

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КЗ КОП "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:

«Пологи»

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: Пологи

Курс: 2, семестр 3

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Кількість навчальних годин: 2 години

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Правильне ведення пологів запобігає виникненню патологічних станів, ускладнень, що ймовірні під час пологів. Своєчасна діагностика порушень впливає на вибір раціональної тактики розродження. Спостережливість та правильні дії медичних працівників є важливим аспектом зниження перинатальних і материнських ускладнень.

2. МЕТА ЛЕКЦІЇ:

а) Навчальна:

Для формування вмінь здобувач освіти повинен знати:

1. Уявлення про пологи.
2. Сучасний погляд на причину настання пологів.
3. Періоди пологів, тривалість їх.
4. Перебіг першого періоду пологів. Спостереження за загальним станом роділлі, розкриттям шийки матки. Пологові сили, що сприяють розкриттю шийки матки. Своєчасність відходження навколоплодових вод.
5. Перебіг другого періоду пологів. Поняття про біомеханізм пологів, уявлення про потуги.
6. Перебіг третього періоду пологів, ознаки відшарування плаценти. Уявлення про фізіологічну кровотечу. Способи виділення посліду, що відшарувався.
7. Перший туалет новонародженого.

В результаті проведення заняття здобувач освіти повинен уміти:

1. Дати визначення «Пологи – це...».
2. Пояснити сучасний погляд на причину настання пологів.
3. Охарактеризувати періоди пологів, їх тривалість.
4. Розказати про перебіг першого періоду пологів. Спостереження за загальним станом роділлі, розкриттям шийки матки. Пологові сили, що сприяють розкриттю шийки матки. Своєчасність відходження навколоплодових вод.
5. Розказати про перебіг другого періоду пологів. Поняття про біомеханізм пологів, уявлення про потуги.
6. Розказати про перебіг третього періоду пологів, ознаки відшарування плаценти. Уявлення про фізіологічну кровотечу. Способи виділення посліду, що відшарувався.
7. Розказати про перший туалет новонародженого.

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. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

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. 4. Вести медичну документацію за формами, встановленими нормативно-правовими документами.

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. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.

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.

РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

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.

№ 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. Уявлення про пологи. 2. Сучасний погляд на причину настання пологів.	аП аП	Тематична лекція із застосуванням наочності, ТЗН.	85-90 %

	3. Періоди пологів, тривалість їх.	αΠ		
	4. Перебіг першого періоду пологів. Спостереження за загальним станом роділлі, розкриттям шийки матки. Пологові сили, що сприяють розкриттю шийки матки. Своєчасність відходження навколоплодових вод.	αΠ		
	5. Перебіг другого періоду пологів. Поняття про біомеханізм пологів, уявлення про потуги.	αΠ		
	6. Перебіг третього періоду пологів, ознаки відшарування плаценти. Уявлення про фізіологічну кровотечу. Способи виділення посліду, що відшарувався.	αΠ		
	7. Перший туалет новонародженого.	αΠ		
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 акушерстві: підручник /</i> С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.115-145	10-15%
--	--	--	--	--------

6. ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

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

ПОЛОГИ

Нормальні (фізіологічні) пологи - це пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у вагітної низького ступеня ризику у терміні вагітності 37-42 тижні, потиличному передлежанні плода, при задовільному стані матері та новонародженого після пологів.

Початку пологів передують період передвісників (прелімінарий). Передвісники пологів характеризуються наступними ознаками: опущення дна матки, через що полегшується дихання вагітної; підвищення реакції матки на механічні подразники; виходження із каналу шийки матки слизової пробки. Основною ознакою готовності до родів є «зріла» шийка матки.

З початком пологової діяльності вагітну називають роділлею.

Періоди пологів

Пологи поділяють на три періоди:

- Перший - період розкриття шийки матки
- Другий - вигнання плода
- Третій - послідовий.

Перший період (період розкриття) відліковують від початку регулярних перейм до повного розкриття шийки матки (10см).

Діагностика і підтвердження початку пологів:

у вагітної після 37 тижня з'являються переймоподібні болі внизу живота та крижах з появою слизово-кров'янистих або водянистих (у разі вилиття навколоплідних вод) виділень із піхви;

наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд;

зміна форми шийки матки (прогресивне її укорочення і згладжування) та розкриття;

поступове опускання голівки плода до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження), або відносно *lin. interspinalis* (при внутрішньому акушерському дослідженні).

Перейми - це мимовільні скорочення м'язів матки. Проміжки між переймами називають паузою. Регулярна пологова діяльність - це така скоротлива діяльність, яка приводить до структурних змін шийки матки - її згладжування та розкриття.

Згладжування шийки - це зменшення довжини її каналу внаслідок пересування м'язових волокон внутрішнього вічка до нижнього маткового сегмента.

Розкриття (дилатація) шийки характеризується збільшенням діаметру цервікального каналу до 10 см, що забезпечує можливість просування плода. Розкриття шийки матки здійснюється головним чином за рахунок скорочення (контракції) та переміщення (ретракції) одне щодо одного м'язових волокон тіла і дна матки, а також за рахунок розтягнення (дистракції) м'язів шийки та частково нижнього сегмента матки. В паузах між переймами контракція матки зникає цілком, а ретракція - частково.

Під час кожної перейми підвищення внутрішньоматкового тиску передається на плідні оболонки, навколоплідні води і плід. Навколоплідні води під впливом внутрішньоматкового тиску переміщуються вниз до виходу з матки, внаслідок чого плідний міхур втискується в канал шийки матки. Передлежача частина (голівка) фіксується у вході в малий таз і утворює внутрішній пояс прилягання. Навколоплідні води при цьому поділяються на передні і задні. Між стінками таза та нижнім матковим сегментом утворюється зовнішній пояс прилягання.

Згладжування і розкриття шийки матки у першо- і повторнороділь відбувається по-різному. У першороділь спочатку відбувається згладжування, а потім розкриття шийки матки у повторнороділь ці процеси відбуваються одночасно

При фізіологічних пологах в кінці першого періоду розривається плідний міхур та виливаються навколоплідні води. Таке вилиття навколоплідних вод називають своєчасним. Вилиття амніотичної рідини до початку пологової діяльності називають передчасним, а вилиття її до розкриття шийки матки на 5 см - раннім.

Перший період пологів поділяється на дві послідовні фази:

- Латентна (прихована) фаза - проміжок часу від початку регулярної

пологової діяльності до повного згладжування шийки матки з розкриттям до 3 см у перших пологах або до 4 см у всіх наступних. Зазвичай на цю фазу припадає, відповідно, 6-8 годин (у жінок, які народжують вперше) та 4-5 годин (у жінок, які народжують повторно).

- Активна фаза - розкриття шийки матки від 3-4 см включно до 10 см. Мінімальна швидкість розкриття шийки матки в активну фазу, що вважається нормою становить 1 см/год як у перших так і у наступних пологах. Зазвичай швидкість розкриття у жінок, що народжують вдруге чи втретє більше, ніж у таких, що народжують вперше.

Активна фаза розділяється в свою чергу на три підфази: прискорення, максимального підйому та уповільнення. Підфаза прискорення у першонароджуючих продовжується до 2 годин, у повторнонароджуючих - до 1 години. Підфаза максимального підйому триває стільки ж годин відповідно. Підфаза уповільнення у першонароджуючих продовжується 1-2 години, у повторнонароджуючих - 0,5-1 годину. Уповільнення в кінці першого періоду пологів пояснюється сповзанням шийки матки з голівки плода, що просувається.

