

Лекція № 3

Тема: Пологи, перебіг та ведення

План

- Визначення термінів “пологи” та “нормальні пологи”. Провісники пологів. Періоди пологів та їх тривалість. Пологові сили.
- Перебіг I періоду пологів. Уявлення про нижній сегмент, контракційне кільце. Своєчасність відходження навколоплідних вод. Зовнішні ознаки відкриття шийки матки.
- Ведення I періоду пологів.
- Перебіг II періоду пологів. Врізування та прорізування голівки плода. Біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання.
- Ведення II періоду пологів. Ручна допомога при нормальних пологах.
- Перебіг III періоду пологів. Механізм відокремлення плаценти та народження посліду.
- Активне ведення III періоду пологів. Ознаки відділення плаценти. Уявлення про фізіологічну крововтрату. Огляд плаценти на її цілість. Первинний туалет новонародженого.

Пологи (*partus*) - це фізіологічний процес зганяння з порожнини матки плода і посліду природними пологовими шляхами.

Пологи настають після закінчення фізіологічного терміну вагітності - 10 акушерських місяців (280 днів, або 40 тижнів).

Провісники пологів

За 2-3 тижні до пологів з'являються ознаки, що свідчать про їх наближення:

- опускається передлегла частина плода, у вагітних вперше вона фіксується у вході в малий таз. Разом з тим опускається і дно матки;
- зменшується кількість навколоплодових вод. Маса тіла вагітної теж відповідно зменшується;
- з'являються ниючі, тягучі болі внизу живота, у ділянці крижів. Ці болі нерегулярні, не призводять до структурних змін у шийці матки;
- перед пологами з шийки матки відходить густий тягучий слиз, нерідко з домішками крові (*слизова пробка Кристеллера*);
- шийка матки зріла.

Напередодні пологів виникають досить відчутні за інтенсивністю больових відчуттів, але нерегулярні, так звані підготовчі або прелімінарні перейми. Шийка матки в цей час вже зріла, окситоциновий тест позитивний. **Прелімінарний період у нормі триває не довше 6 годин.**

Початком **пологів слід вважати появу** регулярних скорочень **матки** (тривалістю 15-20 с через 10 хв, до того ж тривалість їх постійно наростає, а паузи скорочуються), що призводять до виникнення структурних змін (згладжування та розкриття шийки матки), відходження слизової пробки з цервікального каналу та формування плодового міхура. Відбувається поступове опускання голівки плода в малий таз відносно площини його входу (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно *lin.interspinalis* (при внутрішньому акушерському дослідженні).

З появою перших регулярних перейм (наявність однієї перейми на 10 хв, яка продовжується 15-20 с) і до закінчення пологів жінку називають **роділлею**.

Пологові сили

Існує два види пологових сил, завдяки яким відбуваються процеси розкриття шийки матки, зганяння плода з порожнини матки та відшарування і народження посліду - **перейми та потуги**.

Перейми - регулярні скорочення м'яза матки. На початку першого періоду пологів перейми тривають 10-15 с, у середині - 50-60 с, у кінці - 60-80 с. Проміжки між переймами називаються паузами. Тривалість пауз від 10-15 хв на початку до 2-3 хв у кінці першого періоду пологів.

Перейма починається з дна матки, потім скорочення поширюється на всю матку, поступово посилюється (*stadium incrementi*), досягає максимальної інтенсивності (*stadium acme*), згодом розслаблюється (*stadium decrementi*). У першому періоді перейми називаються *розкривальними* (за назвою періоду), у другому - *зганяльними*, у третьому - *послідовими*.

Перейми виникають поза волею жінки, вона не може послабити чи посилити їх інтенсивність чи змінити частоту.

Потуги - періодичні скорочення м'язів черевного преса та діафрагми, що приєднуються до перейм у другому періоді пологів.

Під час потуг скорочуються поперечносмугасті м'язи діафрагми, черевного преса, тазового дна, що призводить до *підвищення внутрішньочеревного тиску* і у поєднанні з переймами сприяє зганянню плода з порожнини матки. Потуги виникають *рефлекторно*, але роділля може їх регулювати залежно від потреби.

Періоди пологів

У пологовому акті виділяють три періоди:

- перший - **період розкриття шийки матки** (з початку перших регулярних перейм до повного відкриття шийки матки, 10-12 см);
- другий - **період зганяння плоду** (від повного розкриття шийки матки до народження плода);
- третій - **послідовий період** (від народження плода до народження посліду).

Клінічний перебіг I періоду пологів

Перший період починається з моменту настання регулярної пологової діяльності і закінчується повним розкриттям шийки матки.

В пологах формується два сегменти матки - **верхній та нижній**. Верхній - **активний сегмент** - включає дно та тіло матки, він під час перейм скорочується, нижній - **пасивний** - складається з перешийка та шийки матки, які зазнають головним чином розтягнення і у меншій мірі скорочуються. Це зумовлено особливостями розташування м'язових пучків матки - у тілі переважають поздовжні, у перешийку та шийці матки - косі та циркулярні.

В міометрії протягом перейми відбуваються процеси **контракції** (скорочення м'язових волокон), **ретракції** (зміщення м'язових волокон одне відносно одного) та **дистракції** (розтягнення циркулярних волокон шийки матки). Контракція та ретракція переважають у тілі матки, дистракція - у нижньому сегменті. Зміщуючись один відносно одного, м'язові пучки після закінчення перейми вже не повертаються на своє місце, тому з прогресуванням першого періоду пологів верхній сегмент поступово потовщується, а нижній - стоншується.

Під час перейми підвищення внутрішньоматкового тиску передається плоду та навколоплодовим водам. При цьому води переміщуються вниз до шийки матки, нижня частина плодових оболонок вклинюється у цервікальний канал. Ця частина оболонок (*плодовий міхур*) розширює шийку матки зсередини. Передлегла частина (голівка) щільно охоплюється нижнім сегментом, формується **внутрішня смуга стикання**, завдяки цьому води поділяються на **передні (100-200 мл) та задні**. За умов нормального перебігу пологів вони відходять у кінці першого періоду. Вище смуги стикання знаходяться **задні** води, що виливаються після народження дитини. **Зовнішню смугу стикання** утворюють нижній сегмент матки та кісткове кільце таза, якщо голівка фіксована у вході в малий таз. При тазовому передлежанні щільного охоплення нижнім сегментом тазового кінця плода не відбувається, тому води не розмежовані. Пояс стикання щільно охоплює голівку плода, тому венозний та лімфовідтік від тканин, розміщених нижче, погіршується - виникає набряк тканин у ділянці

провідної точки - **пологова пухлина**. Величина її залежить від тривалості безводного періоду - чим довший безводний період, тим більша пухлина. Пологова пухлина зникає без лікування через кілька днів після пологів.

