**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет** медичний № 2

**кафедра** акушерства і гінекології № 3

**не опорна**

**адреса** вул. В. Кучера, 7

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ**

**«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Фізіологія пологів. знеболювання пологів».**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»**

**за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)**

**рівня галузі знань 22 «Охорона здоров’я» у вищих навчальних закладах**

**ІV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2**

**ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

**Затверджено**

На методичній нараді кафедри

акушерства і гінекології №3

протокол № 1 від 30.08.2023 р.

**Завідувач кафедри**

**акушерства і гінекології №3,**

**д.мед.н., професор Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

**УДК 618 (072)**

***Методична вказівка для студентів VI курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян* *з акушерства та гінекології***

**Авторський колектив:**

***Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.***

***Професор, д.мед.н. Диндар О.А.***

***Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.***

***Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.***

***Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.***

***Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.***

***Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.***

***Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.***

***Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.***

***Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.***

***Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.***

***Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.***

***Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.***

***Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.***

***Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.***

***Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.***

***Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.***

***Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.***

***Асистент Чеботарьова А.С.***

***Асистент, к.мед.н. Бала О.О.***

***Асистент Фурса-Совгіра Т.М.***

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 1 від 30.08.2023 року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**ТЕМА ФІЗІОЛОГІЯ ПОЛОГІВ. ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ.**

**1. Науково-методичне обгрунтування теми.**

Однією із найважливіших соціальних проблем медицини є зниження материнської та перинатальної смертності. Знання фізіології пологів започатковує клінічне акушерство. Вивчення основних етапів перебігу та ведення фізіологічних пологів, причини початку пологів та передвісників пологів дозволяє правильно оцінювати акушерську ситуацію та надання належної допомоги в пологах.

Біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання є провідною темою при вивченні курсу акушерства, оскільки є основним компонентом пологового акту та визначає прогноз і закінчення пологів як для матері, так і для плода. Досконале знання біомеханізму пологів, розмірів площин малого тазу та вміння визначити положення голівки плода при просуванні пологовим каналом дозволяє своєчасно проводити профілактичні чи лікувальні заходи, що веде до зниження материнської та перинатальної смертності при пологах.

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення фізіологічних пологів в умовах акушерського стаціонару із забезпеченням права роділлі залучення близьких до присутності на пологах.

**2. Навчально-виховні цілі.**

Для формування умінь студент повинен ***знати:*** особливості перебігу та основні принципи ведення фізіологічних пологів; причини настання пологів; методи діагностики та диференціальну діагностику передвісників пологів; розташування голівки плода в площинах малого тазу; види потиличного передлежання, провідну точку, точки фіксації при передньому та задньому видах потиличного передлежання; біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання; теорії біомеханізму пологів, визначення першого, другого та третього періодів пологів, клінічний перебіг пологів за періодами, біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання, акушерська допомога в пологах, знеболювання пологів, оцінка стану плода в пологах, оцінка новонародженого, первинний туалет новонародженого, методи спостереження за станом матері в пологах; показання для проведення внутрішнього акушерського дослідження ; особливості розкриття шийки матки у першонароджуючої та повторнонароджуючої; алгоритм дій лікаря при веденні фізіологічних пологів.

***Вміти:*** провести зовнішнє акушерське обстеження, піхвове обстеження, вислуховування серцебиття плода, амніотомію, провести захист промежини, провести первинний туалет новонародженого, об’єктивно оцінити динаміку пологової діяльності та стан плода в першому періоді пологів;на основі зовнішнього та внутрішнього акушерського обстеження визначити початок пологів; вміти визначити варіанти злиття навколоплідних вод; ведення фізіологічних пологів; допомога роділі в пологах; скласти план ведення пологів; показати на фантомі передній та задній вид потиличного передлежання;продемонструвати за допомогою ляльки і тазу – розташування голівки плода відносно площин малого тазу;показати на фантомі моменти біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання; визначити ознаки своєчасного відшарування плаценти та визначити цілісність; визначити загальну крововтрату в пологах; оглянути пологові шляхи для визначення їх цілісності (на фантомі).

**3. Вихідні та базові знання.**

АНАТОМІЯ: Анатомія жіночих статевих органів, кісткового тазу, кровопостачання та інервація органів малого тазу.

ГІСТОЛОГІЯ: Основні етапи внутрішньоутробного розвитку плода.

ПЕДІАТРІЯ: Анатомо-фізіологічні особливості новонародженого, особливості анатомічної будови черепу новонародженого.

**4. Зміст навчального матеріалу.**

***Пологи*** – фізіологічний процес вигнання з матки плідного яйця після досягнення плодом життєздатності.

Фізіологічні пологи (partus matures normalis) - це одноплідні пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у вагітної групи низького ризику у термін вагітності 37-41тиждень +6 днів у потиличному передлежанні плода, перебіг яких відбувався без ускладнень протягом усього періоду пологів, у задовільному стані матері та новонародженого після пологів. За умови закінчення пологів у вагітних із групи високого ризику без ускладнень вважаються неускладненими. Не є підставою для виключення з нормальних пологів: наявність передчасного розриву плодових оболонок; проведення амніотомії без наступної індукції пологів; розрив промежини 1 ступеню.

**Принципи ведення нормальних пологів:**

Основними принципами ведення фізіологічних пологів є:

визначення плану ведення пологів та обов’язкове поінформоване узгодження його з жінкою/сім’єю;

заохочення до емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);

ретельний моніторинг стану матері, плода та прогресування пологів;

використання партограми для прийняття рішення щодо перебігу пологів, а також необхідності та об’єму втручань;

широке використання немедикаментозних засобів для знеболення пологів;

заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини;

створення умов для надання невідкладної допомоги роділлі/породіллі та новонародженому;

проведення заходів, що спрямовані на попередження інфекційних та гнійно-запальних ускладнень;

профілактика післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, шляхом використання методики активного ведення третього періоду пологів;

впровадження та суворе дотримання принципів «теплового ланцюжка».

Причини настання пологів до сьогодні ще не повністю з’ясовані. З розвитком акушерства, як науки, вчені висували гіпотези, щодо причини початку пологів. Більшість давніх теорій нині розглядаються як суто історичні, це: теорія Гіппократа, “стороннього тіла”, механічна, плацентарна та гормональна теорія. Сучасні уявлення про розвиток пологової діяльності дозволяють розглядати початок пологів як результат взаємодії морфологічних, гормональних, біохімічних та біофізичних компонентів. Вирішальна роль у своєчасному розвитку пологової діяльності належить формуванню в ЦНС “пологової домінанти”, яка є єдиною динамічною системою, що об’єднує вищі центри регуляції (центральна і вегетативна нервова системи, гормональна регуляція), а також матку і фетоплацентарний комплекс.

Важлива роль у розвитку пологової діяльності належить активності ферментів пентозофосфатного циклу катаболізму вуглеводів в еритроцитах та термостабільній лужній фосфатазі у сироватці крові. Для виникнення та розвитку пологової діяльності мають значення вітаміни С і групи В.

На сьогодні вважається, що механізм пологів запускає плід, який після досягнення зрілості через плаценту виділяє в організмі матері значну кількість кортикостероїдів. Останні провокують виділення простагландинів, які знімають гальмуючу дію прогестерону на міометрій, який на тлі високої концентрації естрогенів починає реагувати на утеротонічні речовини (окситоцин). Таким чином створюються умови для виникнення перейм.

Причини пологів можна розділити на три групи (нейрогуморальна теорія Ніколаєва – Лазарєва – Петченка):

1. Причини, що готують організм до пологів: Зниження збудливості кори головного мозку, як наслідок підвищення активності підкірки і статевого центру, зменшення антиконтрактильних речовин, підвищення збудливості нервово-м'язового апарату матки, збільшення вмісту релаксину.
2. Причини, що викликають пологи: накопичення високоактивних естрогенів при одночасному збільшенні ацетилхоліну та окситоцину, при взаємодії яких починаються і підтримуються скорочення маткових м'язів. Цьому сприяють механічне подразнення нервових сплетень та гангліозних клітин шийки матки предлежачою частиною плода, тономоторна дія парасимпатичної НС.
3. Причини, що підтримують пологи: вплив ацетилхоліну (ритмічність родового процесу), механічні подразнення парацервікальних і паравагінальних гангліїв (рефлекторні скорочення маткових м'язів). Скорочення матки викликають скорочення черевного пресу.

**Передвісники і початок пологів.**

Про наближення пологів свідчать так звані передвісники:

1. Наприкінці вагітності (звичайно за 2-3 тижні до пологів) дно матки опускається. У зв’язку з цим припиняється тиск на діафрагму і жінка відзначає, що стало легше дихати.
2. Передлежача частина плода опускається. У першовагітних голівка щільно притискається до входу в таз або навіть виступає з нього малим сегментом. Напередодні пологів добре виражені ознаки “зрілості” шийки матки: вона розміщена по осі тазу, розм’якшена, трохи вкорочена, у жінок, що народжують повторно, - канал шийки матки пропускає палець. Наступне вкорочення і згладжування шийки матки (та розкриття зіва) настає під час пологів.
3. Перед пологами нерідко відзначають виділення з піхви тягучого слизистого секрету залоз шийки матки.
4. Наприкінці вагітності багато жінок починають відчувати скорочення матки. Перед пологами вони набувають характеру тупого болю у ділянці крижів та нижній частині живота. Перейми, що є передвісниками, відрізняються від пологових перейм: вони слабші, коротші, нерегулярні, не призводять до згладжування шийки матки та розкриття зіва. Такі перейми називаються хибними, підготовчими або переймами Брекстон-Гікса.
5. Маса тіла вагітної дещо зменшується. Це пояснюється посиленим виведенням води з організму.

Найвиразнішими передвісниками пологів є нерегулярні скорочення матки і виділення з піхви шийкового слизу (слизової пробки).

Про початок пологів свідчать:

а) поява регулярних скорочень м’язів матки (перейми); наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд, згодом перейми стають частішими і сильнішими;

б) зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне її укорочення та згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметру просвіту шийки матки (вимірюється в сантиметрах)

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

З моменту виникнення пологової діяльності і до закінчення пологів жінку називають роділлею (parturiens).

**Прелімінарний період з**а фізіологічного перебігу вагітності у 70% не виявляється через те, що скорочення матки в цей період безболісні, не спричинюють передпологового дискомфорту. Часто вагітні прокидаються з початком регулярної пологової діяльності. Фізіологічний прелімінарний період триває близько 6 год. і характеризується появою нерегулярного за частотою, тривалістю та інтенсивністю болю переймоподібного характеру внизу живота і в ділянці попереку. Режим сну не змінюється, вагітна не стомлюється. Нерегулярні перейми поступово посилюються і трансформуються в регулярну пологову діяльність. Під час зовнішнього дослідження визначають звичайний тонус матки, серцебиття плода ясне, ритмічне. Під час вагінального дослідження шийка матки “незріла”, наявні виділення слизу.

**Періоди пологів**

У клінічному перебігу пологів виділяють три періоди: І – розкриття шийки матки; ІІ – вигнання плода; ІІІ – послідовий. Тривалість фізіологічних пологів у жінок, які народжують вперше, складає 12-18 год; у тих, які народжують повторно 6-12 год.

І період ***розкриття шийки матки***. Починається появою регулярних скорочень матки (перейм) і закінчується повним розкриттям шийки матки. Перейми спочатку бувають короткими, слабкими та рідкими (через 10 хв, по 15-20 с). У подальшому збільшується їх тривалість, сила і частота. Інтервал між двома суміжними переймами називається паузою.

**Пологові сили** включають:

* 1. періодичні скорочення м’язів матки – перейми – скорочення непосмугованих м’язів матки, які періодично повторюються і не підпорядковані волі жінки. Ці скорочення відбуваються в усі періоди пологового акту і навіть після нього: в період розкриття, в період зганяння, у послідовий і післяпологовий періоди (так звані післяпологові перейми).;
  2. скорочення матки і супутні, ритмічно виникаючі скорочення мязів черевного пресу – потуги, що приєднуються до перейм у ІІ періоді пологів.

У разі нормальної, координованої пологової діяльності хвиля скорочень починається в ділянці одного з трубних кутів (водій ритму) і поширюється зі зменшенням сили скорочень вниз до нижнього сегменту і шийки матки. Швидкість поширення скорочень матки складає 2-5 см/с і через 15-20 с скорочується вся матка. Гістологічно наявність водія ритму в матці не підтверджена, хоча такий центр виявляють під час проведення електрофізіологічних досліджень. Перевага функції дна в пологах виявляється в тому, що тут більш сильний шар і вища концентрація скоротливих білків.

У розкритті шийки матки мають значення два механізми: 1) скорочення м’язів матки; 2) дія на шийку матки зсередини плодового міхура або передлежачої частини за рахунок підвищення внутрішньоматкового тиску.