Висновок щодо ефективності перейм ґрунтується на їх силі, тривалості та частоті, на розкритті шийки матки в динаміці та ознаках просування голівки відносно площини входу в малий таз. Але найбільш об'єктивним критерієм ефективності пологової діяльності в I періоді є розкриття шийки матки.

В активній фазі першого періоду пологів ефективна скоротлива активність матки має відповідати наступним характеристикам: 3-4 перейми за 10 хвилин, кожна тривалістю більш ніж 40 секунд.

Другий період (період вигнання) триває від моменту повного розкриття шийки матки до народження дитини. Важливо відрізнити ранню фазу другого періоду - від повного розкриття до початку потуг, та активну - безпосередньо фазу потуг.

Важливими поняттями другого періоду пологів є:

- потуги (натуги) - ритмічне поєднання скорочення маткової мускулатури, черевного пресу, діафрагми та тазового дна;
- врізування голівки - поява голівки з вульварного кільця лише під час потуги;
- прорізування голівки — голівка зберігає положення у вульварному кільці після припинення потуги.

Максимально припустима тривалість другого періоду у жінок, що народжують вперше та повторно, відповідно, 2 та 1 година без застосування епідуральної анестезії, та 3 й 2 години з епідуральною анестезією. Більшість цього часу складає саме рання фаза, коли голівка поступово просувається по пологовому каналу до тазового дна спочатку без приєднання потуг, а потім з поступовою появою та посиленням потужного компонента під час перейми.

Підчас ранньої фази другого періоду не слід примушувати жінку натужуватися. Організація потуг під час ранньої фази за наявності нормального стану плода та матері зазвичай швидко призводить до втоми жінки, порушення

процесу внутрішнього повороту голівки плода, травмування пологових шляхів та голівки плода, порушення серцевої діяльності плода та зайвим медичним втручанням.

Повноцінна (спонтанна та активна) потужна діяльність з'являється лише коли голівка знаходиться на тазовому дні (активна фаза).

Третій період (послідовий) продовжується від народження плода до виділення плаценти з оболонками. За відсутності ознак кровотечі його тривалість не повинна перевищувати 30 хвилин.

Механізми відшарування нормально розміщеної плаценти можуть бути різними. Відокремлення плаценти з центру, з формуванням ретроплацентарної гематоми та народженням плодовою поверхнею назовні називається механізмом по Шультце Якщо плацента відшаровується не з центру, а з краю, такий механізм відшарування називається по Дункану Цілість посліду, що народився визначають візуально.

Крововтрата у послідовому періоді, що становить 0,5% маси роділлі, але не перевищує 500 мл вважається фізіологічною. Єдиним об'єктивним методом обліку крововтрати є її вимірювання.

Методи обстеження роділь в пологах

Зовнішній метод оцінки ступеню розкриття шийки матки

Зовнішніми методами оцінити ступінь розкриття шийки матки можливо тільки приблизно. Орієнтовно про ступінь розкриття шийки матки в родах судять по висоті стояння контракційного кільця (границя між порожнім мускулом, що скорочується, і нижнім сегментом матки, що розтягується). Шийка матки при пологах звичайно буває розкрита на стільки, на скільки поперечних пальців контракційне кільце розташоване вище лонної дуги.

Внутрішній метод оцінки ступеню розкриття шийки матки

З метою визначення динаміки розкриття шийки матки та розташування голівки плода в пологах проводиться внутрішнє акушерське дослідження, яке виконують при надходженні жінки до пологового відділення, через кожні 4 години під час першого періоду пологів та після вилиття навколоплідних вод (для своєчасної діагностики можливого випадання з плином амніотичної рідини пуповини та дрібних частин плода).

Через зростання ризику висхідного інфікування пологового каналу додаткові внутрішні акушерські дослідження у першому періоді пологів припустимі лише за показаннями: патологічна частота серцебиття плода для з'ясування причин порушення його стану (наприклад - випадіння пуповини) та вирішення питання щодо способу розродження (кесарів розтин, вакуум-екстракція акушерські щипці); при багатоплідній вагітності після народження першого плода; неправильне положення плода, або підозра на вставлення голівки плода у вході до малого тазу у стані розгинання; затримка прогресу пологів у зв'язку з неефективністю маткових скорочень (для амніотомії та перед стимуляцією окситоцином); необхідність оперативного вагінального розродження; кровотеча після 22 тижнів вагітності (в умовах операційної).

Ступінь опускання голівки плода також може визначатися зовнішніми і

внутрішніми методами.

Визначення ступеню опускання голівки зовнішніми методами

Ступінь опускання голівки відносно площини входу в малий таз можна визначити за допомогою IV-го прийому Леопольда .

Рекомендований також метод абдомінальної пальпації, яким визначається висота стояння голівки плода на кількість поперечників пальців над симфізом :

5/5 - голівка плода розташована над симфізом на ширину 5 пальців, голівка плода знаходиться над входом до малого таза;

4/5 - ширина 4 пальців, голівка притиснута до входу в малий таз;

3/5 - ширина 3 пальців, голівка малим сегментом у вході до малого таза;

2/5 - ширина 2 пальців, голівка великим сегментом у вході до малого таза;

1/5 - 0/5 - ширина 1 пальця або голівка не визначається, голівка знаходиться у порожнині таза.

Зовнішня пальпація голівки має здійснюватися безпосередньо перед внутрішнім акушерським дослідженням. Це надає можливість запобігти помилок у визначенні положення голівки у разі формування великого набряку передлеглої частини голівки плода.

Визначення ступеню опускання голівки методом внутрішнього акушерського дослідження .

- Голівка над входом у малий таз. Таз вільний, голівка розташована високо, вона не перешкоджає пальпації безіменної лінії таза, мису; стрілоподібний шов знаходиться в поперечному розмірі на однаковій відстані від симфізу і мису, велике і мале тім'ячко - на одному рівні.

- Голівка малим сегментом у вході в малий таз. Крижова западина вільна, до мису можна підійти зігнутих пальцем (якщо він досяжний). Внутрішня поверхня симфізу доступна дослідженню, мале тім'ячко нижче великого. Стрілоподібний шов розташований в злегка косому розмірі.

- Голівка великим сегментом у вході в малий таз. Голівка займає верхню третину симфізу і крижів. Мис недосяжний, сідничні ості пальпуються легко. Голівка зігнута, мале тім'ячко нижче великого, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів.

- Голівка в широкій частині малого таза. Голівка найбільшою окружністю пройшла площину широкої частини малого таза. Дві третини внутрішньої поверхні лонного зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Вільно пальпуються IV і V крижові хребці і сідничні ості. Стрілоподібний шов розташований в одному з косих розмірів, мале тім'ячко нижче великого.

- Голівка у вузькій частині малого таза. Дві верхні третини крижової западини і уся внутрішня поверхня лонного зчленування зайняті голівкою. Сідничні ості важко досягаються. Голівка знаходиться близько до дна таза, внутрішній поворот її ще не закінчений, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів, близько до прямого. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

- Голівка у виході таза. Крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, стрілоподібний шов розташований в

прямому розмірі виходу з малого таза. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

Положення голівки плода при внутрішньому дослідженні можна також з'ясовувати по відношенню до рівня сідничних остей - *linia interspinalis* (положення "0"). Відстань від сідничних остей до площини входу в малий таз дорівнює такій від остей до площини виходу таза. Знак "-" означає, що голівка знаходиться вище сідничних остей (ближче до входу в малий таз). Знак "+" означає, що голівка плода розміщується нижче сідничних остей (ближче до виходу таза).