У жінок, що народжують уперше (primipara), спочатку відкривається внутрішнє вічко, шийка матки вкорочується, а потім згладжується. Лише після згладжування шийки матки починається відкриття зовнішнього вічка. У тих, що народжують повторно (multipara), механізм відкриття цервікального каналу інший: розкриття зовнішнього та внутрішнього вічка відбувається одночасно та паралельно із вкороченням шийки матки. Впродовж першого періоду пологова діяльність посилюється: зростає тривалість та інтенсивність перейм, паузи між ними вкорочуються. Зростає внутрішньоматковий тиск, шийка матки дедалі більше розкривається, нижній полюс плодового міхура втрачає опору, його оболонки перерозтягуються, на висоті однієї із перейм відбувається **розрив плодового міхура**. Відходять передні навколоплодові води. *Якщо плодовий міхур розривається при повному (на 10 см) або майже повному (не менше 6-7 см) розкритті шийки матки, йдеться про вчасне вилиття навколоплодових вод*. Вилиття вод до повного розкриття (4-5 см) називається **раннім**, до початку пологової діяльності - **передчасним**. У випадку надмірної щільності плодових оболонок води не відходять навіть при повному розкритті шийки матки, плодовий міхур, виконавши свою функцію гідравлічного клина, стає перешкодою для народження плода, тому необхідно здійснити штучний розрив плодового міхура (*амніотомію*), щоб не порушився фізіологічний перебіг пологів. Таке вилиття вод називають **запізнілим**.

Іноді спостерігається підтікання навколоплодових вод при збереженні цілості плодового міхура. Такий стан називають **високим надривом плодового міхура**.

Після вилиття навколоплодових вод над лоном можна пропальпувати поперечну борозну - **контракційне кільце**. Це межа між верхнім сегментом (тілом матки), який під час перейм скорочується, і нижнім сегментом (перешийком та шийкою матки), який розтягується. За висотою розміщення контракційного кільця можна приблизно оцінити ступінь розкриття шийки матки (ознака Шатца-Унтерберга), при розкритті на 1 поперечний палець воно піднімається над лоном на 2 см, на 2 поперечних пальці - на 4 см і так далі, проте навіть при повному розкритті воно не повинно підійматися вище як на 8-10 см. *Більш високе стояння контракційного кільця над симфізом свідчить про перерозтягнення нижнього сегмента матки і є явищем патологічним*.

Клінічний перебіг другого періоду пологів

З моменту повного розкриття шийки матки розпочинається другий період пологів.

Після вилиття навколоплодових вод перейми на кілька хвилин припиняються, матка пристосовується до зменшеного об'єму. Нижній сегмент, повністю розкрита шийка матки та піхва утворюють пологовий канал. Перейми відновлюються з наростаючою силою, тривалість їх збільшується до 50-60 с, паузи зменшуються до 1-2 хв. У другому періоді пологів перейми називаються зганяльними. Під дією підвищеного внутрішньоматкового тиску плід починає просуватись пологовими шляхами. Голівка опускається у порожнину малого таза. Коли великий сегмент голівки знаходиться у вузькій частині порожнини малого таза, а нижній її полюс досягає тазового дна, подразнюючи барорецептори, які там знаходяться, до перейм приєднуються потуги.

Коли голівка досягає тазового дна, потуги стають особливо сильними. Промежина починає випинатись, задньопрхідний отвір зяє. При подальшому русі передлеглої частини статевих щілин відкривається, і голівка під час потуги з'являється назовні. Поза потугою вона знову ховається. Це називається **врізуванням голівки**. Коли голівка просувається настільки, що не ховається поза потугою, говорять про **прорізування голівки**.

Першою прорізується потилиця плода, потім тім'яні горби, відтак лоб і обличчя. Далі народжується тулуб плода.

Період зганяння у жінок, що народжують вперше, триває 1-2 год, у тих, що народжують повторно, - від 15 хв до 1 год.

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання

Наприкінці вагітності плід знаходиться переважно у поздовжньому положенні та головному передлежанні (95 % усіх пологів). Типовим є *згинальний тип членорозміщення*, при якому голівка та кінцівки плода зігнуті та притиснуті до тулуба, що дає йому змогу займати найменший об'єм у порожнині матки. Якщо голівка знаходиться у стані згинання, потилиця опускається і розміщується над входом в таз. Таке передлежання називається потиличним..

Проходячи пологовыми шляхами, плід здійснює певні згинальні, розгинальні, поступальні та обертальні рухи, сукупність яких називається *біо механізмом пологів*.

Найчастіше плід народжується у передньому виді потиличного передлежання.

Моменти біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання:

1. Згинання голівки. Голівка плода фіксується у вході в малий таз, її стрілоподібний шов знаходиться у поперечному або в одному з косих розмірів таза. Внаслідок дії пологових сил голівка згинається. Підборіддя наближається до грудної клітки, потилиця опускається, мале тім'ячко розміщується нижче великого. У результаті згинання голівка проходить через малий таз своїм *малим косим розміром* (9,5 см, обвід - 32 см), провідною точкою є *ділянка малого тім'ячка*. *Провідною точкою* називається найнижче розміщена ділянка передлеглої частини, яка першою проходить пологовыми шляхами і першою народжується.

2. Внутрішній поворот голівки починається при переході голівки з широкої частини порожнини малого таза у вузьку. Голівка здійснює поступальний і обертальний рух, в результаті якого стрілоподібний шов з поперечного або косоного стає у прямий розмір виходу з таза. Мале тім'ячко при цьому обертается до симфізу, а обличчя плода - до крижів. *Поворот - завершується на тазовому дні*.

