

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Тема:

**«Фізіологія пологів, I та II періоди пологів. Біомеханізм пологів при
потиличних передлежаннях. Знеболювання пологів.»**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»
за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ V, VI КУРСУ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №1, ФПЛЗСУ
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

«Затверджено»

На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №1
протокол № 1 від 29.08.2025 р.

**Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №1,
д.мед.н., професор**

Говсєєв Д.О.



КИЇВ 2025-2026

УДК 618 (072)

Методична вказівка «Фізіологія пологів, I та II періоди пологів. Біомеханізм пологів при потиличних передлежаннях. Знеболювання пологів»

для студентів 5, 6 курсів медичного факультету №1, ФПЛЗСУ та факультету підготовки іноземних громадян з дисципліни «Акушерство та гінекологія»

Авторський колектив:

- **Завідувач кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н., професор Говсєєв Д.О.**
- **Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Лакатош В. П.**
- **Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Загородня О. С.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Авраменко С. О.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бурка О. А.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бондаренко Н. П.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Вітовський Я. М.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жабіцька Л. А.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жегулович В. Г.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Костенко О. Ю.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Леуш С. С.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Наритник Т. Т.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Поладич І. В.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прилуцька А. Б.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прощенко О. М.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Слободяник О. Я.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Ткаліч В. О.**
- **Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Цапенко Т.В.**
- **Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Антонюк М І.**
- **Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Купчік В.І.**
- **Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Осадчук С. В.**

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № 1 від 29.08.2025 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

I.Актуальність 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.

II. Навчальні цілі.

Ознайомитись ($\alpha=1$): Ознайомитись з історичними аспектами, статистичними даними розвитку акушерства в Україні та за кордоном

Мати уявлення про анатомічну будову тазу і його розміри. Площини таза, межі і розміри. М'які тканини пологового каналу, кровопостачання та іннервація органів малого тазу. Анатомічна будова голівки плода, розміри голівки. Шви та тім'ячка на голівці плода.

П. Рівень репродуктивних теоретичних знань результаті проведення заняття студент повинен:

Знати види потиличного передлежання, ведучу точку, точки фіксації при передньому та задньому видах потиличного передлежання.

Знати моменти біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання.

Знати моменти біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання

Засвоїти ($\alpha=2$)

1.Засвоїти теоретичні обґрунтування окремих моментів біомеханізму пологів.

2.Засвоїти особливості біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання.

3.Знати особливості клінічного перебігу I періоду пологів.

4.Засвоїти особливості ведення I періоду пологів.

5.Знати основні принципи складання партограми.

6.Засвоїти особливості клінічного перебігу II періоду пологів.

7.Засвоїти особливості ведення II періоду пологів.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$)

В результаті проведення заняття студент повинен:

Демонструвати на фантомі моменти біомеханізму пологів: а) при передньому виді потиличного передлежання, І позиція; б) при передньому виді потиличного передлежання, І позиція; при задньому виді потиличного передлежання, І позиція. г) при задньому виді потиличного передлежання, І позиція.

Визначати при вагінальному дослідженні на фантомі положення стрілоподібного шва і малого тім'ячка.

У пологовому відділенні:

1. Опитування роділлі - зібрати анамнез, зовнішній огляд, виконати зовнішнє дослідження роділлі - вимірювання тазу.
 2. Обчислити передбачувану масу плода, термін пологів.
 3. Визначення тривалості, частоти перейм. Зробити висновок про період пологів, в якому вона перебуває.
 4. Оцінити стан плода методом аускультатії - аускультатія серцебиття плода.
 5. Дати оцінку перебігу І періоду пологів за наданою партограмою.
- Студентам надаються партограми ведення пологів у різних роділь для їх оцінки.

Вміти ($\alpha=4$)

1. Вміти показати на фантомі передній та задній вид потиличного передлежання.
2. Вміти показати на фантомі моменти біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання.
3. Показати на фантомі моменти біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання.
4. Вміти визначати початок першого періоду пологів, об'єктивно оцінювати динаміку пологової діяльності (ступінь розкриття шийки матки, тривалість перейм).
5. Вміти оцінювати партограму.
6. Вміти визначати і оцінювати серцебиття плода (аускультативно та апаратними методами).
7. Вміти визначати початок другого періоду пологів, об'єктивно оцінювати динаміку просування голівки плода по родовим шляхам.
8. Вміти надавати допомогу у пологах та проводити психофізіологічне знеболювання пологів.

III

Виховні

цілі

- ☐ Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі);
- ☐ Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);
- ☐ Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);
- ☐ Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

№п	Дисципліни	Знати	Вміти
1.	Анатомія людини	Анатомічна будова тазу і його розміри. Площини таза, межі і розміри. М'які тканини пологового каналу, кровопостачання та іннервація органів малого тазу. Анатомічна будова голівки плода, розміри голівки. Шви та тім'ячка на голівці плода.	Застосовувати матеріал
2	Гістологія	Поняття про контракцію, ретракцію, дистракцією м'язових волокон	Застосовувати матеріал
3	Неонатологія	Шви та тім'ячка на голівці плода. Механізми терморегуляції новонародженого.	Застосовувати матеріал

V. 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 37-41⁺⁶ тижні 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..

Передвісники і початок пологів.

