

**Лекція № 1**

**Тема: Вступ. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.**  
**Жіночий таз**

**План**

1. Уявлення про акушерську науку. Принципи організації акушерської служби в місті та на селі. Жіноча консультація — структура, функції, принципи роботи. Пологовий будинок: принципи організації акушерської допомоги.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я жінки.
3. Відділи таза, площини та їх розміри. Зовнішні розміри тазу. Визначення діагональної кон'югати, індексу Соловйова. Розрахунок справжньої кон'югати. Уявлення про провідну вісь тазу.

**Акушерство** (від франц. *Accoucher* - народжувати) - галузь клінічної медицини, що розглядає фізіологічні та патологічні процеси, пов'язані з вагітністю, пологами та післяпологовим періодом, а також методи діагностики, лікування та профілактики ускладнень вагітності та пологів.

Здоров'я жінки - це здоров'я нації. Тому перед медичними закладами України, що здійснюють лікувально-профілактичну допомогу в акушерстві та перинатології, стоїть відповідальне завдання надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги вагітним жінкам, роділлям, породіллям, догляду за здоровими новонародженими, надання допомоги недоношеним та хворим новонародженим. Велика роль у реалізації цих завдань відводиться акушеркам та фельдшерам.

**Акушерська допомога в Україні** здійснюється у лікувальних закладах амбулаторного і стаціонарного типу, основними з яких є пологові будинки та жіноча консультація у складі акушерсько-гінекологічного об'єднання, акушерські відділення у складі багатопрофільної лікарні, жіноча консультація як підрозділ поліклініки. Поряд з цим існують самостійні жіночі консультації. Наявність акушерських відділень у багатопрофільних лікарнях або медико-санітарних частинах дає можливість більш оперативно забезпечити кваліфіковану консультативну допомогу спеціалістами будь-якого профілю, цілодобову лабораторну діагностику, вирішувати питання господарського забезпечення тощо. У центральних районних лікарнях така допомога надається у пологових відділеннях.

Керівництво акушерсько-гінекологічною роботою в нашій країні здійснює Головне управління лікувально-профілактичної допомоги дітям і матерям. Відділ акушерсько-гінекологічної допомоги проводить організаційно-методичне керівництво роботою акушерсько-гінекологічних закладів країни шляхом видання наказів, методичних листів, рекомендацій, планує і здійснює виїзди в області та райони з метою перевірки та надання практичної допомоги в організації роботи на місцях, а також контролює роботу лікувальних закладів шляхом аналізу річних звітів. Значну допомогу в роботі відділу надають Асоціація акушерів-гінекологів та Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України.

В областях методичне керівництво акушерсько-гінекологічними закладами здійснює Управління охорони здоров'я через головних спеціалістів. Основне завдання головного акушера-гінеколога полягає у розробці та впровадженні у життя заходів, спрямованих на профілактику та своєчасне виявлення ранніх стадій гінекологічних захворювань, ускладнень вагітності та пологів, перинатальної та материнської смертності, розвиток спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги. В його обов'язки входять також підвищення кваліфікації медичних працівників, впровадження нових методів діагностики та лікування,

передового досвіду організації роботи. Крім того, головний спеціаліст управління може проводити лікувально-консультативну роботу в одному з лікувальних закладів.

Основними принципами амбулаторної акушерської допомоги є: систематичний, кваліфікований, однаковою мірою доступний у селах і містах лікарський, медсестринський профілактичний нагляд за жінками, своєчасна діагностика й лікування акушерської патології, широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї.

Амбулаторна акушерська допомога здійснюється в жіночих консультаціях, акушерсько-гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських пунктах, центрах планування сім'ї, оглядових кабінетах поліклінік, приватних гінекологічних кабінетах.

Вони обслуговують жінок, які проживають на закріпленій за ними території. В основі лікувально-профілактичної роботи цих закладів лежить принцип диспансерного обслуговування жінок.

### **Організація роботи жіночої консультації**

Структурні підрозділи жіночої консультації такі: реєстратура, кабінети лікарів - акушерів-гінекологів, терапевта, стоматолога, генетика та інших фахівців-консультантів, процедурна та маніпуляційна, лікувально-діагностичні кабінети (кольпоскопії, ультразвукової діагностики, фізіотерапевтичні кабінети), мала операційна.

#### ***Завдання жіночої консультації такі:***

- диспансеризація вагітних жінок з виділенням груп ризику;
- профілактика і раннє виявлення ускладнень вагітності, екстрагенітальних та післяпологових ускладнень;
- надання гінекологічної допомоги;
- втілення заходів щодо планування сім'ї;
- виявлення передракових захворювань у жінок;
- організація профілактичних оглядів та диспансеризація гінекологічних хворих;
- проведення санітарно-освітньої роботи.

Робота жіночої консультації організована за територіальним принципом. Одна акушерська дільниця включає приблизно дві терапевтичні. На дільниці працюють акушер-гінеколог й акушерка. Вони обслуговують 3300 жінок. Територіально-дільничний принцип роботи жіночої консультації дає можливість акушеру-гінекологу підтримувати постійний зв'язок із дільничним терапевтом та іншими спеціалістами.

Весь об'єм лікувально-профілактичної допомоги лікарі жіночої консультації виконують разом з акушерками або фельдшерами, які зобов'язані допомагати лікареві у роботі на дільниці.

Диспансеризація вагітних розпочинається з виявлення вагітності і взяття жінки на облік. Дуже важливо, щоб вагітна була поставлена на облік і обстежена до 12-ти тижнів вагітності. При цьому з'ясовують дані загального та акушерського анамнезу, умови життя та роботи, наявність шкідливих професійних факторів, що можуть негативно вплинути на розвиток плода та перебіг вагітності. Потім лікар проводить об'єктивне обстеження систем і органів, а також детальне акушерське дослідження, виявляє наявність вагітності та її термін, визначає передбачуваний термін пологів.

