

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КЗ КОР "ЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ"**

Освітньо-професійний ступінь: Фаховий молодший бакалавр

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Спеціальність: 223 «Медсестринство»

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Освітній компонент: «Медсестринство в акушерстві»

Методична розробка лекційного заняття з теми:

«Патологія пологової діяльності»

Підготувала викладачка
Тетяна КРАВЧЕНКО,
спеціаліст вищої категорії,
викладач-методист

РОЗГЛЯНУТО

на засіданні циклової комісії

клінічних дисциплін

Протокол № _____ від « _____ » _____ 2025

Голова комісії _____ Марія ШУЛЛА

Яготин

2025

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ

Тема лекції: Патологія пологової діяльності

Курс: 2, семестр 3

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Кількість навчальних годин: 2 години

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Значна частина патологічних станів, що виникають під час пологів, зумовлена аномаліями пологової діяльності. Своєчасна діагностика порушення моторної функції матки, вибір раціональної тактики розродження у випадках аномалії пологових сил, адекватне лікування і профілактика виникнення цих станів, є важливим аспектом зниження перинатальних і материнських ускладнень.

2. МЕТА ЛЕКЦІЇ:

а) Навчальна:

Для формування вмінь здобувач освіти повинен знати:

1. Фізіологію та патологію пологової діяльності.
2. Аномалії пологової діяльності: класифікація, діагностика, методи лікування.

В результаті проведення заняття здобувач освіти повинен уміти:

1. Охарактеризувати фізіологію та патологію пологової діяльності.
2. Охарактеризувати аномалії пологової діяльності: класифікація, діагностика, методи лікування.
3. Розказати як визначити тривалість переймів та пауз між ними.
4. Охарактеризувати апарат, що реєструє пологову діяльність матки та стан плоду.
5. Розказати як вислуховувати серцебиття плоду.
6. Розказати як виявити вагітних із чинниками ризику виникнення аномалій пологової діяльності.

б) Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність,
- спостережливість ,
- тактовність .
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

3. КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

Після вивчення освітнього компонента здобувачі освіти повинні оволодіти компетентностями:

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 1. Здатність до застосовування професійних стандартів та нормативно-правових актів у повсякденній медичній практиці.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

РН. 2. Застосовувати сучасні цифрові та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів професійної діяльності.

РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.

РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.

РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги.

РН. 18. Дотримуватися правил ефективної взаємодії в команді для надання якісної медичної допомоги різним категоріям населення.

4. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ:

Освітній компонент	Знати	Вміти
1. Попередні (забезпечуючі) освітні компоненти: анатомія та фізіологія людини, фармакологія та медична рецептура, основи латинської мови з медичною термінологією, медсестринський догляд за пацієнтами та основи медичної маніпуляційної техніки, медсестринство у внутрішній медицині.	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, медичні препарати, медичну термінологію, методи обстеження, медсестринський догляд.	Вміти показати будову жіночих статевих органів, на таблицях, схемах, муляжах, фантомах, назвати необхідні медичні препарати, термінологію, зібрати анамнез, провести об'єктивне обстеження органів та систем, здійснювати медсестринський догляд.
2. Наступні компоненти (що забезпечуються): анестезіологія та реаніматологія, медсестринство у хірургії, медсестринство в гінекології,	Клінічні прояви потології.	Визначати симптоми, проводити диференційовану діагностику захворювань органів черевної порожнини та малого тазу.
3. Внутрішньопредметна інтеграція (теми даного компонента, з якими інтегрується той, що вивчається):	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, скарги, анамнез, проведення об'єктивного обстеження органів і систем; акушерський анамнез; акушерське обстеження; пологи, їх періоди; медичні препарати.	Зібрати акушерський анамнез; проводити огляд у дзеркалах, бімануальне піхвове дослідження; проводити зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження; підрахувати тривалість переймів.

5. ПЛАН ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

№ з/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Цілі в рівнях абстракції	Тип лекції, методи і засоби активізації здобувачів освіти, обладнання	Розподіл часу у %
1	2	3	4	5
	Підготовчий етап Визначення навчальних цілей і мотивація Основний етап План викладення лекційного матеріалу: 1.Фізіологію та патологію пологової діяльності. 2.Аномалії пологової діяльності: класифікація, діагностика, методи лікування. 3.Як визначити тривалість переймів та пауз між ними. 4.Мати уявлення про апарат, що реєструє пологову діяльність матки та стан плоду. 5.Як вислуховувати серцебиття плоду. 6.Як виявити вагітних із чинниками ризику виникнення аномалій пологової діяльності.	аП аП аП аП аП аП	Тематична лекція із застосуванням наочності, ТЗН.	85-90 %
1.	2.	3.	5.	6.

	Заключний етап 1.Резюме лекції, загальні висновки 2.Відповіді на можливі запитання 3.Завдання для самопідготовки здобувачів освіти		Питання, проблеми і ситуації, задачі, тести, схеми, засоби наочності, технічні засоби навчання, навчальні посібники тощо. Перелік літератури, домашнє завдання: <i>Медсестринство в</i> <i>акушерстві: підручник /</i> С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.175-176	10-15%
--	--	--	--	--------

6. ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

- а) структурно-логічна схема змісту теми;
- б) тези або конспект лекції:

АНОМАЛІЇ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Аномалії родової діяльності – це стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів і потуг не забезпечують динамічного, у межах фізіологічних параметрів часу, просування плода й вигнання його без порушення біомеханізму пологів. Можливі порушення кожного з показників скорочувальної діяльності матки - тонуусу матки, ритму, частоти й координації скорочень, інтервалів між переймами, потугами, тривалості пологів.

