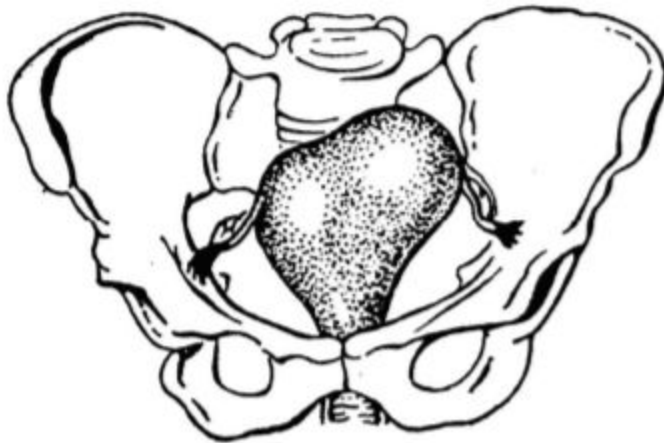
Ознака Гентера: при вагінальному дослідженні у ранні строки вагітності на передній поверхні матки, точно по середній лінії її, знаходять гребенястий виступ, який не поширюється ні на дно, ні на задню поверхню матки, ні на шийку. (Мал. 13)

Мал. 13. Ознака Гентера



Ознака Горвіца-Гегара: при вагінальному дослідженні виявляється розм'якшення в ділянці перешийка, внаслідок чого тут легко сходяться пальці внутрішньої і зовнішньої руки. Шийка відчувається як більш щільне тіло. (Мал. 14)

Мал. 14. Ознака Горвіца-Гегара



Ознака Піскачека: при вагінальному дослідженні контури дна матки і ділянки її кутів виявляються неправильними. Той кут, який відповідає місцю імплантації яйця, виступає значно більше за протилежний. Вся матка виявляється несиметричною. (Мал. 15)

Мал. 15. Ознака Піскачека – зовнішнє випинання правого кута матки, якщо термін вагітності близько 12 тижнів

Ознака Снегір'ова: при вагінальному дослідженні вагітної матки вона, внаслідок механічного подразнення, починає під пальцями скорочуватися і стає більш щільною.

До імовірних ознак вагітності належать імунологічні реакції на вагітність, які базуються на визначенні в сечі чи в плазмі крові хоріонічного гонадотропіну (ХГЛ). ХГЛ виділяється трофобластом, потім хоріоном, плацентою. Цей гормон складається з альфа- та бета-субодиниць. Виділення починається з 7-8 дня після запліднення, тому лабораторна діагностика можлива після цього строку. Для дослідження треба брати ранкову сечу, в якій спостерігається найбільша концентрація гормону, оскільки метод має поріг чутливості. Визначення бета-ХГЛ в плазмі є більш достовірним. Треба підкреслити, що хоча ХГЛ продукується трофобластом, реакція належить лише до імовірних ознак, тому що при такому патологічному стані, як хоріонепітеліома, також спостерігається позитивні реакції на ХГЛ. Крім того, після переривання вагітності реакції залишаються позитивними протягом 7-10 днів, а при патологічних станах (хвороби трофобласту) - 2-4 місяці. Нижня межа чутливості методу - 5 МЕ/л.

Які вірогідні ознаки вагітності
та їх діагностична цінність?

3. Вірогідні ознаки є переконливим доказом наявності вагітності в обстежуваної жінки. Всі ознаки цієї групи мають тільки об'єктивний характер і походять тільки від плода. До них належать ознаки, що виявляються при інтравагінальному ультразвуковому дослідженні.

Необхідно звернути увагу на те, що застосування кольорового імпульсного Доплера заборонено до закінчення критичного періоду органогенезу. Це пов'язане з тим, що використання новітніх доплеровських технологій при трансвагінальних ехографіях у строки вагітності до 10 тижнів має потенційну загрозу тератогенного термічного ефекту внаслідок нагрівання ембріона.

Інші вірогідні ознаки виявляються з 20 тижнів вагітності і не належать до ознак вагітності раннього строку. Це такі ознаки: ворухіння плода, які визначаються рукою чи при вислуховуванні (а не такі, що відчуває сама вагітна); вислуховування серцевих тонів плода; промацування частин плода (голівки, ніжок, сідниць, ручок); визначення серцебиття плода за допомогою кардіотокографії.

В теперішній час стандартом діагностики вагітності в ранні строки є поєднання двох методів:

- Визначення бета-ХГЛ в сечі або в плазмі крові;
- Трансвагінальне ультразвукове дослідження.

Розмір матки протягом перших 3 місяців вагітності, коли вона перебуває ще в порожнині малого таза, визначається при дворучному гінекологічному дослідженні, надалі при пальпації живота - за висотою стояння дна матки.

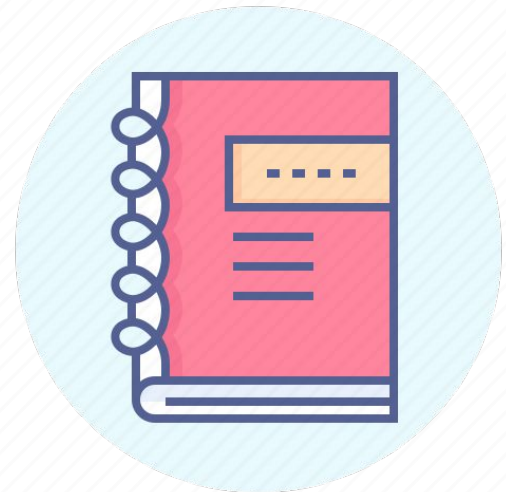
При встановленні терміну вагітності точність залежить від раннього звертання жінки до жіночої консультації.