3. Розгинання голівки. Коли голівка наближається до виходу з таза, вона натрапляє на опір м'язів тазового дна. Під нижній край симфізу підходить *підпотилична ямка* - точка фіксації. Навколо цієї точки під дією двох сил - сили скорочень матки та опору м'язів тазового дна - відбувається розгинання голівки та її народження.

4. Внутрішній поворот тулуба, зовнішній поворот голівки. Здійснюючи поступальний та, водночас, обертальний рух по пологовому каналу, плечики плода переходять з косоного розміру таза у прямий, при цьому голівка обертается обличчям до правого (при першій позиції) або лівого (при другій) стегна матері. Переднє плечико підходить під симфіз і фіксується своєю верхньою третиною. Утворюється точка фіксації, навколо якої відбувається бокове згинання тулуба плода, і народжується заднє плечико, після чого без утруднень народжується тулуб плода.

Отже, при передньому виді потиличного передлежання голівка прорізується своїм *малим косим розміром* (обвід 32 см); провідна точка - *мале тім'ячко*; точка фіксації - *підпотилична ямка*; конфігурація голівки - доліхоцефалічна (голівка витягнута у напрямі косоного розміру); пологова пухлина утворюється в ділянці малого тім'ячка.

Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання

Близько 1% пологів проходять при задньому виді потиличного передлежання. Переважно це трапляється, коли під час вагітності спинка плода обернена до задньої стінки матки. Частіше навіть при такому розміщенні плода під час вагітності, під час пологів плід під дією пологових сил повертається в передній вид, мале тім'ячко при цьому здійснює поворот на 135°. Проте в деяких випадках мале тім'ячко повертається на 45°, і плід народжується у задньому виді.

Моменти біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання:

1. Згинання голівки. Перший момент біомеханізму пологів відбувається так само, як при передньому виді. Голівка згинається дещо менше і проходить через малий таз *своїм середнім косим розміром* (10 см, обвід - 33 см), *провідною точкою* є середина стрілоподібного шва.

2. Внутрішній поворот голівки. Починається при переході голівки із широкої частини порожнини малого таза у вузьку. Внаслідок обертання голівки потилиця плода обертается до крижів, а обличчя - до симфіза. Завершується поворот голівки на тазовому дні, голівка встановлюється стрілоподібним швом у прямому розмірі виходу з таза.

3. **Додаткове згинання голівки.** Утворюється перша точка фіксації: голівка плода фіксується межею волосистої частини лоба до нижнього краю лонної дуги. Навколо цієї точки відбувається додаткове згинання голівки. Народжуються лоб, тім'яні горби.

4. **Розгинання голівки** відбувається навколо *другої точки фіксації*, яку утворюють *підпотилична ямка та крижово-куприкове зчленування*. Під час розгинання навколо цієї точки голівка плода народжується.

5. **Внутрішній поворот тулуба, зовнішній поворот голівки.** Народження плечового пояса та тулуба плода не відрізняється від такого при передньому виді потиличного передлежання.

Отож, при задньому виді потиличного передлежання голівка прорізується своїм *середнім косим розміром* (обвід 33 см); провідна точка - *середина стрілоподібного шва*; точки фіксації: перша - *межа волосистої частини лоба*, друга - *підпотилична ямка*.

Клінічний перебіг третього періоду пологів

Після народження плода розпочинається третій період пологів - **послідовий**.

Протягом цього періоду відбуваються два процеси:

- *відділення* (відшарування) плаценти від стінки матки;
- *відділення* (зганяння) посліду з порожнини матки.

Після народження плода матка значно зменшується у розмірах, набуває кулястої форми, дно її розміщується на рівні пупка. Кілька хвилин матка перебуває у стані тоничного скорочення, далі розпочинаються *послідові перейми*. Внаслідок скорочень матки відбувається відділення плаценти від її стінки. Матка, зокрема плацентарний майданчик, скорочується, плацента здатності до скорочення не має. Порушення контакту між плацентою та стінкою матки з огляду на властивий людині гемохоріальний тип плаценти, призводить до утворення крововиливу між материнською поверхнею плаценти і маткою - **ретроплацентарної гематоми**.

Існує два типи відокремлення плаценти: з центру та із периферії. *Центральний* (за Шульце) полягає в тому, що плацента відокремлюється спочатку у центральній частині. Утворюється ретроплацентарна гематома, яка сприяє повному відокремленню плаценти. Послід народжується плодовою оболонкою назовні.

Другий тип (за Дунканом) полягає у відділенні плаценти з *периферії*. Ретроплацентарна гематома не утворюється, послід народжується нижнім краєм уперед, материнською поверхнею назовні.

Послідовий період триває у середньому від 10-15 до 30 хвилин.

Фізіологічною вважають крововтрату, що не перевищує 0,5% маси тіла роділлі.

Приймання та санітарна обробка роділлі

Санітарно-пропускний блок пологового будинку розпочинає кімната - фільтр.

Обов'язки акушерки приймального відділення:

- уважне вивчення обмінної карти вагітної, результатів її обстеження у жіночій консультації;
- заповнення історії пологів (паспортна частина і перша сторінка);
- зважування роділлі, вимірювання зросту;
- вимірювання артеріального тиску на обох руках, визначення частоти пульсу;
- вимірювання температури тіла;
- огляд шкіри і слизових з метою виявлення гноячкових захворювань шкіри, висипань.

Основним завданням акушерки, яка працює у приймальному відділенні пологового стаціонару, є виявлення у роділь, що поступають, захворювань інфекційного генезу та ізоляція їх від здорових жінок. Наявність у роділлі інфікування чи навіть підозри на інфекцію є підставою для госпіталізації її в обсерваційне акушерське відділення.

Показання для госпіталізації роділлі в обсерваційне відділення:

- грип, ангіна, інші респіраторні захворювання;
- пієлонефрит;
- кольпіт,

- підвищення температури тіла незалежно від причин;
- наявність гноячкових та грибкових захворювань, носійство патогенного стафілокока;
- внутрішньоутробна загибель плода;
- пологи, що відбулися поза стаціонаром;
- жінки, що не перебували на обліку в жіночій консультації і не пройшли відповідного обстеження.