Фельдшер, акушерка проводять вимірювання зросту, артеріального тиску на обох руках, зважування вагітної. Окрім цього, роблять обстеження на СНІД, сифіліс, вірусний гепатит. Визначають групу крові, резус-фактор, а також біохімічні показники крові: цукор, загальний білок, білірубін, а за необхідності-трансамінази, креатинін та деякі інші показники. Проводять загальний клінічний аналіз крові та сечі, дослідження мазків із цервікального каналу, піхви та уретри на наявність гонококів, трихомонад та інших збудників, визначають ступінь чистоти вагіни, з носоглотки беруть мазки для виділення золотистого стафілокока. Вагітну обстежують терапевт, стоматолог, отоларинголог, а за потреби й інші фахівці. Під

час першого відвідування всі дані, що отримані при обстеженні жінки, заносять в індивідуальну карту вагітної та породіллі. За нормального перебігу вагітності вагітна відвідує лікаря вдруге через 7-8 днів для підбивання підсумків аналізів і висновків консультантів, потім до 30 тижнів вагітності - 1 раз на місяць, а після 30 тижнів - 2 рази на місяць.

Таким чином, оптимальна кількість відвідувань -10-12 протягом усієї вагітності. Під час кожного відвідування проводять загальне й акушерське обстеження (висота стояння дна матки, обвід живота, положення, передлежання плода, серцебиття), вимірюють артеріальний тиск, визначають наявність чи відсутність набряків, проводять зважування вагітної для визначення прихованих набряків. Загальний аналіз крові проводять 3-4 рази, аналіз сечі - при кожному відвідуванні (у сечі необхідно визначити наявність білка, цукру, відносну щільність). Реакцію Вассермана проводять тричі - при взятті на облік, в другій половині - перед наданням допологової відпустки та перед пологам.

Дуже важливо, щоб лікар своєчасно виявляв групи підвищеного ризику і проводив диференційоване диспансерне спостереження за вагітними в цих групах. Під час відвідування лікаря чи акушерки вагітна жінка повинна отримати чітку інформацію про шкідливий вплив на організм плода наркотиків, нікотину, алкоголю, медикаментів, що мають тератогенну дію. Згідно із законодавством, жінок, які працюють на виробництві, де є шкідливі фактори (смоли, пестициди, гумовий клей тощо), переводять на іншу роботу зі збереженням середньомісячного заробітку. Всі вагітні мають право ж звільнення від нічних змін, відряджень.

З 30 тижнів вагітним жінкам надають відпустку через вагітність та пологи на 126 днів. Якщо виявлені відхилення від нормального перебігу вагітності жінку направляють в стаціонар, а в групах підвищеного ризику проводять планову госпіталізацію в різні терміни (залежно від патології, з приводу якої вагітна спостерігається саме в цій групі). Всі дані про перебіг вагітності заносять в обмінну карту вагітної, з якою вона поступає в стаціонар. Дані стаціонару (відділення патології чи пологового відділення) теж заносять в цю карту і передають в жіночу консультацію. Таким чином за безпечують безперервність спостереження за вагітною та породіллю.

Важливим розділом роботи жіночої консультації є фізіопсихопрофілактична підготовка вагітної до пологів, яка проводиться акушерами, педіатрами і, бажано, психологом.

Разом з лікарем на дільниці працює фельдшер або акушерка.

До їх обов'язків входить:

- готувати інструментарій для проведення прийому;
- зважувати вагітну, вимірювати артеріальний тиск;
- допомагати лікареві при огляді жінки;
- брати мазки на різні види досліджень;
- виписувати направлення на аналізи, консультації фахівців;
- виконувати призначення лікаря;
- здійснювати патронаж вагітних та породіль, диспансерних хворих;
- брати участь в онкопрофоглядах;
- вести документацію з диспансеризації хворих;
- проводити санітарно-освітню роботу;

Після пологів акушерка чи фельдшер відвідує породіллю в перші 10 днів передусім жінок з ускладненим перебігом пологів, екстрагенітальною патологією, а також тих, які не являються повторно в установлений термін, породілля відвідує лікаря двічі - через 10 днів після виписування з пологового будинку і через 6-8 тижнів. Після завершення вагітності та післяпологового періоду жінку знімають з диспансерного обліку.

### **Санітарно-освітня робота з вагітними та породіллями**

Одним із важливих розділів роботи акушерки жіночої консультації є санітарно-освітня робота з вагітними та породіллями. Робота в жіночій консультації проводиться за певним планом. Спочатку розробляють тематику, складають індивідуальний графік для кожної вагітної та загальний для «Школи відповідального батьківства». Форми та методи роботи

використовують найрізноманітніші: індивідуальні та групові бесіди, виставки наочного матеріалу, інформаційні буклети, плакати, листівки. Тематика повинна висвітлювати значення здорового способу життя для народження здорової дитини, питання планування сім'ї та роль контрацепції, шкідливості абортів.

Для вагітних організують «Школи відповідального батьківства». Тематика бесід включає питання адаптації організму жінки до вагітності, можливі ускладнення та шляхи їх профілактики, правильне харчування, режим праці та відпочинку. Вагітним розповідають про нормальний перебіг пологів, методи їх знеболювання, вчать техніки застосування прийомів знеболювання, звертають увагу на питання догляду за новонародженим, особливості його вигодовування при спільному перебуванні матері та немовляти після пологів. До роботи «Школи відповідального батьківства» слід залучати і батьків.

При роботі з породіллями необхідно наголошувати на величезному значенні грудного вигодовування для здоров'я немовляти, важливості правильного догляду за молочними залозами, профілактики гіпогалакції, тріщин сосків. Перед випискою зі стаціонару з кожною породиллею необхідно провести бесіду про гігієну статевого життя та особисту гігієну, методи контрацепції, раціональне харчування в період лактації.

#### **Патронажне спостереження за вагітними**

Відвідування вагітних удома (активний патронаж) здійснює дільнична акушерка або медсестра за вказівкою лікаря жіночої консультації. Упродовж вагітності такі відвідування проводять 3-4 рази та 2 рази протягом першого місяця після пологів.