Про наближення пологів свідчать так звані передвісники:

1. Наприкінці вагітності (звичайно за 2-3 тижні до пологів) дно матки і передлежача частина плода опускаються. У зв'язку з цим припиняється тиск на діафрагму і жінка відзначає, що стало легше дихати.
2. Перед пологами нерідко відзначають виділення з піхви тягучого слизистого секрету залоз шийки матки.
3. Наприкінці вагітності багато жінок починають відчувати скорочення матки. Перед пологами вони набувають характеру тупого болю у ділянці крижів та нижній частині живота.
4. 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 посиленням виведенням води з організму. Найвиразнішими передвісниками пологів є нерегулярні скорочення матки і виділення з піхви шийкового слизу (слизової пробки).

6. 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).

Періоди пологів

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

I 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.

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.

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 I 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.

Визначення періоду та фази пологів

Симптоми і ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи / відсутність пологової діяльності	-
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см	Перший	Латентна
Шийка розкрита на 3-9 см Швидкість розкриття шийки матки не менше (або більше) – 1 см/год. Початок опускання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см) Голівка плода у порожнині таза Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см) Передлегла частина плода досягає дна таза Роділля починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)
Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	Третій	-

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 I 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 3–4 см включно до 10 см.

Мінімальна швидкість розкриття шийки матки в активну фазу, що вважається нормою становить 1 см/год як у перших так і у наступних пологах. Зазвичай швидкість розкриття у жінок, що народжують вдруге чи втретє більше, ніж у таких, що народжують вперше.

Активна фаза розділяється в свою чергу на три підфази:

- *підфаза прискорення*,
- *підфаза максимального підйому* та
- *підфаза уповільнення*.

Підфаза *прискорення* у першонароджуючих продовжується до 2 годин, у повторнонароджуючих до 1 години. Підфаза *максимального підйому* триває стільки ж годин відповідно. Підфаза *уповільнення* у першонароджуючих продовжується 1–2 години, у повторнонароджуючих 0,5–1 годину. Уповільнення в кінці I-го періоду пологів пояснюється сповзанням шийки матки з голівки плода, що просувається.

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться до ПАРТОГРАМИ.

Аускультация має проводитися кожні 30 хвилин протягом латентної фази та кожні 15 хвилин протягом активної фази першого періоду пологів.

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

Вимірювання температури тіла — кожні 4 години; визначення параметрів пульсу — кожні 2 години; артеріального тиску — кожні 2 години; кількість сечі визначають кожні 4 години.

Піхвове дослідження в пологах проводять 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. 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).

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

ОЦІНКА ПРОГРЕСУВАННЯ ПОЛОГІВ

З метою оцінки прогресування пологів визначають: • швидкість розкриття шийки матки

Швидкість розкриття шийки матки оцінюється шляхом внутрішнього акушерського дослідження, що його проводять кожні 4 години. Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності показань: – спонтанний розрив плодових оболонок;

- – патологічна частота серцебиття плоду (менше 110 або більше 170 ударів за хвилину); випадіння пуповини;
- – у разі підозри на неправильне передлежання/ вставлення голівки плоду; затримки прогресу пологів; кровотечі (огляд в умовах операційної).
- частоту та тривалість перейм
- наявність просування голівки плода у порожнину таза

Партограма (вкладиш до історії пологів № 234)