Рекомендується при первинному огляді обстежувати жінку двом спеціаліс-там-акушерам. Зважаючи на труднощі визначення строку запліднення, діагноз вагітності встановлюється з інтервалом в тиждень (наприклад; вагітність 8-9 тижнів). Більш достовірно термін вагітності визначається на підставі вимірювання параметрів ембріона і плода методом ультразвукового дослідження.

Як визначають термін вагітності і строк пологів за анамнестичними даними?

- *анамнестичні дані* - вираховування строку вагітності у тижнях за допомогою акушерського календаря з дати останньої менструації та з дати перших рухів плода (у першовагітних перші рухи плода відчуються звичайно з 20 тижнів вагітності, у повторновагітних – з 18 тижнів). Для того щоб обчислити термін пологів за датою останньої менструації, треба від неї відрахувати 3 місяці і додати до одержаної дати 7 днів.

Як розташований плід в порожнині матки (положення, позиція, вид, передлежання) ?



Розташування плода в порожнині матки

Розташування плода в порожнині матки в останні місяці вагітності має велике значення, оскільки від цього в значній мірі залежить перебіг пологів. Для наочного уявлення розташування плода в порожнині матки існують акушерські поняття: положення, позиція, вид та передлежання плода

- *Положення плода* - відношення поздовжньої осі плода до поздовжньої осі матки. Розрізняють такі положення плода:
 - поздовжнє - поздовжня ось плода і поздовжня ось матки збігаються;
 - поперечне - поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під прямим кутом;
 - косе - поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під гострим кутом;
- *Позиція плода* - відношення спинки плода до правої і лівої сторін матки. Розрізняють дві позиції:
 - перша - спинка плода повернена ліворуч;
 - друга - спинка плода повернена праворуч.

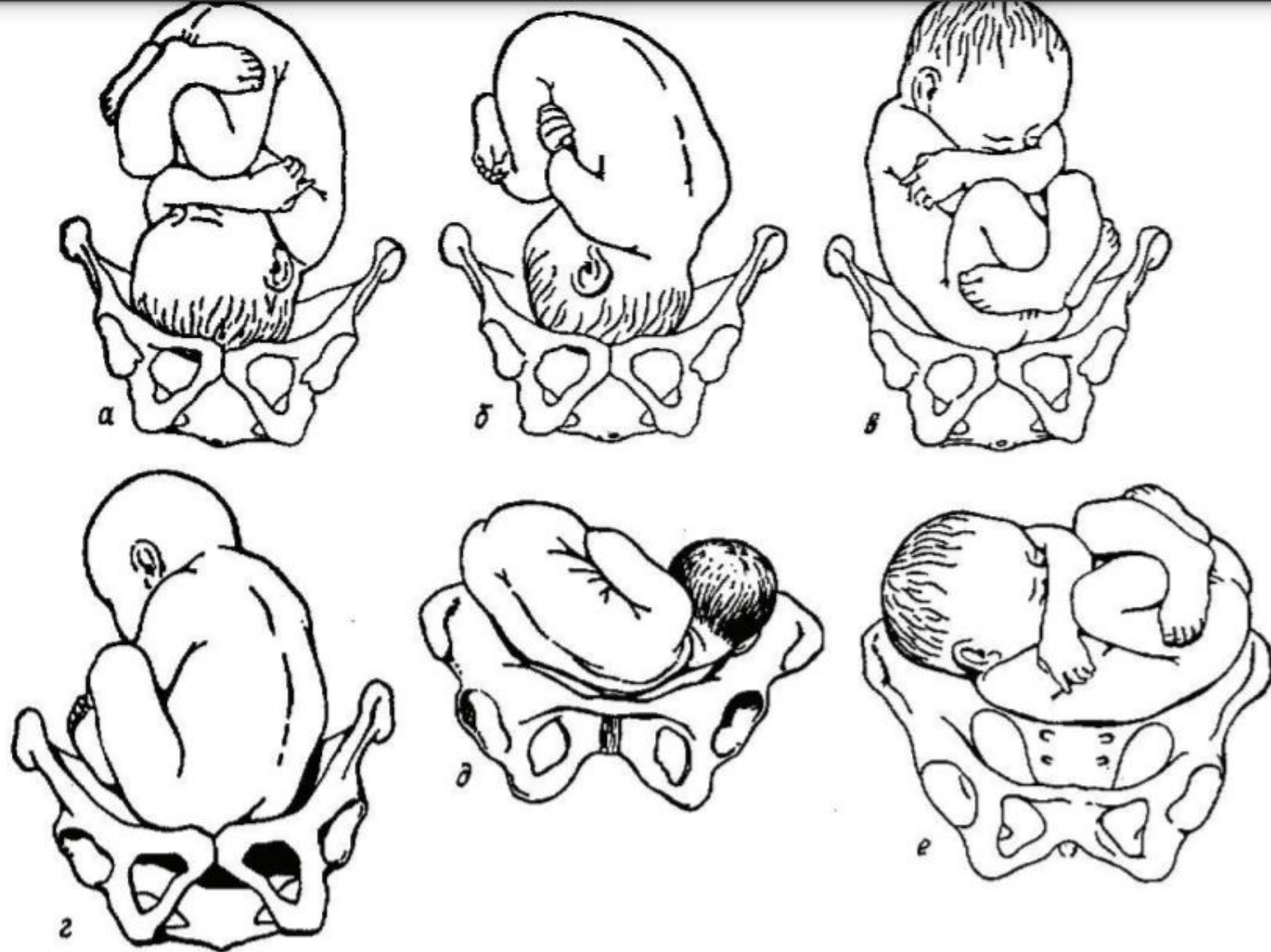
При поперечному і косому положенні плода позиція визначається за місцезнаходженням голівки: голівка зліва від середньої лінії живота матері - перша позиція, справа - друга позиція.