##### ***Мета патронажних відвідувань:***

- ознайомлення з побутовими умовами, в яких проживає вагітна;
- проведення санітарно-освітньої роботи, навчання правил особистої гігієни;
- рекомендації щодо режиму праці та відпочинку, харчування вагітної;
- виконання під час патронажу призначень лікаря (вислуховування серцебиття плода, вимірювання артеріального тиску);
- перевірка стану вагітної, якщо вона пропустила день призначеного прийому, з'ясування причин;
- контроль госпіталізації у випадку, якщо вагітна була направлена на лікування у стаціонар;
- при патронажі породіль - контроль стану молочних залоз, рекомендації щодо профілактики лактостазу, гіпогалакції; у перші дні після виписки із пологового стаціонару - перевірка стану загоєння епізіотомної рани або розривів промежини, кількості лохий.

Результати відвідування медсестра повинна занотувати у патронажному листі, який вклеюють в індивідуальну карту вагітної та в журнал патронажних відвідувань.

Якщо виникає необхідність у позачерговому відвідуванні вагітною лікаря жіночої консультації, дільнична акушерка або медсестра повинна запросити її на прийом листом або по телефону.

У сільській місцевості організація амбулаторної акушерської та перинатальної допомоги має деякі особливості. За організацію цієї допомоги в районі відповідає районний акушер-гінеколог. В організаційних питаннях йому допомагає районна акушерка. У селах вагітних обслуговує акушерка лікарської амбулаторії чи фельдшерсько-акушерського пункту. Особливої відповідальності вимагає робота акушерки на фельдшерсько-акушерському пункті (ФАП), тому що вона виконує багато функцій, які в районних лікарнях і в міських жіночих консультаціях виконує лікар. Основними обов'язками акушерки ФАП є: виявлення і взяття на облік вагітних у ранні терміни, систематичне спостереження за вагітними, патронаж вагітних, породіль та дітей до 1 року.

При першому зверненні у ФАП на вагітну заводять індивідуальну карту вагітної та породіллі (ф. № 111), куди заносять усі анамнестичні дані, дані акушерського дослідження (як зовнішнього, так і внутрішнього). Після того жінка направляється для лабораторного обстеження в найближчу лабораторію (загальний аналіз сечі, крові, реакція Вассермана,

група крові, резус- належність, дослідження виділень із піхви). Усі вагітні до 12 тижнів повинні бути взяті на облік і оглянуті лікарем акушером-гінекологом. Лікар проводить акушерське дослідження, підтверджує наявність вагітності, визначає її термін, передбачуваний термін пологів, здійснює об'єктивне обстеження органів та систем.

У терміні 17-18 і 23-24 тижні (при необхідності - в інші терміни) проводиться ультразвукове обстеження вагітних жінок для з'ясування стану плода та оцінки перебігу вагітності. При відхиленні від нормального перебігу вагітності, виявленні патологічного розвитку плода вагітна направляється в стаціонар для проведення відповідного лікування або вирішення питання про переривання вагітності. Акушерка проводить з вагітними заняття з психопрофілактичної підготовки до пологів. Вагітних з будь-якими відхиленнями від нормального перебігу вагітності слід одразу ж направляти до лікаря. Необхідно знати, що вагітних з гестозами, вузькими тазами, резус- конфліктом в анамнезі, загрозою переривання вагітності, багатоводдям, тазовим передлежанням, неправильними положеннями, при переносуванні, екстрагенітальній патології треба направити в стаціонар. При появі кров'яних виділень це слід зробити негайно. Питання транспортування роділлі в пологовий будинок вирішується індивідуально: здорову жінку супроводжує акушерка, при необхідності викликається лікар. Якщо пологи відбулися вдома, в жодному разі не слід транспортувати жінку з послідом, що не виділився, а також із загрозою розриву матки, еклампсією. Якщо послід не відділився, акушерка ФАП повинна відділити його і ввести скорочуючі засоби; при загрозі розриву матки надати невідкладну допомогу і терміново викликати лікаря акушера-гінеколога та анестезіолога.

Акушерка повинна чітко вести документацію на вагітну, у 28 тижнів вона видає жінці обмінну карту (так званий «паспорт вагітної»), з якою жінку госпіталізують до пологового будинку. Якщо вагітну необхідно госпіталізувати у більш ранні терміни, їй дають витяг із індивідуальної карти. Після пологів акушерка проводить патронаж породіллі.

Крім обслуговування вагітних і породіль, акушерка ФАП здійснює патронаж дітей до 1 року. В перші місяці життя огляд дітей проводиться кожні 2 тижні, пізніше - 1 раз на місяць. Під час першого патронажу звертають увагу на стан пупкової рани, шкіру дитини, проводять бесіду з матір'ю про правильне вигодовування. Під час наступних відвідувань звертають увагу на фізичний та психічний розвиток дитини, дають матері необхідні поради щодо догляду за дитиною і вигодовування відповідно віку. Про всі виявлені відхилення від нормального розвитку чи захворювання дитини акушерка повідомляє завідуючого ФАП та головного лікаря дільничної лікарні.

#### **Примірне положення про акушерку фельдшерсько-акушерського пункту**

1. Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП) є амбулаторно-поліклінічним закладом первинної ланки з надання долікарняної медико-санітарної допомоги сільському населенню і відіграє важливу роль у лікувально-профілактичному обслуговуванні, проведенні комплексу профілактичних і оздоровчих заходів, а також санітарно-просвітницькій та протиепідемічній роботі.

3. На посаду акушерки ФАПу призначається молодший спеціаліст з медичною освітою, який закінчив вищий медичний навчальний заклад і отримав кваліфікацію акушерки, фельдшера-акушерки або фельдшера.

4. Акушерка безпосередньо підпорядкована завідувачу ФАПу. Методичне керівництво її роботою здійснює лікар лікувально-профілактичного закладу, відповідальний за надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню на території діяльності ФАПу.

5. Функції акушерки ФАПу:

5.1. Забезпечення надання медичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим за призначенням лікаря акушера-гінеколога.

5.2. Санітарно-просвітницька робота з питань охорони материнства і дитинства, планування сім'ї та відповідального батьківства.

5.3. Ведення амбулаторного прийому у ФАПі.

5.4. Здійснення патронажу вагітних, породіль та новонароджених удома.

5.5. Здійснення екстреної акушерської і гінекологічної допомоги з подальшим направленням жінок у відповідні лікувально-профілактичні заклади, при необхідності їх супровід.