ПІБ *Марія О.*

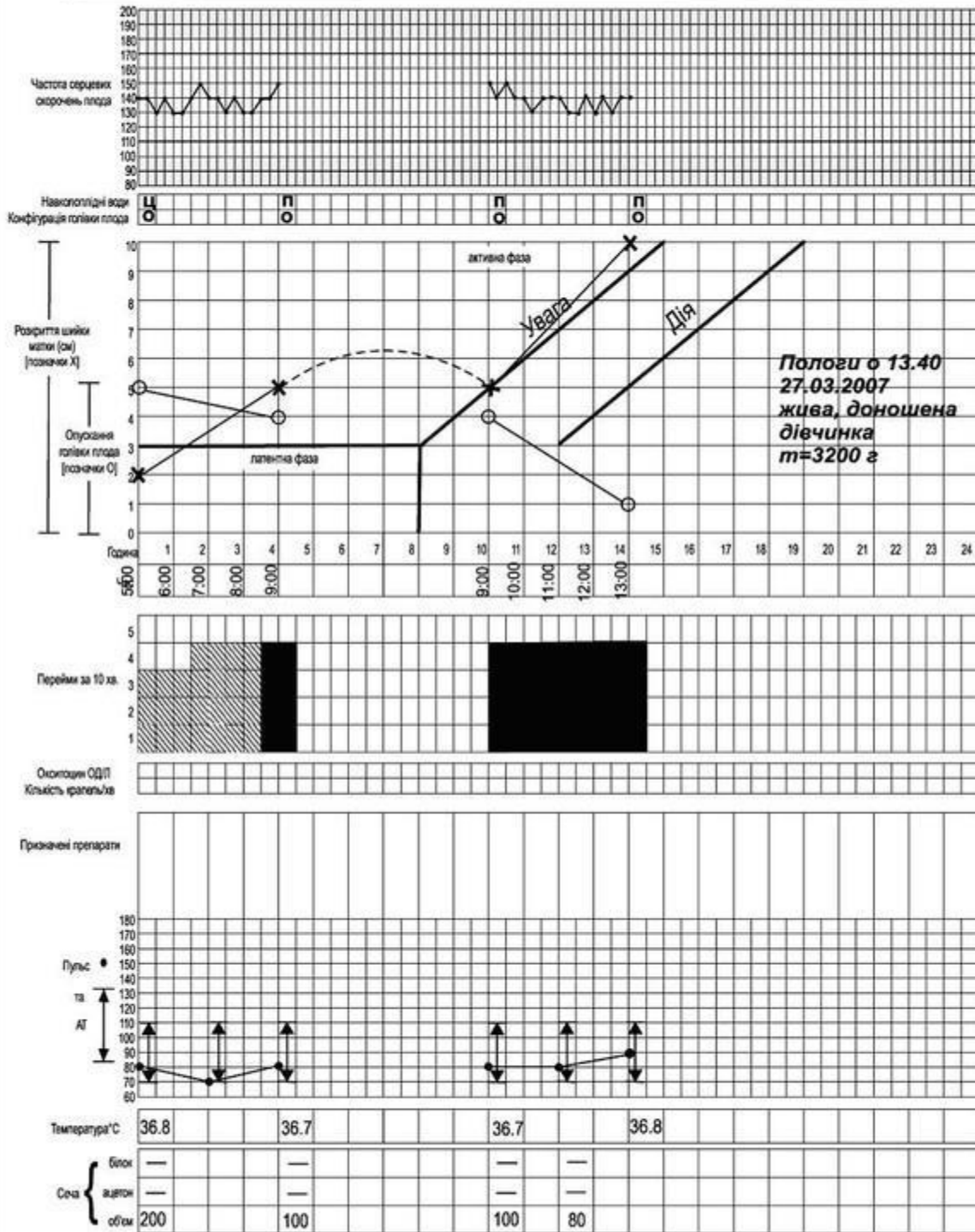
Вагітність *1*

Кількість пологів в анамнезі *0*

Дата госпіталізації *27.03.2007*

Час госпіталізації *5.00*

Тривалість безводного проміжку *—*



Діагноз:

Мал. 1 Партограма (приклад заповнення)

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

Аускультация 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.. Контроль за станом жінки здійснюють шляхом реєстрації наступних показників: пульс та артеріальний тиск (кожні 2 години), температура (кожні 4 години), сеча: об'єм; наявність білка або ацетону – за показами (кожні 4 години)

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

Визначення ступеня вставлення голівки методом внутрішнього акушерського дослідження (мал.2)

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

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

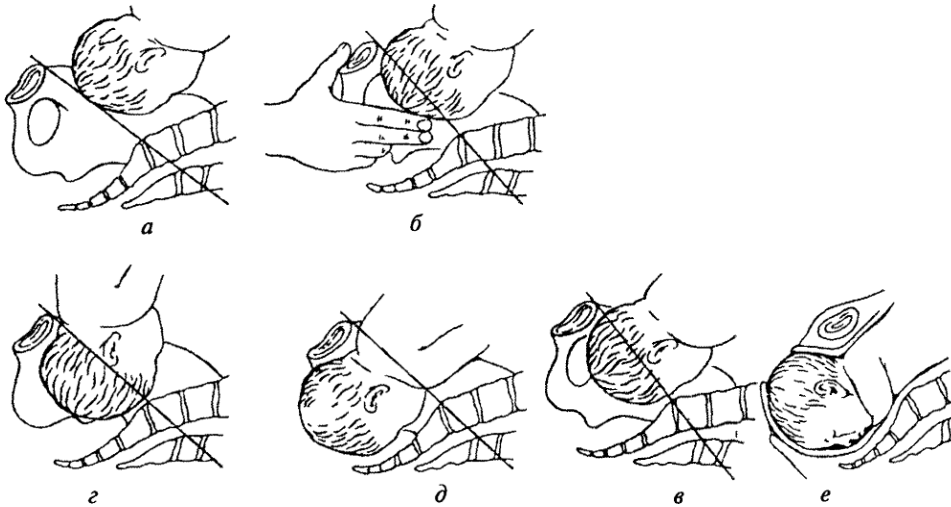
Голівка великим сегментом у вході в малий таз. Голівка займає верхню третину симфізу і крижів. Мис недосяжний, сідничні ості пальпуються легко. Голівка зігнута, мале тім'ячко нижче великого, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів.

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

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

Голівка у виході таза. Крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, стрілоподібний шов розташований в прямому розмірі виходу з малого таза. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

□ □ □ □ □ □



Мал.2 Положення голівки плоду при просуванні попологовим шляхам:

а) над входом у малий таз, б) притиснута до входу у малий таз, в) малим сегментом у вході до малого таза, г) великим сегментом у вході до малого таза, д) у порожнині малого таза, е) у виході з малого таза.

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

-3 - голівка над входом в таз;
 -2 - голівка притиснута до входу в малий таз;
 -1 - голівка малим сегментом у вході в малий таз,

0 - голівка великим сегментом у вході в малий таз, +1- голівка в широкій частині малого таза;
 +2 - голівка у вузькій частині малого таза,
 +3 - голівка у виході з малого таза

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ВЕДЕННЯ II ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ.