Здорові роділлі та вагітні з кімнати-фільтра направляються в оглядову фізіологічного відділення, вагітні та роділлі, у яких виявлені показання для госпіталізації в обсерваційне відділення - у відповідну оглядову кімнату. В оглядовій роділлію вкладають на кушетку, вкриту продезінфікованою цератою та чистим простирадлом, проводять такі дослідження:

- вимірювання розмірів таза;
- визначення висоти стояння дна матки над симфізом, обводу живота;
- користуючись прийомами Леопольда-Левицького визначають положення, позицію, вид та передлежання плода, відношення передлеглої частини до входу в таз;
- проводять тест якісного визначення наявності білка в сечі шляхом кип'ятіння або пробу із сульфосаліциловою кислотою (до 2-3 мл сечі додають 5-6 краплин сульфосаліцилової кислоти, якщо випадає осад, це свідчить про те, що в сечі роділлі є білок і необхідно провести аналіз сечі з кількісним його визначенням).

Санітарна обробка роділлі:

- зголюють волосяний покрив зі статевих органів роділлі, користуючись при цьому одноразовим стерильним лезом, особливу увагу звертають на ділянку промежини. Іншим лезом зголюють волосся під пахвами;
- зовнішні статеві органи обмивають теплим дезінфікувальним розчином і висушують стерильною пелюшкою чи рушником;
- ставлять очисну клізму;
- спорожнивши кишечник, пацієнтка приймає душ;
- коротко обтинають нігті на руках і ногах, нігтьові ложа обробляють 5% розчином йоду;
- роділлі одягає чисту сорочку, халат і в супроводі акушерки приймального відділення іде у пологове відділення. При вираженій пологовій діяльності роділлію транспортують у відділення на каталці.

Якщо в процесі приймання та санобробки роділлі виникли ускладнення (розпочалися потуги, виникла кровотеча, відійшли навколоплодові води), необхідно викликати чергового лікаря.

Ведення пологів. Догляд за роділлею

Основні принципи ведення нормальних пологів:

- оцінка ступеня прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології з метою визначення рівня надання стаціонарної допомоги;
- визначення плану ведення пологів та проінформоване узгодження його з жінкою;
- контроль за станом матері та плода в пологах з веденням партограми;
- знеболювання пологів за показаннями;
- оцінка стану дитини при народженні, проведення первинного туалету новонародженого та раннє прикладання до грудей матері.

Підтримуючий догляд під час пологів і розродження

1. Персональна психологічна підтримка вагітної чоловіком, найближчими родичами чи обраним нею тренером під час пологів та розродження;
2. Забезпечення розуміння та психологічної підтримки роділлі медичним персоналом: пояснюється необхідність проведення процедур і маніпуляцій, одержується дозвіл на їх проведення; підтримується підбадьорлива атмосфера при розродженні, уважне ставлення до бажань жінки; забезпечення конфіденційності стосунків.
3. Підтримування чистоти роділлі та її оточення:
 - заохочування до самостійного прийняття ванни чи душу жінкою на початку пологів;

- перед кожним піхвовим дослідженням обмивання зовнішніх статевих органів і промежини роділлі; лікар ретельно мие руки й одягає стерильні гумові одноразові рукавички.

4. Забезпечення рухливості роділлі:

- жінку заохочують до активної поведінки та вільного ходіння під час пологів;
- допомагають жінці вибрати положення для пологів.

Ведення першого періоду пологів

Перший період пологів роділлі проводить у передпологовій кімнаті. *Медичний персонал повинен постійно спостерігати за роділлю, не залишаючи її саму ні на хвилину.* Дуже важливо дотримуватись правил деонтології: чуйно, уважно ставитись до жінки, розмовляти з нею, переконуючи у швидкому та сприятливому закінченні пологів.

Годувати роділлю під час пологів не рекомендується, оскільки часом створюються акушерські ситуації, коли постає необхідність застосування оперативних втручань, а наявність у шлунку вмісту може призвести до ускладнень під час наркозу. Можна вживати невеликими порціями соки, молоко.

Жінці потрібно нагадати, як виконувати прийоми психопрофілактики для зменшення больових відчуттів. Якщо роділлі неспокійна, скаржиться на сильний біль, то лікар-акушер та анестезіолог повинні вжити заходів до медикаментозного знеболювання пологів.

Для динамічного і наочного спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода, а також з метою своєчасної профілактики можливих ускладнень у пологах використовується запис партограми.

Спостереження за станом роділлі у I періоді пологів включає рутинні процедури, які заносяться акушером-гінекологом до партограми:

Оцінюють загальний стан плоду:

- підраховують серцеві скорочення плода за 1 хвилину кожних 15 хвилин протягом активної фази і кожні 5 хвилин протягом другого періоду пологів, ці показники заносять до партограми. Для своєчасної діагностики гіпоксії плода використовують дворазову аускультацию (до і після перейм або потуг);
- якщо частота серцевих скорочень плода менше 120 чи більше 160 ударів за хвилину, це розцінюють як початок розвитку дистресу плода.

Оцінюють загальний стан матері:

- вимірюють температуру тіла кожні 4 години; визначають параметри пульсу - кожні 2 години; артеріального тиску - кожні 2 години; визначають кількість сечі - кожні 4 години;
- визначають рівень білка і ацетону за показаннями;
- періодично визначають характер дихання.

Ефективність пологової діяльності визначають:

- за частотою, тривалістю та інтенсивністю перейм - щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі;
- за даними внутрішнього акушерського дослідження - кожні 4 години;
- за рівнем опускання голівки плода - при проведенні кожного зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження.

Якщо відбувся розрив плодового міхура, звертають увагу на колір навколоплодових вод:

- наявність густого меконію свідчить про необхідність ретельного спостереження і можливого втручання для надання допомоги у випадку дистресу плода;
- відсутність витікання рідини після розриву плодового міхура вказує на зменшення обсягу амніотичної рідини, що може бути зв'язане з дистресом плода.

Немає доказів ефективності проведення ранньої амніотомії у разі нормальних пологів.

Зовнішнє акушерське дослідження проводять протягом першого періоду пологів багаторазово, звертаючи особливу увагу на використання *четвертого прийому Леопольда-Левіцького*, яким визначають відношення голівки до площин малого таза.

Коли голівка знаходиться у вузькій частині порожнини малого таза, її можна досягти *прийомом Піскачека*: зовнішні статеві органи покривають стерильною серветкою, вказівний та

середній палець правої руки розміщують біля основи правої статевої губи і натискають через м'які тканини, спрямовуючи пальці назустріч голівці.