Під час кожної перейми в м’язах матки відбуваються одночасно три процеси: 1 – скорочення м’язових волокон матки (*контракція*), 2 – взаємний зсув волокон відносно один одного (*ретракція*), 3 – розтягнення м’язових волокон нижнього сегменту матки (*дистракція*). У тілі матки з переважанням м”язових волокон в основному відбуваються контракція і ретракція. Під час паузи волокна не повертаються до початкового розташування, внаслідок чого відбувається зсув значної частини м’язів з нижніх відділів матки у верхні. У результаті стінки в тілі матки прогресивно потовщуються. З ретракційним перегрупуванням м’язів тісно пов'язаний паралельно перебігаючий процес дистракції шийки матки – розтягнення кругових м’язів шийки матки. Поздовжньо розташовані м’язові волокна тіла матки в момент контракції і ретракції натягують циркулярно розташовані м’язові волокна шийки матки і тягнуть їх за собою, сприяючи розкриттю шийки матки.

Нормальне скорочення матки в пологах відбувається за типом “потрійного низхідного градієнта”. Принцип потрійного низхідного градієнта полягає в наступному:

1. Хвиля скорочення матки має визначений напрямок – зверху вниз. Скорочення матки починається в ділянці одного з трубних кутів, що називається водієм ритму (“пейсмекер”). Потім хвиля скорочення поширюється від одного маткового кута до іншого, переходить на тіло, зменшуючи тривалість і силу, вниз до нижнього сегменту який розслаблюється.
2. Тривалість хвилі скорочення зменшується в міру її переміщення від дна матки до нижнього сегменту, забезпечуючи більш виражений ефект дії верхніх відділів матки.
3. Інтенсивність (амплітуда) скорочення матки також зменшується в міру його поширення від верхніх відділів матки до нижніх.

У механізмі розкриття шийки матки має значення дія двох сил, спрямованих протилежно:

1) скорочення знизу вгору поперечно розташованих м’язів нижнього сегменту за рахунок контракції і ретракції поздовжніх м’язів тіла матки;

2) тиск зверху вниз за рахунок плодового міхура чи передлежачої частини.

У разі скорочення матки за принципом потрійного низхідного градієнта в пологах відбуваються необхідні для відкриття шийки матки натягування циркулярних м'язів і підвищення внутрішньоматкового тиску.

Під час скорочення внаслідок рівномірного тиску з боку стінок матки навколоплідні води за законами гідравліки спрямовуються в бік нижнього сегмента матки. У центрі нижнього відділу плодовмістилища розташовується внутрішнє вічко каналу шийки матки, в якому відсутній опір стінок матки. До внутрішнього вічка зміщуються навколоплідні води під дією підвищеного внутрішньоматкового тиску. Під напором навколоплідних вод нижній полюс плодового яйця відшаровується від стінок матки і спрямовується у внутрішнє вічко каналу шийки матки. Ця частина оболонок нижнього полюса яйця, що проходить разом із навколоплідними водами в канал шийки матки, називається плодовим міхуром. Під час перейм плодовий міхур натягується і все глибше вклинюється в канал шийки матки, розширюючи її зсередини.

Таким чином, у механізмі розкриття шийки матки має значення дія двох сил, спрямованих протилежно: 1) потяг знизу нагору поперечно розташованих м'язів нижнього сегмента за рахунок контракції і ретракції поздовжніх м’язів тіла матки, 2) тиск зверху вниз за рахунок плодового міхура чи передлежачої частини.

У міру розкриття шийки матки відбуваються стоншення та скорочування нижнього сегмента з перешийку і шийки матки. Межа між стоншеним нижнім сегментом і тілом матки називається ***контракційним кільцем***. Висота стояння контракційного кільця над лонним зчленуванням дозволяє визначити ступінь розкриття шийки матки. Шийка матки буде розкрита на стільки, на скільки поперечників пальців вище за лонну дугу розташоване контракційне кільце (*ознака Шатц-Унтербергера*). Також, величину розкриття шийки матки можна визначити за *ознакою Роговіна* – під час розкриття шийки матки дно її дедалі вище піднімається до мечовидного відростка. Так, при розкритті шийки матки на 3 пальці (6 см) між мечовидним відростком і дном матки утворюється проміжок на 2 пальці, при повному розкритті дно матки піднімається до мечовидного відростка.

Розкриття шийки матки відбувається неоднаково у першо- та повторнонароджуючих жінок. У народжуючих вперше спочатку розкривається внутрішнє вічко, шийка матки стає тонкою (згладжується), а потім розкривається зовнішнє вічко. У повторнонароджуючих зовнішнє вічко розкривається майже одночасно з внутрішнім, і в цей час відбувається укорочення шийки матки. Одночасно з розкриттям шийки матки в І періоді, починається просування передлежачої частини плода через пологовий канал. Голівка плода опускається в порожнину тазу з початком перейм, знаходячись до моменту повного розкриття шийки матки великим сегментом (найбільшою окружністю голівки, якою вона проходить по пологових шляхах при даному передлежанні) у площині входу в малий таз чи у порожнині тазу.

У разі головного передлежання в міру просування голівки плода відбувається розподіл навколоплідних вод на передні та задні, оскільки голівка притискує стінку нижнього сегмента матки до кісткової основи пологового каналу. Місце охоплення голівки стінками нижнього сегмента називається внутрішнім *поясом прилягання*, що поділяє навколоплідні води на передні, які знаходяться нижче пояса прилягання, та задні - вище пояса прилягання.

Після повного або майже повного розкриття шийки матки оболонка плодового міхура під впливом підвищеного внутрішньоматкового тиску розривається і передні води зливаються (своєчасне злиття навколоплідних вод). Також існують інші варіанти злиття навколоплідних вод:

- *передчасне злиття навколоплідних вод* – розрив плодових оболонок відбувається до початку пологової діяльності;

- *раннє злиття навколоплідних вод* – в І періоді пологів до повного розкриття шийки матки;

- *запізніле злиття навколоплідних вод* – злиття пізніше повного розкриття шийки матки (плід народжується вкритий плодовими оболонками - народження в «сорочці»).

Перший період пологів (за Е. Фрідманом) поділяється на **три фази**:

- ***Латентна (прихована) фаза*** – проміжок часу між початком регулярної пологової діяльності і повним згладжуванням шийки матки з розкриттям її до 3 см. Тривалість цієї фази складає відповідно 4-8 годин (у першонароджуючих) та 4-6 годин (у повторнонароджуючих).

- ***Активна фаза*** – розкриття шийки матки від 3 до 9 см з середньою швидкістю розкриття 1 см/год в перших пологах і до 2 см/год в наступних.

- ***Фаза сповільнення*** – після розкриття шийки матки більше 8 см. Триває до 1,5 год у першороділь та до 40 хв. у повторнонароджуючих, відрізняється уповільненням темпів дистракційного процесу.

Стан плода в І періоді пологів визначають за даними аускультації та за допомогою фетального моніторингу (кардіотокографія).

Прийомами Леопольда (III, IV) та вагінальним дослідженням визначають наступні рівні стояння голівки плода відносно площин малого тазу роділлі: рухома над входом до малого тазу; притиснена до входу в малий таз; малим (великим) сегментом у вході в малий таз; в порожнині тазу; в площині виходу з малого тазу.

Піхвове дослідження в пологахпроводять при надходженні роділлі в стаціонар та відразу після злиття навколоплідних вод. Крім того, для спостереження за динамікою пологів в першому періоді піхвове дослідження здійснюється кожні 4 години. Перед дослідженням повинен бути спорожнений сечовий міхур. Зовнішні статеві органи обробляють антисептичним розчином. Обробка рук лікаря проводиться як перед операцією.При піхвовому дослідженні визначають:

1. Стан зовнішніх статевих органів і промежини.
2. Стан піхви (рубці, перетинки, пухлини) і м’язів тазового дна.
3. Стан шийки матки (сформована, вкорочена, згладжена, товщина та розтяжність країв, ступінь розкриття).
4. Стан плідного міхура.
5. Передлежачу частину та висоту її стояння.
6. Стан рельєфу кісток малого тазу.

Додаткові вагінальні обстеження проводять за показаннями (через зростання ризику висхідного інфікування пологового каналу). У разі піхвового дослідження, крім виявлення пізнавальних пунктів голівки, з’ясовують особливості кісткової основи пологових шляхів, досліджують поверхню стінок малого тазу (чи немає деформації, екзостозів тощо).

Під час перебігу пологів важливе значення має визначення відношення голівки до площин малого тазу. Голівка, що розташовується над входом у малий таз, рухлива, вільно переміщується під час поштовхів (балотує) чи притиснута до входу в малий таз. Під час піхвового дослідження голівка не перешкоджає промацуванню безіменних ліній тазу, мису (якщо він досяжний), внутрішньої поверхні крижів і лонного зчленування.

Голівка плода малим сегментом у вході в малий таз нерухома, велика частина її знаходиться над входом у таз, малий сегмент голівки - нижче площини входу в таз. У разі застосування четвертого прийому зовнішнього акушерського дослідження кінці пальців сходяться, а долоні розходяться. Під час піхвового дослідження крижова западина вільна, до мису можна «підійти» лише зігнутим пальцем (якщо мис досяжний). Внутрішня поверхня лонного зчленування доступна для дослідження.

Голівка плода великим сегментом у вході в малий таз означає, що площина, яка проходить через великий сегмент голівки, збігається з площиною входу в малий таз. Під час зовнішнього акушерського обстеження, що проводять четвертим прийомом, долоні розташовані паралельно або кінці пальців розходяться. Під час піхвового дослідження: голівка прикриває верхню третину лонного зчленування і крижів, мис недосяжний, сідничні ості легко промацуються.

Якщо голівка розташовується в широкій частині малого тазу, то площина, що проходить через великий сегмент голівки, збігається з площиною широкої частини тазу. Під час піхвового дослідження визначають, що голівка найбільшою окружністю знаходиться в площині широкої частини порожнини тазу, дві третини внутрішньої поверхні лонного зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Вільно промацуються IV і V крижові хребці і сідничні ості, тобто визначаються пізнавальні пункти вузької часини порожнини малого тазу.

Якщо голівка розташовується у вузькій частині малого тазу, то площина великого сегменту голівки збігається з площиною вузької частини тазу. Голівка над входом у таз не промацується. При піхвовому дослідженні - верхні дві третини крижової западини і вся внутрішня поверхня лонного зчленування прикриті голівкою плода, сідничні ості важко визначити.

Голівка у виході малого тазу - площина великого сегменту голівки плода знаходиться у виході тазу. Крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються.

**Послідовність дій у разі нормального перебігу пологів:**

Під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар у приймально-оглядовому відділенні черговий лікар акушер-гінеколог:

- ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності. Звертає увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та дані гравідограми;

- з’ясовує скарги;

- для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів;

- здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу. Визначає термін вагітності та очікувану масу плода;

Обовʼязково вимірюються основні розміри тазу – distantia spinarum, distantia cristarum, distantia trochanterica та conj. еxterna тазоміром, діагональна конʼюгата – при бімануальному обстеженні; вираховують істинну конʼюгату. При відхиленні основних розмірів тазу від нормальних – вимірюють додаткові розміри тазу;

- запитує про відчуття рухів плода самою роділлею та проводять аускультацію серцебиття плода;

- проводить зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого тазу;

- встановлює акушерський діагноз, визначає план ведення пологів та узгоджує його з жінкою, що народжує.

*Не рекомендується рутинне призначення клізми та гоління лобка роділлі*.

Молодша медична сестра:

**-** пропонує жінці прийняти душ, одягнути чистий домашній одяг (за відсутності - лікарняну білизну); партнерові також потрібна зміна одягу на чистий домашній одяг (за відсутності - одноразовий комплект);

- роділлю та її партнера супроводжує в індивідуальну пологову палату.

**Спостереження та допомога роділлі під час І періоду пологів**

У період розкриття шийки матки треба ретельно спостерігати за загальним станом роділлі, характером пологової діяльності, станом матки, розкриттям шийки матки, просуванням голівки, станом внутрішньоутробного плода. Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться лікарем акушер-гінекологом до партограми. Правильне заповнення та інтерпретація партограми сприяє ранньому виявленню відхилень перебігу пологів, відхилень у стані матері чи плода та допомагає своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів та визначити обсяг необхідних втручань. Партограма - може бути єдиним документом спостереження за перебігом нормальних пологів. До партограми вносяться:

- Інформація про пацієнтку: повне ім'я, кількість вагітностей та пологів, номер історії; пологів, дата і час надходження в пологовий блок, час вилиття навколоплідних вод.