Етіологія аномалій пологової діяльності.

Характер і перебіг пологів залежить від багатьох факторів, які визначаються як готовність організму вагітної до родів. Готовність організму до родів формується тривалий час за рахунок процесів, які відбуваються в материнському організмі від моменту запліднення й розвитку плодового яйця до початку пологів. По суті пологи є логічним завершенням багатоланкових процесів в організмі вагітної й плода. Під час вагітності з ростом і розвитком плода виникають складні гормональні, гуморальні, нейрогенні взаємини, які забезпечують перебіг родового акту.

Домінанта пологів є не що інше, як єдина функціональна система, що поєднує такі ланки, як церебральні структури — гіпофізотропна зона гіпоталамуса - передня доля гіпофізу – яєчник - матка із системою плацента-плід. Порушення на окремих рівнях цієї системи як з боку матері, так і плода-

плаценти призводять до відхилення від нормального перебігу пологів, що, у першу чергу, проявляється порушенням скорочувальної діяльності матки (СДМ).

Важлива роль як в індукції (тобто початку розвитку пологів), так і в перебігу пологів належить плоду. Маса плода, генетична завершеність розвитку, імунні взаємини плода й матері впливають на родову діяльність. Сигнали, що надходять із організму зрілого плода, забезпечують інформування материнських компетентних систем, ведуть до придушення синтезу імуносупресорних факторів, зокрема пролактину, а також хоріального гонадотропіну. Змінюється реакція організму матері до плода як до алотрансплантату. У фетоплацентарному комплексі змінюється стероїдний баланс у бік накопичення естрогенів, що збільшують чутливість адренорецепторів матки до окситоцину, простагландинів, норадреналіну. Підсумовування цих сигналів забезпечує той або інший характер родової діяльності.

Регуляція скорочувальної функції матки включає три основних компоненти:

- 1) міогенна регуляція - заснована на особливостях морфофункціональної структури й кровопостачання матки;
- 2) нейрогенна регуляція - заснована на чіткій взаємодії периферичних і центральної нервової систем;
- 3) ендокринна регуляція - включає взаємодію функцій ендокринної системи жінки й фетоплацентарного комплексу.

Порушення у взаємодії однієї з вищевказаних ланок призводить до розвитку аномалій родової діяльності.

Фактори ризику виникнення аномалій родової діяльності, можна розділити на 5 груп:

- 1) Фактори, пов'язані з патологією репродуктивної системи: штучні аборти, операції на матці, лейоміоми матки, запальні процеси жіночих статевих органів, аномалії розвитку статевих органів, вік роділлі, нейроендокринні порушення.
- 2) Акушерські фактори: передчасне відходження навколоплідних вод, диспропорція між розмірами голівки плода й розмірами родового каналу, дистрофічні й структурні зміни в матці, ригідність тканин шийки матки, "незріла шийка матки", перерозтягнення матки у зв'язку із багатоводдям і багатоплідністю, аномалії розташування плаценти, тазове передлежання плода, пізні гестози, плацентарна дисфункція.
- 3) Загальносоматичні захворювання, інфекції, інтоксикації, органічні захворювання центральної нервової системи, нейроендокринні порушення різного генезу, судинні дистонії, ожиріння, енцефалопатії, психоемоційні стани, анемії, серцеві пороки.
- 4) Фактори, обумовлені впливом організму плода: великий плід, гіпотрофія плода, хромосомні аберації, переношування вагітності, імуноконфліктна вагітність.
- 5) Ятрогенні фактори: необґрунтоване й несвоєчасне застосування засобів, які стимулюють пологи, несвоєчасна амніотомія, неадекватне знеболювання пологів.

Класифікація аномалій пологової діяльності

Існує більше 20 класифікацій аномалій родової діяльності, але всі вони в різних варіаціях розглядають три основні аномалії:

- 1) Гіпоактивність або інертність матки (рідкі, короткі, слабкі перейми);
- 2) Гіперактивність матки (надмірно сильні, судомні перейми);
- 3) Дискоординація маткових скорочень (нерівномірні, безладні, спастичні перейми).

Класифікація аномалій пологової діяльності МКХ-10

Удавані перейми	O47
Первинна слабкість пологової діяльності	O62.0
Вторинна слабкість пологової діяльності	O62.1
Інші види слабкості пологової діяльності	O62.2
Стрімкі пологи	O62.3
Гіпертонічні, некоординовані та затяжні скорочення матки	O62.4
Інші види порушення пологової діяльності	O62.8
Порушення сили пологової діяльності, неуточнене	O62.9
Затяжні пологи	O63
Затяжний перший період пологів	O63.0
Затяжний другий період пологів	O63.1
Затримка народження другого плода із двійні, трійні і т. д.	O63.2
Затяжні пологи, неуточнені	O63.9

Клінічна класифікація аномалій пологової діяльності (ВООЗ, 1995)

Первинна слабкість пологової діяльності:

- відсутність прогресуючого розкриття шийки матки;
- первинна гіпотонічна дисфункція матки.

Вторинна слабкість пологової діяльності:

- припинення переймів у активній фазі пологів;
- вторинна гіпотонічна дисфункція матки.

Інші види аномалій пологової діяльності:

- атонія матки;
- хаотичні перейми;
- слабкі перейми.

Стрімкі пологи.

Гіпертонічні, некоординовані і затяжні скорочення матки:

- дисточія шийки матки;
- дискоординована родова діяльність;
- гіпертонічна дисфункція матки;
- тетанічні скорочення.

В Україні використовується наступна класифікація.

I. Патологічний прелімінальний період (хибні перейми, або несправжні

пологи).