Піхвове дослідження роділлі проводять під час пологів щонайменше двічі: вперше при поступленні роділлі в акушерський стаціонар для з'ясування акушерської ситуації, вдруге - після відходження навколоплодових вод для діагностики стану розкриття шийки матки на цей момент та можливого випадання пуповини та дрібних частин плода. Додатково проводять вагінальне дослідження за строгими показаннями для уточнення стану розкриття шийки матки при слабкості пологової діяльності, просування голівки тощо.

Проведення вагінального дослідження потребує суворого дотримання правил асептики та антисептики: зовнішні статеві органи роділлі обмивають розчином фурациліну або перманганату калію та обробляють розчином йодонату, під сідниці жінки підкладають стерильну підкладну пелюшку. Перед дослідженням лікар мие руки, як перед операцією, одягає стерильні рукавички.

При *вагінальному (внутрішньому акушерському) дослідженні* звертають увагу на наявність рубців на промежині після попередніх пологів, варикозного розширення вен, визначають стан піхви - вузька, широка, наявність аномалій розвитку. При пальпації шийки матки встановлюють ступінь її зрілості - сформована, вкорочена, згладжена, товщину та здатність країв до розтягнення, ступінь розкриття маткового вічка, цілість плодового міхура, його напруження під час та між переймами. Визначають передлеглу частину, її положення відносно площин таза, розміщення стрілоподібного шва та тім'ячок. Досліджують особливості будови кісткового таза роділлі, наявність кісткових виступів - екзостозів, визначають величину діагональної кон'югати, якщо вдається досягти крижового мису. Усі отримані дані записують в історію пологів. Оцінюють характер пологової діяльності.

Положення голівки щодо площин таза. Розрізняють такі положення голівки відносно площин малого таза:

- голівка над входом у малий таз;
- голівка малим сегментом у вході в малий таз;
- голівка великим сегментом у вході в малий таз;
- голівка в широкій частині порожнини малого таза;
- голівка у вузькій частині порожнини малого таза;
- голівка у виході з таза.

Для визначення положень голівки важливе поняття великого сегмента.

Великим сегментом називається той найбільший обвід голівки, яким вона проходить через малий таз при даному передлежанні. Будь-яка менша частина голівки являє собою малий сегмент.

Великий сегмент для кожного передлежання свій. Зокрема, при передньому виді потиличного передлежання великий сегмент відповідає обводу, який проходить через малий косий розмір голівки плода.

Положення голівки відносно площин малого таза

1. **Голівка над входом у малий таз.** Використовуючи четвертий прийом зовнішнього акушерського дослідження, поза переймою, долонями, притиснутими до голівки плода, пробуємо проникнути між голівкою і лоном в глибину таза. Якщо пальці можна підвести під голівку і кінчики їх сходяться, це свідчить, що голівка перебуває над входом у малий таз. Третім прийомом визначаємо симптом *балотування*. При внутрішньому дослідженні визначаємо, що голівка стоїть високо, порожнина таза вільна, можна пропальпувати верхній край лобкового симфізу, безіменні лінії, мис. Якщо спробувати відштовхнути голівку від входу в таз, вона відходить, а потім знову повертається у вихідне положення. Стрілоподібний шов розміщується у поперечному або одному з косих розмірів.

2. **Голівка малим сегментом у вході в малий таз.** Голівка не балотує, фіксована до входу в таз. Більша частина голівки знаходиться над площиною входу в малий таз. Кінці пальців не сходяться під голівкою. При внутрішньому дослідженні визначаємо, що нижній полюс голівки на 3-4 см вище інтерспінальної лінії. Крижова западина вільна, мис можна досягнути зігнутими пальцями (якщо він взагалі досяжний). Верхній край лонного симфізу закритий

фіксованою голівкою, та внутрішня поверхня лона доступна для дослідження. Стрілоподібний шов стоїть у поперечному або одному з косих розмірів.

3. **Голівка великим сегментом у вході в малий таз.** Зовнішніми прийомами змістити голівку неможливо. Над входом у таз пальпується лише незначна її частина. При внутрішньому дослідженні визначаємо, що верхня третина крижової западини та верхня третина симфізу зайнята голівкою. Мису досягти не можна. Розкриття шийки матки повне. Нижній полюс голівки - провідна точка - досягає інтерспінальної лінії. Сідничні ості легко пальпуються. Стрілоподібний шов знаходиться у косому розмірі, мале тім'ячко лежить нижче від великого.

4. **Голівка в широкій частині порожнини малого таза.** Над входом в таз визначається тільки незначна частина голівки - підборіддя плода. За допомогою піхвового дослідження визначаємо, що голівка плода займає половину крижової западини і дві третини симфізу. Стрілоподібний шов стоїть в одному з косих розмірів. У цій площині починається внутрішній поворот голівки плода. Сідничні ості ще можна пропальпувати. Можна досягти голівки прийомом Піскачека.

5. **Голівка у вузькій частині порожнини малого таза.** Зовнішніми прийомами голівка не визначається. Вся крижова западина і внутрішня поверхня симфізу заповнена голівкою, пальпуються тільки нижній край лона, сідничні горби й куприк. У цій площині продовжується внутрішній поворот голівки, її стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів (правому чи лівому) ближче до прямого. Голівку можна легко досягнути прийомом Піскачека.

6. **Голівка у виході з таза (на тазовому дні).** Зовнішніми прийомами голівка не пальпується. При піхвовому дослідженні вся крижова западина зайнята голівкою плода, сідничні ості та горби не пальпуються. Зовнішній поворот плода закінчився, стрілоподібний шов стоїть у прямому розмірі виходу з таза.

Для оцінки перебігу пологового акту доцільно вести **партограму** - графічне зображення ступеня розкриття шийки матки за певний відрізок часу. Ведення партограми дає можливість визначити ефективність перейм. Чим крутіший підйом кривої, тим більш ефективна пологова діяльність. Аналізуючи партограму необхідно враховувати перші це пологи чи повторні.