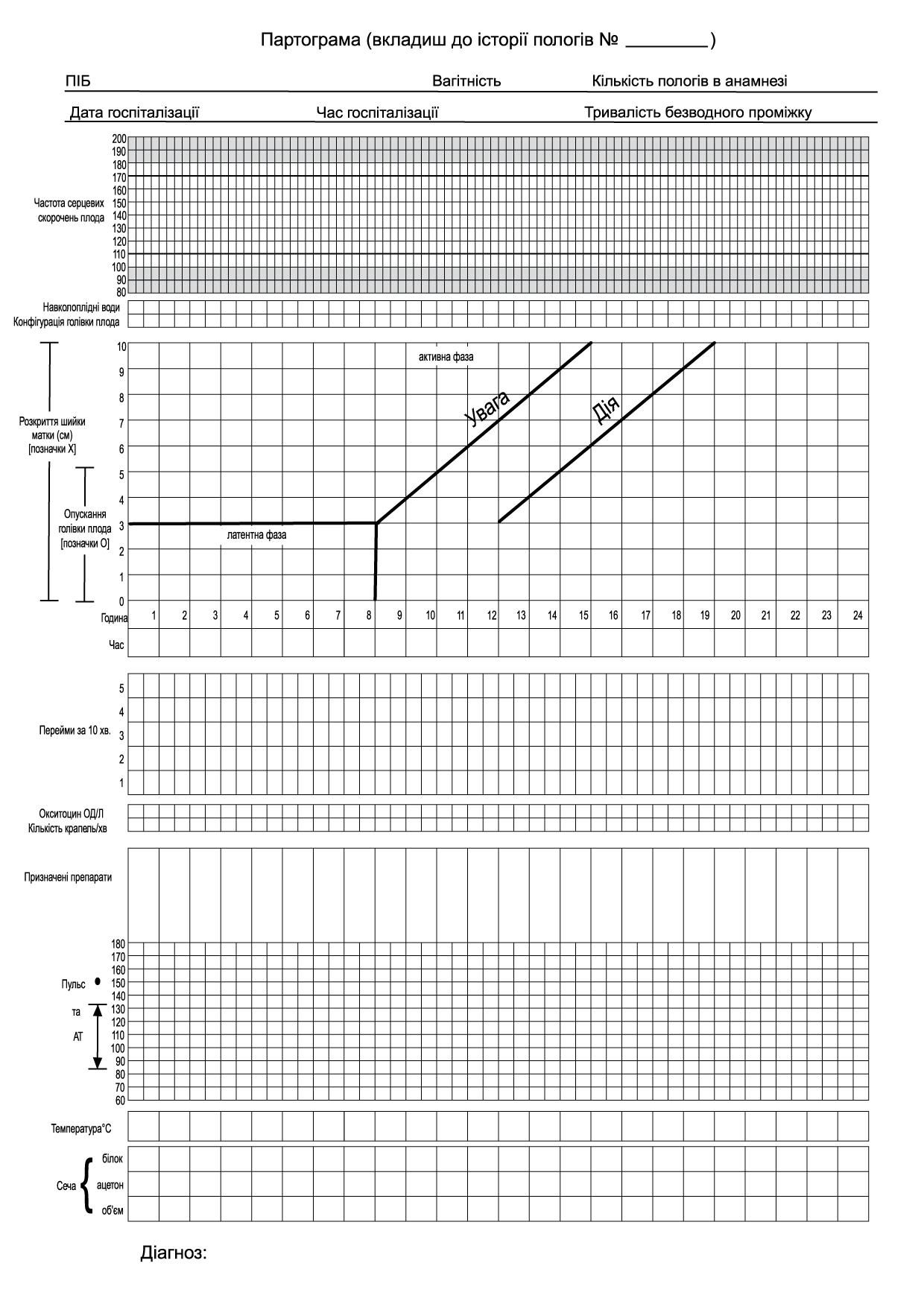


Рис. 1 Партограма

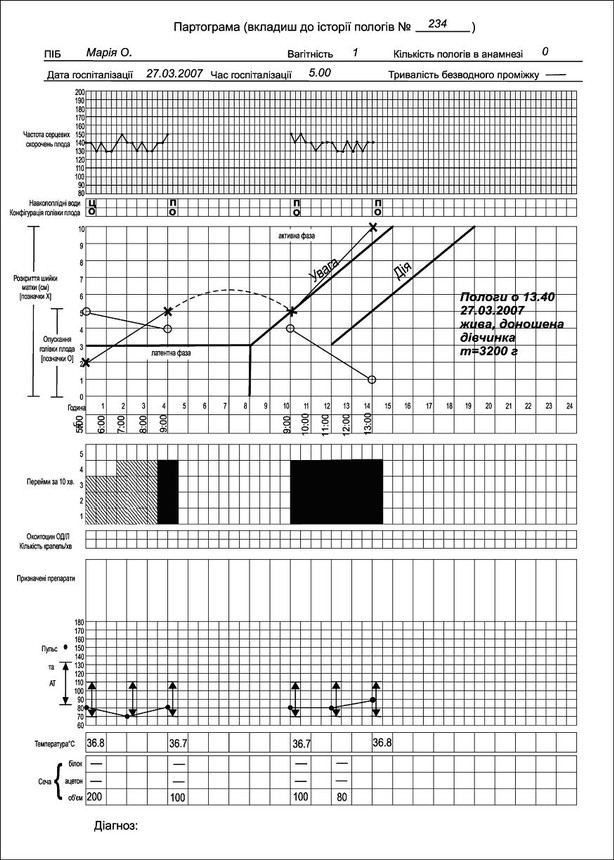


Рис. 2 Партограма (приклад заповнення)

* ***спостереження за серцебиттям плода***. Серцебиття плода в пологах реєструють шляхом: періодичної аускультації за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора; *або* за показаннями - шляхом електронного фетального моніторінгу (кардіотокографія).

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультації слід дотримуватися наступної методики: роділля знаходиться у положенні на боці; аускультація починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми; аускультація триває щонайменше 60 секунд.

Аускультація має проводитися кожні 30 хв протягом латентної фази та кожні 15 хв протягом активної фази першого періоду пологів. У партограмі частота серцевих скорочень плода: фіксується кожні півгодини, хоч і вислуховується кожні 15хв.

В нормі ЧСС плода знаходиться в межах 110-170 ударів за хвилину. У разі зміни частоти серцевих скорочень плода, що виходять за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультацію після закінчення найбільш інтенсивної фази наступної перейми, дотримуючись вище описаної методики.

Перехід від періодичної аускультації до електронного фетального моніторингу (КТГ) показаний у наступних випадках: ЧСС плода зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки; базальна частота серцевих скорочень плода менше 110 чи більше 170 ударів за хвилину; під час періодичної аускультації виявляються будь які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки; розпочато пологопідсилення окситоцином; вилились навколоплідні води, забарвлені меконієм.

**B**Рутинне застосування КТГ всім роділлям не доцільне через високий відсоток хибнопозитивних результатів та збільшення частоти втручань, в тому числі і оперативних пологів.

* ***оцінюється загальний стан матері***: вимірюється температура тіла кожні 4 години; визначаються пульс та артеріальний тиск – кожні 2 години; визначається кількість сечі кожні 4 години, визначається рівень білка і ацетону за показаннями, періодично визначається характер дихання;
* ***оцінка ефективності пологової діяльності***: частота, тривалість та інтенсивність перейм - своєчасне злиття навколоплідних вод (колір, кількість), просування голівки плода.

Оцінка частоти та тривалості перейм проводиться щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі. Підраховують кількість перейм за 10 хвилин. Отримані дані заносять до партограми.

Наявність 2 перейм за 10 хвилин в латентній фазі вважають адекватною пологовою діяльністю, в активній фазі - 3-5 перейм протягом 10 хвилин, кожна з яких триває 40 секунд або більше. Тривалість перейм у І періоді пологів у міру їх прогресування збільшується до 60 с. Інтервал між переймами в міру прогресування пологів зменшується, складаючи 60 с.

Перейми служать чітким показником пологовоі діяльності. У партограмі періодичність перейм відкладається по осі часу. Кожна клітинка означає одне скорочення. Різна інтенсивність штрихування відображає інтенсивність перейм. На партограмі прийнято використовувати такі три види штрихування: - точки - слабкі перейми тривалістю до 20 секунд; - косе штрихування - помірні перейми тривалістю 20-40 секунд; - суцільне штрихування - сильні перейми тривалістю більше 40 секунд.

Просування голівки плода визначають шляхом зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження. Результати заносять до партограми. Просування голівки плода може не спостерігатись, поки шийка матки не розкриється приблизно на 7-8 см.

5/5 - голівка на 5 пальців вище лона - над входом в малий таз

4/5 - на 4 пальці вище лона - притиснута до входу в малий таз

3/5 - на 3 пальці вище лона - прощупується велика частина головки над лоном

2/5 - на 2 пальці вище лона - над лоном прощупується менша частина голівки

1/5 - голівка в порожнині малого таза

Час: відзначається зліва від лінії. Для зручності заповнення краще записувати числом кратним 30 хв. Наприклад, 13.00 або 13.30.

* ***динаміка розкриття шийки матки***;

Швидкість розкриття шийки матки оцінюється шляхом внутрішнього акушерського дослідження, яке проводять кожні 4 години. Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності показань: спонтанний розрив плодових оболонок; патологічна частота серцебиття плода (менше 110 або більше 170 ударів за хвилину); випадіння пуповини; у разі підозри на неправильне передлежання/вставлення голівки плода; затримки прогресу пологів; кровотечі (огляд в умовах операційної).

Якщо після додаткового внутрішнього акушерського дослідження прийнято рішення продовжувати консервативне ведення пологів, наступне акушерське дослідження проводять через 4 години, від останнього. Результати оцінки розкриття шийки матки заносяться до партограми.

Розкриття шийки матки у латентній фазі Латентна фаза триває до 8 годин. Нормальне прогресування пологів у латентній фазі першого періоду характеризується поступовим згладжуванням та розкриттям шийки матки зі швидкістю, яка забезпечує перехід у активну фазу у будь-який час протягом 8 годин спостереження.

Розкриття шийки матки 3 та >см свідчить про перехід в активну фазу І періоду пологів

Якщо протягом 8 годин спостереження періодичні скорочення матки зникають, або значно уповільнюються, слід зробити висновок щодо хибних пологів. У разі спонтанного припинення маткових скорочень немає необхідності у проведенні вагінального дослідження, якщо інші показання до його проведення відсутні.

Якщо через 8 годин спостереження періодичні скорочення матки тривають, а розкриття шийки матки залишається менше 3 см, слід оцінити наявність структурних змін шийки матки

Якщо структурні зміни шийки матки відсутні слід зробити висновок на користь удаваних перейм.

Якщо відбуваються структурні зміни шийки матки (розм’якшення, згладження, розкриття) слід оцінити ступень зрілості шийки матки за шкалою Бішопа. Якщо шийка матки „зріла” (6 або більше балів) робиться висновок на користь уповільненої латентної фази першого періоду пологів. Якщо шийка матки „незріла” (5 або менше балів) тактика ведення має відповідати веденню хибних перейм

**Оцінка ступеня** „**зрілості" шийки матки за шкалою Бішопа (В)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Параметри** | **Бали** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| Положення шийки матки щодо провідної осі тазу | Зміщена до крижів | Між крижами і провідною віссю  тазу | По вісі тазу |
| Довжина шийки матки (см) | ≥ 2 | 1-2 | 1≤ |
| Консистенція шийки матки | Щільна | Розм’якшена | м’яка |
| Відкриття зовнішнього вічка | Закритий | 1 | ≥ 2 |
| Місце знаходження передлеглої частини плода | Рухома над  входом у  малий таз | Притиснута до  входу в малий  таз | Притиснута або  фіксована у вході  у малий таз |

*Примітка:* 0-2 бали – „шийка не зріла”, 3-5 балів – „шийка недостатньо зріла”, ≥-6 балів – „шийка зріла”

Розкриття шийки матки в активній фазі. Нормальне прогресування пологів в активній фазі першого періоду характеризується розкриттям шийки матки зі швидкістю щонайменше 1 см/год.

Якщо швидкість розкриття шийки матки становить менш, ніж 1 см/год (графік розкриття шийки матки знаходиться справа від Лінії уваги на партограмі), це вказує на „пролонговану активну фазу”, яка може бути пов’язана зі слабкістю пологової діяльності або клінічно вузьким тазом.

Швидкість розкриття шийки матки менш, ніж 1 см/год за наявності цілого плідного міхура є абсолютним показанням до проведення амніотоміі. Рутинне проведення ранньої амніотомії (до 5 см розкриття шийки матки) у разі нормального перебігу пологів не рекомендується.

Розкриття шийки матки: оцінюється при кожному піхвовому дослідженні і відзначається хрестиком Χ. Лінія уваги: лінія повинна починатися від точки розкриття шийки на 3 см і тривати до точки повного розкриття з кроком 1 см на годину. Лінія дії: проходить паралельно лінії уваги і, відступивши на 4 години вправо.

* ***проведення адекватного знеболювання***;

При вираженому больовому синдромі роділлю психологічно підтримують та заспокоюють. Пропонують змінити положення тіла, заохочують до активних рухів. Партнеру пропонують масажувати їй спину, тримати її руку і протирати обличчя губкою між переймами. Проводиться дихальна гімнастика (глибокий вдих та повільний видих).

Вимоги до медикаментозного знеболювання: знеболюючий ефект, відсутність негативного впливу на організм матері і плода, простота та доступність для усіх родопомічних закладів. Для знеболювання пологів використовуються неінгаляційні (системні) та інгаляційні анестетики, регіональна анестезія. За фізіологічних пологів з цією метою застосовуються системні анальгетики, опіоїдні алкалоїди (при розкритті шийки матки не більше 5-6 см), похідні фенотіозину та анальгетики інших груп.

При застосуванні системних анальгетиків враховується їх трансплацентарне проникнення та можлива дія на дихальний та інші життєво важливі центри плода, експозиція від часу введення до народження плода.

**КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ВЕДЕННЯ ІІ ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ.**

**Другий період** пологів, або ***період вигнання***, триває з моменту повного розкриття шийки матки до народження дитини. Тривалість ІІ періоду у першонароджуючих – 1-2 години, у повторнонароджуючих – 20 хв.-1 год.

В ІІ періоді пологів до перейм приєднуються потуги. **Потуги** – це рефлекторно виникаючі скорочення м’язів черевної стінки, діафрагми та тазового дна. Позиви на потуги нестримні, мимовільні, проте їх можна підсилювати або зменшувати. Під впливом виганяючих сил у ІІ періоді пологів відбувається вигнання плода з порожнини матки через пологовий канал, який формується з розгорнутого нижнього сегменту, згладженої і розкритої шийки матки та піхви.

**За Фрідманом** у ІІ періоді пологів виділяють 4 і 5 фази пологів: 4 фаза (рання) – рання фаза другого періоду пологів починається від повного розкриття шийки матки та триває до появи спонтанних активних потуг (або до опускання голівки на тазове дно); голівка плода проходить широку та вузьку частини порожнини малого тазу, зазнаючи певного механічного тиску.; 5 фаза (пізня, потужна) – починається з моменту опущення голівки на тазове дно та наявності спонтанних активних потуг, закінчується - народженням дитини.

Під впливом потуг плід просувається по родовому каналу у відповідності з напрямком його осі, здійснюючи згинальні, обертальні, розгинальні рухи, долаючи опір м’язів тазового дна, що скорочуються, а також вульварного кільця. У нормі швидкість просування голівки по родовому каналу залежить від ефективності зганяючих сил і складає у першонароджуючих 1 см/год, а у повторнонароджуючих – 2 см/год. З моменту наближення голівки плода до виходу із тазу промежина роділлі починає випинатись, спочатку тільки під час потуг, а потім і в паузах між ними. Випинання промежини супроводжується розширенням і зяянням задньопрохідного отвору. При подальших поступальних рухах голівки плода починає розкриватись статева щілина. Під час потуги зі статевої щілини показується невелика ділянка голівки, яка поза потугами знову зникає, статева щілина змикається. Відбувається врізування голівки. Врізування голівки вказує на те, що внутрішній поворот голівки закінчується і починається її розгинання. З подальшим розвитком потужної діяльності голівка, що врізується виступає все більше вперед і вже не ховається після припинення потуги, статева щілина не змикається, а широко зяє. Якщо голівка не ховається після припинення потуг, говорять про прорізування голівки.

В II періоді пологів відбувається вигнання плода з порожнини матки через пологові шляхи - порожнину малого тазу та м'які тканини родового каналу. Враховуючи особливості родового каналу та голівки, плід не може пройти через пологові шляхи по прямій лінії, не повертаючись, одночасно з поступальними рухами по осі родового каналу, він здійснює ряд інших рухів.

**Біомеханізм пологів –** цесукупність поступальних, обертальних, згинальних та розгинальних рухів, які здійснює плід при проходженні через кістковий канал і м’які тканини родових шляхів жінки.

На початку пологів плід в 99,5% випадків має поздовжнє положення, в 96% випадків - головне передлежання; в 95% випадків - потиличне передлежання (згинальний тип). Хребет плода злегка зігнутий, схрещені ручки, ніжки зігнуті в кульшових та колінних суглобах. Поступальні рухи плода починаються після повного розкриття шийки матки та злиття навколоплідних вод під дією перейм та потуг (ІІ період пологів). Вставлення голівки в 90% випадків синклітичне - сагітальний шов на однаковій відстані між лонним зчленування та мисом. Інколи зустрічається незначний фізіологічний асинклітизм.

**Провідна вісь тазу -** лінія, що з’єднує центри всіх прямих розмірів тазу.

**Ведуча (провідна) точка –** це найнижче розташована точка на передлежачій частині плода, що проходить по провідній осі тазу і першою з’являється зі статевої щілини.

**Точка фіксації, гіпомохліон** (punctum fixum) – це точка на голівці чи тулубі плода, яка упирається в нижній край лонного зчленування чи куприк, після чого відбувається згинання чи розгинання будь-якої частини плода.

**Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.**

Виділяють чотири моменти біомеханізму пологів.

***Перший момент*** *-* згинання голівки (flexio сарitis),тобто поворот її навколо поперечної осі. В кінці періоду розкриття голівка плода встановлюється синклітично в поперечному чи одному із косих розмірів площини входу в малий таз. При передньому виді Ι позиції голівка встановлюється стрілоподібним швом у правому косому розмірі, при ΙΙ позиції – в лівому косому розмірі. В період вигнання тиск матки і черевного пресу передається зверху на тазовий кінець, а через нього на хребет і голівку плода. Хребет з'єднаний з голівкою не в центрі, а ближче до потилиці, у зв'язку з цим утворюється ніби двоплечий важиль: на кінці короткого плеча знаходиться потилиця, довгого - лоб. Сила внутрішньоматкового і внутрішньочеревного тиску передається через хребет на ділянку потилиці. Шийна частина хребта згинається, підборіддя наближається до грудної клітки, потилиця опускається донизу, а лоб затримується над площиною входу в малий таз. Мале тім’ячко розташовується нижче великого, поступово наближається до провідної осі тазу і стає провідною точкою.

В результаті помірного згинання голівка плода проходить через площини малого тазу найменшим розміром - малим косим (diameter suboccipito-bregmaticus); діаметр - 9,5 см, окружність – 32 см.

***Другий момент*** *-* внутрішній поворот голівки (rotatio capitisinterna*).* Голівка плода, продовжуючи свої поступальні рухи в порожнині тазу, зустрічає протидію подальшому просуванню, що, в значній мірі, зумовлено формою пологового каналу, і починає повертатися навколо своєї поздовжньої осі. Поворот голівки плода здійснюється при переході її із площини широкої частини малого тазу у вузьку і закінчується у площині виходу малого тазу. При цьому потилиця повертається до лонного зчленування, а передній відділ голівки – до крижу. Стрілоподібний шов із поперечного чи одного із косих розмірів площини входу в малий таз переходить у прямий розмір площини виходу малого тазу, а підпотилична ямка встановлюється під лонним зчленуванням.

***Третій момент*** *-* розгинання голівки (deflexio capitis). Починається з утворення точки фіксації – підпотилична ямка упирається в нижній край лонного зчленування. Голівка плода продовжує просуватися по пологовому каналу і одночасно з цим починає розгинатися. Голівка обертається своєю поперечною віссю навколо точки опори – нижнього краю лонного зчленування та протягом декількох потуг повністю розгинається і народжується. При цьому зі статевої щілини послідовно народжуються потилиця, тім’я, лоб, обличчя та підборіддя. Народження голівки через вульварне кільце відбувається її малим косим розміром (9,5 см).

***Четвертий момент*** *-* внутрішній поворот плечиків плода та зовнішній поворот голівки (rotatio trunci interna seu rotatio capitis externa). Під час розгинання голівки плечики плода вставляються в поперечному чи одному із косих розмірів площини входу в малий таз. Плечики, просуваючись по пологовому каналу, одночасно здійснюють обертальні та поступальні рухи (обертаються гвинтоподібно). При цьому вони своїм поперечним розміром (distantia biacromialis) переходять із поперечного чи косого розміру площини входу в малий таз в прямий розмір площини виходу малого тазу. Цей поворот передається голівці, що народилася. При цьому голівка плода повертається обличчям до правого (при I позиції) чи лівого (при II позиції) стегна матері. Переднє плечико просувається до лонного зчленування, заднє – до крижу. Між переднім плечиком у місці прикріплення дельтовидного м’язу і нижнім краєм лонного зчленування утворюється друга точка фіксації. Відбувається згинання тулуба плода в грудному відділі хребта і народження плечового поясу плода. Переднє плечико народжується першим.

# **Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання.**

У більшості випадків, навіть коли плід знаходиться у задньому виді потиличного передлежання на початку пологів, при виконанні другого моменту – внутрішній поворот, голівка плода здійснює поворот на 135º та встановлюється потилицею під лонне зчленування, тобто пологи завершуються по біомеханізму переднього виду потиличного передлежання. І лише 1% всіх потиличних передлежань завершується народженням дитини у задньому виді.

***Перший момент*** *-* згинання голівки, поворот її навколо поперечної осі. Стрілоподібний шов на голівці плода встановлюється синклітично в поперечному чи одному із косих розмірів площини входу в малий таз (в лівому косому розмірі - I позиція плода; в правому - II позиція). Мале тім’ячко розміщене біля крижу зліва (I позиція); справа (II позиція). Згинання голівки відбувається таким чином, що вона проходить через площини малого тазу своїм середнім косим розміром (diameter suboccipitio-frontalis); діаметр – 10 см, окружність – 33 см. Провідна точка – точка на стрілоподібному шві між великим та малим тім’ячком.

***Другий момент*** *-* внутрішній поворот голівки*.* Поворот голівки плода здійснюється при переході її із площини широкої частини малого тазу у вузьку і закінчується у площині виходу малого тазу. Стрілоподібний шов, здійснюючи поворот на 90º чи 45º, із поперечного чи одного із косих розмірів площини входу в малий таз переходить у прямий розмір площини виходу малого тазу. Після закінчення повороту мале тім’ячко розташовується ближче до крижа, велике - біля лонного зчленування.

***Третій момент*** - додаткове (максимальне) згинання голівки. Утворюється перша точка фіксації – межа волосистої ділянки лоба упирається в нижній край лонного зчленування, відбувається максимальне згинання голівки плода. Народжуються тім’яні бугри та потилиця до підпотиличної ямки.

***Четвертий момент*** *–* розгинання голівки. Утворюється друга точка фіксації – підпотилична ямка упирається в ділянку куприка. Голівка плода розгинається і з-під лонного зчленування з’являється лоб, обличчя та підборіддя. Голівка прорізується середнім косим розміром окружністю 33 см.

***П’ятий момент*** *-* внутрішній поворот плечиків плода та зовнішній поворот голівки. Під час розгинання голівки плечики плода встановлюються своїм поперечним розміром (distantia biacromialis) в поперечний чи один із косих розмірів площини входу в малий таз. Здійснюючи поворот на 90º чи 45º, distantia biacromialis переходять із поперечного чи косого розміру площини входу в малий таз в прямий розмір площини виходу малого тазу. Голівка плода повертається обличчям до правого чи лівого (залежить від позиції) стегна матері. Переднє плечико просувається до лонного зчленування, заднє – до крижу. Між переднім плечиком у місці прикріплення дельтовидного м’язу і нижнім краєм лонного зчленування утворюється точка фіксації. Відбувається згинання тулуба плода в грудному відділі хребта і народження плечового поясу плода. Переднє плечико народжується першим.

# ***Особливості клінічного перебігу пологів при задньому виді потиличного передлежання:***

1. При народженні голівки утворюються дві точки фіксації (I точка – межа волосистої частини і нижній край лонного зчленування; II точка – підпотилична ямка і куприк).
2. Додаткове (максимальне) згинання голівки подовжує пологи, супроводжується надмірною затратою пологових сил.
3. Тазове дно і промежина при народженні тім’яних бугрів перерозтягуються і часто травмуються.
4. Тривалі пологи та надмірний тиск пологових шляхів на голівку плода при максимальному згинанні призводить до гіпоксії плода, порушенню мозкового кровообігу, церебральним пошкодженням.
5. Конфігурація голівки при задньому виді потиличного передлежання – доліхоцефалічна. Пологова пухлина розміщена на передлежачій тім’яній кістці ближче до великого тім’ячка.

**Надання допомоги у ІІ періоді пологів.**

У ІІ періоді пологів забезпечується право жінки вибрати положення, яке є зручним, як для неї, так і для медичного персоналу. Медичний персонал приймає пологи у чистому халаті, масці, окулярах та стерильних рукавичках. Допустима тривалість другого періоду пологів: у жінки, що народжує вперше, до 2 години; у жінки, що народжує повторно, до 1 години.

У другому періоді пологівведеться спостереження за загальним станом роділлі, гемодинамічними показниками (артеріальний тиск, пульс – кожні 10 хвилин), станом плода – контроль серцевої діяльності кожні 5 хвилин, просуванням голівки плода по родовому каналу.

Якщо не відбулося своєчасного вилиття навколоплідних вод, в асептичних умовах проводиться амніотомія.

Народження голівки плода потребує обережного надання ручної допомоги з метою збереження цілісності промежини і попередження внутрішньочерепної і спінальної травми плода.

Роділлі пояснюють як потрібно вести себе при наданні допомоги, навчають її вірно дихати, регулювати потуги за порадою лікаря. У першонароджуючих врізування голівки триває 10-20 хвилин, у повторнонароджуючих - менше. Під час прорізування голівки надають акушерську допомогу – прийом пологів. Допомога необхідна, так як при прорізуванні голівки плода має місце сильний тиск на тазове дно і перерозтягує його. Одночасно голівка плода стискується з боку стінок пологового каналу. Внаслідок цього у роділлі можуть бути розриви промежини, а у плода – порушення мозкового кровообігу. Вірно надана допомога значно знижує можливість цих ускладнень. Акушерська допомога при головному передлежанні складається з маніпуляцій, що проводяться в певній послідовності.