Вид позиції - відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки. Розрізняють два види:

- передній - спинка плода повернена наперед;
- задній - спинка плода повернена назад.
- *Передлежання* - відношення великої частини плода (голівки або таза) до входу в малий таз. Розрізняють головне і тазове передлежання. Передлежачою частиною називають ту частину плода, що знаходиться ближче до входу в малий таз і першою проходить пологовими шляхами. При зігнутій голівці плода найнижче розташованою її частиною є потилиця. Таке передлежання називається потиличним і трапляється найчастіше.

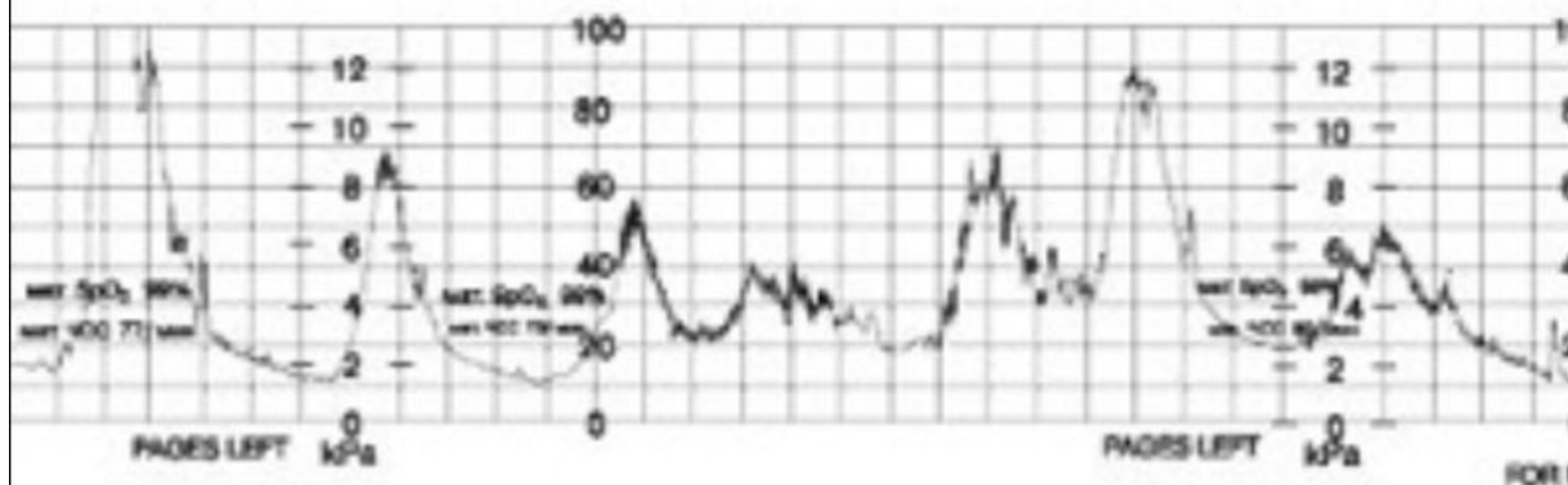
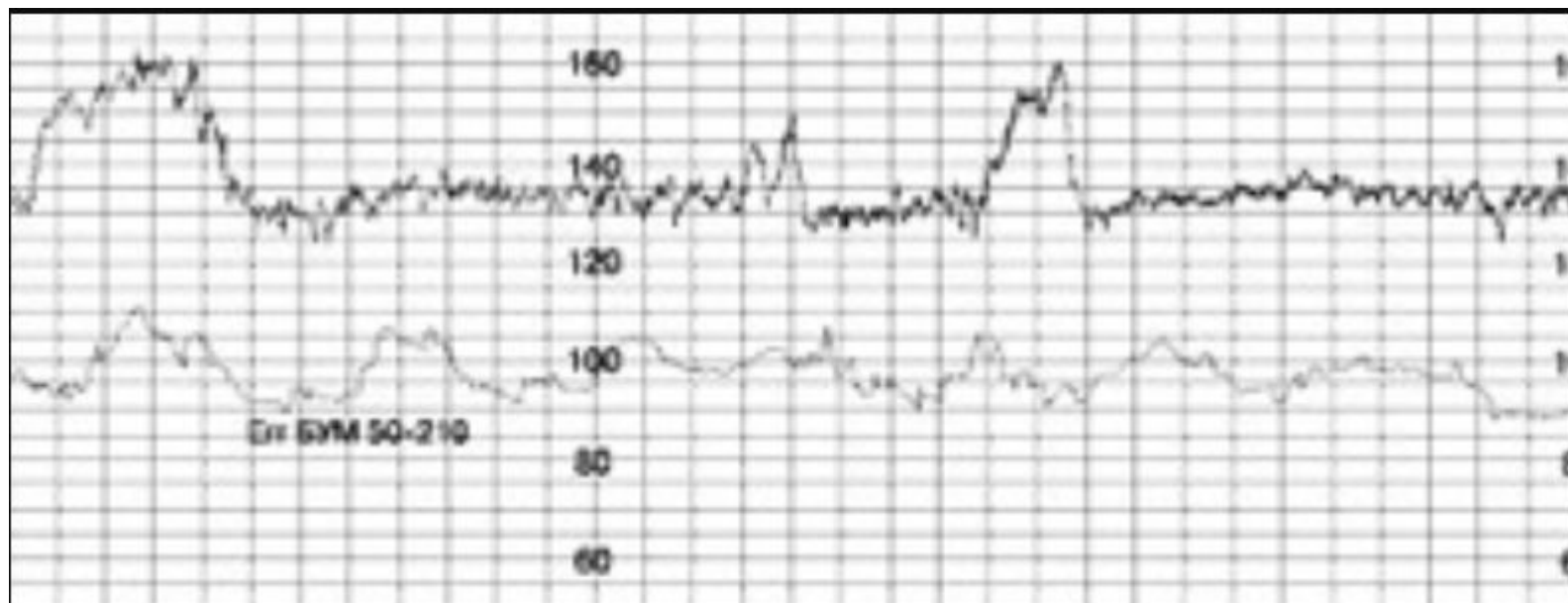
Значно рідше голівка буває розігнутою. При цьому, залежно від ступеня розгинання, передлежачою частиною може бути тім'я (передньоголовне передлежання), лоб (лобне передлежання), обличчя (лицеве передлежання).

