

Postępowanie w przypadku zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu

Czynniki ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu:

- 1) występowanie u pacjentki chorób przewlekłych, w szczególności nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz chorób nerek
- 2) ciąża wielopłodowa, w szczególności przy ograniczeniu wzrastania jednego lub więcej płodów oraz zgonu wewnątrzmacicznego jednego z płodów
- 3) występowanie małowodzia i hipotrofii płodu
- 4) ciąża pojedyncza po 41 tygodniu

Zwiększone ryzyko niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu podczas ciąży

- 1) Dokładna biometria płodu oraz AFI w badaniu USG pomiędzy 28 a 32 t.c
- 2) Kontrola wysokości dna macicy podczas wizyt kontrolnych
- 3) Monitorowanie aktywności ruchowej płodu przez ciężarną
- 4) W przypadku podejrzenia hipotrofii płodu lub małowodzia, skierować pacjentkę do szpitala o przynajmniej II stopniu opieki perinatalnej
- 5) Wykonać badania przepływów w naczyniach pępowinowych i płodowych w przypadkach ciężkich patologii przed 37 tygodniem ciąży, szczególnie przy ograniczeniu wzrastania wewnątrzmacicznego płodu oraz ciążach bliźniaczych (dokładne terminy wykonywania badania przepływów w schemacie *Postępowanie w ciąży bliźniaczej*)

6) KTG płodu w następujących przypadkach:

- a) u ciężarnych z przewlekłymi chorobami układowymi po 36 t.c w trybie ambulatoryjnym raz w tygodniu; monitorowanie należy rozpocząć wcześniej, jeśli dojdzie do nasilenia objawów chorobowych,
- b) Hipotrofia płodu, małowodzie, monitorowanie, należy rozpoczynać w momencie rozpoznania nieprawidłowości, ale nie wcześniej niż po 26 tygodniu ciąży; badania należy powtarzać w zależności od stopnia stwierdzanych nieprawidłowości,
- c) W celu weryfikacji gorszego odczuwania ruchów płodu przez ciężarną,
- d) W ciążach po terminie porodu - przynajmniej raz w tygodniu,
- e) Podczas hospitalizacji ciężarnej, w ciążach po 26 tygodniu - przynajmniej raz dziennie
- f) Ciężce patologicznych, w interpretacji zapisu kardiokograficznego dokonuje się cyfrowej analizy zapisu, a w szczególności określenia

Nieprawidłowości w zapisach KTG

Ocena profilu biofizycznego płodu w badaniu USG

Zwiększone ryzyko niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu podczas porodu

Zapis KTG po przyjęciu do szpitala

Ciągły nadzór KTG podczas porodu w przypadkach:

- a) ciąż powikłanych,
- b) ciąż bliźniaczych,
- c) stwierdzanych nieprawidłowości w zapisie wykonanym przy przyjęciu do szpitala
- d) odpływania zielonego płynu owodniowego,
- e) stymulacji czynności skurczowej,
- f) zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego porodu

Prawidłowy śródporodowy zapis kardiokograficzny:

- a) podstawowa czynność serca płodu wynosi 110 – 160 uderzeń na minutę,
- b) podstawowa zmienność czynności serca płodu jest umiarkowana
- c) nie stwierdza się deceleracji zmiennych lub późnych

Monitorować tętno płodu co 30 min w I okresie porodu i co 15 min w II okresie porodu

Pośredni śródporodowy zapis KTG

Resuscytacja wewnątrzmacicza płodu podczas porodu:

- 1) ułożyć rodzącą na boku lub zmienić jej pozycję ciała
- 2) podać rodzącej maskę z tlenem
- 3) podać dożylnie płyny infuzyjne
- 4) zaprzestać stosowania oksytocyny lub innych preparatów wywołujących czynność skurczową macicy
- 5) podać leki tokolityczne
- 6) w przypadku braku poprawy natychmiast zakończyć poród.

Kontynuacja monitorowania KTG

Przygotowanie rodzącej do porodu