II. Слабкість родової діяльності (гіпоактивність, або інертність матки):

- 1) первинна (уповільнена латентна фаза пологів);
- 2) вторинна (уповільнена активна фаза пологів);
- 3) слабкість потуг (уповільнений період вигнання):
 - а) первинна;
 - б) вторинна.

III. Надмірно сильна родова діяльність (гіперактивність матки).

IV. Дискоординована родова діяльність.

- 1) Дискоординація пологової діяльності;
- 2) Гіпертонічна дисфункція матки;
- 3) Тетанічні скорочення матки (судомні перейми);
- 4) Циркулярна дисточія шийки матки (контракційне кільце).

Методи оцінки готовності організму вагітної до пологів.

Одним з основних критеріїв успіху при початку родової діяльності є біологічна готовність організму вагітної до родів. Це стан найбільш виражено проявляється в змінах, які відбуваються в статевій системі. З метою оцінки змін, які свідчать про стан готовності, використовують різні методи: визначення ступеню зрілості шийки матки, оцінка чутливості матки до тономоторних речовин, цитологічне дослідження вагінальних мазків. Крім того, відіграють роль паритет (які пологи за рахунком), термін вагітності, локалізація плаценти, стан плода, місце знаходження передлеглої частини.

1. Із всіх тестів найбільш легко здійсненним є *метод пальпаторного дослідження шийки матки з метою оцінки ступеня її зрілості*. Інформативними ознаками при визначенні ступеня зрілості шийки матки є: консистенція, довжина піхвової частини, прохідність цервікального каналу, розташування шийки матки в порожнині малого таза. З цією метою використовують оцінку зрілості шийки матки за шкалою Бішопа (див. розділ «Методи дослідження вагітних пізніх термінів»).
2. *Окситоциномий тест* - спеціальна проба для визначення ступеня збудливості матки (реактивності міометрію) на внутрішньовенне введення пограничної дози окситоцину, здатної викликати скорочення матки (К. И. Сміт, 1954). Реактивність матки до окситоцину в міру прогресування вагітності поступово зростає й стає максимальною напередодні пологів. Розчин окситоцину готують безпосередньо перед проведенням окситоцинового тесту [2 ОД (0,4 мл) окситоцину розчиняють в 200 мл фізіологічного розчину; в 1 мл приготовленого розчину міститься 0,01 ОД окситоцину]. Внутрішньовенно повільно вводять по 1мл (0,01 ОД) розчину з інтервалом в 1 хвилину, але не більше 0,03 - 0,05 ОД окситоцину. Його введення припиняють із появою скорочень матки. Тест вважається позитивним, якщо скорочення матки, які реєструються при гістерографії або пальпаторно, з'являються протягом перших трьох хвилин від початку введення. Позитивний окситоциновий тест вказує на можливість спонтанного настання пологів протягом найближчих 1 - 2 діб. Оцінювати окситоциновий тест

тільки з погляду збудливості матки недостатньо. Необхідно одночасно реєструвати серцеву діяльність плода за допомогою кардіотокографа й, оцінюючи її, судити про стан плода та фетоплацентарної системи.

3. *Нестресовий тест*. Для його виконання використовують кардіотокограф, за допомогою якого реєструють спонтанну скорочувальну активність матки й тахограму плода протягом 40 - 60 хвилин. На підставі отриманих даних можна судити про скорочувальну активність матки та стан плода. При готовності організму до родів на гістерограмі чітко реєструються скорочення матки й видно реакцію плода на перейми, що свідчить про його стан.
4. *Мамарний тест*. С допомогою гістерографа переконуються у відсутності спонтанних скорочень матки й потім механічним подразненням соска й ареолярної області молочної залози здійснюють подразнення до появи першого маткового скорочення. Мамарний тест вважається позитивним, якщо скорочення матки виникають у перші 3 хвилини від початку проведення тесту. Мамарний тест по своїй діагностичній цінності не поступається окситоциновому тесту.
5. *Кольпоцитологічний тест*. Цитологічне дослідження піхвових мазків дозволяє оцінити гормональний баланс жінки в останні дні вагітності. Існує 4 цитотипа піхвових мазків (Zidovsky J., 1964), по яких можна судити про ступінь біологічної готовності жінки до родів.

1 цитотип (пізній термін вагітності або навikuлярний тип мазка). Він характерний для нормально прогресуючої вагітності, починаючи з 2 триместру. У мазку у вигляді скупчень переважають лад'євидні й проміжні клітини в співвідношенні 3:1. Цитоплазма клітин різко базофільна. Лейкоцити й слиз відсутні. Еозинофільні клітини зустрічаються в 1%, з пікнозом - 3%, КПП менше 5%. Настання пологів при цьому цитотипі можна чекати не раніше, ніж через 10 днів.

2 цитотип (незадовго до пологів). У мазку виявляється зменшення кількості лад'євидних клітин, збільшення кількості проміжних клітин. Їхнє співвідношення дорівнює 1:1. Клітини починають розташовуватися ізольовано. З'являються клітини поверхневих шарів піхвового епітелію. Еозинофільні клітини серед них становлять 2%, з пікнозом - 6%, КПП 5-6%. Пологи можуть наступити через 4 - 8 днів.

3 цитотип (термін пологів). У мазку переважають клітини проміжного (60 - 80%) і поверхневого (25 - 40%) шарів. Лад'євидні клітини зустрічаються в 3 - 10%. Клітини лежать ізольовано. Еозинофільні клітини зустрічаються в 8%, з пікнозом - 15 - 20%. З'являються лейкоцити й слиз, КПП - 10%. Настання пологів можливо через 1 - 5 днів.