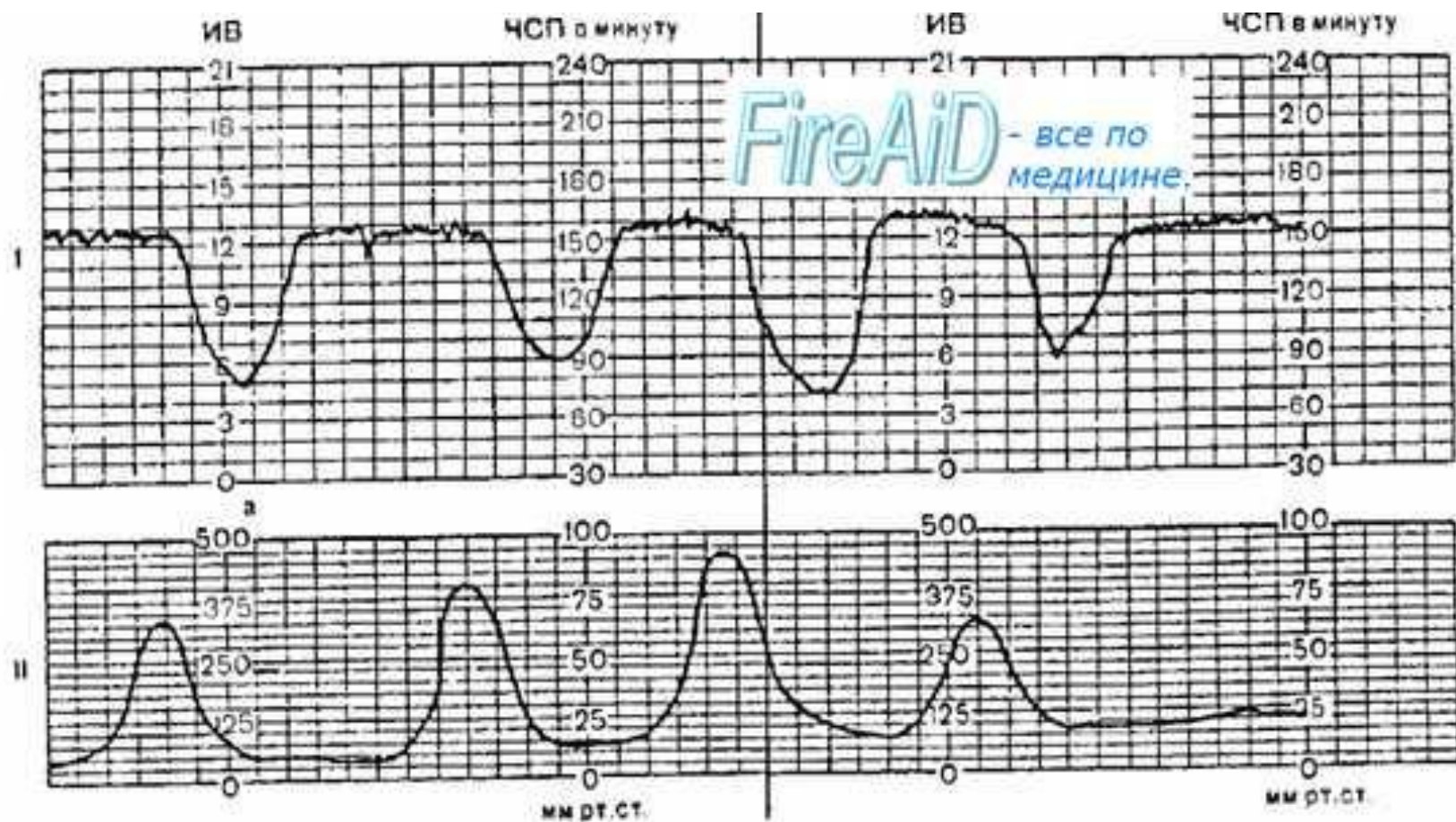
При тазовому передлежанні найнижче розташованою частиною можуть бути сіднички (сідничне передлежання), ніжки (ножне передлежання).