5.6. Надання першої невідкладної медичної допомоги при гострих захворюваннях і нещасних випадках (поранення, кровотечі, отруєння та ін.) з подальшим викликом лікаря, організацією госпіталізації пацієнтки у відповідний найближчий лікувально-профілактичний заклад незалежно від відомчої підпорядкованості, супроводжуючи хвору в необхідних випадках.

5.7. Направлення вагітних у стаціонари відповідних лікувально-профілактичних закладів.

5.8. Проведення профілактичних оглядів жінок відповідно до встановлених термінів.

5.9. Виконання лікарських призначень.

5.10. Підготовка робочого місця для прийому вагітних і гінекологічних хворих лікарем у ФАПі.

5.11. Проведення найпростіших лабораторних досліджень, пов'язаних із наданням екстреної лікувально-профілактичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим.

5.12. Здійснення фізіотерапевтичних процедур.

5.13. Ведення документації у встановленому порядку за своїм розділом роботи.

6. Акушерка ФАПу зобов'язана:

6.1. Керуватись у своїй роботі цим положенням, наказами, інструкціями, методичними та іншими вказівками органів охорони здоров'я, а також розпорядженнями і вказівками відповідних посадових осіб.

6.2. Видавати довідки й інші документи медичного характеру згідно з чинними нормативними актами МОЗ України.

7. Акушерка ФАПу має право:

7.1. Проводити обстеження у межах її компетенції і професійних прав, встановлювати діагноз, термін вагітності, виконувати медичні маніпуляції і здійснювати профілактичну роботу.

7.2. Подавати завідувачу ФАПу пропозиції щодо вдосконалення організації акушерсько-гінекологічної допомоги.

7.3. Спостерігати за станом здоров'я і розвитком дітей першого року життя у разі відсутності в штаті ФАПу посади патронажної медичної сестри.

7.4. Підвищувати свої професійні знання.

### **Організація роботи пологового стаціонару**

#### **Структура акушерського стаціонару:**

1. Приймально-пропускний блок.
2. Фізіологічне (перше пологове) відділення
3. Обсерваційне (друге пологове) відділення.
4. Відділення новонароджених.
5. Відділення патології вагітних.

#### **Приймально-пропускний блок**

Приймально-пропускний блок складається з фільтра і санітарних пропускників. У фільтрі проводять опитування, загальний огляд вагітної, вимірювання температури тіла, огляд зів, з'ясовують епідеміологічний анамнез, після чого жінку направляють у санітарний пропускник фізіологічного чи обсерваційного відділення. Санітарні пропускники мають бути влаштовані так, щоб жінку, яка поступає на пологи чи у відділення патології вагітності, можна було б проводити лише в одному напрямку: із фільтра - в оглядову, з оглядової - в туалет, відтак - у душову, а звідти - в передпологову палату.

В оглядовій детальний огляд проводить лікар (загальне і зовнішнє акушерське обстеження). Після цього проводять обрізання нігтів на руках і ногах, гоління волосся на лобку і пахових впадин, обробку нігтьових валиків 1% спиртовим розчином йоду, очисну клізму. Роділля

отримує індивідуальний пакет, куди входять стерильні сорочка, рушник, косинка, підкладна церата на унітаз. Після акту дефекації та душу жінку переводять у передпологову палату. Слід пам'ятати, що туалет і духова повинні мати прозорі двері, які не закриваються зсередини (необхідність спостереження чергового персоналу). В санпропускнику має бути набір медикаментів та інструментів для надання невідкладної допомоги при еклампсії.

У приймально-пропускному блоці заповнюють паспортну частину «Історії пологів».

### **Фізіологічне (перше пологове) відділення**

До складу акушерського фізіологічного відділення входять пологовий блок (1-2 передпологових палати, не менше 2 пологових зал, оглядова кімната - мала операційна, велика операційна, палата для роділь з еклампсією), післяпологові палати.

Кількість ліжок у передпологових палатах має складати 10-12% загальної кількості ліжок. Бажано, щоб було не менше 2-х палат. У палаті має бути наркозний апарат для знеболювання пологів, налагоджена централізована подача кисню до кожного ліжка. Усі передпологові палати мають бути оснащені бактеріцидними лампами.

Після поступлення жінки у пологовий блок в оглядовій кімнаті, малій операційній їй проводять вагінальне дослідження і переводять у передпологову палату, де лікар спостерігає за станом роділлі в першому періоді пологів - стежить за характером пологової діяльності, внутрішньоутробним станом плода, просуванням передлеглої частини, відходженням навколоплодових вод, характером виділень, здійснює знеболювання пологів. У випадку нормального перебігу пологів запис в історію пологів проводять кожні 2 години в 1-ому періоді пологів, в кінці 1-го періоду - через кожну годину. За наявності тих чи інших відхилень, а також після відходження вод записи в історію заносять у міру необхідності. Повторне вагінальне дослідження проводять після відходження вод, а потім - лише за наявності показань. При кров'янистих виділеннях вагінальне дослідження необхідно проводити лише в умовах розгорнутої великої операційної.

Пологові зали мають бути просторими, добре освітленими у денний і в нічний час. До складу устаткування пологової зали входять: ліжка Рахманова, пеленальний столик для новонародженого, апарат для наркозу, лампи-рефлектори, централізована подача кисню, електровідсмоктувач, апаратура для штучного дихання новонароджених. Обов'язково необхідно мати набори медикаментів для надання невідкладної допомоги при еклампсії та кровотечах, а також набір інструментів для термінової лапаротомії. В пологову залу роділлю переводять у другому періоді пологів. Тут приймають пологи, спостерігають за породілєю та за новонародженим 2 години.

У пологових відділеннях районних лікарень, де немає цілодобового чергування лікаря, акушерка приймає лише нормальні пологи, а до роділь із групи високого ризику або за появи будь-якої патології викликають лікаря. Навіть у невеликій районній лікарні необхідно мати 2 пологові зали з тим, щоб одна з них працювала, а друга в цей час перебувала на дезінфекції.