Партограма (графічний запис перебігу пологів, стану роділлі та плода) призначена для занесення інформації про результати спостереження під час пологів за станом матері, плода, процесами розкриття шийки матки та просування голівки плода. Партограма дозволяє чітко розрізнити нормальний перебіг пологів від патологічного та визначити період ускладнення пологів, що потребує втручання.

Партограма складається з трьох основних компонентів:

I - стан плода - частота серцевих скорочень, стан плодового міхура та навколоплодових вод, конфігурація голівки.

II - перебіг пологів - темп розкриття шийки матки, опускання голівки плода, скорочення матки, режим введення окситоцину.

III - стан жінки - пульс, артеріальний тиск, температура, сеча (об'єм, білок, ацетон), ліки, що вводяться під час пологів.

Ведення другого періоду пологів

У II періоді пологів забезпечується право жінки вибрати положення, яке є зручним, як для неї, так і для медичного персоналу. Медичний персонал приймає пологи у чистих халатах, масках, окулярах та стерильних рукавичках.

З розвитком пологової діяльності перейми стають більш активними, вони подовжуються, паузи між ними коротшають. У кінці першого періоду пологів на висоті однієї із перейм відходять навколоплодові води. Це відбувається при повному або майже повному відкритті вічка. Після вилиття навколоплодових вод проводиться друге планове піхвове дослідження, якщо виявлене повне розкриття - починається другий період пологів. До перейм приєднуються потути. Роділлю переводять у пологову залу.

При переведенні у пологову залу роділлі одягають стерильні сорочку та косинку, вкладають на ліжко Рахманова, одягають бахіли, проводять обробку зовнішніх статевих органів йодонатом. Головний кінець ліжка Рахманова повинен бути піднятий, ноги роділлі впираються у підставки, руками вона береться за вертикальні держачки по краях ліжка - «віжки». Акушерка вчить жінку правильно тужитися: під час потуг роділля повинна глибоко вдихнути, набрати повні груди повітря і тужитись з максимальною силою, впираючись ногами в підставки і тягнучи на себе «віжки».

Фізіологічні пологи зазвичай приймає акушерка. У випадку ускладнених пологів - при тазовому передлежанні, розгинальних передлежаннях - пологи приймає лікар, акушерка йому асистує. Акушерка готує руки для прийому пологів як до хірургічної операції, одягає стерильний халат.

У другому періоді пологів жінка виконує важку фізичну роботу, її серцево-судинна та дихальна системи працюють у режимі великого навантаження, тому спостереження за роділлем повинно бути посилене. Вимірюють АТ, пульс, стежать за характером пологової діяльності. Четвертим прийомом Леопольда-Левицького визначають положення голівки щодо площин таза. У першому та другому періодах пологів дуже важливо контролювати просування плода пологовим каналом. Для цього користуються третім та четвертим прийомами зовнішнього акушерського дослідження та внутрішнім акушерським дослідженням. При патологічному перебігу пологів, коли просування плода сповільнюється, слід звернути на це особливу увагу. *Дуже важливо, щоб голівка не стояла в одній площині довше двох годин.*

Серцебиття плода вислуховують після кожної потуги.

Стежать за станом виділень із пологових шляхів: кров'яністі виділення можуть свідчити про розрив шийки матки або тріщини пологових шляхів, початок передчасного відшарування плаценти. З моменту *врізування голівки* акушерка **повинна** бути готова приймати пологи. З моменту *прорізування голівки* акушерка *приступає* до надання акушерської допомоги при головних передлежаннях - захисту промежини.

Мета захисту промежини:

- запобігти розриву промежини;
- обережно вивести плід з пологових шляхів, не травмувавши його.

Умови: голівка повинна просуватись повільно, поступово, найменшим для даного передлежання обводом.

Захист промежини складається з ряду маніпуляцій, які проводяться в певній послідовності:

1. Попередження передчасного розгинання та швидкого просування голівки. Чим більша зігнута голівка плода, тим меншим обводом вона прорізується, тим менше розтягує промежину і тим менше сама стискається пологовим каналом. Акушерка розміщує ліву руку на лобку роділлі долонною поверхнею пальців лівої руки під час потуги обережно притримує голівку плода, згинаючи її в бік промежини та не даючи їй швидко просуватись.

2. Виведення голівки зі статевої щілини поза потугою. В паузах між потугами акушерка розтягує вульварне кільце над голівкою. В момент початку нової потуги розтягування вульварного кільця припиняють знову затримують швидке просування голівки та згинають її у бік промежини. Ці два моменти акушерської допомоги чергують до появи тім'яних горбів у виході з таза.

Зменшення напруження промежини (запозичення тканин). Мета зменшити силу тиску циркулярних м'язів та м'яких тканин пологового каналу на голівку та покращити умови кровопостачання промежини, таким чином збільшивши її опірність до розриву. Під час розгинання голівки акушерка через стерильну пелюшку захоплює правою рукою тканини промежини так, щоб чотири пальці правої руки знаходились в ділянці лівої статевої губи, а великий палець - у ділянці правої, і намагається утворити складку на промежині, стягуючи м'які тканини з верхніх відділів статевих губ, де вони розтягуються менше, в бік промежини,

де розтягнення максимальне, і зменшуючи тим самим напруження тканин в ділянці промежини.

3. Регулювання потуг. У момент розгинання голівки роділлі не повинна тужитися, для цього акушерка просить її глибоко дихати відкритим ротом. Виключивши або значно послабивши потугу, акушерка лівою рукою захоплює голівку за тім'яні горби, піднімає її вгору, одночасно розгинаючи, а правою знімає м'які тканини з личка плода. Якщо при цьому необхідна потуга, роділлі пропонують потужитися з силою, що необхідна для обережного виведення голівки.

Одразу після виведення голівки перевіряють, чи не обвилася пуповина навколо шийки плода. У випадку обвиття петлю пуповини послаблюють і обережно знімають з шиї через голівку.

Після народження голівки проводять *відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів*. Цей момент найкращий для проведення відсмоктування, оскільки грудна клітка плода ще перебуває у пологових шляхах матері і стискується ними, отже й слиз виходить у верхні дихальні шляхи. Щойно плід народиться, грудна клітка розправиться і слиз опиниться у трахеї і бронхах, звідки відсмоктати його важче.