Мал. 16. Положення плода в матці:

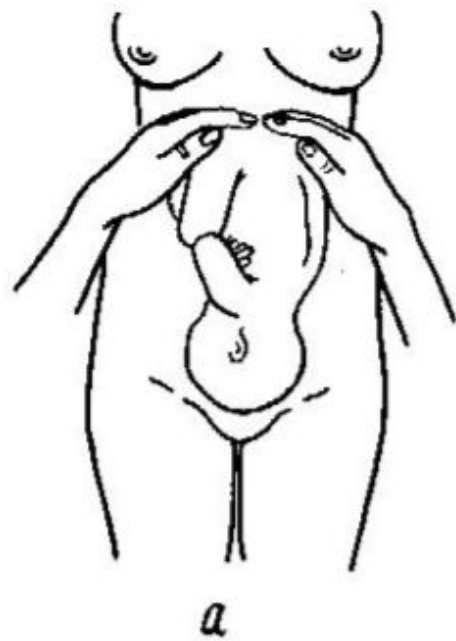
а – потиличне передлежання, перша позиція, задній вид; б – потиличне передлежання, перша позиція, передній вид; в – сідничне передлежання, друга позиція, задній вид; г – сідничне передлежання, перша позиція, передній вид; д – поперечне положення, перша позиція, передній вид; е – поперечне положення, друга позиція, задній вид;





Яка мета і правила виконань
прийомів Леопольда?





Мал. 17. Прийоми зовнішнього акушерського дослідження:

Перший прийом. Мета – визначення висоти стояння дна матки та частини плода, яка знаходиться в дні матки. Для цього лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї, долоні обох рук кладе на дно матки, визначає висоту її стояння над лоном та частину плода, розташовану в дні матки.

Другий прийом. Мета - визначення позиції і виду позиції плода. Обидві долоні переміщують з дна матки і по чергово, то правою, то лівою рукою пальпують частини плода, звернені до бічних стінок матки. При цьому знаходять спинку плода, дрібні частини. При неправильному положенні до однієї з бокових стінок матки прилежить голівка.

Третій прийом. Мета - визначити характер передлеглої частини плода (передлежання). Однією рукою, звичайно правою, що лежить трохи вище від лобка, охоплюють передлежачу частину плода, після чого обережно роблять рухи цією рукою вправо і вліво. При головному передлежанні визначається щільна, куляста частина, що має чіткі контури. Якщо голівка плода ще не вставилася в площину входу до малого таза, вона легко переміщується ("балотує") між великим і рештою пальців. При тазовому передлежанні визначається об'ємна, м'якувата частина, вона не кругла за формою і не здатна "балотувати".

Четвертий прийом. Мета - визначити рівень стояння передлеглої частини (зокрема голівки) щодо площини входу в малий таз. і ступінь її вставлення. Лікар стає праворуч, обличчям до нижніх кінцівок вагітної, обидві руки кладе долонями вниз на бічні відділи нижнього сегмента матки і пальпує доступні ділянки передлежачої частини плода, намагаючись проникнути кінчиками пальців між передлежачою частиною і бічними відділами входу в малий таз.

Методом зовнішнього дослідження IV прийомом Леопольда отримують такі дані:

- *Голівка рухома над входом в малий таз* - якщо пальці рук можна підвести під голівку
- *Голівка притиснена до входу в малий таз* - кінці пальців рук не сходяться під голівкою, проте потилиця і вся лицева частина пальпується над входом в малий таз.
- *Голівка малим сегментом у вході в малий таз* - потилична частина голівки виступає над входом в малий таз на два пальці, а лицева частина – повністю.
- *Голівка великим сегментом у вході в малий таз* - потилична частина голівки не пальпується над входом у малий таз, а лицева виступає на два-три пальці
- *Голівка у порожнині таза* - пропальповується лише підборіддя або зовсім не визначається частини голівки плода.