4 цитотип (безсумнівний термін пологів). У мазку переважають клітини поверхневого шару (40 - 80%). Проміжних клітин мало. Лад'євидні відсутні або одиничні. Поверхневі еозинофільні клітини можуть бути без ядер ("червоні тіні"). Цитоплазма погано офарблюється, краї клітин малоконтрастні. Кількість еозинофільних клітин - 20%, з пікнозом клітин - 20 - 40%. Лейкоцити й слиз у вигляді скупчень, КПП - 20%. Пологи наступають або в той же день, або

протягом найближчих 3 днів.

Діагностика аномалій родової діяльності

Діагноз аномалій родової діяльності встановлюється після динамічного спостереження за роділлем протягом 8 годин у латентній фазі й 4 годин в активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми. Партограма є “системою раннього сповіщення” у випадку розвитку незадовільного прогресу в родах (А).

Характер родової діяльності визначається на підставі кількісної оцінки трьох основних процесів:

- 1) динаміки маткових скорочень;
- 2) динаміки розкриття шийки матки;
- 3) динаміки просування передлеглої частини плода по родовому каналу.

Методи оцінки характеру родової діяльності :

1. Оцінка скорочувальної діяльності матки (СДМ):
 - суб'єктивне відчуття роділлі (неточно, різний поріг больової чутливості);
 - пальпація матки та визначення частоти і тривалості перейм та потуг;
 - зовнішня кардіотокографія, гістерографія.
2. Оцінка стану шийки матки: - вагінальне дослідження;
3. Динаміка просування передлеглої частини плода: - зовнішнє дослідження та вагінальне дослідження.

Порушення пологової діяльності виявляють по ознакам, які не відповідають таким при нормальному перебігу пологів.

Критерії оцінки характеру родової діяльності:

А. За токограмою:

		Гіподинаміка	Норма	Гіпердинаміка
1.	Частота переймів за 10 хв	< 2	2—5	> 5
2.	Інтенсивність переймів (амплітуда)	< 30 мм. рт. ст.	30 — 50 мм. рт. ст.	> 50 мм. рт. ст.
3.	Тривалість переймів	< 50 сек	60—100 сек	> 100 сек
4.	Аритмічність (хв)	3 >	1—2	< 1

Б. За динамікою розкриття шийки матки

	Гіподинаміка	Норма	Гіпердинаміка
1. Латентна фаза (тривалість)	>	7,5 годин (5)	<
(Згладжування шийки матки, темпи розкриття до 3 — 4 см)	<	0,35 см/година	>
2. Активна фаза (тривалість)	>	2—3 годин (1—1,5)	<

(темпи розкриття від 4 до 8 см)	<	1 см/год (1 см/год)	>
3. Фаза уповільнення (тривалість)	>	1,5— 2 годин (1— 1,5)	<
(темпи розкриття від 8 до 10 см)	<	1,0 см/год (1,5см/год)	>
тривалість 1 періоду, год	> 18год(14)	10—12год (6—7)	< 4

Примітка: У дужках представлені цифри для повторнонароджуючих.

Патологічний прелімінарний період (удагані, хибні перейми)

Патологічний прелімінарний період характеризується нерегулярними різної тривалості й інтенсивності переймоподібними болями внизу живота, в області попереку й крижів. Триває більше 6 годин, можливо до 24 - 48 годин, Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки. Жінка тривалий час не спить, виснажується. Відсутність розкриття шийки матки протягом чотирьох годин свідчить про **хибні перейми**.

Патологічний прелімінарний період спостерігається у жінок з функціональними змінами регуляції центральної нервової системи (страх перед родами, невроз), нейроциркуляторною дистонією, порушеннями функції ендокринної системи, вегетативними розладами. Патологічний прелімінарний період може безпосередньо переходити в слабкість родової діяльності.

Для патологічного прелімінарного періоду характерна недостатня продукція гормонів фетоплацентарного комплексу, зниження активності симпатичної ланки симпатoadреналової системи, зменшення накопичення серотоніну в крові вагітної. Патологічна імпульсація з рецепторів статевих органів приводить до розвитку функціональних змін у ЦНС і порушення координації скорочень поздовжніх і циркулярних шарів міометрію.

Лікування патологічного прелімінарного періоду:

- седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг на добу при внутрішньовенному введенні; 1мл 2% розчину промедолу); С.
- за умови неефективності - однократне застосування токолітичної терапії β_2 -адреноміметиками (гексопреналин 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду й вводиться внутрішньовенно крапельно повільно – 10-15 крапель на хвилину) з урахуванням протипоказань (А).
- седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг у добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2 % розчину промедолу) (С);.
- при незрілій шийці матки - підготовка до родів інтравагінальним введенням простагландину Е2 (А).

При патологічному прелімінарному періоді існує велика небезпека розвитку дискоординованої родової діяльності.

Протипоказання до застосування β_2 -адреноміметиків (А): гіперчутливість; передчасне відшарування плаценти; маткова кровотеча; ендометрит; серцево-судинні захворювання, які супроводжуються тахікардією

або порушеннями серцевого ритму; міокардит; вади мітрального клапану; стеноз аорти; тяжкі ураження печінки та нирок; гіпертиреоз; глаукома.

Побічна дія β_2 -адреноміметиків (А): - біль голови; запаморочення; тремор; тахікардія; шлуночкова екстрасистолія; болі у серці, зниження АТ; гіпокаліємія, зниження діурезу; набряки. У разі виникнення тахікардії у роділлі (> 100 уд./хв.) показано введення верапамілу та препаратів калію. Введення глюкокортикоїдів на фоні інфузії гексопреналіну може спричинити набряк легень у роділлі. Обсяг інфузійної терапії не має перевищувати 1,5 л/добу.