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

Важливими поняттями II періоду є: потуги (натуги) – ритмічне, свідомо кероване поєднання скорочення маткової мускулатури, черевного пресу, діафрагми та тазового дна; вривування голівки – поява голівки з вульварного кільця лише під час потуги;

прорізування голівки – голівка зберігає положення у вульварному кільці після припинення потуги.

Ведення другого періоду пологів вимагає:

вимірювання артеріального тиску, пульсу у роділлі кожні 10 хвилин;

контролю серцевої діяльності плода кожні 5 хвилин під час ранньої фази, та після кожної потуги під час активної фази;

контролю за просуванням голівки плода по родовому каналу, який здійснюється за допомогою внутрішнього акушерського дослідження кожну годину.

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

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

Показаннями до проведення розтину промежини є (ВООЗ):

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

Слід особливо зазначити, що надання вільного положення жінки під час потуг сприяє більш динамічному проходженню плоду через пологові шляхи, при цьому найбільш ефективними є позиції сидячи навпочіпки, сидячи на стільці, стаючи, підтягуючись на дробинці, лежачи на боці.

Біомеханізм пологів — це сукупність згинальних, поступальних, обертальних і розгинальних рухів, які здійснює плід, проходячи родовим каналом матері. Біомеханізм родів характеризується провідною точкою, точкою фіксації і превалуючим рухом, який виконує передлежача частина, вставляючись у площини малого таза.

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 складається з 4 моментів.

ПЕРШИЙ МОМЕНТ

- згинання голівки
- опускання її в площину входу до малого таза

Це поворот голівки навколо своєї поперечної осі. Внаслідок згинання голівки, мале тім'ячко розміщується на нижньому полюсі передлеглої частини, наближаючись до провідної лінії таза, і стає «ведучою точкою». Внаслідок цього згинання голівки проходить через таз найменшою окружністю, яка проходить через малий косий розмір і дорівнює 32 см.

ДРУГИЙ МОМЕНТ

- внутрішній поворот голівки
- Він здійснюється при переході її з широкої у вузьку частину малого таза.

Голівка поволі повертається навколо своєї осі так, що потилиця напрямлена до симфізу, і обличчя — до крижової кістки. При цьому стрілоподібний шов поступово змінює своє положення, переходячи з поперечного розміру у косий, потім з косого — у прямий розмір виходу тазу.

Стрілоподібний шов при

- I позиції проходить через правий косий розмір
- II — через лівий косий розмір тазу.

ТРЕТІЙ МОМЕНТ

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

ЧЕТВЕРТИЙ МОМЕНТ

- внутрішній поворот плечіків
- зовнішній поворот голівки.

Під час врізування та прорізування голівки тулуб просувається до малого тазу, причому поперечний розмір плечіків вступає в один з косих розмірів входу до малого тазу.

На тазовому дні плічка здійснюють внутрішній поворот, подібно до повороту голівки плода.

Закінчивши поворот, плічка встановлюються прямим розміром в прямому розмірі площини виходу тазу.

Цей поворот плечіків передається голівці, яка народилася, що відповідає четвертому моменту біомеханізму пологів.

Голівка при цьому обертається обличчям до стегна матері: при I позиції — до правого, при II — до лівого.

Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання

складається з 5 моментів.

ПЕРШИЙ МОМЕНТ

(не відрізняється від переднього виду потиличного передлежання).

Лінія-орієнтир

Стріловидний шов

- Згинання голівки плода
- Опускання голівки плода

ДРУГИЙ МОМЕНТ

• Внутрішній поворот голівки плода: потилиця обертається не до симфізу, як при передньому виді потиличного передлежання, а до крижової кістки, обличчя обернене до симфізу. Слідом за потилицею повертається назад спинка плода.

Таким чином, мале тім'ячко спрямоване в бік крижів, а велике — до симфізу.

Стрілоподібний шов через однойменний з позицією косий розмір переходить в прямий розмір виходу тазу.

ТРЕТІЙ МОМЕНТ

- додаткове згинання голівки плода
- Вона фіксується у середині нижнього краю симфізу ділянкою переднього

краю великого тім'ячка, утворюється перша точка фіксації, навколо якої завершується додаткове згинання, котре триває, доки не утвориться друга точка фіксації.

ЧЕТВЕРТИЙ МОМЕНТ

- розгинання голівки
- Подальше прорізування голівки відбувається внаслідок утворення нової,

другої точки фіксації між підпотиличною ямкою і верхівкою куприка. Таким чином, голівка народжується лицем зпід симфізу, вона прорізується трохи більшим обводом, ніж обвід малого косого розміру середнім косим

розміром.

П'ЯТИЙ МОМЕНТ

(не відрізняється від четвертого моменту біомеханізму пологів при передньо-му виді потиличного передлежання)

Конфігурація голівки при задньому виді потиличного передлежання доліхоцефалічна.

Деференційні ознаки переднього та заднього видів потиличного передлежання

Ознака	Передній вид	Задній вид
Провідна точка	Мале тім'ячко	Середина між малим та великим тім'ячком
Розмір вставлення голівки в малий таз	Малий косий, діаметр 9,5см, окружність -32см	Середній косий, діаметр – 10см, окружність – 33см
Моменти механізму пологів	I – згинання голівки II – внутрішній поворот головки потилицею допереду III – розгинання голівки IV – внутрішній поворот плечиків, зовнішній поворот голівки	I – неповне згинання голівки II - внутрішній поворот головки потилицею дозад III – додаткове згинання голівки III - розгинання голівки IV – внутрішній поворот плечиків, зовнішній поворот голівки

Точка фіксації	1-Підпотилична лобкова дуга	ямка, Межа волосистої частини голови, лобкова дуга Підпотилична ямка, крижово-куприковий суглоб
----------------	-----------------------------	---

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

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

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

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

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..