Оцінка стану плода в пологах

Стан плода визначають за показниками серцебиття, кольору навколоплідних вод та конфігурації голівки.

Серцебиття плода реєструють шляхом періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора або, за показаннями, фетального моніторингу (кардіотокографії)

Періодична аускультатія здійснюється згідно наступних правил:

- вагітна знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається негайно після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми;
- аускультатія триває протягом 60 секунд.

В нормі ЧСС плода знаходиться в межах 110-170 ударів за хвилину.

У разі появи частоти серцевих скорочень плода, що виходять за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультатію, дотримуючись вище описаної методики.

За наявності стійких аускультативних порушень серцебиття плода проводять кардіотокографічне (КТГ) дослідження. Слід зазначити, що рутинне застосування КТГ всім роділлям не доцільне через високий відсоток хибнопозитивних результатів та збільшення частоти акушерських втручань, в тому числі і оперативних пологів.

Колір навколоплідних вод визначається під час їх вилиття та під час кожного внутрішнього акушерського дослідження. В нормі навколоплідні води є прозорими. Поява свіжого та густого меконію у навколоплідних водах свідчить про погіршення стану плода, особливо у поєднанні з порушенням частоти серцевих скорочень плода.

Конфігурація голівки плода це процес пристосування її до пологових шляхів жінки. Завдяки наявності швів та тім'ячок кістки черепа плода мають здатність зближуватись та знаходити одна на одну за рахунок чого об'єм голівки плода зменшується. Відрізняють три ступені конфігурації голівки плода:

- Перша - кістки черепа зближені, торкаються одна одної
- Друга - кістки помірно знаходять одна на одну
- Третя - кістки значно знаходять одна на одну

Третя ступінь конфігурації голівки у поєднанні з відсутністю просування голівки по пологовому каналу за наявності активної пологової діяльності є

ознакою невідповідності між розмірами голівки плода та тазу матері (клінічно вузький таз) та потребує розродження шляхом кесарева розтину.

Контроль за станом жінки здійснюють шляхом реєстрації наступних показників: пульс та артеріальний тиск (кожні 2 години), температура (кожні 4 години), сеча: об'єм - під час кожного сечовипускання, але не рідше ніж кожні 4 години; наявність білка або ацетону - за показаннями.

Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів

Основною метою надання допомоги під час пологів є забезпечення безпеки для жінки та дитини при мінімальному втручанні в фізіологічний процес шляхом:

- ретельного моніторингу стану матері, плода та прогресування пологів;
- створення умов для надання невідкладної допомоги роділлі/породіллі та новонародженому;
- проведення заходів, що спрямовані на попередження інфекційних та гнійно-запальних ускладнень;
- впровадження та суворе дотримання принципів „теплого ланцюжка”. Клінічний перебіг та ведення першого періоду пологів

Спостереження за перебігом першого періоду пологів, станом матері та плода здійснюється за допомогою партограми

Особливості ведення партограми.

Відносно часової осі на партограмі графічно відображають наступні показники:

1. Перебіг пологів:
 - Швидкість розкриття шийки матки, визначену методом внутрішнього акушерського дослідження (кожні 4 години)
 - Опускання голівки плода, визначене за допомогою абдомінальної пальпації (кожні 4 години)
 - Частоту (за 10 хвилин) та тривалість (в секундах) перейм (кожні 30 хвилин),
2. Стан плода:
 - Частоту серцебиття плода, оцінену методом аускультативної або ручного доплерівського аналізатора (кожні 15 хвилин)
 - Ступінь конфігурації голівки плода (кожні 4 години),
 - Стан плідного міхура та навколоплідних вод (кожні 4 години)
3. Стан роділлі:
 - Пульс та артеріальний тиск (кожні 2 години),
 - Температура (кожні 4 години)
 - Сеча: об'єм під час кожного сечовипускання, але не рідше ніж кожні 4 години; наявність білка або ацетону - за показаннями.

Переваги партограми:

- Ефективне спостереження за перебігом пологів
- Своєчасне виявлення відхилення пологів від нормального перебігу
- Допомога під час прийняття рішення щодо необхідності втручань

Особливу увагу слід звернути на принципи ведення першого періоду пологів, які передбачають заходи, спрямовані на психологічну підтримку роділлі - партнерські пологи (присутність чоловіка або членів сім'ї, а в окремих випадках близьких друзів), профілактику стомлення роділлі, порушення стану плода, уникнення материнського та дитячого травматизму у пологах. Обов'язковим при веденні пологів є вільний вибір жінкою положення (сидячи, стоячи, з нахилом уперед, лежачи на боці тощо) (Мал. 30); небажаною вважається позиція жінки у пологах на спині, що сприяє виникненню аортокавальної компресії, порушенню кровообігу у матці, негативно впливає на загальний стан роділлі, призводить до різкого зниження артеріального тиску й погіршення стану плода. Крім того, положення на спині зменшує інтенсивність маткових скорочень і негативно впливає на перебіг та тривалість пологів. Найбільш виправданим у першому періоді пологів є активна поведінка жінки, що прискорює процес розкриття шийки матки, зменшує болючість перейм, знижує частоту порушень серцевої діяльності плода.

Окремо слід наголосити на необхідності правильного режиму дихання роділлі - швидкий вдих через ніс та повільних видих через рот. Такий спосіб дихання сприяє як знеболюванню переймів, так і покращанню центральної та матково-плацентарної гемодинаміки. Серед немедикаментозних методів, що зменшують больові відчуття під час першого періоду пологів, може використовуватися музикотерапія, а також інші нефармакологічні засоби зняття болю (душ, ванна, джакузі, масаж).

Застосування цих методик викликає подразнення специфічних аферентних периферичних нервових рецепторів, що призводить до зростання рівня ендорфінів у спинномозковій рідині, які є ендогенними знеболюючими речовинами.

Застосування фармакологічних знеболюючих засобів у пологах проводиться тільки за наявності клінічних показань.

Клінічний перебіг та ведення другого періоду пологів

Ведення другого періоду пологів вимагає:

- вимірювання артеріального тиску, пульсу у роділлі кожні 10 хвилин;
- контролю серцевої діяльності плода кожні 5 хвилин під час ранньої фази, та після кожної потуги під час активної фази;
- контролю за просуванням голівки плода по родовому каналу, який здійснюється за допомогою внутрішнього акушерського дослідження кожену годину.

Окремо слід звернути увагу на те, що тривале стояння голівки плода в певній площі малого таза без динаміки просування може призвести до формування ректо- і уровагінальних нориць.

Через зростання ризику висхідного інфікування пологового каналу додаткові внутрішні акушерські дослідження у другому періоді пологів припустимі лише за показаннями:

- Проведення амніотомії, якщо не відбувається своєчасного вилиття

навколоплідних вод

- При багатоплідній вагітності після народження першого плода
- При прийнятті рішення оперативного вагінального розродження (акушерські щипці, вакуумекстракція, екстракція плода за тазовий кінець)

Народження голівки плода потребує обережного надання ручної допомоги, метою якої є не тільки збереження цілісності промежини жінки, але й попередження внутрішньочерепної, спинальної та інших травм плода.