Протипоказання до застосування простагландинів (А) : органічні захворювання серця; захворювання органів дихання (бронхіальна астма, алергічний бронхіт, емфізема, бронхоектатична хвороба, туберкульоз); виразкова хвороба шлунка, виразковий коліт; тяжкі порушення функції нирок та печінки; глаукома; епілепсія; тиреотоксикоз; захворювання крові (серповидноцелюлярна анемія, коагулопатія); системні захворювання сполучної тканини; інфекції нижніх відділів статевих шляхів; алергія на простагландин Е2; оперована матка (кесарів розтин, консервативна міомектомія), лейоміома, аномалії розвитку матки.

Препарати окситоцинового ряду протипоказані через небезпеку посилення спастичного скорочення циркулярних м'язів шийки й нижнього сегменту матки. Не рекомендується використовувати естрогени й простагландин F2-альфа з метою підготовки до розродження.

Діагноз аномалій пологової діяльності встановлюється після динамічного спостереження за роділлем протягом 8 годин у латентній фазі і 4 годин у активній фазі у порівнянні із графіком розкриття шийки матки і просування передлеглої частини по пологовим шляхам нормальної партограми.

Слабкість пологової діяльності

Слабкість пологової діяльності - це стан, при якому інтенсивність, тривалість і частота переймів недостатні, а тому згладжування, розкриття шийки матки й просування плода при його відповідності з розмірами таза йде вповільненими темпами.

Етіологія. Слабкість родової діяльності - результат недостатності імпульсів, які викликають, підтримують і регулюють скорочувальну діяльність матки, так і нездатність матки сприймати ці імпульси.

Патогенез.

1. Зниження рівня естрогенів і підвищення вмісту прогестерону.
2. Недостатня продукція окситоцину, простагландинів, серотоніну, ацетилхоліну й інших тономоторних медіаторів.
3. Зменшення концентрації окситоцинових і простагландинових рецепторів матки.
4. Висока активність ферментів окситоцинази, холинестерази, моноаміноксидази.
5. Зниження інтенсивності окислювально-відновних процесів і порушення

процесу споживання кисню в біометрії.

6. Недостатнє накопичення макроергів - актоміозину, фосфокреатиніну, глікогену.
7. Стомлення м'яза матки й перехід на анаеробний шлях окислювання.

Розрізняють первинну й вторинну слабкість родової діяльності.

Первиною - називають слабку родову діяльність, що виникає на самому початку пологів і триває протягом періоду розкриття, може продовжуватися й до кінця пологів. Слабкість родової діяльності, що виникає після періоду тривалої регулярної родової діяльності й виявляється в характерних ознаках, зазначених вище, називають **вторинною**.

Слабкість потуг характеризується їхньою недостатністю. У практичному акушерстві слабкість потуг відносять зазвичай до вторинної слабкості родової діяльності.

Діагноз слабкості родової діяльності можна поставити протягом 4 - 6 годин клінічного спостереження й протягом 2-х годин при використанні гістерографії.

Незадовільний прогрес в пологах може бути своєчасно виявлений за допомогою використання партограми (А).

Діагностика незадовільного прогресу пологів (С)

Об'єктивні дані	Діагноз
Відсутні регулярні скорочення матки або нерегулярні різної тривалості й інтенсивності перейми. Шийка матки зріла (> 5 балів за шкалою Бішопа).	Хибні перейми
Після 8 годин регулярних перейм шийка матки відкрита менше ніж на 4 см	Уповільнена латентна фаза пологів
Менш трьох переймів за 10 хвилин, тривалість кожної менш 40 секунд. Уповільнене розкриття шийки матки (менше 1 см/год). Крива розкриття шийки матки на партограмі розміщена праворуч від лінії тривоги.	Уповільнено активну фазу пологів. Неадекватна активність матки (слабкість пологової діяльності)
Вторинна зупинка розкриття шийки матки й опускання передлеглої частини за умови наявності активної родової діяльності.	Диспропорція голівки плода й таза матері
Активна родова діяльність. Шийка матки повністю розкрита. Голівка в площині входу в малий таз, просування голівки відсутнє.	Клінічно вузький таз

Шийка матки розкрита повністю. Голівка плода в широкій або вузькій частині площини малого таза. Тривалість періоду вигнання більше 2 годин (1 година в повторнородящих).	Уповільнений період вигнання
--	------------------------------

Лікування слабкості родової діяльності (А)

При порушенні прогресу пологової діяльності слід провести амніотомію. При цьому відзначають колір навколоплідних вод, стан плода. Якщо протягом 1 години після проведення амніотомії не розвивається активна пологова діяльність, починають стимуляцію окситоцином.

Умови призначення утеротонічних засобів:

- відсутність плодового міхура;
- відповідність розмірів плода й таза матері.

Протипоказання до призначення утеротонічних засобів:

- клінічно вузький таз; оперована матка; неправильні положення плода; дистрес плода; передлежання плаценти; передчасне відшарування нормально й низько розташованої плаценти; відновлений розрив промежини III ступеня; дистоція, атрезія, рубцові зміни шийки матки; гіперчутливість до окситоцину.

Методика введення окситоцина з метою лікування слабкості родової діяльності.

З метою внутрішньовенної інфузії 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Обов'язкове проведення катетеризації літкової вени для забезпечення активної поведінки роділлі. Починається введення зі швидкістю 6-8 крапель/хв. (0,5-1,0 мл/хв.). При досягненні ефекту через 10 хвилин швидкість введення залишається попередньої. У випадку відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мл/хв.). Максимальна швидкість введення не повинна перевищувати 40 крапель в одну хвилину.