Другий момент – виведення голівки зі статевої щілини поза потугами.

Третій момент – зменшення напруження тканин промежини.

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..

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 натягнення 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

ЗНЕБОЛЮВАННЯ

ПОЛОГІВ

Причини виникнення болю під час пологів та його наслідки.

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 індивідумів.

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.

Знеболювання пологів за погодженням жінки

Вагітність - щасливий, але вкрай бентежний період. Страх перед першими пологами цілком зрозумілий, але деякі жінки бояться народжувати й вдруге, й втретє. Це природне почуття, адже самозбереження та збереження життя дитини — головні та найпотужніші інстинкти жіночої психіки

Дослідження показують, що не всі роділлі відчують біль однаково.

- 6 % - жінок практично не відчують пологового болю
- 33 % - відчують помірний пологовий біль
- 61 % - потерпають від сильного болю.

Саме ці жінки потребують допомоги.

Тим більше, що сильний пологовий біль та стрес негативно впливають як на функціональний стан усіх систем і органів роділлі, так і на стан малюка під час пологів.

Сучасні методи знеболення пологів

- Немедикаментозні методи;
- Медикаментозні методи;
- Регіонарна аналгезія (епідуральна анестезія).

Немедикаментозні методи

- Масаж - рекомендовано.
- Дихальна гімнастика та розслаблення - рекомендовано.
- Прослуховування музики - рекомендовано.
- Акупунктура, акупресура, гіпноз – не ефективні, але можуть застосовуватися якщо жінка наполягає.
- Введення води підшкірно – не рекомендовано.
- Водні процедури- рекомендовано, але необхідний контроль за температурою та чистотою води
- Електрична нервова стимуляція- не рекомендовано.

Медикаментозні методи

- Наркотичні препарати в/м. рекомендовані у разі неможливості проведення ЕДА та лише за умови ,коли до народження дитини залишилося не менше 2 годин, оскільки дана група препаратів пригнічує дихання дитини.
- Інгаляційна анестезія N₂O (Entonox) -рекомендовано

Допомога роділлі подолати біль під час пологів є завданням медичних працівників та присутнього партнера. Зменшення больових відчуттів може бути досягнуто застосуванням простих немедикаментозних методів знеболювання:

максимальна психологічна підтримка та заспокоєння;

зміна положення тіла (див. Рисунок 1): заохочення роділлі до активних рухів; пропонують партнеру масажувати їй спину; погладжувати низ живота; тримати її руку і протирати обличчя вологою губкою між переймами; пропонують жінці дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих);

локальні натискання на крижову ділянку: під час перейми необхідно сильно натискати кулаком або зап'ястям на крижову ділянку. Роділля самостійно визначає місце та силу, з якою потрібно проводити натискання. Щоб утримати рівновагу, друга рука партнера розміщується спереду на передній верхній клубовій ості. Між переймами натискання не проводять;

подвійне стискання стегон: роділля стоїть на руках і колінах, нахилившись уперед. Партнер кладе руки на сідничні м'язи тривало натискаючи всією долонею по діагоналі до центру таза жінки;

колінне натискання: роділля сидить рівно на стільці з розведеними колінами приблизно 10 см, ступні щільно опираються на підлогу. Партнер заходить перед нею і розміщає опорну частину долоні поверх великогомілкової кістки, тривало натискаючи на коліна в бік тазостегнових суглобів жінки, нахилившись у її сторону;

гідротерапія: прийом душу або занурення у воду з температурою 36-37°C у активній фазі (за можливості). Тривалість перебування у ванній чи душі залежить від бажання жінки, але необхідно постійно підтримувати температуру води у заданих межах і проводити термометрію у роділлі та води щогодини, щоб переконатися, що жінці комфортно і не стає холодно. Температура води не повинна бути вище 37,5°C.

масаж: техніка масажу полягає у легкому поглажуванні живота, вібрації та розминанні рук, ніг та коміркової зони, сильні кругові рухи, тривале натискання на різні точки та область ромбу Міхаеліса.

За бажанням жінки можливе використання медикаментозного (системного) знеболення: інгаляційна та регіонарна аналгезія.

Ходячи, стоячи, спираючись



Стоячи навколішки



Сидячи



Сидячи навпочіпки



Епідуральна аналгезія

Забезпечує найбільш ефективне знеболення

Не збільшує частоту кесарського розтину

Має позитивний вплив на КОС дитини

Не подовжує перший період пологів

Асоціюється з подовженням другого періоду пологів та частотою інструментального розродження через природні пологові шляхи.

Показання

- Бажання жінки.
- Прееклампсія у матері: в цьому випадку ЕДА дає змогу контролювати рівень артеріального тиску та полегшує пологи.
- Патології шийки матки, які дозволяють вагінальні пологи, але ускладнюють розкриття матки.
- Пологовикликання.
- Багатоплідна вагітність.
- Пологи з рубцем на матці.