**Перший момент** – *попередження передчасного розгинання голівки*. В момент народження голівка повинна проходити через вульварне кільце в зігнутому положенні. За таких умов вона прорізується через статеву щілину окружністю, що відповідає малому косому розміру. При прорізуванні в зігнутому стані голівка мінімально стискується тканинами пологового каналу, і при цьому менше розтягуються м’язи промежини.

**Другий момент** – *виведення голівки зі статевої щілини поза потугами*.

**Третій момент** – *зменшення напруження тканин промежини*. Одночасно із затримкою передчасного розгинання голівки зменшують силу циркуляторно тиснучих на неї м’яких тканин тазового дна і роблять їх більш піддатливими за рахунок «запозичення» з ділянки статевих губ.

**Четвертий момент** – *регулювання потуг*. Загроза розриву промежини і стиснення голівки сильно зростають, коли вона вставляється у вульварне кільце тім’яними горбами. Роділля відчуває в цей час бажання тужитися. Проте швидке просування голівки може привести до розривів тканин промежини і травмам голівки. Не менше загрозливим є час, коли просування голівки призупиняється внаслідок припинення потуг, голівка тривалий час стискується натягнутими тканинами промежини. Для того щоб усунути вищеперераховані негативні наслідки, необхідно уміло регулювати потуги: виключення чи послаблення, коли це необхідно.

**П’ятий момент** - *вивільнення плечового поясу і народження тулуба плода*. Після народження голівки необхідно дати можливість плечикам розвернутись самостійно, при цьому перевірити чи немає обвивання пуповини навкруг шиї. В разі тугого обвиття, пуповину необхідно перетнути між 2-х затискачів, при не тугому – послабити натяжіння пуповини та дочекатися наступної потуги. У разі задовільного стану плода не слід намагатися народити плечики протягом тієї ж потуги, під час якої народилась голівка. Плечики можуть бути народжені під час наступної потуги

Якщо промежина є перепоною до народження голівки (загроза розриву промежини), проводиться епізіо- або перінеотомія лікарем за показаннями із забезпеченням попереднього знеболювання. **Показання до епізіотомії:** ускладнені вагінальні пологи (при тазовому передлежанні, дистоція плечиків, при накладенні акушерських щипців, вакуум-екстракції); дистрес плода; рубцеві зміни промежини, що є суттєвою перепоною для народження дитини.

Епізіотомію та епізіорафію проводять під знеболюванням

**ПЕРЕБІГ ІІІ ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ**

Після народження плода починається третій період пологів - **послідовий.** В цьому періоді відбувається відділення плаценти від стінок матки та народження посліду. Незабаром після народження дитини з'являються послідові перейми, які полягають у скороченні всіх м'язів матки і плацентарної ділянки. Плацента не має спроможності до скорочення, тому відбувається її відшарування від місця прикріплення внаслідок його скорочення. З кожною переймою плацента все більше відділяється від матки, поверхня її стає зморшкуватою, випинається в порожнину матки і, нарешті, повністю відшаровується від її стінки. Плацента відшаровується в спонгіозному (губчастому) шарі; в ділянці плацентарної ділянки залишається базальний шар слизової оболонки та шматки спонгіозного шару. Порушення зв'язку між плацентою та стінкою матки супроводжується розривом матково - плацентарних судин та кровотечею. Кров накопичується між стінкою матки та плацентою, що сприяє подальшому відділенню всієї плаценти від плацентарної ділянки. Плацента при центральному відділенні (***по Шультце***) з'являється зі статевої щілини плодовою поверхнею назовні, оболонки вивернуті (водна оболонка розташовується назовні, децидуальна всередині). Якщо відділення плаценти починається з периферії (***по Дункану***), звичайно з нижнього її краю, тоді кров з розірваних матково - плацентарних судин не утворює ретроплацентарної гематоми, а стікає донизу між стінкою матки і оболонками, витікає зі статевої щілини.

Плацента з'являється зі статевих шляхів нижнім краєм, розташування оболонок зберігається в такому вигляді, в якому вони знаходяться в порожнині матки (водна -всередині, децидуальна - назовні). Народженню (виведенню) посліду сприяють перейми та потуги. Послід, який опустився після відшарування в піхву, своєю масою та об'ємом викликає подразнення нервових кінців м'язів, стінки піхви та прямої кишки, та, як наслідок, з'являється бажання у роділлі потужитись.

Завдяки гемохоріальному типу плацентації в людини послідовий період характеризується виділенням крові з матково-плацентарних судин. Якщо послідовий період протікає фізіологічно, крововтрата не повинна перевищувати 0,5 % від маси породіллі.

Фізіологічна крововтрата не впливає негативно на організм жінки. Тривалість послідового періоду як у першонароджуючих, так і у повторнонароджуючих приблизно однакова і в середньому дорівінює 20-30 хв. Жінка після народження посліду називається породіллею, а послідовий період змінюється на післяпологовий.

**ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ В ПОСЛІДОВОМУ ПЕРІОДІ**

***Третій період пологів*** - найкоротший та дуже відповідальний у зв'язку з небезпекою виникнення кровотечі. Він починається з моменту народження дитини та закінчується народженням посліду. Перебіг його можна розподілити на дві фази: першу - від моменту народження дитини до закінчення відділення плаценти, другу - народження посліду.

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів - активна та очікувальна.

**Очікувальне ведення третього періоду пологів.**

Скорочувальна діяльність матки характеризується поновленням перейм, які забезпечують відділення плаценти, та потуг, завдяки яким народжується послід. Перебіг третього періоду пологів залежить від місця прикріплення плаценти: найсприятливішим є верхній відділ задньої стінки матки, меншою мірою - верхній відділ передньої стінки. Перебіг третього періоду залежить також від глибини проникнення ворсин хоріону. У нормі ворсини хоріону знаходяться на рівні спонгіозного шару децидуальної оболонки. При анатомо-функціональній недостатності спонгіозного шару ворсини розташовуються у базальному шарі, прилежать до міометрію. Може бути вростання ворсин хоріону в товщу міометрію та проростання їх на всю товщу матки до серозної оболонки. Найчастіше це відбувається в ділянці рубців. Нарешті, перебіг третього періоду пологів залежить від особливостей перебігу першого та другого періодів.

При фізіологічному перебізі послідового періоду стан роділлі не порушується, перейми звичайно не турбують. Пульс, прискорений в період зігнання, стає ритмічним, гарного наповнення, тахікардія зникає, артеріальний тиск нормалізується. У цей період необхідно старанно спостерігати за роділлею. Зміна самопочуття (млявість, запаморочення), збліднення шкіри та слизових, прискорення пульсу, зниження артеріального тиску свідчать про значну крововтрату. Такий стан роділлі потребує вживання термінових заходів.

Послідовий період ведеться очікувально при уважному та постійному спостереженні за станом роділлі. Необхідно враховувати кількість крові, яку втрачає жінка. Однак кількість крові, що виливається назовні, не завжди свідчить про справжню крововтрату. У третьому періоді пологів можлива значна крововтрата без зовнішньої кровотечі внаслідок накопичення крові між плацентою та стінкою матки. Спостереження за формою матки та висотою стояння її дна дозволяє визначити момент відшарування плаценти, а також передбачити виникнення позаду плацентарної гематоми. Слід стежити за станом сечового міхура і не допускати його переповнення, оскільки воно гальмує послідові перейми, порушує процес відшарування плаценти та затримує народження посліду. Спроби прискорити процес вигнання посліду (масаж матки, потягування за пуповину та ін.) порушують фізіологічний процес відшарування плаценти, змінюють ритм скорочення матки та можуть бути причиною кровотечі.

Якщо стан роділлі задовільний і відсутні ознаки кровотечі, можна чекати самостійного відділення плаценти і народження посліду протягом однієї години. Активні заходи необхідно застосовувати при крововтраті більше 0,5 % від маси тіла роділлі та погіршенні загального стану жінки. У таких випадках послід виділяється зовнішніми прийомами або рукою, введеною в порожнину матки. Якщо плацента відділилась і разом з оболонками затримується у піхві, в такому разі послід виділяють зовнішніми прийомами. У третьому періоді пологів проводяться постійне спостереження за появою ознак відділення плаценти та оцінка якості скорочувальної діяльності матки. Найважливіші ознаки відшарування плаценти:

1. Зміна форми та висоти стояння дна матки ***(ознака Шредера)****.* Після народження плоду форма матки округла, дно її знаходиться на рівні пупка. Після відділення плаценти дно матки піднімається догори і розташовується вище пупка, відхиляється вправо. Матка сплющується, стає більш вузькою. Коли послід народився, дно матки перебуває на середині між пупком і лобком.

2. Подовження зовнішнього відрізка пуповини. Плацента після відшарування опускається в нижній сегмент матки або в піхву. Як наслідок, затискувач, який було накладено на пуповину біля статевої щілини, опускається на 10-12см донизу ***(ознака Альфельда)****.*

3. Поява випинання над симфізом. Коли плацента після відшарування опускається в потоншений нижній сегмент матки, передня стінка останнього разом з черевною стінкою дещо піднімається та утворює випинання над симфізом, матка набуває форми піщаного годинника ***(ознака Горвіц - Гегара)***

4. Позив до потуги. Плацента після відділення опускається в піхву, внаслідок чого у роділлі з'являється позив до потуги ***(ознака Мікуліча).***

5. Подовження пуповини при натужуванні роділлі. Кінець пуповини, що виступає зі статевої щілини, подовжується при натужуванні. Якщо після припинення потуги пуповина не втягується, це означає, що плацента відділилась; якщо втягується - не відділилась ***(ознака Клейна)****.*

6. ***Ознака Кюстнера -******Чукалова*** полягає в тому, що ребром долоні надавлюють на черевну стінку над лобком. При відшаруванні плаценти матка піднімається догори, а пуповина не буде втягуватись у піхву. Якщо плацента не відділилася - пуповина втягується.

З метою вирішення питання про відділення плаценти звичайно використовують 2-3 ознаки. Найбільш надійними є ознаки Шредера, Альфельда, Кюстнера-Чукалова.

При появі ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова), жінці пропонують «натужитись», що призведе до народження посліду. Якщо цього не відбувається, тоді проводять видалення посліду зовнішніми способами:

**Спосіб** **Абуладзе** полягає в тому, що після виведення сечі передню черевну стінку беруть обома руками в складку так, щоб обидва прямих м'язи живота були щільно охоплені пальцями. Після цього роділлі пропонують потужитися, можна при цьому ще трохи подавити па матку. Внаслідок значного зменшення об'єму черевної порожнини послід, що відшарувався, народжується досить легко.

**Спосіб Гентера** (на сьогодні не використовується) полягає в тому, що після катетеризації сечового міхура виконують легкий масаж матки і дно її виводять на середню лінію живота. Лікар стає збоку від роділлі, обличчям до ніг, долоні рук, що затиснуті в кулак, кладуть тильною поверхнею основних фаланг на дно матки (на ділянку трубних кутів) та поступово надавлюють донизу та всередину і тим самим примушують послід народитися зі статевої щілини. Зараз цей метод вживається рідко (не рекомендується) у зв'язку з його травматичністю.

**Спосіб Креде - Лазаревича** полягає в тому, що після спорожнення сечового міхура матку виводять на середину і масажують. Потім правою рукою обхоплюють матку, що скоротилася, так, щоб великий палець лежав на передній стінці матки, долоня - на її дні, а всі інші пальці - на задній стінці. Матку стискують в долоні і одночасно відтісняють донизу, в бік статевої щілини, чим досягається витискання посліду. Плацента, що відділилася разом з оболонками та пуповиною, легко виходить назовні.

З метою усунення спастичного скорочення зіва та защемлення в ньому посліду доцільно перед виконанням усіх наведених вище способів профілактично вводити спазмолітичні препарати (но-шпа, баралгін).

За відсутності ознак відділення плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду. У разі виникнення кровотечі ручне відділення плаценти та видалення посліду проводять негайно під адекватним знеболенням.

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

Активне ведення третього періоду пологів повинно бути запропоновано жінці під час вагінальних пологів за наявності високого ступеня ризику кровотечі в послідовому періоді (великий плід, багатонароджуюча жінка і т.д.). . Роділля повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати добровільну письмову згоду на його проведення. Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають: введення утеротоніків; народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку; масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду. Відсутність одного з компонентів – виключає активне ведення ІІІ періоду.

**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. Якщо в наявності немає окситоцину можна використати ергометрин – 0,2мг внутрішньом’язово. Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

**Народження посліду шляхом контрольованої 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; тримати пуповину у стані легкого натяжіння та дочекатись першого 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; під час тракції продовжувати проводити другою рукою **контртракцію** у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона); якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натяжіння, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку; одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію. Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки***.***

Після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, щоб скрутити оболонки, повільно підтягують плаценту вниз; у разі обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичка та видаляють їх залишки; уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо частина материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, це потребує відповідних заходів; при відсутності народження плаценти протягом 30 хвилин після народження плода під адекватним знеболенням проводять ручне відділення плаценти і виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі – ручне відділення плаценти та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

**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 годин, щоб бути впевненому в тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.