Захист промежини складається з п'яти прийомів:

1. Запобігання передчасному розгинанню голівки плода - долоня лівої кисті упирається в лобок, пальцями стримують стрімке просування голівки, обережно натискаючи на неї.
2. Зменшення напруження тканини промежини - долонна поверхня правої кисті розташовується на промежині, пальцями зсувають тканини великих статевих губ у бік промежини.
3. Виведення голівки плода із статевої щілини - після утворення точки фіксації, поза потугою, обережно знімаючи бічні краї вульварного кільця з голівки, дають їй можливість розігнутись.
4. Допомога під час внутрішнього повороту плечиків і зовнішнього повороту голівки - головку, що народилася, захоплюють обома руками так, щоб долоні лягли на ділянку вух; голівку обережно відтягують донизу доти, поки переднє плічко не підійде під лобкову дугу.
5. Вивільнення плечового поясу - голівку захоплюють лівою рукою і відводять до лона, правою рукою обережно знімають тканину промежини з заднього плічка.

Після народження плечового поясу тулуб дитини охоплюють обома руками, кінці пальців мають перебувати у пахвових ямках. Тулуб спрямовують угору і виймають плід.

Існує тактика ведення другого періоду пологів без захисту промежини. Надання вільного положення жінки під час потуг сприяє більш динамічному проходженню плода через пологові шляхи, при цьому найбільш ефективними є позиції сидячи навпочіпки, сидячи на стільці, стаючи, підтягуючись на дробинці, лежачи на боці (Мал. 30).

Важливо підкреслити, що тільки при необхідності під час періоду вигнання, може бути проведений допоміжний розтин промежини (перінео- та епізіотомія).

Показаннями до проведення розтину промежини є:

- Ускладнені вагінальні пологи (вакуум-екстракція, акушерські щипці, сидничне передлежання)
- Наявність рубцевих змін промежини після розтину у попередніх пологах, особливо після поганого загоєння
- Дистрес плода у другому періоді пологів

Слід зазначити, що використання епізіотомії за показанням "загроза розриву промежини" не завжди є обґрунтованим. Відсутність чітких об'єктивних критеріїв „загрози розриву промежини" є підґрунтям для більш широкого використання епізіотомії, яка є не чим іншим ніж ятрогенним

розривом промежини другого ступеню. У більшості випадків, коли за наявності так званої „загрози розриву промежини" розтин промежини не проводиться, відбувається спонтанний розрив лише шкіри промежини та слизової оболонки піхви, без ураження м'язів тазового дна (розрив першого ступеню).

Слід також визнати, що у поодиноких випадках промежина дійсно може бути суттєвою перешкодою для народження, і її розтин є необхідним заходом запобігання розривів тяжкого ступеню.

Згідно з сучасним науковими доказами існують наступні рекомендації щодо використання розтину промежини в пологах:

- Використання епізіотомії має бути обмежено показаннями ;
- Перінеотомія супроводжується більшою частотою глибоких розривів піхви з ураженням прямої кішки та анального сфінктеру у порівнянні з епізіотомією.;
- Рутинне проведення епізіотомії не призводить до зменшення частоти глибоких розривів піхви з ураженням прямої кішки та анального сфінктеру;
- У разі необхідності проведення розтину промежини слід надавати перевагу епізіотомії, а не перінеотомії.

У будь-якому випадку рішення про проведення операції повинно бути клінічно обґрунтованим і доведеним до жінки, з отриманням від неї згоди. Операцію слід проводити після попереднього місцевого знеболення.

Оцінка стану новонародженого

Відразу після народження акушерка викладає дитину на живіт матері, здійснює обсушування голови і тіла дитини попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

Одночасно лікар-педіатр-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог, здійснює первинну оцінку стану новонародженого.

Стан новонародженого оцінюють за шкалою Апгар через 1, 5 та 10 хвилин після народження. Шкала передбачає оцінку за десятибальною системою п'яти показників (0-2 бали за показник): серцевий ритм, дихання, шкіряні покриви, тонус м'язів, рефлекс. Хорошим показником вважають стан новонародженого при оцінці не нижчій 8 балів, задовільним - не нижче 7, нижчі оцінки свідчать про можливу асфіксію різного ступеня тяжкості.

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину, за умови задовільного стану дитини залишає дитину на грудях матері.

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 новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці

та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого.

Після проведення контакту матері і 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 відповідно до інструкції застосування одноразово.

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 клеювання пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітини, зважування, одягає дитині чисті повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички (дитина не сповивається!). Дозволяється використовувати чистий домашній одяг.

Дитина, разом з матір'ю накривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

Тепловий ланцюжок.

Тепловий ланцюжок - це комплекс заходів, які впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Недотримання теплового ланцюжка підвищує ризик розвитку у новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

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.

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. Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

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 аксілярній ділянці електронним термометром. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5°C-37,5°C при вимірюванні в аксілярній ділянці.

4) Грудне вигодовування.

Грудне вигодовування треба починати як можна 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 та меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. 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. У зв'язку з цим 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 кесарського 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.

Клінічний перебіг та ведення третього періоду пологів

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів активна та очікувальна.

Активне ведення третього періоду пологів

Завдяки низки переваг активне ведення третього періоду пологів є найбільш розповсюдженою тактикою у світі та рекомендовано Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я, Міжнародною Федерацією Акушерів-Гінекологів та Міжнародною Конфедерацією Акушерок.

Застосування методики активного ведення третього періоду під час кожних пологів дозволяє знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки на 60%, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків:
- народження посліду шляхом контрольованих тракцій за пуповину при відведенні матки долонею від лона;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Правила введення утеротоніків: протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності - ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Підчас вибору утеротоніку слід надавати перевагу окситоцину, оскільки його ефект проявляється вже через 2-3 хвилини, він може бути використаний у всіх жінок.

Якщо в наявності немає окситоцину можна використати - ергометрин - 0,2 мг в/м.

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

Неможна використовувати ергометрін жінкам з прееклампсією, еклампсією та гіпертензією.

Контрольовані тракції за пуповину:

перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці;

покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона. Утримувати пуповину у стані легкого натягнення та дочекатися сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину);

одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти, одночасно при цьому продовжувати проводити другою рукою контртракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхуючи матку від лона).

- якщо плацента не опускається (тобто не народжується) протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, слід зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натягнення; друга рука залишається над лоном, утримуючи матку.

- дочекатися поки матка знову добре скоротиться та повторити контрольовану тракцію за пуповину з контртракцією на матку.

Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки від лона. Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки.

Після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, викручуючи оболонки, повільно підтягують плаценту вниз для закінчення пологів.

У разі обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичках. У разі виявлення оболонок використовують вікончатий затискач для видалення її залишків.

Уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо ділянка материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, є привід запідозрити затримку ділянок плаценти та розпочати необхідні заходи.

Масаж матки: після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною.

В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х год., щоб бути впевненому в тому, що після масажу матка не розслабляється, а залишається щільною. При необхідності проводять повторний масаж.

Міхур з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовується.

Активне ведення III періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці, оскільки воно знижує частоту післяпологових кровотеч, виникаючих внаслідок атонії матки.