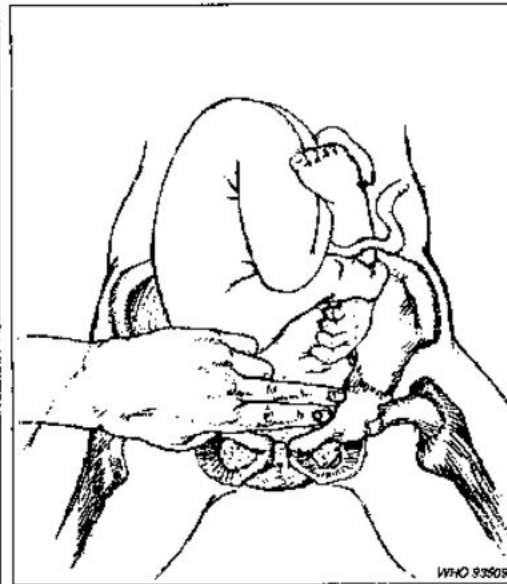
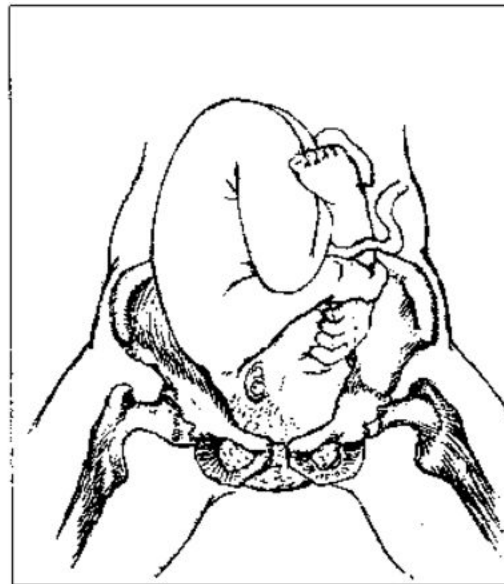
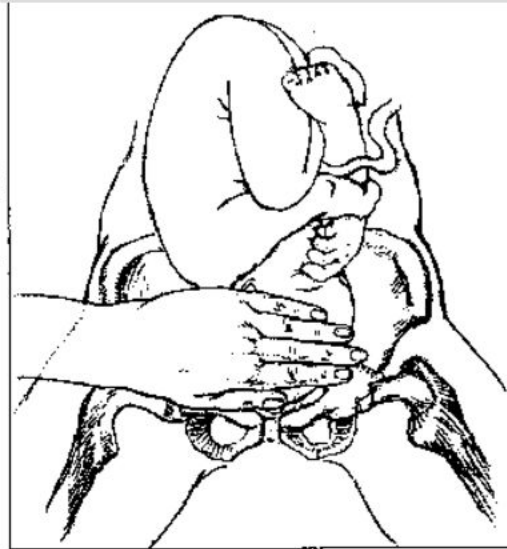
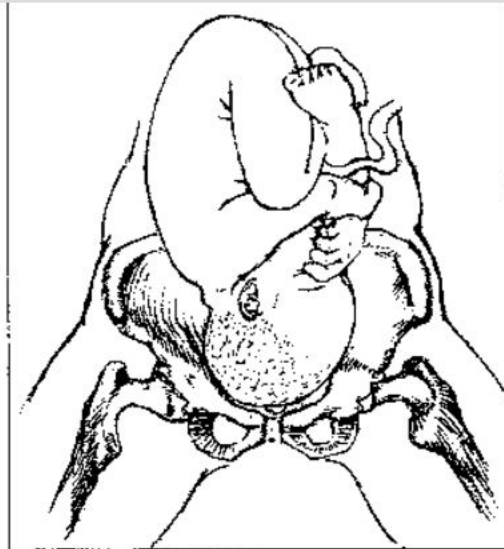
Які розрізняють ступені вставленні голівки?

Визначення відношення голівки плода до площин таза

Відношення голівки плода до площин таза при зовнішньому акушерському дослідженні над симфізом у поперечних пальцях