Звичайно послід народжується весь, але іноді після народження плаценти в порожнині матки можуть затримуватися оболонки. В таких випадках плаценту після народження беруть в руки та помалу обертають за годинниковою стрілкою, при цьому оболонки закручуються в спіраль, що сприяє їх відшаруванню від стінок матки та виведенню назовні без обриву. Можна також у таких випадках запропонувати роділлі підняти таз від стола, спираючись па ступні. Це сприяє відшаруванню оболонок від стінок матки під вагою звисаючої плаценти.

Послід, що народився, старанно оглядають, щоб впевнитися в цілості плаценти та оболонок. Плаценту кладуть на гладкий піднос материнською поверхнею доверху і уважно оглядають її частки одну за другою. Особливо старанно необхідно оглянути краї плаценти, які в нормі гладкі та рівні. Наявність обірваних з країв судин свідчить про затримку додаткової частки в порожнині матки. Необхідно добре оглянути оболонки. З цією метою плаценту перевертають материнською стороною донизу, а плодовою доверху. Краї розриву оболонок беруть до рук і розправляють, намагаючись відновити їх цілість. Звертають увагу на водну та ворсинчасту оболонки, чи немає між ними обірваних судин.

Безліч проб, що пропонувалися для визначення цілості плаценти (молочна, повітряна, УФ-опромінення), не виправдовують себе в практичній роботі, і в даний час не використовуються.

Визначення цілості плаценти має дуже важливе значення. Затримка в матці частин плаценти може призвести до важких кровотеч відразу після пологів або пізніше, а також сприятиме виникненню септичних післяпологових захворювань. У зв'язку з цим плацентарна тканина, що залишилася в матці повинна бути видалена. З цією метою проводять ручне обстеження порожнини матки.

Плаценту після огляду вимірюють та зважують. Усі дані про послід заносять до історії пологів. Далі вимірюється загальна крововтрата в пологах.

Після народження посліду зовнішні статеві органи оглядають. Спочатку оглядають зовнішні статеві органи та промежину, потім розводять стерильними тампонами статеві губи і оглядають вхід до піхви. Також оглядають шийку матки та стінки піхви за допомогою дзеркал.

Розриви м'яких тканин пологових шляхів повинні бути зашиті безпосередньо після пологів. За породіллею спостерігають у пологовому блоці протягом 2 год після пологів (ранній післяпологовий період). Протягом цього часу звертають увагу на загальний стан жінки, підраховують пульс, вимірюють артеріальний тиск, пальпують матку та з'ясовують, чи немає кровотечі з піхви. Використання міхура з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовується. При загальному задовільному стані породіллю через 2 год перевозять в післяпологове відділення.

**ОЦІНКА СТАНУ ДИТИНИ ПРИ НАРОДЖЕННІ, ПРОВЕДЕННІ ПЕРВИННОГО ТУАЛЕТУ НОВОНАРОДЖЕНОГО ТА РАННЄ ПРИКЛАДАННЯ ДО ГРУДЕЙ.**

За умови задовільного стану плода при народженні (дитина доношена, чисті навколоплідні води, дитина дихає або кричить, має рожевий колір шкіри та задовільний м’язовий тонус) дитина викладається на живіт матері, проводиться обсушування сухою пелюшкою, накривається сухою пелюшкою. Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини, акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину. При необхідності проводиться видалення слизу з ротової порожнини грушею або електровідсмоктувачем. Одягається шапочка, шкарпетки.

Одночасно лікар-педіатр-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог, здійснює первинну оцінку стану новонародженого. Оцінку стану новонародженого за шкалою Апгар здійснюють на 1 і 5 хвилинах, записують у карту розвитку новонародженого.

Акушерка здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини у пологовій залі. При порушенні стану новонародженого інформує про це лікаря-педіатра-неонатолога, а за його відсутності лікаря-акушера-гінеколога.

Протягом перебування дитини на животі матері здійснюють спостереження за її життєвоважливими функціями. Далі дитина укладається на груди матері і накривається разом з матір’ю ковдрою для забезпечення умов “теплого ланцюжка”. 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.

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 0,3% крапель тобраміцину відповідно до інструкції одноразово. Через 30 хв. після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксилярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого.

Контакт "шкіра-до-шкіри" проводиться не менше 2 годин у пологовій залі, за умови задовільного стану матері та дитини. Після завершення контакту “шкіра-до-шкіри” акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клемування пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітини, зважування.

Акушерка (медична сестра) одягає дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг. Лікар-педіатр-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог, перед переведенням дитини та матері в палату спільного перебування здійснює первинний лікарський огляд новонародженого Дитина разом з матір'ю накривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

**Тепловий ланцюжок.** Найважливішою умовою дотримання теплового ланцюжка є забезпечення температури у пологовій залі (операційній) не нижче ніж 25°С.

Організаційні умови забезпечення підтримки теплового ланцюжка 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. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5о С-37,5о С при вимірюванні в аксілярній ділянці. 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 25оС–28оС.

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

***2) Негайне обсушування дитини.*** Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками. Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

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

***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 призводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти. Кров, 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 кувезі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

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

***10) Підвищення рівня підготовки та знань.*** Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка. Члени сім’ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

**ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ**

Знеболювання пологів відноситься до однієї з найважливіших проблем акушерства, яка здавна привертала увагу дослідників. Велика зацікавленість цим питанням пояснюється перш за все тим, що виникнення пологового болю зумовлене не патологічним станом організму жінки, а наявністю фізіологічного процесу, що забезпечує продовження людського роду. Саме цей факт визначає специфіку і допустимість використання знеболюючих засобів, що повинно задовольняти ряд вимог. Оскільки біль виснажує організм жінки і порушує нормальний перебіг пологів, його слід зменшити. Індивідуальне, повноцінне знеболювання пологів розглядається як прояв гуманного ставлення лікаря до жінки, прагнення звільнити її від больових відчуттів і пов'язаних з ними негативних емоцій.

**Причини виникнення болю під час пологів та його наслідки.**

Вирішення проблеми попередження і усунення пологового болю повинно розглядатися з урахуванням знання патофізіологічних передумов і механізмів його виникнення. У формуванні пологового болю беруть участь численні механізми, які основані на наявності високочутливих рефлексогенних зон, що мають високоспецифічні рецептори - головним чином нервові сплетіння матки, широких зв'язок і шийки матки з парацервікальним сплетінням. Больові реакції є типовим прикладом безумовних подразнень, що охоплюють усі ділянки нервової системи з включенням різноманітних периферичних больових рецепторів. Безпосередніми причинами подразнення високочутливих інтерорецепторів і виникнення болю є ряд факторів: 1) розкриття шийки матки; 2) скорочення матки і натягнення маткових зв'язок та парієтальної очеревини; 3) розтягнення нижнього маткового сегмента; 4) подразнення періосту внутрішньої поверхні крижів внаслідок натягнення крижово-маткових зв'язок і механічного стиснення цієї ділянки при проходженні плоду; 5) стиснення і розтягнення під час скорочення матки кровоносних судин, які являють собою високочутливі баро- та механорецептори; 6) накопичення кислих продуктів обміну, які викликають підвищення чутливості нервових закінчень судин, слизових оболонок та очеревини, що покриває матку.

Умови виникнення пологового болю є у всіх жінок, однак інтенсивність його сприйняття неоднакова у різних індивідуумів. Тут, окрім особливостей ЦНС і психоемоційного стану, мають значення такі фактори, як ускладнений перебіг пологів, втома жінки, “пробудження” попередньосформованої домінанти тощо.

Наслідки пологового болю різноманітні. Перш за все під його впливом змінюється функція серцево-судинної системи: виникає тахікардія, збільшується серцевий викид, наростає артеріальний, внутрішньогрудний, центральний венозний тиск. Можливі порушення серцевого ритму, зменшення коронарного кровотоку, зміни тиску в порожнинах серця, збільшення загального периферичного опору. Існують докази, що біль може порушувати скорочувальну здатність матки, функцію шлунково-кишкового тракту, сечового міхура, викликати рефлекторний спазм поперечносмугастої мускулатури, нудоту і блювання. Слід пам'ятати, що саме біль викликає погіршення перебігу пізнього гестозу під час пологів аж до розвитку еклампсії.

Дослідження природи і суті пологового болю стало основою для широкого практичного використання, з одного боку, методу фізіопсихопрофілактичної підготовки вагітних до пологів (як системи психопрофілактики болю при пологах) і, з іншого - методу медикаментозного знеболювання за допомогою сучасних анестезіологічних засобів.

**Психопрофілактична підготовка вагітних до пологів.**

Психопрофілактичний метод знеболювання пологів був запропонований і розроблений українськими вченими І.3. Вельвовським, К.І. Платоновим, В.Л. Плотичером. Вій набув широкого розповсюдження і з 1950 р. став провідним у підготовці вагітних до пологів. В останні десятиріччя, коли з'ясувалося велике позитивне значення в цій підготовці фізичних (гімнастичних) вправ і вони були розроблені, фактично став застосовуватися фізіопсихопрофілактичний метод. Велика заслуга авторів методу полягає в тому, що на основі спеціальних вправ і навіювання у вагітних і роділь досягається позитивна психоемоційна установка на пологи як фізіологічний процес і виробляється правильна, усвідомлена поведінка при пологах, що підвищує резистентність до больових відчуттів.

Методи фізіопсихопрофілактичної підготовки спрямовані на попередження больових реакцій, на більш організовану поведінку жінки в пологах.

Основна мета методу - створення нормальної взаємодії між корою і підкорковими утвореннями шляхом створення нових умовних рефлексів (через другу сигнальну систему). Система фізіопсихопрофілактики спрямована на досягнення таких результатів: а) зниження збудження в підкоркових центрах; б) урівноваження процесів збудження і гальмування в корі головного мозку; в) усунення негативних емоцій, виховання нових позитивних умовно-рефлекторних зв'язків відносно материнства; г) зняття у вагітних страху перед пологами і пологовим болем; д) залучення їх до активної участі у пологовому акті.

У системі психофізіопрофілактичної підготовки вагітних до пологів найважливіший ланцюг - комплекс спеціальних акушерських і педагогічних заходів - повинен бути пов'язаний із комплексом організаційних заходів. Обов'язкові компоненти цієї ланки:

1) допологова фізіопсихопрофілактична підготовка вагітних у жіночій консультації протягом усієї вагітності, під час пологів та в післяпологовому періоді; підготовка складається із комплексу лікувальної фізкультури, ультрафіолетового опромінення і спеціальних занять;

2) підготовка, виховання персоналу лікувального закладу, який повинен бути добре ознайомлений з принципами і методикою фізіопсихо-профілактичного методу та вміти застосовувати їх;

3) правильне, раціональне, уважне ведення пологів із своєчасним попередженням та усуненням усіх, навіть незначних, відхилень від норми;

4) лікувально-охоронний режим у пологовому будинку.

Цикл спеціальних підготовчих занять проводиться в жіночій консультації у спеціально обладнаному наочним приладдям кабінеті. Кількість рекомендованих занять 6-8. Заняття проводять невеликими групами (по 4-5 жінок); при обтяженому акушерському анамнезі, психічних захворюваннях, неправильному положенні плоду, вузькому тазі, серцево-судинній патології - в індивідуальному порядку. Якщо вагітна починає проходити психопрофілактичну підготовку в строк більш як 35-36 тижнів, з нею необхідно проводити заняття або індивідуально, або зібрати групу жінок з таким же строком вагітності. У таких випадках кількість занять скорочується до 3-4.

*Перше заняття* (співбесіда) проводиться індивідуально при першому відвідуванні вагітною лікаря жіночої консультації і повторюється перед направленням на наступні заняття. Лікар встановлює контакт з вагітною жінкою, з'ясовує її анамнез, звертаючи особливу увагу на вік, освіту, професію, умови праці, домашні умови, виявляє її ставлення до вагітності і пологів, наявність шкідливих звичок, з'ясовує стан емоційно-психічної сфери, зокрема наявність побоювань і страху перед майбутніми пологами, а також їх причини. За даними акушерського анамнезу лікар вирішує, до якої групи слід віднести вагітну жінку з фізіологічним перебігом вагітності і передбаченими нормальними пологами, чи до групи, в якій можна чекати ускладненого або патологічного перебігу пологового акту. При проведенні заняття з вагітною, в якої передбачаються ускладнені пологи, слід обережно підготувати її до можливого оперативного втручання.

*Друге заняття*, як і всі наступні - групове. Це заняття спеціально присвячене усуненню із свідомості жінок страху перед пологами і страху болю. В доступній формі лікар розповідає про роль ЦНС у формуванні больових відчуттів, про безпідставність страху в зв'язку з майбутніми пологами, необов'язковість болю під час розродження.