Роділля повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати добровільну письмову згоду на його проведення

Очікувальне ведення третього періоду пологів

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини, перетискається та перетинається пуповина. Проводиться ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відшарування плаценти, кількістю кров'яних виділень.

При появі ознак відшарування плаценти - необхідно запропонувати жінці «натужитись», що призведе до народження посліду.

Ознаками відшарування плаценти є:

Ознака Шредера : якщо плацента відокремилась та спустилась в нижній сегмент чи у вагіну, дно матки піднімається вгору і розташовується вище та

вправо від пупка; матка набирає вигляду пісочного годинника.

Ознака Чукалова-Кюстнера: при натисканні ребром долоні на надлобкову ділянку в разі відокремлення плаценти матка підіймається вверху, пуповина не втягується у піхву.

Ознака Альфельда: лігатура, яка знаходиться на пуповині у статевій щілині роділлі, при відокремленні плаценти спускається на 8-10 см і нижче від Бульварного кільця.

Ознака Довженка: жінці пропонується глибоко дихати: якщо при видихові пуповина не втягується у вагіну, то плацента відокремилась.

Ознака Клейна: роділлі пропонується потужитись, якщо при цьому пуповина не втягується у вагіну, то плацента відокремилась.

Для видалення посліду, який відокремився користуються зовнішніми методами.

Спосіб Абуладзе. Після випорожнення сечового міхура передня черевна стінка береться обома руками у складку таким чином, щоб щільно захватити прямі м'язи живота. Після цього пропонується роділлі потужитись. Послід при цьому легко народжується завдяки значному зменшенню об'єму черевної порожнини.

Спосіб Креде-Лазаревича. Виконується в наступній послідовності:

- 1) випорожняють сечовий міхур;
- 2) приводять дно матки в серединне положення;
- 3) проводять легеньке поглажування матки з метою її скорочення;
- 4) обхвачують дно матки рукою з таким розрахунком, щоб долонні поверхні чотирьох її пальців розташовувалися на задній стінці матки, долоня на дні матки, а великий палець - на передній її стінці (Мал. 34);
- 5) одномоментно натискають на матку всією кистю у двох напрямленнях (пальцями - спереду назад, долонею - зверху вниз) у напрямку до лобка до того часу, доки послід не народиться із вагіни.

За відсутності ознак відшарування плаценти і зовнішньої кровотечі протягом 30 хвилин після народження плода - проводиться ручне відокремлення і виділення посліду.

В разі виникнення кровотечі - ручне відокремлення та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

Після виділення плаценти є необхідним її ретельний огляд (переконання у цілісності плаценти з оболонками).

Огляд пологових шляхів після пологів (за допомогою вагінальних дзеркал) виконується тільки за наявності кровотечі, після оперативних вагінальних пологів або при невпевненості лікаря за цілісністю пологових шляхів (стрімкі пологи, пологи поза лікарняним закладом).

II ПЕРІОД ПОЛОГІВ.

Біомеханізм пологів при передньому і задньому видах потиличного передлежання

Біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання є важливою темою при вивченні курсу акушерства. Оскільки біомеханізм пологів є основним компонентом пологового акту, при передньому та задньому видах потиличного передлежання він визначає прогноз пологів як для матері, так і для плода. Достеменно знання біомеханізму пологів дозволяє своєчасно проводити профілактичні чи лікувальні заходи, що, зрештою, веде до зниження материнської та перинатальної смертності при пологах.

Біомеханізм пологів - це комплекс поступальних, обертальних, згинальних і розгинальних рухів, які робить плід, проходячи пологовим каналом.

Пристаюючи до вивчення біомеханізму пологів, треба відзначити такі особливості в положенні голівки плода при потиличному передлежанні:

1) положення голівки до початку пологів трохи зігнуте, тобто потилиця і мале тім'ячко нижче за велике;

2) стрілоподібний шов розміщується трохи в косому розмірі у вході до малого таза, оскільки поперечний розмір входу до таза проходить близько до крижової кістки, і м'язи дещо звужують задньобічні відділи тазу.

Біомеханізм пологів залежить також від структури кістково-тазового кільця (звуження його в задньобічних відділах за рахунок м'язів) і від здатності голівки до конфігурації.

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання складається з чотирьох моментів.

Перший момент - згинання голівки та опускання її в площину входу до малого таза. Це поворот голівки навколо своєї поперечної осі. Внаслідок згинання голівки, мале тім'ячко розміщується на нижньому полюсі передлеглої частини, наближаючись до провідної осі таза, і стає "ведучою точкою". Внаслідок цього згинання голівки проходить через таз найменшою окружністю, яка проходить через малий косий розмір і дорівнює 32 см.

Згинання голівки найбільш просто пояснюється законом двоплечової підйоми. Поступальні рухи голівки тривають безперервно, аж до народження дитини. Протягом цього моменту голівка конфігурується.

При згинанні голівки провідна вісь голівки і тазу співпадають, при цьому стрілоподібний шов знаходиться на рівній відстані від лона і мису крижів. Таке вставлення голівки називається синклітичним. При відхиленні сагітального шва від провідної вісі тазу (ближче до мису, або до лона) виникає асинклітичне вставлення, яке є патологічним.

Другий момент - внутрішній поворот голівки; він здійснюється при переході її з широкої у вузьку частину малого таза. Голівка поволі повертається навколо своєї осі так, що потилиця напрямлена до симфізу, і обличчя - до крижової кістки. При цьому стрілоподібний шов поступово змінює своє положення, переходячи з поперечного розміру у косий, потім з косого - у прямий розмір виходу тазу.

При першій позиції стрілоподібний шов проходить через правий косий розмір, при другій - через лівий косий розмір тазу.

Внутрішній поворот голівки плода є наслідком пристосування найменших її розмірів до найбільших розмірів тазу, а також опору поступальному рухові голівки з боку м'язового апарату тазу.

Третій момент - розгинання голівки в площині виходу. Стрілоподібний шов збігається з прямим розміром виходу тазу. Точка фіксації утворюється між серединою нижнього краю лобкового зчленування і підпотиличною ямкою. Навколо цієї точки здійснюється розгинання голівки, а клінічно це супроводжується народженням лоба, обличчя, підборіддя.

Четвертий момент - внутрішній поворот плічок і зовнішній поворот голівки. Під час врізування та прорізування голівки тулуб просувається до малого тазу, причому поперечний розмір плічок вступає в один з косих розмірів входу до малого тазу. При першій позиції плічка займають лівий косий розмір входу, при другій - правий косий розмір входу до малого тазу.

На тазовому дні плічка здійснюють внутрішній поворот, подібно до повороту голівки плода. Закінчивши поворот, плічка встановлюються прямим розміром в прямому розмірі площини виходу тазу. Цей поворот плічок передається голівці, яка народилася, що відповідає четвертому моменту біомеханізму пологів. Голівка при цьому обертається обличчям до стегна матері: при першій позиції - до правого, при другій - до лівого.

Переднє плічко вступає під лобкову дугу, фіксується біля нижнього краю симфізу. Точка фіксації - місце прикріплення дельтоподібного м'яза до плечової кістки. Навколо точки фіксації відбувається згинання тулуба в грудному відділі і першим народжується заднє плічко, потім задня ручка. Після народження плечового поясу відбувається поява інших частин плода, народження яких не має спеціального біомеханізму, оскільки їх розміри значно менші за голівку і плічка.

Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання

Перший момент — згинання і опускання голівки плода (не відрізняється від переднього виду потиличного передлежання).

Другий момент - внутрішній поворот голівки плода: потилиця обертається не до симфізу, як при передньому виді потиличного передлежання, а до крижової кістки, обличчя обернене до симфізу. Слідом за потилицею повертається назад спинка плода. Таким чином, мале тім'ячко спрямоване в бік крижів, а велике - до симфізу. Стрілоподібний шов через однойменний з позицією косий розмір переходить в прямий розмір виходу таза.

Третій момент - додаткове згинання голівки плода. Вона фіксується у середині нижнього краю симфізу ділянкою переднього краю великого тім'ячка, утворюється перша точка фіксації, навколо якої завершується додаткове згинання, котре триває, доки не утвориться друга точка фіксації.

Четвертий момент - розгинання голівки. Подальше прорізування голівки відбувається внаслідок утворення нозої, другої точки фіксації між підпотиличною ямкою і верхівкою куприка. Таким чином, голівка народжується лицем з-під симфізу, вона прорізується трохи більшим обводом, ніж обвід малого косого розміру - середнім косим розміром.

П'ятий момент не відрізняється від четвертого моменту біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання.

Конфігурація голівки при задньому виді потиличного передлежання доліхоцефалічна.

До етіологічних моментів утворення заднього виду потиличного передлежання належать зміни форми і розмірів таза, а також голівки плода. Часто цей варіант спостерігається при малих, недоношених чи мертвих плодах.

Особливості клініки перебігу пологів при потиличному передлежанні заднього виду: більша тривалість пологового акту, ніж при передньому виді потиличного передлежання; більша витрата пологових сил для надмірного згинання голівки; найчастіше виникають розриви промежини, повторна слабкість пологової діяльності, дистрес плода тощо.

Прогноз пологів взагалі задовільний. Ведення пологів вичікувальне, однак завжди необхідно бути готовим до надання акушерської допомоги чи операції.

Партограма

Партограма - це графічне відображення результатів динамічного спостереження під час пологів за процесом розкриття шийки матки та просування голівки плода, пологовою діяльністю, станом матері та плода.

Результати проведеного ВООЗ мультицентрового дослідження ефективності партограми для ведення пологів (1990-1991 роки), у якому прийняли участь більш ніж 35000 жінок, надали можливість зробити наступні висновки:

Впровадження та правильне використання партограми значно покращує якість спостереження за роділлем та дозволяє:

- рано виявити незадовільний прогрес у пологах;
 - попередити розвиток тривалих пологів (більше 16 годин);
 - рано виявити тазоголовну диспропорцію (клінічно вузький таз);
 - своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів;
 - визначити обсяг необхідних втручань;
 - знижити частоту кесарського розтину та полого-підсилення окситоцином;
 - зменшити частоту інтранатальної загибелі плода
- Використання партограми не є коштовним та є обов'язковим на всіх рівнях надання акушерської допомоги.
 - Ведення партограми виключає одночасні записи в історії пологів

Правила використання партограми

Дотримання наступних правил є абсолютно необхідним для правильного та ефективного використання партограми.

- Партограма використовується під час першого періоду пологів.
- Ведення партограми слід розпочати за наявності наступних умов:
Дві або більше перейми протягом 10 хвилин, кожна тривалістю 20 секунд або більше, якщо роділля знаходиться в латентній фазі першого періоду пологів;
- Одна або більше перейми протягом 10 хвилин, кожна тривалістю 20 секунд або більше, якщо роділля знаходиться в активній фазі першого періоду пологів;

Відсутні ускладнення вагітності та пологів які вимагають термінових

лікувальних заходів або екстреного розродження.

- Партограма заповнюється під час пологів, а не після їх закінчення.
- Партограма має знаходитись у пологовій кімнаті;
- Заповнення та інтерпретацію партограми здійснює навчений медичний персонал (лікар або акушерка)
- Ведення партограми припиняється, якщо виникли ускладнення, що потребують негайного розродження і подальші записи ведуть в історії пологів.

Складові частини партограми

Партограма складається з трьох основних компонентів:

I - стан плода - частота серцевих скорочень, стан плідного міхура та навколоплідних вод, конфігурація голівки.

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

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

Паспортна частина містить інформацію про: прізвище, ім'я та по батькові роділлі, порядковий номер вагітності, кількість пологів в анамнезі, дату та час надходження до пологової зали, тривалість безводного проміжку на момент надходження до пологової зали (якщо плідний міхур цілий ставлять прочерк), № історії пологів.

Шкала «Час» відображає реальний час (годин / хвилин) з моменту надходження до пологової зали та протягом пологів.

Кожна з 24 клітин представляє собою проміжок часу в 1 годину.

Значення часу відображається зліва від вертикалі, якій це значення відповідає.

Відповідно до цієї шкали здійснюються всі записи на партограмі у графах, що розташовані вище та нижче шкали «Час» (дивись Рис 2).

Шкала „Година" відображає кількість годин з моменту надходження до пологової зали та протягом пологів.

Кожна з 24 клітин представляє собою проміжок часу в 1 годину.

Порядковий номер години відображається між двома вертикалями реального часу (дивись Рис. 2).

I - Стан плода

Частота серцевих скорочень

Вертикальна вісь графі відображає частоту серцевих скорочень плода за хвилину. Більш темні горизонтальні лінії, що відповідають 110 та 170 уд./хв. нагадують про межі нормальної ЧСС плоду. Кожна клітина по горизонталі представляє собою проміжок часу в 15 хв. Ділянки графі нижче 100 уд. хв. та вище 180 уд./хв. вказують на „тяжку брадикардію" та „тяжку тахікардію" відповідно, які, в свою чергу, є ознаками дистресу плода.

Підрахування частоти серцевих скорочень плода шляхом періодичної

аускультатії здійснюється за допомогою акушерського стетоскопа або ручного доплерівського аналізатору серцевої діяльності плоду.

Частоту серцевих скорочень плода підраховують і заносять до партограми кожні 15 хвилин.

Починати аускультатію слід одразу після закінчення фази найбільш інтенсивного скорочення матки під час перейми та здійснювати впродовж не менш ніж 60 секунд, жінка при цьому лежить на боці.

Відображається у вигляді позначки (•), яка наноситься на перехрестя між горизонталлю, що відповідає значенню ЧСС плоду, та вертикаллю, що відповідає реальному часу на момент реєстрації ЧСС. Всі позначки з'єднуються лініями, утворюють графік. (Рис. 2)

Навколоплідні води

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв.

Стан плідного міхура оцінюється та записується під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Стан навколоплідних вод оцінюється та записується при розриві плодових оболонок, а далі під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Запис здійснюється наступним чином:

- Якщо плідний міхур цілий - літера „Ц" (Цілий);
- Навколоплідні води прозорі - літера „П" (Прозорі);
- Меконіальне забарвлення вод - літера „М" (Меконій);
- Води, забарвлені кров'ю - літера „К" (Кров)

Слід пам'ятати, що літера має бути вписана у клітину, що розташована справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню реального часу шкали „Час" (Рис 2)

Конфігурація голівки плода

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв.