4. Звільнення плечового пояса та народження тулуба плода. Після народження голівки роділлі пропонують потужитися. При цьому відбувається останній момент біомеханізму пологів - внутрішній поворот плечиків та зовнішній поворот голівки. Голівка обертається обличчям до правого (при першій позиції) або до лівого (при другій позиції) стегна матері. Акушерка захоплює голівку плода за скронево-щічні ділянки долонями обох рук і відтягує голівку донизу, поки під симфіз не підійде переднє плечико. Щойно фіксація переднього плечика відбудеться, лівою рукою захоплюють голівку у такий спосіб, аби її долоня знаходилася на нижній (задній) щоці плода. Піднімаючи цією рукою голівку угору, правою знімають тканини промежини з заднього плечика плода, намагаючись не пошкодити його ключиці та не завдати травми тканинам пологового каналу. Після звільнення плечового пояса вказівні пальці обох рук вводять з боку спинки під пахви плода і спрямовують його тулуб догори, що сприяє швидкому народженню. Після народження тулуба плода другий період пологів можна вважати закінченим.

Ведення третього періоду пологів

У третьому періоді пологів з метою профілактики кровотечі протягом першої хвилини після народження плода внутрішньом'язово вводять 10 ОД окситоцину. Цей період пологів до появи позитивних ознак відділення плаценти ведуть вичікувально. Проте «вичікувально» не означає «пасивно». Роділлі потребує ретельного спостереження з боку медичного персоналу, їй випускають сечу катетером, стежать за її загальним станом, пульсом, артеріальним тиском, диханням, кольором слизових оболонок і шкірних покривів, ознаками, що свідчать про відокремлення плаценти від стінки матки:

ознака Шредера - зміна форми та висоти стояння дна матки. Одразу після народження дитини матка має округлу форму, дно її розміщується на рівні пупка. Після відокремлення плаценти матка сплющується, витягується, дно її відхиляється у бік правого підребер'я;

ознака Альфельда - подовження зовнішнього відрізка пуповини. Після відділення від стінки матки плацента опускається в нижній сегмент затискач або лігатура, накладені на пуповину на рівні статевої щілини, опускаються на 10-12 см. Ознаки Шредера та Альфельда діагностуються при візуальному контролі за роділлею і не потребують натискування на матку чи інших маніпуляцій, котрі можуть порушити фізіологічний перебіг послідового періоду, тому є особливо цінними;

ознака Кюстнера-Чукалова - при натискуванні ребром долоні над симфізом за умови відділення плаценти від матки пуповина не втягується у статеvu щілину;

ознака Довженка - якщо плацента не відділилася від стінки матки, при глибокому вдиху та видиху пуповина відповідно втягується та опускається, після відділення плаценти довжина зовнішнього відрізка пуповини при глибокому диханні роділлі не змінюється;

ознака Довженка - якщо плацента не відділилася від стінки матки, при глибокому вдиху та видиху пуповина відповідно втягується та опускається, після відділення плаценти довжина зовнішнього відрізка пуповини при глибокому диханні роділлі не змінюється;

ознака Штрасмана - захоплюють правою рукою пуповину вище лігатури, а лівою постукують по дну матки. Якщо плацента ще з'єднана з маткою, правою рукою відчувається поштовх крові у пуповині, якщо матково-плацентарний кровообіг припинився, поштовхів не буде;

ознака Гогенбіхлера - якщо плацента не відділилась, пуповина, що звисає із статевої щілини, під час скорочення матки може обертатися навколо своєї осі внаслідок переповнення пуповинних судин кров'ю.

Якщо за сукупністю ознак діагностовано, що плацента відділилася, вживають заходів щодо виділення посліду:

- проводять катетеризацію сечового міхура;
- пропонують роділлі потужитися.

У більшості випадків цього буває достатньо для народження посліду. Іноді після народження плаценти оболонки затримуються у порожнині матки. У таких випадках плаценту, що народилася, беруть у руки та обертають в одному напрямку, поступово скручуючи, що запобігає їх обриву, забезпечує відшарування від стінок матки та виведення назовні.

Після народження посліду необхідно ретельно його оглянути (рис. 9.23). Для цього плаценту кладуть материнською поверхнею догори, протирають від крові та оглядають плацентарну тканину. Переконавшись у наявності всіх частинок плаценти, оглядають плодову її поверхню та оболонки, звертаючи особливу увагу на судини, оскільки наявність обірваної судини в оболонках може свідчити про додаткову частинку плаценти, що залишилась у матці. Після огляду плаценту вимірюють і зважують. Дані заносять в історію пологів.

Якщо зовнішніми методами виділити відділену плаценту не вдається, доцільно вдатися до *ручного виділення посліду*. У випадках, коли впродовж 30 хв ознаки відокремлення плаценти не з'являються (за умови відсутності кровотечі), йдеться про операцію ручного відділення та виділення посліду, оскільки плаценту необхідно насамперед відділити від стінки матки, а відтак виділити, тобто вивести назовні з порожнини матки. Якщо у третьому періоді пологів починається кровотеча, крововтрата досягла 250-300 мл і кровотеча триває, тоді негайно проводять операцію відділення та виділення плаценти.

Зовнішні прийоми виділення відділеної плаценти

Прийом Абуладзе. Після катетеризації сечового міхура матку легко масують та приводять у серединне положення. Передню черевну стінку роділлі обома руками захоплюють у поздовжню складку та пропонують жінці потужитися. Цей прийом зменшує об'єм черевної порожнини та призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску.

Спосіб Гентера. Двома кулаками натискають на матку в ділянці її кутів у напрямку донизу і досередини. Підвищують тонус матки та внутрішньо-матковий тиск, що сприяє народженню плаценти.

Спосіб Креде-Лазаревича. Після підготовки роділлі (катетеризація сечового міхура та проведення зовнішнього масажу матки для підвищення її тонусу) матку захоплюють правою рукою так, щоб великий палець знаходився на передній поверхні матки, чотири інших - на задній і стискають матку у передньо-задньому розмірі, витискаючи з неї плаценту.

Слід враховувати, що спосіб Абуладзе є найбільш фізіологічним, тому бажано починати прийоми виділення відділеної плаценти саме з нього. Прийоми Гентера та Креде-Лазаревича досить травматичні, і до них вдаються лише при неефективності застосування прийому Абуладзе. Спроби прискорити процес народження посліду шляхом потягування за пуповину, масажу матки недопустимі, оскільки порушують нормальний ритм скорочень матки, фізіологічне відшарування плаценти від стінок, можуть викликати защемлення вже відділеного посліду в матці і спровокувати кровотечу.