Динаміка пологів ретельно відображається у відповідній медичній документації - заповнюється «Історія пологів», «Історія розвитку новонародженого», «Книга запису пологів», «Операційний журнал», «Книга реєстрації переливання крові».

Післяпологові палати у фізіологічному відділенні складають 50-55% ліжкового фонду акушерського стаціонару. Кількість палат має бути розрахована таким чином, щоб можна було дотримуватись принципу їх циклічного заповнення. Цей принцип передбачає таку послідовність заповнення, за якої можна одночасно виписати породілей з 1-2 палат, звільнити їх для дезінфекції і прийняття наступних породіль.

### **Обсерваційне (друге пологове) відділення**

У кожному акушерському стаціонарі має бути друге (обсерваційне) відділення та відділення (або палати) новонароджених.

У структурі обсерваційного відділення існують ті ж підрозділи, що й у фізіологічному, але ще мають бути передбачені ізолятори, куди госпіталізують вагітних та роділь з туберкульозом, сифілісом, вірусним гепатитом. Госпіталізації в обсерваційне відділення підлягають:

- вагітні та роділлі з підвищенням температури тіла до 37,6°C без клінічних ознак інфекції;
- з безводним проміжком більше, ніж 12 годин;
- з тромбофлебітом будь-якої локалізації в гострому періоді або у фазі загострення;
- із запальними захворюваннями нирок і сечовивідних шляхів (гостра стадія, безсимптомна бактеріурія);
- якщо є прояви інфекції пологових шляхів;
- за наявності клінічного чи лабораторного підтвердження інфекції з високим ризиком інфікування плода;
- за внутрішньоутробної смерті плода;
- з гострими респіраторними захворюваннями;
- з туберкульозом.

В обсерваційне відділення поступають також роділлі зі шкірними захворюваннями неінфекційної етіології, за відсутності документації, з аномаліями розвитку плода, виявленими при вагітності, а також породіллі, у яких пологи відбулися за межами лікувального закладу.

Переведенню в обсерваційне відділення підлягають вагітні, роділлі та породіллі, у яких виявлено:

- підвищення температури тіла в пологах до 38°C і вище (при триразовому вимірюванні щогодини);
- лихоманку невідомого генезу (температура тіла до 37,5°C більше доби);
- післяпологові запальні захворювання;
- IV ступінь чистоти піхви або трихомоніаз.

У відділенні жінок розміщують у палати відповідно до нозологічних форм захворювання.

#### **Відділення новонароджених**

Кількість ліжок у відділенні новонароджених має складати 105-110 % загальної кількості ліжок у післяпологових палатах. Площа палат має відповідати санітарним нормам - на одне ліжко новонародженого у фізіологічному відділенні має припадати 3,0 м<sup>2</sup>, на 1 ліжко недоношеного та новонародженого в обсерваційному відділенні - не менше 4,5 м<sup>2</sup>. З пологової зали новонародженого забирає акушерка після повторного огляду неонатологом. Час передачі новонародженого медсестрі, стан його зазначають на першій сторінці історії розвитку новонародженого і завіряють підписом акушерки та медичної сестри відділення новонароджених.

#### **Основні завдання відділення новонароджених:**

- здійснення догляду за здоровими новонародженими, що не перебувають у палатах разом з матерями;
- забезпечення діагностики та лікування хворих, незрілих новонароджених;
- забезпечення інтенсивного догляду недоношеним, хворим новонародженим;
- за відсутності відділення інтенсивної терапії новонароджених - здійснення первинної реанімації новонароджених у пологовій залі, палаті інтенсивної терапії.

**У відділенні новонароджених мають бути** окремі палати для здорових доношених і недоношених дітей, палати інтенсивної терапії, процедурна, кімната для збирання молока, а також допоміжні приміщення.

Палати відокремлюються одна від одної скляними перегородками, щоб черговій сестрі було зручніше стежити за новонародженими. Один пост медсестри може обслуговувати не більше 20 новонароджених, а кількість недоношених, яких обслуговує один пост, не повинна перевищувати 8. Палати для недоношених мають бути обладнані кувезами, куди централізовано подають зволожений кисень, підтримують температуру повітря, що відповідає температурі тіла дитини, та вологість до 80%.

У відділенні новонароджених, як і в післяпологовому, дотримуються принципу циклічного заповнення палат. Це дає можливість, окрім поточного вологого прибирання, проводити у звільнених палатах генеральне прибирання (1 раз на 7-10 днів). Усі палати

новонароджених оснащують бактерицидними лампами, які включають 5-6 разів на добу (коли новонароджені перебувають біля матері для годування). Температура повітря у відділенні має бути 21-22°C, а у палатах для недоношених - не 2°C вищою.

**Спільне перебування матері та новонародженого.** За наявності можливостей доцільним є спільне перебування в палаті породіллі та її новонародженої дитини. При цьому знижується можливість інфікування дитини госпітальними штамми мікробів, створюються сприятливі умови для заселення організму новонародженого мікрофлорою матері. За такого режиму є можливість навчити матір навичкам догляду за новонародженими. Крім того, підвищується відповідальність матері за дотримання особистої гігієни і санітарного режиму в палаті.

При спільному перебуванні матері й новонародженого їх розміщують у боксах чи напівбоксах на одне-два ліжка. Кожна палата обладнана медичними вагами, тумбочками чи полицками для зберігання білизни, біксами для стерильного матеріалу, набором медикаментів для догляду за шкірою новонародженого. Бікс зі стерильним матеріалом міняють у міру використання, але не рідше 3 разів на добу. В усіх палатах мають бути дезінфікувальні засоби.

Акушерка навчає матір догляду за новонародженим, роз'яснює, як користуватися стерильним матеріалом і дезінфікувальними засобами. Запаси стерильного матеріалу і медикаментів, а також історія розвитку новонародженого знаходяться у кімнаті для акушерок. Медикаменти зберігають під замком. Щоденно новонародженого оглядає лікар-неонатолог. Якщо стан дитини погіршується, слід негайно вирішувати питання про місце її подальшого перебування.