Протипоказання

- Вади серця (стеноз аортального клапану).
- Алергія на препарат.
- Проблеми згортання крові.
- Інфекції на шкірі спини в місці уколу.
- Погіршення стану плода у пологах (дистрес).
- Відмова роділлі.

Техніка епідуральної анестезії

- Пацієнтку просять сісти та вигнути спину колесом, або лягти на бік та ніби звернутись калачиком;
- Потім роблять ін'єкцію місцевого анестетика, щоб знеболити місце, в якому буде проведено епідуральну аналгезію;
- За допомогою голки пацієнту вводять епідуральний катетер, який має вигляд маленької пластикової трубки. Потім голку прибирають, а катетер лишається.
- Ефект розвивається протягом 10-15 хвилин та тримається, в залежності від анестетика, 40-90 хвилин (в середньому близько 60).

Після чого в разі необхідності анестезіолог вводить нову дозу препарату.

• Використовуються виключно анестетики низької концентрації, які не чинять негативного впливу на пацієнтку, дитину та пологову діяльність.

Недоліки ЕДА

Випадки недостатнього знеболення при ЕДА

Адекватна анальгезія: 68,6%

Односторонній блок:

недостатнє знеболення зліва - 20,2 % недостатнє знеболення справа - 11,2%

Пацієнт контрольована епідуральна анестезія (РСЕА)

Епідуральний катетер з'єднується зі спеціальним пристроєм (перфузором), який при натисканні кнопки вводить породіллі заздалегідь запрограмовану дозу препарату.

Техніка спінальної анестезії (СА)

- пацієнтку просять сісти та вигнути спину колесом, або лягти на бік та ніби звернутись калачиком;
- тонкою голкою анестезіолог потрапляє у спінальний простір та вводить дозу анестетика.

Ефект розвивається протягом 5 хвилин. Після перевірки рівня блоку можна розпочинати операцію.

- Тривалість ефекту 120 хвилин в середньому

Переваги

- Спінальна анестезія має практично 100% випадків повного знеболення, без похибок, які трапляються у епідуральній анестезії.
- Пацієнтка залишається при свідомості, має змогу спілкування, з перших хвилин бачить дитинку.
- Можливо прикласти дитину до грудей в умовах операційної
- Достатнє розслаблення всіх м'язів живота пацієнтки, що дає більше переваг хірургам під час операції
- Мінімальне (або відсутнє взагалі) фармакологічне навантаження на плід і новонародженого.
- Зменшення обсягу крововтрати за рахунок гіпотензивного ефекту.
- Інтервал до вилучення плоду під час операції кесарського розтину не обмежений у часі.
- Можливість раннього харчування породіллі.

Недоліки

- Дуже рідко трапляються випадки головного болю, які посилюються у вертикальному положенні тулуба.
- Іноді має ускладнення у вигляді неприємних відчуттів в місці уколу.
- Час знеболення обмежений.
- Під час операції може виникати нудота.

Комбінована спінальна та епідуральна анестезія

- У 2020 році 113 пацієнток при операціях у гінекологічному відділенні та 32 пацієнтки з прееклампсією в акушерському відділенні отримали комбіновану спінальну та епідуральну анестезію.
- Це покращило перебіг післяопераційного періоду, якість знеболення та час відновлення пацієнток.

Тестові завдання

1. До пологового будинку КШД доставлено жінку у II періоді пологів. Після обстеження лікарем вироблений план ведення пологів: пологи вести консервативно із застосування амніотомії. При якому випадку повинна бути проведена амніотомія при фізіологічних пологах?

- A. при повному розкритті маткового вічка
- B. води забарвлені меконієм (за даними амніоскопії)
- C. при тазовому передлежанні
- D. при розкритті вічка матки менше 4 см

2. Жінка переведена до пологового залу з приймального відділення з діагнозом: “Вагітність I, 40 тижнів. Головне передлежання. Передній вид перша позиція. Початок II періоду пологів”. Черговим лікарем вироблений план ведення пологів: II період вести консервативно під контролем внутрішньоутробного стану плода. Контроль серцевої діяльності плода у II періоді відбувається кожні

- A. 5 хвилин
- B. 15 хвилин
- C. 30 хвилин
- D. 20 хвилин

3. Жінка у віці 31 року знаходиться у II періоді пологів, потуги тривають 2 години. Голівка плода у II позиції. Кожна перейма супроводжується брадикардією у плода до 100/хвил, що триває 30 секунд. Що з вказаного передбачає ця клінічна ситуація?

- A. здавлення голівки плода
- B. системна гіпоксія плода
- C. поганий прогноз для плода
- D. зв'язок з маловоддям
- E. зниження рН крові плода

4. Під час ведення II періоду пологів вислуховується монотонне серцебиття плода на рівні 110 уд/хв при потугах та в інтервалах між ними. Голівка плода знаходиться в порожнині малого тазу. Причини зменшення варіабельності ЧСС плода - всі вказані, за виключенням:

- A. стимуляція плода
- B. недоношеність
- C. прийом барбітуратів
- D. асфіксія

5. Під час ведення II періоду у повторнонароджуючої встановлено\ ЧСС плода до 90 уд/хв, голівка плода у площині виходу малого тазу, наявність рубцевих змін промежини після розтину у попередніх пологах. Прийняте рішення про використання епізіотомії. Епізіотомію застосовують для запобігання:

- A. розвитку дистресу плода
- B. поганого заживлення промежини
- C. розриву м'язів промежини
- D. скорочення м'язів, що піднімають анус.