Критерієм досягнення регулярної адекватної родової діяльності без гіперстимуляції матки вважається наявність 3 - 4 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40-50 сек. Стимуляція проводиться одночасно зі спостереженням за станом плода.

Методика введення простагландинів з метою лікування слабкості родової діяльності

Простагландин E₂ - латентна фаза пологів.

Для внутрішньовенної інфузії 0,75 мл (1амп) простагландину E₂ його розчиняють у 500мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вводять крапельно. Початкова швидкість інфузії, яку підтримують не менше 30 хв., складає 5-8 крап/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньої. У разі відсутності ефекту швидкість збільшують кожну годину до отримання ефекту (не більше 25-30крап/хв.).

Простагландин F₂ альфа – активна фаза пологів.

Для внутрішньовенної інфузії 5 мг простагландину F₂ розчиняють у 500мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводлять зі швидкістю 6-8 крап/хв. Початкова швидкість інфузії, яку підтримують не менше 30 хв., складає 5-8 крап/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньої.

У разі відсутності ефекту швидкість збільшують кожну годину до отримання ефекту (не більше 25-30и крап/хв.).

Ускладнення. Використання окситоцину і простагландинів повинно супроводжуватись ретельним моніторингом за прогресом пологової діяльності, станом матері та плода. Передозування приводить до розвитку гіпертонусу матки, скорочення набувають характер судом, погіршується маточно-плацентарний кровообіг, розвивається дистрес плода, зростає загроза відшарування плаценти, ризик родової травми й хірургічного втручання за невідкладними показаннями.

При поєднанні слабкості родової діяльності й дистресу плода проводять розродження шляхом кесаревого розтину.

Діагностика та лікування слабкості родової діяльності при пологах в потиличному передлежанні плода відповідно фазам пологів

Характер родової діяльності	Перші пологи	Повторні пологи	Лікування
Латентна фаза			
1. Збільшення тривалості (уповільнена латентна фаза)	> 8 годин	> 4-5 годин	1. Амніотомія 2. Родостимуляція в/венним крапельним введенням окситоцину або введенням простагландину Е2. 3. Оцінка ефективності через 4-6 годин з переглядом подальшої тактики ведення пологів: - визначення динаміки розкриття шийки матки та просування голівки кожні 2 години; - внутрішнє акушерське дослідження через 4 години. 4. При відсутності переходу в активну фазу пологів після 6 годин родостимуляції окситоцином - розродження операцією кесаревого розтину.
Активна фаза			
1. Уповільнене розкриття шийки матки 2. Уповільнене просування голівки плода	< 1см/год	< 1 см/год.	1. Амніотомія та нагляд протягом 2-х годин при активному поведженні роділлі 2. Родостимуляція в/венним крапельним введенням окситоцину. Кесарів розтин проводять за умови

щодо площини входу в малий таз			неефективної родостимуляції або клінічної невідповідності розмірів голівки плода й таза матері.
Збільшення тривалості періоду вигнання	> 2 год.	> 1 год.	1. Діагностика клінічної невідповідності розмірів голівки плода й таза матері. При клінічній невідповідності - операція кесаревого розтину. 2. Родостимуляція в/венним крап. введенням окситоцину. 3. При відсутності ефекту від родостимуляції або приєднанні дистресу плода, залежно від місця розташування голівки плода - вакуум-екстракція плода або використання акушерських щипців.

Вторинна слабкість пологової діяльності

Ця патологія зустрічається значно рідше, ніж первинна. Вона ускладнює близько 2% пологів. При зазначеній патології має місце вторинне ослаблення переймів - зазвичай наприкінці періоду розкриття (в активній фазі) або в період вигнання. До прояву даної аномалії родова діяльність розвивається в нормальному темпі.

Етіологія. Причини розвитку вторинної слабкості родової діяльності часто мають спільну природу з первинною, однак, виразність несприятливої дії їх слабкіше й негативний вплив позначається пізніше. Крім того, вторинна слабкість переймів може бути наслідком перешкоди просуванню плода (невідповідність розмірів плода й малого таза роділлі, неправильні положення плода, рубцові зміни шийки матки, пухлини в малому тазі). Тазове передлежання плода, задній вид потиличного передлежання, запізнений розрив плодового міхура, ендометрит часто супроводжуються вторинною слабкістю.

Вторинна слабкість родової діяльності може мати ятрогенне походження: безладне призначення скорочуючих, знеболюючих та спазмолітичних препаратів.

Слабкість родової діяльності, що проявляється непродуктивними потугами (*слабкість потуг*), деякі акушери виділяють в окремий варіант аномалії родової діяльності. Недостатність мускулатури передньої черевної стінки в багатонароджуючих, грижі білої лінії, пупочні й пахові грижі, захворювання

нервової системи (поліомієліт, міастенія, травми хребта), ожиріння - все це може порушувати розвиток потуг. Нерідко слабкість потуг залежить від характеру передлеглої частини: тазовий кінець не робить належного тиску на нервові закінчення в малому тазі. Слабкість потуг може спостерігатися у випадку утоми роділлі й виснаження енергетичних можливостей мускулатури матки.

Клінічна картина. Вторинна слабкість родової діяльності проявляється ослабленням сили перейм, зменшенням частоти та вкороченням їх, подовженням інтервалів між переймами. Збільшується тривалість періоду розкриття, уповільнюється або припиняється просування передлеглої частини. Відзначається виражене стомлення роділлі. Можуть з'явитися симптоми хоріонамніоніту, що приєднався та (або) дистресу плода.