*Третє заняття* має за мету в доступній формі і цілком науково довести вагітним, що майбутні пологи - акт фізіологічний, а тому, як і ряд інших фізіологічних актів людського організму, може бути безболісним або супроводжуватися лише незначними больовими відчуттями. Лікар дає уявлення вагітним про анатомо-топографічні особливості жіночих статевих органів (за допомогою малюнків і муляжів), менструальну функцію, процес запліднення і розвиток вагітності. Потрібно також зосередити увагу вагітних на змінах, що відбуваються під час пологів (розм'якшення і розслаблення шийки матки при скороченні матки, пристосування голівки плоду до пологових шляхів, наголошуючи при цьому на їх безболісність завдяки пристосованості організму до них. Жінка повинна отримати уяву про розвиток плоду, положення, позицію, членорозташування, передлежачу частину, роль плаценти і навколоплідного міхура. Демонструючи кістковий таз, лікар вказує на його значення в пологах.

Все третє заняття значною мірою включає елементи навіювання при вмілому поєднанні їх із поясненнями, переконаннями і навчанням.

*Четверте заняття* присвячене значенню і фізіології першого періоду пологів: переймам, їх частоті і тривалості, механізму розкриття шийки матки.

У другій половині заняття йде виклад правил поведінки роділлі в першому періоді пологів (рахувати перейми, відпочивати в паузах між ними, спорожнювати сечовий міхур кожні 2 год) та показ і навчання так званим "прийомам знеболювання”.

Перший прийом - правильне рівномірне і глибоке дихання під час переймів з метою достатньої оксигенації крові матері і плоду. Дихання повинно бути ритмічним, вдихи і видихи - в темпі фізіологічного дихання (не більше 30 за 1 хв). Другий прийом - вдих і видих під час переймів поєднуються із поглажуванням нижньої половини живота. Рухи погладжування здійснюють пальцями обох рук від середньої лінії живота над лобком назовні й вгору до рівня аксилярної лінії. В момент руху по животу від середньої лінії назовні робиться вдих, при поверненні рук у першопочаткове положення - видих.

Третій прийом застосовується при частих і тривалих переймах. Суть прийому полягає в притисненні подушечками великих пальців точок знеболювання: а) шкірні поверхні ділянки передньоверхніх остей клубових кісток (долоні розміщують уздовж стегон); б) позаду біля зовнішніх кутів попереково-крижового ромба (виконують підкладанням під ділянку ромба кистей рук роділлі, стиснутих в кулаки).

*На п'ятому занятті* вагітних ознайомлюють з перебігом пологів у другому та третьому періодах та навчають правилам поведінки під час цих періодів. У процесі проведення занять вагітна повинна засвоїти "правила поведінки" в другому періоді пологів на кушетці і періодично повторювати їх вдома. На цьому занятті вагітних коротко знайомлять з перебігом та тривалістю послідового періоду, характером послідових переймів.

Заключне, *шосте заняття*, присвячується темі "радість материнства". Одночасно ще раз контролюється засвоєння матеріалу попередніх занять. Лікар перелічує основні заходи, які необхідні для нормального перебігу післяпологового періоду: підготовка молочних залоз, туалет сосків, миття рук, своєчасне спорожнення сечового міхура та кишківника, дієта тощо. Наприкінці заняття вагітним ще раз підкреслюється можливість безболісного перебігу майбутніх пологів і нагадуються дані раніше рекомендації.

По закінченні пологів оцінюють ефективність фізіопсихопрофілактичної підготовки, враховуючи поведінку жінки під час пологів та розповідь породіллі про її самопочуття і відчуття. На підставі цих даних виводять одну з таких оцінок ефекту фізіопсихопрофілактичної підготовки: “повний ефект”, “частковий ефект”, “немає ефекту”.

**Медикаментозне знеболення пологів**

Прагнення акушерів-гінекологів використовувати під час пологів абсолютно безпечні методи анестезії або знайти два-три методи, які найбільш повно відповідали б вимогам акушерської практики, на жаль, не є реальними. Майже всі без винятку анестезуючі засоби, що використовуються в загальній анестезіології або в її спеціалізованих областях, були випробувані з метою знеболювання пологів і лише декілька з них були ефективні. Саме проникаюча здатність плаценти є основним фактором, що обмежує використання знеболюючих препаратів в акушерстві, по відношенню до яких бар'єрна її функція далеко недосконала. На сьогодні немає жодного седативного, снотворного чи анальгетичного засобу, який би не впливав на плід. У зв'язку з незрілістю печінки останнього може значно зрости термін дії наркотичних препаратів, що призводить не тільки до депресії дихання, але й до пригнічення рефлекторної активності і навіть до артеріальної гіпотензії. Окрім депресивного впливу на плід велика кількість анестезуючих засобів мають інший суттєвий недолік – пригнічують пологову діяльність. Складність знеболювання пологів значною мірою визначається і їх тривалістю, коли підтримувати стадію анальгезії протягом 10 год і більше багатьма сильними анестезуючими препаратами неможливо. Виникає необхідність передавати метод анестезисту або самій роділлі (аутоанальгезія), що знижує його ефективність. Крім того, під час пологів необхідна фіксована стадія аналгезії, яка потребує збереження здатності хоча б часткового контакту з навколишнім оточенням та усвідомленої участі в пологовому акті. Наявність свідомості в роділлі, її активна участь у процесі пологів, відсутність різких больових відчуттів є гарантією оптимального рівня знеболювання і збереження регулюючої функції кори по відношенню до системи матково-плацентарного кровообігу і скорочувальної діяльності матки.

З огляду на все перелічене, медикаментозне знеболювання пологів повинно задовільняти таким вимогам: 1) повна безпека для матері і плоду; 2) відсутність пригнічуючого впливу на моторну функцію матки; 3) скорочення тривалості пологового акту; 4) попередження і усунення спазму м'язів шийки матки і нижнього маткового сегмента; 5) достатній болезаспокійливий ефект; 6) збереження свідомості роділлі, здатність її брати участь в пологах; 7) відсутність шкідливого впливу на лактацію та перебіг післяпологового періоду; 8) доступність методу знеболювання.

Медикаментозне знеболювання пологів проводять при основних умовах: 1) наявність виражених больових відчуттів, неспокійна поведінка роділлі; 2) розвиток регулярних переймів (утворення пологової домінанти); 3) розкриття шийки матки не менше ніж на 4 см; 4) поява в активну фазу пологів ознак порушення вегетативної рівноваги (підвищення артеріального тиску, збільшення частоти пульсу, рухове збудження, пітливість); 5) відсутність акушерських протипоказань (дистрес плода, поперечне положення плода, передлежання плаценти, неповноцінний рубець на матці тощо).

Сучасні анестезіологічні методи дозволяють впливати на всіх рівнях проведення пологового болю. За допомогою варіантів місцевої та провідникової анестезії можливий перерив аферентної імпульсації по периферичним нервовим утворенням. Анальгетики і нейролептики змінюють сприйняття болю, діючи на рівні ретикулярної формації і ядер зорових горбів. Знеболюючий ефект загальних анестетиків зумовлений впливом на кору великих півкуль головного мозку та розвитком внаслідок цього стану наркозу. Важливим є принцип, за яким починають із використання найменш діючих і поступово переходять до сильно діючих препаратів і методів.

Питання стосовно показань до знеболювання пологів і вибору методу знеболювання вирішуються спільно акушером і лікарем-анестезіологом. Звичайно починають з призначення елементарних знеболюючих (анальгін, баралгін), спазмолітичних (но-шпа, дибазол) препаратів.

**Фентаніл –** сильний опіоїдний анальгетик короткої дії. Для знеболювання пологів фентаніл вводять внутрішньом'язово або внутрішньовенно в дозі 0,05-0,1 мг (1-2 мл), тривалість дії дорівнює 20-25 хв, проникає через плаценту, тому останнє введення повинно бути не пізніше ніж за 2 год до народження дитини. Побічними ефектами препарату є пригнічення дихання у вагітної і плоду, брадикардія, бронхоспастичний компонент. При поєднанні фентанілу з діазепамом, димедролом, дипразином побічна дія значно послаблюється. Для знеболювання пологів за методом нейролептанальгезії внутрішньом'язово вводять 0,5-0,1 мг (1-2 мл) фентанілу і 2,5-5 мг (1-2 мл) дроперидолу.

**Натрію оксибутират** (ГОМК) використовують для знеболення пологів як базисний засіб при необхідності надання сну-відпочинку стомленій роділлі. Анальгетичний ефект від цього препарату слабкий, переважає гіпотонічна дія.

Оксибутират натрію застосовують внутрішньовенно повільно в дозі 10-20 мл 20% розчину (2-4 г речовини), розведеного в 10-20 мл 40% розчину глюкози, або перорально в дозі 4-6 г сухої речовини, розчиненої в 50-100 мл кип'яченої води (мінімальна доза 60-75 мг/кг маси тіла). Тривалість дії анестетика 2-5 год. Після повного пробудження роділлі пологова діяльність продовжується більш активно.

**Налбуфін** - опіоїдний аналгетик групи агоністів-антагоністів опіатних рецепторів. Порушує міжнейронну передачу больових імпульсів на різних рівнях центральної нервової системи, впливаючи на вищі відділи головного мозку. Гальмує умовні рефлекси, чинить седативну дію, спричиняє дисфорію, міоз, збуджує блювальний центр. Меншою мірою, ніж морфін, промедол, фентаніл порушує дихальний центр і впливає на моторику шлунково-кишкового тракту. Не впливає на гемодинаміку. Ризик розвитку звикання та опіоїдної залежності при контрольованому застосуванні значно нижчий, ніж для опіоїдних антагоністів. При внутрішньовенному введенні ефект розвивається через декілька хвилин, при внутрішньом’язовому ‒ через 10-15 хв. Максимальний ефект − через 30-60 хв, тривалість дії − 3-6 годин. Препарат чинить швидку знеболювальну дію. Час досягнення максимальної концентрації препарату в крові при внутрішньом'язовому введенні − 0,5-1 година. Метаболізується у печінці. Виводиться у вигляді метаболітів з жовчю, у незначній кількості − з сечею. Проходить через плацентарний бар'єр, у період пологів може спричиняти пригнічення дихання у новонародженого. Проникає у грудне молоко. Період напіввиведення ‒ 2,5 - 3 години. При знеболюванні під час пологів препарат слід застосовувати у дозі 20 мг внутрішньом’язово.

**Місцева, регіонарна анестезія.** Для місцевої анестезії використовують 0,25-0,5% розчин новокаїну, 0,5-1% розчин тримекаїну, 0,25-0,5% розчин лідокаїну. Ці розчини в більш високих концентраціях, використовують для епідуральної та спінальної анестезії.

**Пудендальна анестезія.** Застосовується на початку періоду зігнання. Суть методу полягає в блокуванні усіх розгалужень статевого нерва з метою ліквідації відчуття болю в промежині і піхві. Існує два способи проведення блокади: через промежину та через бокові стінки піхви. При першому способі голку довжиною не менше 10 см вводять в точки, які розташовані посередині між сідничим горбком і краєм зовнішнього сфінктера прямої кишки. Переконавшись у відсутності крові в шприці (не пошкоджена статева артерія), вводять по 10-30 мл 0,25-0,5% розчину новокаїну з кожного боку. При другому способі - проколюють стінку піхви на рівні сідничної ості і кінець голки розміщують безпосередньо за нею. Ознакою ефективності даної маніпуляції є відсутність скорочення зовнішнього сфінктера прямої кишки при доторкуванні до нього.

**Перидуральна анестезія.** Застосовується для знеболювання як нормальних пологів (при відсутності ефекту від використання попередніх методів), так і ускладнених різноманітною патологією (захворювання серцево-судинної системи, нирок, печінки, ендокринопатії, пізні гестози). Крім того, тривала перидуральна анестезія може бути використана під час усіх видів оперативного розродження та дискоордннованій пологовій діяльності.

Основними перевагами даного методу є висока ефективність (92-95%), можливість збереження свідомості хворої, відсутність пригнічуючої дії на скорочувальну функцію матки. Специфічними акушерськими протипоказаннями для використання є рубець на матці, передлежання плаценти, передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти.

Застосуванням тривалої перидуральної анестезії досягається блокада провідників від нервових сплетінь матки, що йдуть у складі аферентних шляхів і входять у спинний рівень XI, XII грудного, I поперекового, II-IV крижовозокового сегментів.

Перидуральну анестезію починають при встановленій регулярній пологовій діяльності і відкритті шийки матки на 3-4 см. Дозу анестетика - 2% розчин лідокаїну або 2,5% розчин тримекаїну - підбирають індивідуально в залежності від росту та маси тіла (в середньому 6-10 мл). Інтервал між введеннями на початку активної фази пологів – 1-1,5 год, в кінці першого періоду -30-40 хв.

Надзвичайно корисною основою (фоном) для будь-якого виду знеболювання є збагачення крові роділлі киснем - оксигенотерапія.

**5. План організації заняття.**

* + Організаційний момент 2% навчального часу
  + Мотивація теми 3% навчального часу
  + Контроль вихідного рівня знань 20% навчального часу
  + Самостійна робота студентів під контролем викладача 35% навчального часу
  + Контроль остаточного рівня знань 20% навчального часу
  + Оцінка знань студентів 15% навчального часу
  + Узагальнення викладачем завдання додому, зауваження 5% навчального часу

**6. Основні етапи заняття.**

А. *Підготовчий* – за допомогою контрольних запитань, ситуаційних задач визначити ступінь готовності студента до виконання самостійної роботи з теми, при позитивній оцінці – допустити до роботи і видати індивідуальне завдання.