6. Під час ведення пологів, на початку II періоду, у роділлі на тлі епідуральної анестезії встановлено артеріальний тиск 90/60 мм. Рт. Ст. на обох руках. ЧСС плода - 135 уд/хв. \nЕпідуральна анестезія може викликати у роділлі всі перераховані стани, за виключенням:

- A. збільшення серцевого викиду
- B. гіпотензії
- C. погіршення транспорту через плаценту
- D. зниження венозного возврату
- E. збільшення кровонаповнення вен

7. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено повне розкриття шийки матки, стрілоподібний шов голівки в лівому косому розмірі площини входу до малого тазу, мале тім'ячко ліворуч під лоном. Діагноз\: “Другий період пологів Передній вид потиличного передлежання.” Другий період пологів починається з:

- A. повного розкриття шийки матки
- B. внутрішнього повороту голівки
- C. зігнання голівки
- D. опущення передлеглої частини
- E. відходження навколоплідних вод

8. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що нижній полюс голівки знаходиться на рівні інтерспінальної лінії. Яка ступінь вставлення голівки?

- A. великим сегментом у вході в малий таз
- B. голівка в порожнині малого тазу
- C. малим сегментом у вході в малий таз
- D. голівка в площині виходу малого тазу

9. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що передлежить голівка, спереду, ближче до лона пальпується мале тім'ячко, стрілоподібний шов в правому косому розмірі, кістки черепа помірно знаходяться одна на одну. Яка ступінь конфігурації голівки?

- A. друга
- B. третя
- C. перша
- D. нульова

10. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що передлежить голівка, спереду, ближче до лона пальпується мале тім'ячко, стрілоподібний шов в прямому розмірі площини виходу малого тазу. На голівці плода визначається цілий плодовий міхур. Запізніле відходження навколоплідних вод відбувається:

- A. після повного розкриття маткового вічка
- B. до початку пологової діяльності
- C. під час латентної фази пологів
- D. під час активної фази пологів

Ситуаційні задачі

1. При внутрішньому акушерському дослідженні роділлі виявлено, що крижова западина цілком заповнена голівкою плода, пальпуються тільки нижній край лона, сідничні горби й куприк. Стрілоподібний шов знаходиться в правому косому розмірі ближче до прямого.

У якій площині малого таза знаходиться голівка плода?

2. Вагітність 40 тижнів., перші пологи. Регулярні перейми протягом 6 годин тривалістю до 40 - 50 секунд з інтервалом 1 - 2 хвилини. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка плоду малим сегментом в малому тазу. Вагінальне дослідження: розкриття шийки матки 7 см. Плодовий міхур цілий, під час перейми напинається на передлеглій частині.

Який період пологів, визначити тактику ведення і прогноз пологів?

3. Вагітність 39 тижнів., другі пологи. Регулярні перейми протягом 5 годин тривалістю до 40 секунд з інтервалом 5 хвилини. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка плоду великим сегментом в малому тазу. Вагінальне дослідження: розкриття шийки матки 8 см. Плодовий міхур відсутній, підтікають світлі навколоплідні води.

Який період пологів, яка фаза і прогноз пологів?

4. Першороділля 25 років госпіталізована з переймоподібними періодичними болями, що тривають протягом 9 годин по 40-50 с кожні 2 хв. Положення плода поздовжнє, ЧСС 145/хв, нижче і праворуч пупка. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття 10 см, плодовий міхур відсутній, підтікають світлі навколоплідні води. Нижній полюс голівки на 3 см нижче lin. interspinalis. Стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко праворуч під лоном.

Встановити повний діагноз і скласти план ведення пологів.

5. Роділля 20 років поступила з періодичними переймоподібними болями протягом 10 годин. Перейми 50-55 с кожні 1-2 хв. Положення плода поздовжнє, ЧСС 135-140/хв, приглушене нижче і ліворуч пупка. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття повне, плодовий міхур відсутній, підтікають світлі

навколоплідні води. Великий сегмент голівки на рівні lin. interspinalis. Стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко ліворуч біля крижів.

Встановити повний діагноз і скласти план ведення пологів.

6. Повторнонароджуюча у віці 25 років поступила з періодичними переймоподібними болями протягом 6 годин. Перейми 60 с кожен хвилину. Положення плода поздовжнє, ЧСС 140-145/хв, нижче пупка. При зовнішньому обстеженні голівка плода не визначається. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття повне, плодовий міхур відсутній, підтікають світлі навколоплідні води. Вся внутрішня поверхня лонного сполучення та крижова западина вповнені голівкою. Внутрішня поверхня сідничних горбів не визначається. Стрілоподібний шов у прямому, мале тім'ячко під лоном.

Встановити повний діагноз і скласти план ведення пологів.

7. Першовагітна 26 років поступила з регулярною пологовою діяльністю. Перейми кожні 3хв тривалістю 55с, потужного характеру. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття повне, плодовий міхур відсутній, підтікають світлі навколоплідні води, стрілоподібний шов в правому косому розмірі, пальпується тім'ячко трикутної форми, ближче до симфізу і зліва. Голівка плода у вузькій частині.