Діагностика. Вторинна слабкість родової діяльності діагностується на підставі оцінки перейм, розкриття маткового зіву й просування передлеглої частини. Динамічне спостереження за цими параметрами за допомогою зовнішнього й внутрішнього акушерського дослідження цілком дозволяє вчасно поставити правильний діагноз. Однак гістерографія та кардіомоніторний контроль дають більше об'єктивної інформації про характер перейм і одночасно допомагають виявити найменші ознаки неблагополуччя плода, що має велике значення для вибору тактики подальшого ведення пологів.

Дуже важливо своєчасно провести диференційну діагностику між вторинною слабкістю родової діяльності й клінічною невідповідністю між розмірами таза матері та голівки плода.

Тактика ведення пологів. Тактика залежить від ступеня розкриття шийки матки, положення голівки в малому тазі, стану плода й супутньої акушерської або соматичної патології. Якщо плодовий міхур цілий, то лікування починають із амніотомії. Можливо, це призведе до посилення родової діяльності й інших втручань не буде потрібно.

Якщо вторинна слабкість настає, коли голівка перебуває в широкій або вузькій частині порожнини малого таза, родостимуляцію призначають відразу (внутрішньовенне введення окситоцину за схемою). Відсутність або недостатній ефект від медикаментозної родостимуляції може змусити змінити тактику ведення пологів на активну. При відсутності ефекту від родостимуляції, залежно від акушерської ситуації проводять кесарів розтин, накладають акушерські щипці або вакуум-екстрактор, виконують перинео - або епізіотомію.

Надмірно сильна пологова діяльність.

Надмірно сильна пологова діяльність (швидкі та стрімкі пологи) - гіпердинамічна дисфункція скорочувальної діяльності матки.

Надмірно сильна родова діяльність розвивається раптово. Сильні перейми відбуваються через короткий проміжок часу, частота скорочень матки більше 5 протягом 10 хвилин, що сприяє швидкому й повному розкриттю шийки матки.

Швидкими вважають пологи, які тривають менше 6 годин у первісток і менше 4 годин у повторнонароджуючих, стрімкими - відповідно менше 4 і 2

годин. Швидкі пологи призводять до виникнення травм у матері (глибокі розриви шийки матки, вагіни, промежини), плода (розрив пуповини, крововилив в головний мозок новонародженого, кефалогематоми), передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, гіпотонічної кровотечі,

Стрімкі пологи небезпечні для матері й плода не тільки через акушерський травматизм (розриви родових шляхів, гіпоксично-травматичні ушкодження дитини), але й тим, що їх дуже важко корегувати.

Причини надмірно сильної родової діяльності:

- переміщення водія ритму в центр дна або середину тіла матки;
- надмірне виділення ендogenousного окситоцину;
- істміко-цервікальна недостатність (особливо після зняття циркулярного шва із шийки матки);
- ятрогенні причини: недотримання правил родостимуляції - більші дози утеротоніків або застосування препаратів, що потенціюють дію один одного (окситоцину та простагландинів).

Лікування полягає в немедикаментозному корегуванні сили й частоти переймів. Роділля повинна лежати на боці, протилежному позиції плода. При розкритті шийки матки менше 6 см і відсутності протипоказань до застосування β_2 -адреноміметиків, для зменшення інтенсивності родової діяльності можливе застосування токолізу β_2 -адреноміметиками, які покращують плацентарний та матковий кровообіг і стан плода. Для проведення токолізу гексопреналин 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду й вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв до 10-15 крапель/хв. під спостереженням за активністю перейм (В). Також для токолізу використовують інші бета-міметики.

Дискоординована пологова діяльність.

Дискоординована пологова діяльність (ДПД) - порушення координації скорочень різних відділів матки. Частота 1-3%. Клінічна картина характеризується гіпертонусом нижнього сегмента, нерегулярними, сильними, різко болючими переймами й нагадує болі, як при загрозі розриву матки.

Причини - аномалії розвитку, порушення іннервації внаслідок перенесених абортів, запалень, пухлини. Неприятливий фон - відсутність підготовки всіх структур (незріла шийка матки). В основі патогенезу лежить порушення функціональної рівноваги вегетативної нервової системи.

При дискоординованій пологовій діяльності порушується синхронізація скорочення й розслаблення міометрію. Зникають періоди загальної релаксації матки. У результаті - неадекватне підвищення тонусу, зміна ритму, частоти переймів, укорочення діастолі.

Основні клінічні симптоми:

- 1) болісні, нерегулярні перейми, які іноді мають постійний характер;
- 2) плоский плодовий міхур;
- 3) передчасне або раннє відходження навколоплідних вод;

Інші клінічні ознаки дискоординованої родової діяльності:

- відсутність динаміки розкриття шийки матки;
- уповільнення або відсутність просування голівки плоду;
- судомні перейми (тетанія матки);
- дистоція шийки матки.

Можливі ускладнення дискоординації родової діяльності: розриви шийки матки та вагіни; затяжний перебіг пологів при, здавалося б, сильній родовій діяльності; дистрес плода й родова травма немовляти. І все це - при повній клінічній відповідності розмірів плода й таза матері.

Лікування проводять залежно від причини дискоординації родової діяльності:

- проведення токолізу (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв до 10-15 крапель/хв) не перевищуючи 15-20 крапель/хв під спостереженням за активністю переймів;
- епідуральна анестезія.

Родостимулююча терапія окситоцином, простагландинами й іншими утеротоніками при дискоординаній родовій діяльності категорично протипоказана, інакше можливе настання тетанусу матки.