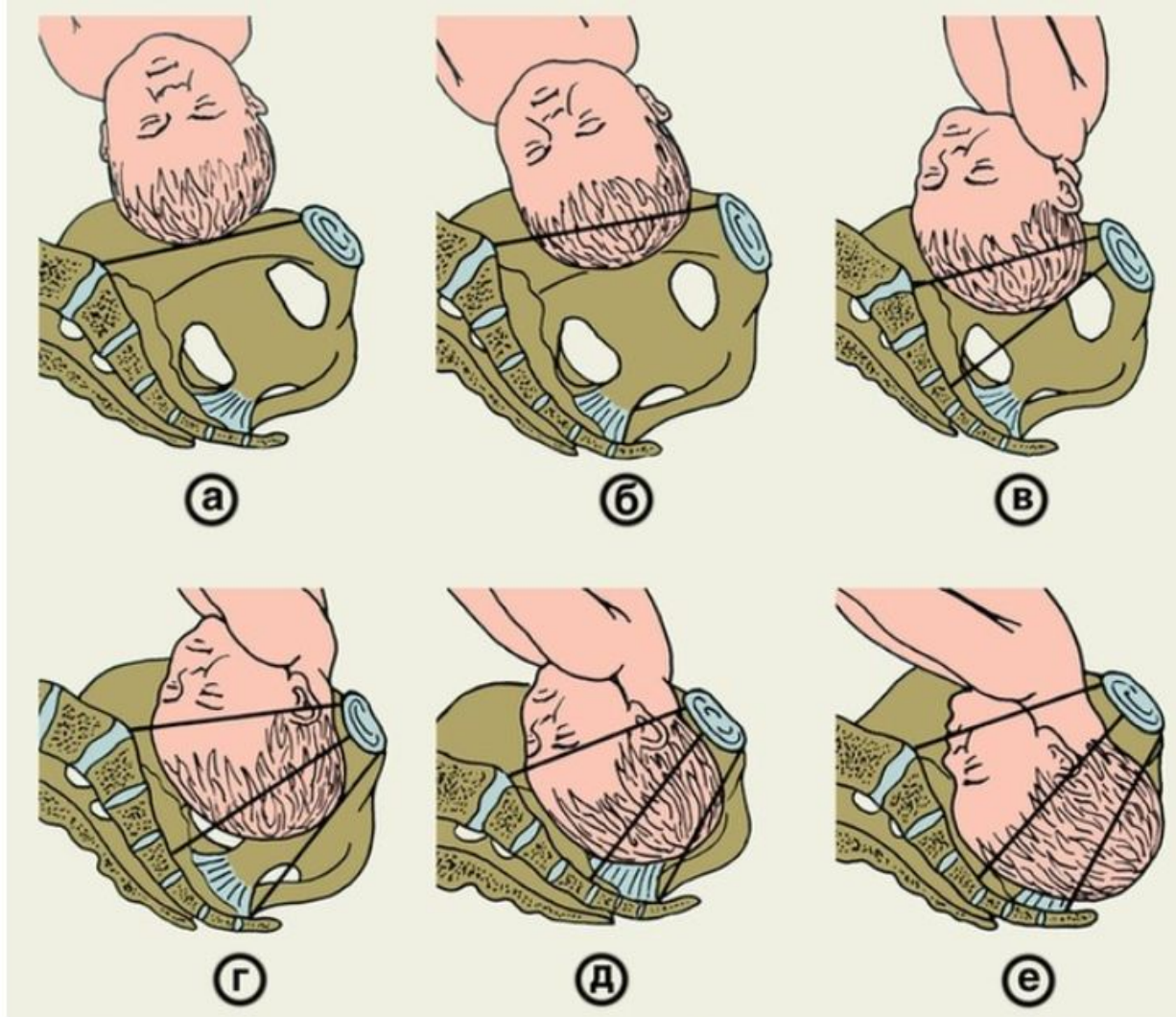
- голівка над входом малий таз – 5/5, ширина 5 пальців акушера визначає голівку плода над симфізом,
- голівка притиснута до входу у малий таз – 4/5, ширина 4 пальців акушера,
- голівка малим сегментом у вході в малий таз – 3/5, ширина 3 пальці акушера,
- голівка великим сегментом у вході до м/тазу – 2/5, ширина 2 пальці акушера,
- голівка знаходиться у порожнині тазу – 1/5, ширина 1 пальця,
- на тазовому дні – 0/5.

Цей метод є більш надійним за внутрішнє дослідження у разі формування великого набряку передлеглої частини голівки плода.



Визначення ступеня вставлення голівки методом внутрішнього акушерського дослідження

- **Голівка над входом у малий таз.** Таз вільний, голівка розташована високо, вона не перешкоджає пальпації безіменної лінії таза, мису; стрілоподібний шов знаходиться в поперечному розмірі на однаковій відстані від симфізу і мису, велике і мале тім'ячко - на одному рівні.
- **Голівка малим сегментом у вході в малий таз.** Крижова западина вільна, мис можна досягнути зігнутих пальцем (якщо він досяжний). Внутрішня поверхня симфізу доступна дослідженню, мале тім'ячко нижче великого. Стрілоподібний шов розташований в злегка косому розмірі.
- **Голівка великим сегментом у вході в малий таз.** Голівка займає верхню третину симфізу і крижів. Мис недосяжний, сідничні ості пальпуються легко. Голівка зігнута, мале тім'ячко нижче великого, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів.
- **Голівка в широкій частині малого таза.** Голівка найбільшою окружністю пройшла площину широкої частини малого таза. Дві третини внутрішньої поверхні лонного зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Вільно пальпуються IV і V крижові хребці і сідничні ості. Стрілоподібний шов розташований в одному з косих розмірів, мале тім'ячко нижче великого.
- **Голівка у вузькій частині малого таза.** Дві верхні третини крижової западини і уся внутрішня поверхня лонного зчленування зайняті голівкою. Сідничні ості важко досягаються. Голівка знаходиться близько до дна таза, внутрішній поворот її ще не закінчений, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів, близько до прямого. Мале тім'ячко у лона нижче великого.
- **Голівка у виході таза.** Крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, стрілоподібний шов розташований в прямому розмірі виходу з малого таза. Мале тім'ячко у лона нижче великого.



Мал. Відношення голівки плода до площин таза визначене при внутрішньому акушерському дослідженні по відношенню до площин малого тазу:

- а - голівка над входом в малий таз;
- б - голівка малим сегментом у вході в малий таз;
- в - голівка великим сегментом у вході в малий таз;
- г - голівка в широкій частині порожнини малого таза;
- д - голівка у вузькій частині порожнини малого таза;
- е - голівка у виході малого таза;

Які методи розрахунку
передбачуваної маси плода?