#### **Відділення патології вагітних**

Число ліжок у цьому відділенні має складати 30% загальної кількості ліжок акушерського стаціонару. Сюди госпіталізують вагітних з різноманітними ускладненнями вагітності, екстрагенітальною патологією, а також для комплексної допологової підготовки.

Відділення включає палати для хворих, маніпуляційну, кабінет функціональної діагностики, підсобні приміщення, санвузли.

Особливу увагу персонал відділення патології вагітності повинен приділяти жінкам з передлежанням плаценти, гестозами, наявністю рубців на матці. За появи щонайменших змін у стані таких жінок медсестра повинна негайно викликати лікаря, щоб надати кваліфіковану допомогу. Потрібно вчасно визначити початок пологової діяльності, відходження навколоплодових вод, про що теж повідомити чергового лікаря.

Важливим фактором лікування у відділенні патології вагітності є дієтичне харчування. Тому медсестри повинні стежити за дотриманням вагітними рекомендацій лікарів за наявності тієї чи іншої патології з урахуванням маси тіла, терміну вагітності тощо. Доцільно мати у відділі методичні рекомендації, вказівки, схеми з надання невідкладної допомоги, плани обстеження вагітних з різними захворюваннями.

В акушерських стаціонарах працюють лікарі, акушерки й медсестри. Медсестра може працювати в операційному блоці, сестрою-анестезисткою і у відділенні новонароджених.

#### **Основи законодавства України про охорону здоров'я**

Одним із напрямків соціальної політики держави є забезпечення правових гарантій щодо охорони здоров'я жінки та підвищення її соціального статусу.

Відповідно до «Закону України про шлюб, сім'ю та молодь», держава гарантує певний рівень матеріальної підтримки сім'ям з дітьми. Вагітна жінка має право на допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами: у терміні 30 тижнів вагітності їй надається відпустка, яка оплачується. Підставою для допомоги є виданий у встановленому порядку листок непрацездатності. Період відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами - 70 календарних днів перед пологами та 56 після пологів. У разі ускладнених пологів або народження двох і більше дітей післяпологова відпустка продовжується до 70 календарних днів. Ця допомога надається жінкам у повному обсязі (сумарно), незалежно від того, скільки днів вони використали перед пологами.

Розмір грошової допомоги усім жінкам, що працюють, становить 100 % їхнього заробітку (доходу); безробітним жінкам її виплачують у розмірі мінімальної заробітної платні, студенткам - місячної стипендії.

25 березня 2005 року Верховною Радою України ухвалено «Закон про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2005 рік», де передбачено чимало змін до Закону України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми». Зокрема, з 1 квітня 2005 року забезпечено підвищення розміру допомоги при народженні дитини до 8497,6 грн для осіб, застрахованих у системі загальнообов'язкового соціального страхування, та незастрахованих осіб.

Крім одноразової допомоги при народженні дитини, особа, яка доглядає за дитиною до досягнення нею трирічного віку, одержує також щомісячну допомогу на догляд за дитиною (104 грн - застрахована, 90 грн - незастрахована особа).

Кабінет Міністрів України 13.09.1995 р. затвердив національну програму «Планування сім'ї», у зв'язку з цим наказом МОЗ України за №180 від 11.06.1997 р. регламентована організація медичних центрів «Планування сім'ї та репродукції людини».

Міністерство охорони здоров'я України в наказі №620 від 29.12.2003 р. встановило загальні принципи організації надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні, які базуються на концепції ВООЗ щодо раціонального ведення пологів (1996), концепції безпечного материнства, а також на державних засадах щодо здійснення активної демографічної політики.

Державні заходи щодо здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, визначені в Указі Президента України від 26.03.2001 р. «Про Національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001-2005», Постанові Кабінету Міністрів України від 09.08.2001 р. №960 «Про затвердження Концепції розвитку охорони здоров'я населення України», розпорядженнях Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 р. №161-р. «Про затвердження Концепції безпечного материнства» та від 01.07.2002р. № 355-р «Про затвердження комплексних заходів щодо заохочування народжуваності на 2002-2007 рр.», передбачають удосконалення організації діяльності акушерсько-гінекологічної служби, в тому числі стаціонарної ланки.

У Наказі №59 від 10.02.2003 р. висвітлено питання про вдосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій у пологових будинках. У Наказі №582 від 15.12.2003 р. затверджено клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги, використані яких дасть змогу стандартизувати та уніфікувати діагностику і лікування, застосовувати методики лікування з доведеною ефективністю, що знижують захворюваність і смертність пацієнтів. З метою вдосконалення медико-генетичної допомоги в Україні видано Наказ МОЗ №641\84 від 31.12.2003 р., який сприятиме поліпшенню допомоги хворим зі спадковою патологією. Для подальшого вдосконалення амбулаторної гінекологічної допомоги населенню видано Наказ №503 МОЗ України від 28.12.2002 р. «Про вдосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Згідно із Законом України «Про охорону праці», забороняється використання праці жінок на важких роботах та роботах із шкідливими умовами праці, а також там, де необхідно піднімати речі, маса яких перевищує граничні норми. Перелік цих робіт регламентують нормативні документи.

### **Жіночий таз, м'язи тазу. Плід – об'єкт пологів**

Жіночий таз відрізняється від чоловічого:

- кістки жіночого тазу тонші, гладенькі, не такі масивні;
- жіночий таз нижчий, ширший і більший за об'ємом;
- крижі у жінок ширші і не такі увігнуті;
- лобковий симфіз короткий і ширший;
- крижовий мис у жінок виступає вперед менше;
- вхід у таз більший, його форма поперечно-овальна;

- порожнина малого тазу більша, за формою наближається до циліндра зігнутого наперед;
- вихід жіночого тазу ширший, бо відстань між сідничними горбами більша, лобковий кут ширший (90 – 100°), куприк видається вперед менше.

Таким чином, жіночий таз більший і ширший, але не такий глибокий як чоловічий.

З акушерської точки зору таз поділяється на верхній або великий, і нижній або малий. Межею між ними спереду – верхній край лобкового симфізу та лобкових кісток, з боків – безіменні лінії, ззаду – крижовий мис. Площина, що лежить між великим і малим тазом називається площиною входу в малий таз.