Б. *Основний* – самостійна робота студентів під контролем викладача. Разом з  
викладачем проводять УЗ дослідження, кардіотокографію, моніторинг плода, визначають біофізичний профіль плода. Студенти разом з викладачем визначають загальні зміни в організмі жінки під час вагітності, зміни з боку жіночих статевих органів в різні терміни вагітності. Проводять оцінку результатів дослідження функціонального стану плода та вирішення тактики подальшого ведення вагітності та пологів. Після одержання завдання для самостійної роботи студенти під керівництвом викладача вивчають та практично оволодівають необхідними методами.

Основні моменти 2 та 3 періодів пологів опрацьовують на фантомі під керівництвом викладача. Студенти, розподілені на групи по 2-3 особи, самостійно працюють на фантомі під контролем викладача, з’ясовують моменти біомеханізму пологів. Після цього студенти разом з викладачем переходять до пологового залу або у відділення патології вагітних (залежно від наявності відповідних вагітних), виконують опитування роділлі, зовнішній огляд, зовнішні дослідження – вимірювання тазу, визначення положення, позиції, виду плода, передлежачої частини, обчислювання передбачуваної маси плода, терміну пологів, аускультацію серцебиття плода, визначення тривалості та частоти перейм.

В. *Заключний* - контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування задач, усних  
виступів студентів про виконану роботу, визначення ступеня ризику, узагальнення,  
оцінка праці кожного студента, зауваження за ходом заняття з оцінкою знань  
студентами питання профілактики ускладнень вагітності, перебігу вагітності та  
пологів. Узагальнення викладача, оцінка роботи студентів, завдання додому.

**7. Методичне забезпечення.**

*Місце проведення заняття:* Навчальна кімната, кабінет функціональної діагностики, жіноча консультація, палати патології вагітних, пологовий блок.

*Оснащення наглядними посібниками:* Таблиці. Муляжі. Пацієнтки.

**8. Контрольні запитання і завдання**

1. Теорії настання пологів, їх обґрунтування.
2. Що називається фізіологічними пологами.
3. Як оцінюється готовність організму жінки до пологів?
4. Дайте визначення прелімінарного періода.
5. Ознаки початку регулярної пологової діяльності.
6. Перелічити періоди пологів, їх розмежування та тривалість.
7. Класифікація першого періоду пологів за Фрідманом.
8. Варіанти злиття навколоплідних вод.
9. Що включає в себе поняття зганяльні пологові сили?
10. Дати визначення і охарактеризувати перейми.
11. Визначити принципи потрійного низхідного градієнта.
12. Дати визначення поняттям контракція, ретракція, дистракція.
13. Що таке контракційне кільце?
14. Внутрішній та зовнішній пояс прилягання.
15. Принципи ведення фізіологічних пологів.
16. Піхвове дослідження в пологах, показання, протипоказання, проведення
17. Як визначити ступінь розкриття шийки матки?
18. Варіанти розкриття шийки матки у першо- та повторнонароджуючої жінки.
19. Задачі лікаря акушера-гінеколога у першому періоді пологів.
20. Що називається провідною точкою, провідною віссю таза, великим сегментом голівки плода, малим сегментом?
21. Відношення передлежачої частини плода до площин малого тазу.
22. Що ми називаємо точкою фіксації?
23. Що таке біомеханізм пологів?
24. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання?
25. Фактори, що сприяють утворенню заднього виду потиличного передлежання.
26. Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання?
27. Особливості клінічного перебігу пологів при задньому виді потиличного передлежання.
28. В чому полягає надання акушерської допомоги при народженні плода?
29. Дати визначення ІІІ періоду пологів, назвати його тривалість.
30. Який механізм гемостазу в ІІІ періоді пологів?
31. Фізіологічна крововтрата у пологах, які її абсолютні та відносні допустимі величини?
32. Методи знеболення в першому періоді пологів.
33. Первинний туалет новонародженого.
34. Поняття та компоненти «теплового ланцюжка».

**Ситуаційні задачі**

1. Першонароджуюча 20 років госпіталізована з переймоподібними періодичними болями, що тривають протягом 8 годин по 30-40 секунд, через 3-4 хв. Положення плода поздовжнє, ЧСС 132 уд/хв., нижче й лівіше пупка. Піхвове дослідження: шийка матки згладжена, розкриття до 6 см, плідний міхур цілий, нижній полюс голівки на 4 см вище Lin.interspinalis. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім’ячко ліворуч під лоном.

Сформулюйте повний діагноз і складіть план ведення пологів.

2. Першонароджуюча К., 21 рік, поступила в пологовий будинок з доношеною вагітністю о 14 год. з переймами через 5-6 хв., по 30-35 сек. Дані анамнезу: спадковість не обтяжена. Пологи розпочались о 9 год. Менструація з 14 років встановилася відразу по 5 днів через 26 днів. Статеве життя з 19 років. Ця вагітність перша, протікала без ускладнень. При огляді: загальний стан задовільний, пульс 74 уд. за хв., АТ 120/80 мм рт. ст. Окружність живота 115 см, висота стояння дна матки над лоном 36 см. Положення плода повздовжнє, спинка зліва, передлежання плода головне. Серцебиття плода 140 уд. за хв., ритмічне. Розміри тазу 26-29-30-21 см. Р.V. Шийка матки розташована по центру, згладжена, маткове вічко відкрите на 3 см, плідний міхур цілий. Передлежить голівка, рухома, над входом в малий таз. Мис не досягається. Екзостозів в малому тазу немає.

Діагноз.Характер передлежачої частини, позиція і вид передлежання.

3. Першонароджуюча М., 20 років, перебуває в пологах, що розпочалися в термін і тривають 16 годин. Вилились світлі навколоплідні води, розпочались потуги. Загальний стан задовільний, АТ 120/80 мм рт. ст. Окружність живота 100 см, висота стояння дна матки 32 см. Розміри тазу 25-28-30-20 см. Положення плода повздовжнє, передлежача частина - голівка, щільно притиснута до площини входу в малий таз, але більша її частина знаходиться над входом. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд. за хв. Р.V. Відкриття маткового вічка повне, плідний міхур відсутній, крижова западина вільна, до мису можна підійти тільки зігнутим пальцем, внутрішня поверхня лонного зчленування доступна дослідженню. Стрілоподібний шов голівки знаходиться в правому косому розмірі, мале тім’ячко визначається зліва ближче до лонного зчленування, нижче великого тім’ячка голівки.

Діагноз.Характер передлежачої частини, позиція і вид передлежання.

**10. Тестовий контроль.**

1. У породіллі при вагінальному обстеженні відкриття маткового зіва до 2 см, плодовий міхур цілий. Крижова западина вільна, до мису крижа можна підійти тільки зігнутим пальцем, внутрішня поверхня зчленування доступна обстеженню. Передлежить голівка плода. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі, мале тім’ячко зліва, збоку. Який період пологів?

A. Послідовий період

B. Прелімінарний період

C. Передвісники пологів

D. Період зганяння плода

E. Період розкриття шийки матки

2. Першороділля 20 років з багатоводдям знаходиться у пологах 3 години. Пологова діяльність активна. Плід один, у головному передлежанні. Серцебиття плода не страждає. Розкриття шийки матки 4 см. Плодовий міхур напружений поза переймами. Визначте тактику ведення пологів:

A. Стимуляція пологів простагландинами.

B. Вичікувальна тактика.

C. Кесарів розтин.

D. Сон-відпочинок.

E. Амніотомія.

3. Вагітна 39 років, народжує вперше. 10 років лікувалася з приводу безпліддя. Вагітність 41-42 тижні, положення плода повздовжнє, головне передлежання. Плацента біля дна, третя ступінь зрілості, наявність кіст, петрифікатів. Біофізичний профіль плода по Менінгу 5-6 балів. Передбачувана маса плода 3900±200 г. При вагінальному дослідженні: шийка матки довга, щільна, зовнішнє вічко замкнуте. Голівка плоду притиснута до входу в малий таз. Навколоплідні води не відходили. Яка тактика ведення найбільш доцільна?

A. Плановий кесарів розтин

B. Кесарів розтин з початком пологової діяльності

C. Внутрішньовенне введення окситоцину

D. Амніотомія з наступним родозбудженням

E. Консервативне ведення пологів з початком пологової діяльності

4. Голівка новонародженого має доліхоцефалічну форму. При огляді голівки на потиличній частині визначається пологова пухлина, розташована на середині між великим і малим тім'ячком. При якому передлежанні голівки плоду відбулися описані пологи?

A. При лицевому передлежанні

B. При передньому виді потиличного передлежання

C. При передньоголовному передлежанні

D. При лобовому передлежанні

E. При задньому виді потиличного передлежання

5. При внутрішньому акушерському дослідженні породіллі крижова западина цілком заповнена голівкою плоду, сідничні ості не визначаються. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко звернене до симфізу. У якій площині малого таза знаходиться передлежача частина плоду?

A. Площина вузької частини порожнини малого таза

B. Площина широкої частини порожнини малого таза

C. Площина виходу з малого таза

D. Площина входу в малий таз

E. Над входом у малий таз

6. При піхвовому дослідженні через 6 годин після початку пологової діяльності визначається: відкриття шийки матки до 5 см, передлежить голівка плоду, притиснута до входу в малий таз. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі входу в малий таз, мале тім'ячко зліва, збоку. Про який момент біомеханізму родів йде мова?

A. Згинання голівки

B. Розгинання голівки

C. Внутрішній поворот голівки

D. Додаткове згинання голівки

E. Внутрішній поворот плічок

7. Положення плода подовжнє, голівка малим сегментом у вході в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд./хв., зліва нижче пупка. Стрілоподібний шов в правому косому розмірі, мале тім’ячко зліва ближче до лона. Вкажіть позицію та вид позиції:

A. Перша позиція, задній вид

B. Перша позиція, передній вид

C. Друга позиція, передній вид

D. Друга позиція, задній вид

E. Високе пряме стояння стрілоподібного шва

8. Роділля 23 років. При внутрішньому акушерському дослідженні розкриття шийки матки повне. Плідний міхур відсутній. Передлежить голівка, в площині виходу з малого тазу. Стрілоподібний шов в прямому розмірі виходу з тазу, мале тім'ячко ближче до лона. Яким розміром голівка народиться плід при даному варіанті передлежання?

A. Малим косим

B. Прямим

C. Поперечним

D. Середнім косим

E. Великим косим

9. Роділля, 25 років, ІІ період пологів. При внутрішньому акушерському дослідженні розкриття шийки матки повне. Плідний міхур відсутній. Передлежить голівка, яка повністю виповнює крижову впадину. Сідничні ості не визначаються. При потугах промежина вип'ячується. Де знаходиться голівка

A. Малим сегментом у площині входу в малий таз

B. В площині виходу малого тазу

C. Великим сегментом у площині входу в малий таз

D. В площині широкої частини малого тазу

E. В площині вузької частини малого тазу

10. При зовнішньому дослідженні голівка плоду не визначається. Відійшли навколоплідні води. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, голівка плода розташована нижче нижнього краю лона, куприка та сідничних горбів. Відкриття вічка повне, стрілоподібний шов в прямому розмірі, мале тім’ячко під лоном. Голівка розташована нижче нижнього краю лона, куприка та сідничних горбів, при потугах з’являється зі статевої щілини. Яку площину тазу займає голівка плода?

A. Площину виходу з малого тазу

B. Притиснена до входу в малий таз

C. Площину входу в малий таз

D. Площину широкої частини порожнини малого тазу

E. Площину вузької частини порожнини малого тазу

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

**Основна**

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров’я України». -2018.- 504 с.
2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. - Київ: «Здоров’я Украіни», 2019. - 198 с.
3. Браян А. Маґован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.-  К., 2019 - «Бібліотека «Здоров’я України» - С.542.
7. Акушерський фантом: посібник українською мовою (за ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Усевич І.А., Диндар О.А., Ковалюк Т.В., Самойлова М.В.- К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С.191.
8. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (Edited by V. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: T. Kovaliuk, M.Samoilova – К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С. 190.
9. Назарова І. Б., Самойленко В. Б., Фізіологічне акушерство: підручник (ВНЗ І—ІІІ р.а.) ВСВ «Медицина», 2018, 408 с.
10. Hryshchenko V.I., Shcherbyna M.O., Ventskivskyi B.M. et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
11. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
12. Ліхачов В.К. та ін. «Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика.» Видавництво «Нова книга», 2021, 512 с.
13. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

**Додаткова**

1. Бачинська І.І. Практикум з акушерства: навчальний посібник. — 2-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2021, 104 с.
2. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
3. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
4. МОЗ України Наказ № 8 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Кесарів розтин» від 05.01.2022
5. МОЗ України Наказ № 151 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» від 24.01.2022
6. МОЗ України Наказ № 170 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» від 26.01.2022
7. МОЗ України Наказ № 692 «Клінічна настанова, заснована на доказах «профілактика передачі віл від матері до дитини» від 26.04.2022
8. МОЗ України Наказ № 1437 «Нормальна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 09.08.2022
9. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2013.- 239с.
10. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
11. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015