Ступінь конфігурації голівки плоду оцінюють та записують під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Запис здійснюють наступним чином:

- Кістки черепа роз'єднані сполучною тканиною, шви легко пальпуються конфігурація голівки плода відсутня „0"
- Кістки стикаються одна з одною, шви не визначаються (конфігурація I ст.) „+";
- Кістки знаходять одна на другу (конфігурація II ст.) „++" або "2+";
- Кістки значно знаходять одна на другу (конфігурація III ст.) „+++” або „3+”

Слід пам'ятати, що позначка має бути вписана у клітину, що розташована справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню реального часу шкали „Час" (Рис 2).

Конфігурація голівки III ступеня у поєднанні із призупиненням розкриття шийки матки та/або відсутністю опускання голівки плода на фоні активної пологової діяльності є ознакою клінічно вузького тазу.

II - Перебіг пологів

Розкриття шийки матки

Вертикальна вісь графі відображає розкриття шийки матки в сантиметрах від 0 до 10. Горизонтальна вісь - шкала часу.

Графа розподілена на латентну та активну фази.

Латентна фаза - це період, коли розкриття шийки матки становить менш, ніж 3 см.

Більш темна горизонтальна лінія, що відповідає 3 см розкриття шийки матки та вертикальна, що відповідає восьмій годині шкали часу, відокремлюють латентну фазу першого періоду пологів від активної.

В нормі тривалість латентної фази не повинна перевищувати 8 годин.

Активна фаза - це період розкриття шийки матки від 3 до 9 сантиметрів. Тривалість активної фази залежить від темпу розкриття шийки матки.

Частина графі, що відповідає активній фазі має дві більш темні похилі лінії - Лінію уваги та Лінію дії.

Лінія уваги - починається у точці, що відповідає розкриттю 3 см, і продовжується до позначки повного розкриття шийки матки.

Лінія уваги відповідає темпу розкриття шийки матки 1 см/год.

Швидкість розкриття шийки матки 1 см/год в активну фазу першого періоду пологів є мінімальною нормальною як для жінок, що народжують вперше, так й для жінок, що народжують повторно.

Лінія дії - проходить паралельно лінії уваги, відступи від неї на 4 години вправо.

Значення розкриття шийки матки визначається під час кожного внутрішнього акушерського дослідження,

Результати оцінки розкриття шийки матки відмічають на партограмі позначкою (X), що має бути розташована на перехресті між горизонталлю, яка відповідає значенню розкриття шийки матки, та вертикаллю, яка відповідає часу обстеження.

Позначки (X) з'єднують безперервною лінією (крім випадку, коли виконується перенос - див нижче), створюючи графік розкриття шийки матки (Рис 2).

Особливості нанесення розкриття шийки матки

- Якщо жінка надходить до пологової зали у латентній фазі першого періоду пологів, розкриття шийки матки (X) наносять на вертикальну вісь графі у місці, що відповідає значенню розкриття.

Через 4 години проводять наступне внутрішнє акушерське дослідження та отримані результати заносять до партограми. Позначки (X) з'єднують безперервною лінією.

Можливі наступні варіанти:

Варіант 1:

Розкриття шийки матки під час другого внутрішнього акушерського дослідження менш ніж 3 см - X буде розташовано нижче темної горизонтальної лінії, що проходить на рівні 3 см розкриття шийки матки;

Варіант 2:

Розкриття шийки матки 3 см та більше - X буде розташовано безпосередньо на темній горизонтальній лінії, що проходить на рівні 3 см розкриття шийки матки (якщо розкриття дорівнює 3 см) або вище (у разі наявності розкриття більш ніж 3 см). Позначки (X) з'єднують безперервною лінією.

Варіант 2 свідчить про те, що пологи перейшли в активну фазу першого періоду.

Якщо пологи перейшли в активну фазу першого періоду X має бути перенесено безпосередньо на Лінію уваги.

Для цього знайдіть місце, у якому перехрещуються горизонтальна лінія, що відповідає значенню розкриття шийки матки, та Лінія уваги. На це місце слід поставити X. З'єднайте обидва X, що знаходяться на одній горизонталі дугоподібною переривистою лінією, яка символізує перенос (Рис. 2).

Час, у який було проведено внутрішнє акушерське дослідження, слід також перенести та розташувати зліва від вертикалі на якій знаходиться перенесений на Лінію уваги X.

Відносно часу, який перенесено виконують перенос всіх показників прогресування пологів (перейми за 10 хвилин, опускання голівки плода), стану матері (пульс, артеріальний тиск, температура, сеча) та плода (ЧСС, стан навколоплідних вод, конфігурація голівки плода) на даний час.

Запис показників подальшого моніторингу надалі здійснюється від часу який перенесено (Рис. 2)

- Якщо жінка надходить до пологової зали в активній фазі I періоду пологів, значення розкриття шийки матки наноситься зразу безпосередньо на Лінію уваги.

Час, у який було проведено внутрішнє акушерське дослідження відмічається зліва від вертикалі на якій знаходиться нанесений на Лінію уваги X. Запис всіх показників прогресування пологів, стану матері та плода надалі здійснюють від цього часу.

Інтерпретація

- Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться зліва від Лінії уваги це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки більше 1 см/год. Такий перебіг першого періоду пологів вважається нормальним. Проводиться спостереження.

- Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться безпосередньо на Лінії уваги, це свідчить про те що темп розкриття шийки матки дорівнює 1 см/год. Слід пам'ятати, що це мінімальна нормальна швидкість розкриття шийки матки в активній фазі першого періоду пологів як для жінок, які народжують вперше, так і для жінок, які народжували. Проводиться ретельне спостереження, втручання у перебіг пологів не показані.

- Якщо графік розкриття шийки матки заходить вправо за Лінію уваги, але не досягає Лінії дії, це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки менш ніж 1 см/год.

Цей стан носить назву „Пролонгована активна фаза" та може бути пов'язаний зі слабкістю пологової діяльності, клінічно вузьким тазом або неправильним вставленням голівки плода.

У цьому випадку проводять ретельну оцінку акушерської ситуації з метою з'ясування причини затримки розкриття шийки матки та приймають рішення щодо необхідного лікування такого стану.

Відхилення графіку розкриття шийки матки вправо за Лінію уваги за наявності цілого плідного міхура є абсолютним показанням до проведення амніотомії.

- Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає Лінію дії необхідно вжити наступні заходи:

повна оцінка стану матері, плода та акушерської ситуації;

за наявності показань (дистрес плода, клінічно вузький таз, неефективне пологопідсилення) - кесарів розтин;

у разі продовження консервативного ведення пологів - пологопідсилення окситоцином, якщо це не було зроблено раніше. Внутрішнє акушерське дослідження проводять через кожні дві години. Якщо не вдалося досягти темпу розкриття шийки матки 1 см/год між будь якими з цих досліджень (тобто графік розкриття шийки матки не є паралельним Лінії дії) - розродження шляхом кесарева розтину.

Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає Лінію дії ризик інтранатальної загибелі плода підвищується у 10 разів.

Опускання голівки плода

Опускання голівки плода може бути визначено за допомогою абдомінальної пальпації та внутрішнього акушерського дослідження.

На партограмі відмічається опускання голівки, визначене шляхом абдомінальної пальпації.