Великий таз значно ширший від малого. Він обмежений з боків крилами клубових кісток, ззаду – останніми поперековими хребцями, спереду – нижнім відділом черевної стінки. Великий таз доступний для дослідження, його розміри визначити легко. За параметрами великого тазу роблять висновок про розміри малого.

При дослідженні оглядають, пальпують і вимірюють таз. Під час огляду особливу увагу звертають на попереково-крижовий ромб або ромб Міхаеліса.

Попереково-крижовий ромб становить собою площину на задній поверхні крижів: верхній кут – V поперековий хребець, нижній – верхівка куприка, бічні відповідають задньо-верхнім остям клубових кісток. Вимірювання тазу має найбільше значення, бо по його розмірах можна передбачити перебіг пологів та можливі ускладнення в них. Більшість внутрішніх параметрів тазу недоступна для вимірювання. Вимірюють таз спеціальним інструментом – тазоміром. При вимірюванні тазу жінка лежить на спині з оголеним животом, ноги випрямлені. Фельдшер стає праворуч. Гілки тазоміра бере так, щоб великі і вказівні пальці тримали гудзики. Шкала з поділками обернена вгору. Вказівними пальцями треба пропальпувати пункти, відстань між якими вимірюють. Визначають чотири розміри тазу – три поперечні і один прямий.

До поперечних належать такі розміри:

1. **Distantia spinarum** – відстань між передньо-верхніми остями клубових кісток (25 – 26 см).
2. **Distantia cristarum** – відстань між найвіддаленішими точками гребнів клубових кісток (28 – 29 см)
3. **Distantia trochanterica** – відстань між великими вертлюгами стегнових кісток (30 – 31 см)

До прямого розміру тазу належить:

4. **Conjugata externa** (зовнішня кон'югата) - це відстань від верхнього краю лобкового симфізу до надкрижової ямки (20 – 21 см). Для того, щоб визначити цю величину жінка лягає на лівий бік, нижню ногу згинає, верхня випрямлена.

За величиною зовнішньої кон'югати можна зробити висновок про розмір справжньої кон'югати. Для цього від довжини зовнішньої кон'югати віднімають 9.

Справжню кон'югату можна точніше визначити по діагональній. **Conjugata diagonalis** – відстань від нижнього краю лобкового симфізу до точки мису крижів, яка найбільше виступає. Діагональну кон'югату визначають при піхвовому дослідженні, яке роблять, дотримуючись всіх правил асептики та антисептики.

Вказівний і середній пальці вводять у піхву, безіменний і мізинець згинають. Тил їх впирається в промежину. Введені у піхву пальці фіксують на її верхівці, а ребро долоні впирається в нижній край лобкового симфізу. Після цього вказівним пальцем другої руки помічають місце дотику руки, яка досліджує з нижнім краєм лобкового симфізу. Не віднімаючи вказівного пальця від позначеної точки, руку, що в піхві, виймають і вимірюють тазоміром від верхівки середнього пальця до точки, що стикається з нижнім краєм лобкового симфізу. Діагональна кон'югата в нормі дорівнює 12,5 – 13 см. Для визначення справжньої кон'югати від діагональної віднімають 1,5 – 2 см.

Певне значення має визначення форми лобкового кута (в нормі 90 – 100°).

При зовнішньому вимірюванні тазу важливо врахувати товщину його кісток. Як правило, що товщі кістки, то менші розміри порожнини малого тазу, навіть при нормальних зовнішніх розмірах тазу.

Для визначення товщини кісток тазу, певне значення має вимірювання сантиметровою стрічкою обводу променево-зап'ясткового суглобу у жінки – це **індекс Соловйова** (в нормі 14 см).

Малий таз становить собою кісткову частину родового каналу. Задня стінка малого тазу складається із крижів і куприка, бокові – утворені сідничними кістками і лобковим симфізом. Задня стінка малого тазу втричі довша за передню. Верхній відділ малого тазу – суцільне кісткове кільце.

Малий таз складається з входу, порожнини і виходу. У порожнині тазу розрізняють широку й вузьку частини. Тому є площини входу, площина широкої частини, вузької і виходу.

**Площина входу в малий таз має межі:**

- спереду – верхній край лобкового симфізу і верхній внутрішній край лобкових кісток;
- з боків – безіменні лінії;
- ззаду – крижовий мис.

У вході розрізняють такі розміри:

1) прямий – відстань від крижового мису до точки, що найбільше видається на внутрішній поверхні верхнього краю лобкового симфізу.

Цей розмір називається акушерською або справжньою кон'югатою (*conjugata vera*) і дорівнює 11 см.

Розрізняють ще анатомічну кон'югату - відстань від мису до середини верхнього внутрішнього краю лобкового симфізу (більше на 0,3 – 0,5 см від акушерської);

2) поперечний розмір – відстань між найбільш віддаленими пунктами безіменних ліній (13 – 13,5 см);

3) косі (правий і лівий) – 12 – 12,5 см.

Правий косий – відстань від правого крижово-клубового зчленування до лівого клубово-лобкового зчленування.

Лівий косий – від лівого крижово-клубового зчленування до правого клубово-лобкового.

Щоб легше орієнтуватися щодо напрямку косих розмірів, використовують прийом: кисті обох рук ставлять під прямим кутом долонями вгору. Кінці пальців наближають до виходу з тазу жінки, яка лежить. Площина лівої руки збігається з лівим косим розміром тазу, площина правої – з правим.

**Площина широкої частини порожнини малого тазу обмежена:**

- спереду – середина внутрішньої поверхні лобкового симфізу;
- по боках – середина вертлюжної западини;
- ззаду – місце з'єднання II – III крижових хребців.

Тут 2 розміри – прямий і поперечний:

1) прямий розмір – від місця з'єднання II – III крижових хребців до середини внутрішньої поверхні лобкового симфізу дорівнює 12,5 см.;

2) поперечний розмір – відстань між верхівками вертлюжних западин дорівнює 12,5 см.

**Площина вузької частини порожнини малого тазу обмежена:**

- спереду – нижній край лобкового симфізу;
- з боків – ості сідничних кісток;
- ззаду – крижово-куприкове зчленування.