- 2. Основні методи визначення маси плода
 - 2.1. За допомогою УЗД
 - 2.2. Формула Джонсона
 - 2.3. Метод Якубова
 - 2.4. Формула Жорданія
 - 2.5. Спосіб Бубличенко
 - 2.6. Інші методи розрахунку

Формула Жорданія

Формула Жорданія, як і попередній спосіб, працює тільки на пізніх термінах вагітності. З її допомогою акушери або вагітна жінка можуть без апарату УЗД порахувати приблизний вага плоду. Для розрахунку потрібно значення, отримане при вимірюванні ОЖ, помножити на висоту стояння дна матки. Наприклад, ОЖ в 38 тижнів становить 100 см, а ВДМ — 38 см. Приблизна вага немовляти в разі народження в цей термін складе 3800 гр.

Спосіб Бубличенко

Даний спосіб є найбільш простим . Щоб дізнатися масу тіла малюка, необхідно вагу мами розділити на 20. Однак багато фахівців вважають цей спосіб неточним, оскільки він не враховує індивідуальні особливості кожної жінки. Найбільш точний результат при підрахунках по Бубличенко виходить в тому випадку, якщо майбутня мама під час вагітності набирала вагу точно по нормі, а до вагітності маса її тіла не перевищувала допустимих показників.

Формула Джонсона

Для розрахунку передбачуваної маси тіла плода за формулою Джонсона необхідно виміряти висоту стояння дна матки (ВДМ) і знати приблизний вага майбутньої мами.

Правила вимірювання ВДМ:

- Спорожнити сечовий міхур.
- Лягти на спину на рівній поверхні.
- Визначити дно матки. Для цього необхідно покласти руку на живіт в районі лобкової кістки і намацати місце, де м'яка частина переходить в більш тверду.
- Виміряти сантиметровою стрічкою відстань від дна матки до верхньої її точки.

Передбачуваний вага малюка розраховується наступним чином: $ВП = (ВДМ - до) * 155$. у формулі використовуються спеціальний індекс «155» і коефіцієнт «до», який змінюється в залежності від маси тіла мами. Якщо її вага не перевищує 90 кг, то «до» дорівнює 11, при вазі понад 90 кг застосовують коефіцієнт 12.

Метод Якубова

Метод Якубова передбачає використання наступного алгоритму: $ВП = (ОЖ + ВДМ) / 4 * 100$, де ВП — вага плода в грамах, ОЖ — окружність живота в см, ВДМ — висота стояння дна матки в см. ОЖ вимірюється на рівні пупка.

Необхідно звернути увагу, що даний метод доцільно застосовувати після 35 тижня вагітності. На більш ранніх термінах він дає високі похибки.

Інші методи розрахунку

Гінекологи також використовують інші формули для встановлення ваги дитини до народження:

- За Ланковіц. Даний спосіб є найбільш інформативним серед методів підрахунку за формулами. Для розрахунку потрібно знати висоту стояння дна матки, окружність живота, зростання і вагові параметри матері. Алгоритм: $(\text{ВДМ см} + \text{ОЖ см} + \text{Зростання мами см} + \text{Вага мами кг}) * 10$.
- За Стройкова. При визначенні ваги дитини також використовують показники розміру живота, маси тіла, висоти стояння дна матки у вагітної. Для підрахунку необхідно приватна, отримане при діленні маси жінки в кг на константу, додати до твору ОЖ в см і ВДМ в см, а результат розділити на 2. Константа залежить від маси тіла майбутньої мами. Її значення наведені в таблиці.
 - За Рудакову. Дородовий вага дитини розраховують на підставі півкола його довжини і ширини, яку фіксує лікар при пальпації вагітною. Далі знаходять двір отриманих цифр і підставляють в спеціальну таблицю.

Деякі гінекологи прогнозують вага дитини при народженні на підставі параметрів його батьків. Маса тіла малюка буде приблизно дорівнює середній між вагою новонароджених мами і тата.

Які ступені "зрілості" шийки матки?

При піхвовому дослідженні під час вагітності визначається *ступінь "зрілості" шийки матки*.

Розрізняють наступні поняття: шийка матки незріла, недостатньо зріла або зріла.

Для визначення готовності організму жінки до пологів за даними оцінки "зрілості" шийки матки оцінюється консистенція шийки матки, довжина її піхвової частини, прохідність каналу шийки матки, положення шийки стосовно провідної осі таза за шкалою Бішоп (табл.1).

Таблиця 1

Оцінка ступеня "зрілості" шийки матки за шкалою Бішоп

Ознака	Ступінь «зрілості»		
	0 балів	1 бал	2 бали
Положення шийки	Відхилена назад	Відхилена вперед	Серединне
Довжина шийки (см)	≥ 2	1-2	$1 <$
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Стан зовнішнього вічка (см)	Закритий	Відкритий на 1см	Відкритий на ≥ 2 см
Місце знаходження передлеглої частини плоду	Рухома над входом в малий таз	Притиснена до входу у малий таз	Притиснена або фіксована у вході в малий таз

0-2 бала – шийка «незріла»

3-5 балів – шийка «недостатньо зріла»

≥ 6 балів – шийка «зріла»

Як оцінюють біофізичний профіль 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.

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 б. – задовільний стан плода; 5-6 б. – сумнівний тест (повторити через 2-3 дні) 4 б. і нижче – патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове розродження)		