Для визначення положення голівки над краєм таза шляхом абдомінальної пальпації використовують ширину 5 пальців

Наприклад, голівка плода визначається над симфізом на ширину 5 пальців акушера - 5/5. По мірі того як голівка опускається в порожнину таза вона визначається меншою кількістю пальців над симфізом: 4/5- ширина 4 пальців акушера, 3/5 - ширина 3 пальців акушера, 2/5 - ширина 2 пальців акушера, 1/5 - ширина 1 пальця, 0/5 - голівка не визначається над симфізом. (Рис 1)

Абдомінальна пальпація дає можливість запобігти помилок у випадках, коли під час внутрішнього акушерського дослідження важко відрізнити опускання голівки від значного посилення набряку передлежачої частини.

Коли голівка пальпується на 2/5 над верхнім краєм симфізу це означає, що голівка великим сегментом пройшла площину входу в таз.

Коли голівка пальпується менш ніж на 2/5 найчастіше означає, що голівка знаходиться у порожнині таза.

Вертикальна вісь графі „Опускання голівки плода" відображає кількість пальців (від 0 до 5) на ширину яких голівка плода пальпується над краєм симфізу. Горизонтальна вісь - шкала часу.

Опускання голівки плода визначають та відмічають на партограмі безпосередньо перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням.

Результати оцінки опускання голівки плода відмічають на партограмі позначкою (О), що має бути розташована на перехресті між горизонталлю, яка відповідає кількості пальців на ширину яких голівку пальпують над краєм симфізу та вертикаллю, яка відповідає часу обстеження.

Позначки (О) з'єднують безперервною лінією, створюючи графік опускання голівки плода. У випадку, коли виконується перенос, позначки (О) не з'єднуються. (Рис. 2)

Позначка (О) та позначка (Х) завжди знаходяться на одній вертикалі.

Якщо значення розкриття шийки матки (наприклад 4 см) співпадає з кількістю пальців на ширину яких голівка пальпується над краєм симфізу (наприклад 4/5) то на партограмі Х буде співпадати з О, тобто позначку (Х) буде вписано у позначку (О).

Опускання голівки плода може не спостерігатись, поки шийка матки не розкриється приблизно на 7-8 см.

Перейми за 10 хвилин

Кожен квадрат по вертикалі відповідає 1 переймі за 10 хвилин. По горизонталі кожен квадрат відповідає 30 хвилинам.

Кількість та тривалість перейм підраховують протягом 10 хвилин.

Кількість перейм за 10 хвилин - це кількість квадратиків які мають бути заштриховані по вертикалі відповідно часу обстеження. Вид штриховки залежить від тривалості перейми в секундах.

▤ - менше 20 секунд

▦ - від 20 до 40 секунд

■ - більше 40 секунд

Кількість та тривалість перейм визначають та відмічають на партограмі щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі.

Штриховка завжди здійснюється справа від вертикалі яка відповідає певному значенню часу (Рис. 2).

III - Стан жінки

Пульс та артеріальний тиск

Вертикальна вісь графі одночасно відображає артеріальний тиск та частоту пульсу.

Артеріальний тиск та частоту пульсу визначають та відмічають на партограмі кожні 2 години.

Артеріальний тиск відмічають на партограмі двобічною стрілкою (показана зліва від вертикальної вісі графі) яка зверху досягає горизонталі, що відповідає значенню систолічного тиску, а знизу - горизонталі, що відповідає значенню діастолічного тиску.

Двобічна стрілка має бути розташована справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Частоту пульсу відмічають на партограмі позначкою (•), яка має бути розташована на перехресті між горизонталлю, що відповідає значенню частоти пульсу, та вертикаллю, що відповідає значенню часу. (Рис. 2)

Температуру тіла визначають та відмічають на партограмі кожні 4 години (або частіше у разі наявності показань) та відмічають справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Об'єм виділеної сечі визначають та відмічають на партограмі після кожного сечовипускання (нагадуйте жінці про необхідність сечовипускань кожні 2-4 години) та відмічають справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Білок та ацетон сечі визначаються за показаннями.

Окситоцин

Заповнюють у разі стимуляції пологової діяльності.

Верхній рядок графі призначений для запису дози окситоцину, у розрахунку на 1 літр фізіологічного розчину.

Нижній рядок графі призначений для запису швидкості інфузії розчину окситоцину. Кількість крапель окситоцину за хвилину записується кожні 30 хвилин.

Призначені ліки

Заповнюють у разі застосування медикаментів.

7. МАТЕРІАЛИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ:

Контрольні запитання

1. Що таке біомеханізм пологів?
2. Що таке ведуча точка?
3. Яка ведуча точка при передньому виді потиличного передлежання?
4. Який перший момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
5. Який другий момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
6. Який третій момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
7. Який четвертий момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
8. Який біомеханізм народження плечиків?
9. Які теорії причинності окремих моментів біомеханізму пологів?
10. Які особливості біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання?
11. Які фактори сприяють утворенню заднього виду потиличного передлежання?
12. Які особливості клінічного перебігу пологів при задньому виді потиличного передлежання?
13. Які розрізняють періоди пологів?

14. Які об'єктивні ознаки пологової діяльності та її ефективності у I періоді пологів?
15. Які особливості механізму розкриття шийки матки у жінки, що народжує вперше та у жінки, що народжує повторно?
16. Які розрізняють фази у I періоді пологів?
17. В чому полягає перевага вільної позиції роділлі під час пологів?
18. Які особливості ведення I періоду пологів?
19. Як визначається ступінь розкриття шийки матки?
20. Яка частота вагінальних досліджень необхідна в I періоді пологів, чим вона обґрунтована?
21. Які показання до внутрішнього акушерського обстеження?
22. Яку об'єктивну інформацію необхідно отримати під час вагінального дослідження в I періоді пологів?
23. Як визначається передчасне, раннє, своєчасне та запізніле вилиття навколоплідних вод?
24. Які сучасні принципи та способи контролю стану плода під час пологів?
25. Які сучасні принципи та способи контролю стану роділлі?
26. Що таке партограма?
27. Чим характеризується II період пологів, його максимально припустима тривалість?
28. Які об'єктивні ознаки пологової діяльності та її ефективності у II періоді пологів?
29. Які особливості ведення II періоду пологів?
30. Як визначають динаміку просування голівки плода?
31. Яка максимально допустима тривалість стояння голівки в одній площині малого тазу, чим вона обґрунтована?
32. Чим характеризується III період пологів, його тривалість?
33. Які механізми відшарування плаценти від стінки матки?
34. В чому полягає активна тактика ведення III періоду пологів?
35. В чому полягає очікувальна тактика ведення III періоду пологів?
36. Який об'єм фізіологічної крововтрати у пологах та методи його контролю?
37. Які сучасні методи знеболювання фізіологічних пологів?
38. Які принципи оцінки стану новонародженого?
39. Який сучасний підхід до проведення первинного туалету новонародженого?
40. В чому полягає необхідність забезпечення «теплого ланцюжка» та який алгоритм його виконання?

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 роділля.
- 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.

Діагноз.

№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

Із анамнезу вияснено, що у вагітної 2 години тому почались болі внизу живота і в поперековій області. Болі носили періодичний характер, повторювались через деякий проміжок часу. Дана вагітність перша, 40 тижнів.

Який попередній діагноз можна поставити ?

Механізм згладжування і розкриття шийки матки у даної роділі.

Характер переймів в першому періоді пологів.

№ 4

Як визначити наявність і ритм пологових
переймів ?

№ 5

Правила захисту промежини при народженні
голівки плода.

№ 6

Перерахувати основні ознаки відділення плаценти.

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.115-145*