Ранній післяпологовий період передбачає: огляд пологових шляхів у дзеркалах, відновлення цілісності промежини у разі проведеної епізіотомії або перінеотомії безперервним або окремими швами полігліколевою ниткою, спостереження за загальним станом матері, скорочувальною функцією матки та кількістю кров'яних виділень кожні 15 хвилин протягом 2-х годин після пологів у пологовій залі й у наступні 2 години у післяпологовій палаті.

Функції акушерки під час третього періоду пологів:

- спостереження за загальним станом роділлі;
- спостереження за виділеннями зі статевих шляхів та вимірювання кількості втраченої крові, оцінка крововтрати;
- спостереження за ознаками відокремлення плаценти;
- проведення катетеризації сечового міхура;
- участь в огляді материнської поверхні плаценти та оболонок посліду;
- асистування під час накладання швів при розривах пологових шляхів.

Первинний туалет новонародженого

Безпосередньо після народження за наявності чистих навколоплодових вод дитину слід покласти горизонтально, нижче від рівня плаценти, на зігрітий лоток, покритий стерильною пелюшкою. Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше ніж за 1 хв після народження дитини акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину шляхом накладання на пуповину двох затискачів і розсічення її стерильними ножицями, за умови задовільного стану дитини (за результатами первинної оцінки стану новонародженого) перекладає дитину на груди матері. Після першого вдиху дитину ретельно обсушують, промокаючи вологою пелюшкою. Відділеного від матері новонародженого загортають у суху стерильну теплу пелюшку. Акушерка здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини у пологовій залі. При порушенні стану новонародженого інформує про це лікаря педіатра-неонатолога, а за його відсутності – лікаря акушера-гінеколога.

За появи пошукового і смоктального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері) акушерка допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.

Через 30 хв після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює її температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого (Ф097/о).

Після проведення контакту матері й дитини «очі в очі» (але не пізніше першої години життя дитини) акушерка, після обробки рук, проводить новонародженому профілактику офтальмії із застосуванням 0,5% еритроміцинової або 1% тетрациклінової мазі. Повіки не протирають. Дівчаткам тими ж мазями обробляють зовнішні статеві органи. Повторна профілактика проводиться через дві години після першої.

Контакт «шкіра-до-шкіри» проводиться не менше 2 годин у пологовій залі, за умови задовільного стану матері та дитини. Після завершення контакту «шкіра-до-шкіри» акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клемування пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітки, зважування. Стерильну одноразову клеми накладають на 0,3-0,5 см від пупкового кільця.

Акушерка одягає дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг. Дитину разом з матір'ю накривають ковдрою і переводять у палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

Тепловий ланцюжок

Найважливішою умовою дотримання теплового ланцюжка є забезпечення температури у пологовій залі (операційній) не нижче 25°C. Ці заходи впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла в усіх новонароджених. Невиконання хоча б одного із цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить

новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5°C-37,5°C при вимірюванні в аксиллярній ділянці.

Усі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички щодо принципів дотримання теплового ланцюжка.

Медичні працівники інформують членів сім'ї щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Десять кроків теплового ланцюжка

1) Тепла пологова кімната (операційна). Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25°C-28°C. Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2) Негайне обсушування дитини. Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

3) Контакт «шкіра-до-шкіри». Контакт «шкіра-до-шкіри» запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше 2 годин. З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксиллярній ділянці електронним термометром.

4) Грудне вигодовування. Грудне вигодовування треба починати якомога раніше, протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакті «шкіра-до-шкіри». Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

5) Відкласти зважування та купання. Купання та зважування новонародженого відразу після народження приводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти.

Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки пологової змазки у дитини не видаляють.

Перше купання доцільно здійснювати вдома. Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту «шкіра-до-шкіри» перед переведенням в палату спільного перебування.

6) Правильно одягнути та загорнути дитину. Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи. Тому дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

7) Цілодобове спільне перебування матері та дитини. За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньолікарняної інфекції.

8) Транспортування в теплих умовах. Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення (палату), медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю.

При народженні дитини шляхом кесаревого розтину, новонароджений транспортується в куветі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9) **Реанімація в теплих умовах.** Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатню кількість тепла, в зв'язку з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів у теплих умовах.

10) **Підвищення рівня підготовки та знань.** Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка.

Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Зважування новонародженого

Перше зважування новонародженого здійснюють у пологовій залі після проведення контакту «шкіра-до-шкіри» та прикладання дитини до грудей, перед переведенням дитини в палату спільного перебування матері та дитини. При зважуванні дитини дотримуються принципів забезпечення теплового ланцюжка з метою запобігання переохолодженню дитини. Здоровий новонароджений не потребує щоденного зважування. Щоденне зважування новонародженої дитини проводять за медичними показаннями. Перед виписуванням з пологового стаціонару зважування дитини є обов'язковим.

На першій хвилині та в кінці п'ятої хвилини стан немовляти оцінюють за шкалою, запропонованою у 1953 році Вірджинією Апгар.

Здоровий новонароджений наприкінці першої хвилини після народження отримує за шкалою Апгар 8-10 балів. Більшість немовлят одразу після народження мають синюшне забарвлення кінцівок (акроціаноз) - наслідок перехідного кровообігу, проте через 5 хв шкіра стає рожевою, оцінка за шкалою Апгар стає вищою. Оцінка на першій хвилині 4-6 балів свідчить про помірно виражену асфіксію, 0-3 бали - про важку.

Оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар

Ознака	Бали		
	0	1	2
Частота серцебиття	Серцебиття відсутнє	Менше 100	Більше 100
Дихання	Відсутнє	Нерегулярне	Нормальне, гучний крик
Забарвлення шкіри	Генералізована синюшність або блідість	Рожеве забарвлення тулуба та синюшне забарвлення кінцівок (акроціаноз)	Рожеве
М'язовий тонус	Відсутній	Знижений	Активні рухи
Рефлекси	Відсутні	Знижені	Активна відповідь на подразнення

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.