Є прямий і поперечний розміри:

1) прямий – відстань від крижово-куприкового зчленування до нижнього краю лобкового симфізу дорівнює 11 – 11,5 см.

2) поперечний розмір – відстань між остями сідничних кісток дорівнює 10,5 см.

Площина виходу із малого тазу обмежена:

- спереду – нижній край лобкового симфізу;

- з боків – сідничні горби;
- ззаду – верхівка куприка.

**Площина виходу з таза** складається з двох трикутних площин спільною основою яких є лінія яка з'єднує сідничні горби. У цій ділянці розрізняють прямий і поперечний розміри:

- 1) прямий розмір – від верхівки куприка до нижнього краю лобкового симфіза дорівнює 9,5 см. При проходженні плоду куприк відхиляється на 1,5 – 2 см.
- 2) поперечний – це відстань між внутрішніми поверхнями сідничних горбів дорівнює 11 см.

**Провідна вісь (лінія) таза** – лінія, яка з'єднує середини всіх прямих розмірів таза.

**Нахил таза** – відношення площини входу до горизонтальної площини.

У вертикальному положенні жінки верхній край лобкового симфізу перебуває нижче від крижового мису. Справжня кон'югата утворює з площиною горизонту кут, що в нормі дорівнює 55 – 60°.

**Тазове дно.** Вихід з таза закритий товстим м'язево-фасціальним пластом, який називається тазовим дном.

Тазове дно складається із нижнього, середнього, верхнього шарів, вкритого фасціями.

Нижній шар (зовнішній) складається із м'язів, які сходяться в сухожильному центрі промежини. Мають вигляд “8”.

Цибулиногубчастий м'яз – охоплює вхід у піхву, прикріплений до сухожильного центру і клітора.

Сідничнопечеристий м'яз – починається від нижнього краю гілки сідничної кістки і прикріплюється до клітора.

Поверхневопечеристий м'яз – починається від сухожильного центру іде праворуч і ліворуч і прикріплений до сідничних горбів.

Зовнішній стискач заднього проходу – м'яз який оточує кінець прямої кишки.

Середній шар – сечостатева діафрагма. Це трикутна м'язево-фасціальна пластинка, розташована під лобковим симфізом. Через передню частину проходять сечівник і піхва. Задню частину називають глибоким поверхнево-поперечним м'язом.

Верхній (внутрішній шар) – складається з парного м'яза, який піднімає задній прохід (m. levator ani).

Функції тазового дна:

- 1) тазове дно є опорою внутрішніх статевих органів;
- 2) тазове дно є опорою не тільки для статевих, а й для внутрішніх органів;
- 3) під час пологів всі шари м'язів тазового дна розтягуються і утворюють широку трубку, яка є продовжувачем пологового каналу.

Під час пологів голова плода проходить пологовими шляхами. Розрізняють такі положення голови плода:

1. Голова над входом у малий таз. Вся голова міститься над входом у малий таз. Вона рухома, вільно переміщується при поштовхах (“балотує”) або притиснута до входу в малий таз. При піхвовому дослідженні з'ясовують, що таз вільний, голова стоїть високо, не перешкоджає обмацування безіменних ліній таза, мису (якщо взагалі його можна досягти), внутрішньої поверхні крижів і лобкового симфізу. Стріловидний шов звичайно у поперечному розмірі, перебуває на однаковій відстані від лобкового симфізу і мису, велике і мале тім'ячка – на одному рівні (при потиличному передлежанні).
2. Голова у вході в малий таз малим сегментом. Голова нерухома, більша частина її міститься над входом у таз, невеликий сегмент голови – нижче від площини входу в таз. При піхвовому дослідженні з'ясовують, що крижова западина вільна, до мису можна підійти зігнутих пальцем (якщо його можна досягти). Внутрішня поверхня лобкового симфізу доступна для дослідження, мале тім'ячко нижче від великого (згинання). Стріловидний шов стоїть у поперечному або косому розмірі.
3. Голова у вході в малий таз великим сегментом. При зовнішньому дослідженні визначають, що голова найбільшим своїм обводом лежить нижче від площини входу в

- таз (опустилась у порожнину). Менший сегмент голови промацується згори. За допомогою піхвового дослідження з'ясовують, що голова прикриває верхню третину лобкового симфізу і крижів. Миса не можна досягти. Сідничні ості промацуються легко. Голова зігнута, мале тім'ячко нижче від великого. Стріловидний шов розташований в одному з косих розмірів.
4. Голова в широкій частині порожнини малого тазу. При зовнішньому дослідженні промацується тільки незначна частина голови (лоб). При піхвовому дослідженні з'ясовують, що голова найбільшим обводом пройшла площину широкої частини порожнини тазу. Дві третини внутрішньої поверхні лобкового симфізу і верхня половина крижової западини зайняті головою. Вільно промацується IV і V крижові хребці і сідничні ості. Стріловидний шов стоїть у одному з косих розмірів.
  5. Голова у вузькій частині порожнини малого тазу. Зовнішнім дослідженням, голову визначити не вдається. При піхвовому дослідженні виявляють, що дві верхні третини крижової западини і вся внутрішня поверхня лобкового симфізу зайняті головою. Сідничних остей досягти важко. Голова міститься близько до дна тазу. Внутрішній поворот її ще не закінчений. Стріловидний шов перебуває в одному з косих розмірів, близько до прямого.
  6. Голова на виході з тазу. При зовнішньому дослідженні голова не промацується зовсім. Крижова западина цілком заповнена голівкою. Сідничні ості не визначаються. Стріловидний шов – у прямому розмірі виходу з тазу.

### Література

1. *Грищенко В.І., Щербина М.О.* Акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009.
2. *Назарова І.В.* Невідкладні стани в акушерстві: навч. посіб. - К.: Медицина, 2008.
3. *Назарова І.Б.* Медсестринство в акушерстві: підручник. - К.: Медицина, 2008.
4. *Назарова І.Б., Самойленко В.Б.* Фізіологічне акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009.
5. *Хміль С.В., Романчук Л.І., Кучма З.М.* Акушерство: підручник. - Тернопіль: Підручники і посібники, 2008.