На всіх етапах лікування аномалій родової діяльності повинно проводитися спостереження за станом плода й здійснюватися немедикаментозна профілактика дистресу плода (зміна положення роділлі, регуляція дихання). У третьому періоді пологів застосовують активну тактику ведення й спостереження за роділлею.

За умови наявності протипоказань до корекції родової діяльності, при неефективності медикаментозної корекції аномалій родової діяльності методом розродження є операція кесаревого розтину.

Профілактичні дії, спрямовані на попередження аномалії родової діяльності, настільки ж важливі, як і допомога в родах. Створення комфортних умов під час пологів, які включають: уживання їжі та рідини, індивідуальна пологова палата, присутність партнера під час пологів, вертикальна позиція, можливість рухатись під час пологів.

7. МАТЕРІАЛИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ:

Контрольні запитання

1. Яке визначення поняття «аномалії пологової діяльності»?
2. Які фактори ризику виникнення аномалій пологової діяльності?
3. Які методи оцінки готовності організму вагітної до родів?
4. Які методи оцінки характеру пологової діяльності?
5. Яка клініка, діагностика і лікування патологічного прелімінарного періоду?
6. Яка клініка і діагностика слабкості пологової діяльності?
7. На яких принципах ґрунтується лікування слабкості пологової діяльності?
8. Які ускладнення для матері можливі при слабкості пологової діяльності?
9. Які ускладнення для матері можливі при надмірній пологовій діяльності?

10. Яка профілактика аномалій пологової діяльності?

ТЕСТОВІ ПИТАННЯ

№ 1.

Для визначення готовності організму вагітної до пологів використовують методи:

- А). Визначення ступеню зрілості шийки матки.
- Б). Оцінка чутливості матки до тономоторних речовин.
- В). Цитологічне дослідження вагінальних мазків.
- Г). Все вище перераховане.
- Д). Нічого із вказаного.

№2

Із всіх тестів оцінки зрілості шийки матки найбільш легко здійсненим є:

- А). Метод пальпаторного дослідження шийки матки.
- Б). УЗД.
- В). Резистоцервікометрія.
- Г). Все вище перераховане.
- Д). Нічого із вказаного.

№ 3.

Для оцінки зрілості шийки матки використовують:

- А). Шкалу Фішера.
- Б). Шкалу Апгар.
- В). Шкалу Бішопа.
- Г). Все вище перераховане.
- Д). Нічого із вказаного.

№ 4.

Окситоциновий тест це:

- А). Спеціальна проба для визначення ступеня збудливості матки (реактивності міометрію) на внутрішнє введення пограничної дози окситоцину, здатної викликати скорочення матки.
- Б). Спосіб родозбудження.
- В). Спосіб родопідсилення.
- Г). Все вище перераховане.
- Д). Нічого із вказаного.

№ 5.

Для оцінки характеру родової діяльності використовують:

- А). Зовнішню кардіотокографію, гістерографію.
- Б). Суб'єктивні відчуття роділлі.
- В). Пальпацію матки та визначення частоти й тривалості перейм та потуг.
- Г). Зовнішнє та вагінальне дослідження для оцінки динаміки просування передлеглої частини.
- Д). Все вище перераховане.

№ 6.

Ознаками хибних перейм є:

- А). Відсутність розкриття шийки матки протягом 4 годин пологової діяльності.
- Б). Регулярні переймоподібні болі в попереку й крижах при доношеній вагітності що призводять до змін у шийці матки.
- В). Відсутність болей при відкритті шийки матки до 3 см;
- Г) Все вище вказане.
- Д). Нічого з вище означеного.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

№ 1.

Пологи другі. Вагітність 40 тижнів. Перейми почались 10 годин тому, тоді ж відійшли навколоплідні води. Розміри таза нормальні. Серцебиття плода — 148 ударів за хвилину, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Стан роділлі задовільний. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття - 3 см, плідний міхур відсутній. Поступово перейми стають слабкими, короткими.

Діагноз. Яка подальша тактика ведення пологів?

№2.

Пологи III, термінові, тривають 7 год. Голівка плода знаходиться в порожнині малого таза. Потуги через 2— 4 хв. по 25—30 сек. Серцебиття плода ритмічне, 156 уд/хв. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття шийки матки повне. Визначається напружений плідний міхур. Голівка плода у вузькій частині порожнини таза.

Який період пологів? Яка подальша тактика ведення пологів?

№3.

Пологи II, термінові, II період пологів. Потуги слабкі, через 2-3 хв. по 25-30 сек. Серцебиття плода ритмічне 146 уд. за хв. Безводний період 5 годин. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття повне, голівка у вузькій частині.

Діагноз. Подальша акушерська тактика.

№ 4.

Пологи II, термінові, II період пологів. Потуги слабкі, через 2-3 хв. по 25-30 сек. Серцебиття плода ритмічне 150 уд. за хв. Безводний період 5 годин. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття повне, голівка у вузькій частині. Стрілоподібний шов у лівому косому розмірі. Родостимуляція окситоцином – без ефекту. Фіксується гіпоксія плода.

Діагноз. Подальша акушерська тактика.

№ 5.

До пологового відділення доставлена першороділля з активною пологовою діяльністю, яка триває близько 3-х годин. Стан плода задовільний. При внутрішньому акушерському дослідженні: Розкриття шийки матки 6 см, плідний міхур цілий, передлежить голівка – малим сегментом у порожнині таза. Діагноз. Чим небезпечні такі пологи для матері і плода?

8. МАТЕРІАЛИ САМОПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ЗА ТЕМОЮ ЛЕКЦІЇ:

Перелік літератури, домашнє завдання:

1. Медсестринство в акушерстві: підручник / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.175-176