Який період пологів, яке передлежання, позиція, вид?

8. Вагітна 30 років, другі пологи. Серцебиття плода ясне, ритмічне 120/хв. При вагінальному дослідженні: відкриття шийки матки повне, голівка плода в площині виходу з малого таза, стрілоподібний шов в прямому розмірі, тім'ячко трикутної форми звернене назад.

Яке передлежання, вид?

9. Жінка 28 років госпіталізована з регулярною пологовою діяльністю. Вагітність перша. Положення плода поздовжнє. Серцебиття плода ясне, ритмічне. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття маткового вічка 6 см, стрілоподібний шов в лівому косому розмірі, мале тім'ячко зліва і позаду. Голівка малим сегментом у вході до малого таза.

Яке передлежання, позиція, вид?

10. Вагітна 20 років. При вагінальному дослідженні: відкриття шийки матки повне, передлежна частина голівки, знаходиться в площині виходу з малого таза. Стрілоподібний шов у прямому розмірі таза, мале тім'ячко під симфізом.

Який момент біомеханізму пологів?

11. В акушерське відділення доставлена вагітна в терміні 40 тижнів. Скарги на ритмічний біль внизу живота і в попереку, який виникає кожні 6-7 хвилин, триває 30-40 секунд. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що шийка матки згладжена, відкриття 7 см. передлежить голівка. Під час дослідження вилилися прозорі навколоплідні води.

В якому періоді пологів роділля?

12. У пологовий будинок поступила роділля. Перейми по 30- 35 с через 7-8 хв, вагітність доношена, поздовжнє положення плода, головне передлежання, серцебиття – 140 за 1 хв. При піхвовому дослідженні встановлено відкриття маткового вічка - 4 см, навколоплідні води цілі.

Встановіть діагноз і визначте тактику.

13. У 22-річної роділлі II період пологів. При внутрішньому акушерському дослідженні розкриття шийки матки повне. Плодовий міхур відсутній. Передлежить голівка, яка цілком виповнює крижову впадину. Сідничні ості не визначаються. Стрілоподібний шов стоїть у прямому розмірі виходу з таза.

Де знаходиться голівка?

14. У 24-річної роділлі перші пологи. З початку регулярних перейм минуло 5 годин. АГ 125/85 мм рт. ст. Положення плода поздовжнє, головне передлежання, серцебиття плода-135/хв. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, відкриття - 4 см. Плодовий міхур цілий, напружений. Голівка плода притиснута до входу у малий таз.

У якому періоді пологів знаходиться пацієнтка?

15. Повторнороділля 31 року знаходиться в I періоді термінових пологів. Положення плоду продольне, передлежить голівка плода прижата над входом в малий таз. Серцебиття плоду ясне, ритмічне -145 /хв. Визначте ступінь розкриття шийки, з якого починають медикаментозне знеболювання?

16. При піхвовому дослідженні через 6 годин після початку пологової діяльності визначається: відкриття шийки матки до 3 см, передлежить голівка плода, притиснута до входу в малий таз. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі входу в малий таз, мале тім'ячко зліва, збоку. Про який момент біомеханізму пологів йде мова?

VI. План та організаційна структура заняття

Організаційний момент	2 %
Мотивація теми	3 %
Контроль вихідного рівня	20 %

Самостійна робота студентів під контролем викладача	35%
Контроль остаточного рівня знань	20%
Оцінка знань студентів	15%
Узагальнення викладача, завдання додому	5%

VII. Матеріали методичного забезпечення структури заняття

Основні етапи заняття

А. Підготовчий — мотивація теми, контроль вихідного рівня базових та основних знань, видача завдань для самостійної роботи.

Б. Основний — самостійна робота студентів під контролем викладача з навчальними посібниками (фантом, ляльки, таз) з метою визначення рівня практичного засвоєння навичок для допуску до клінічної роботи.

В. Заключний — контроль засвоєння матеріалу шляхом перевірки у студентів вміння показати моменти біомеханізму пологів на фантомі, розв'язування задач, усних виступів студентів про виконану роботу, оцінку роботи кожного студента.

Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, пологовий зал. Оснащення: фантом, кістковий таз, лялька, малюнки (скелетована голівка плода, окремі моменти біомеханізму пологів, схематичне зображення різної висоти стояння голівки плода в тазі, схематичні малюнки голівки плода).

Використана література

Основна:

1.Акушерство: підручник (ВУЗ III — IV р. а.) / Б. М. Венцківський, І. Б. Венцківська та ін.; під ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, М. Є. Яроцького. «Медицина». 2012. — 648с.

2Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І.,Щербини М.О.)// Книга I Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга II Гінекологія. - К. Медицина, 2011.- 375 с.

3.Акушерство: підручник (за ред.Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської,В.П.Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.

4.Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013р.

5.Obstetrics: підручник англійською мовою (edit by I.B. Ventskivska).- К.: Medicine,2008.- 334 p.

6. Gynecology: підручник англійською мовою (edit by I.B. Ventskivska).- К.:Medicine,2010.-160 р.

Додаткова:

1. Запорожан В.М., Міщенко В.П. Акушерська патологія: атлас, навчальний посібник. - Одеса:Одеський медуніверситет, 2005. - 292 с.
2. Клінічні аспекти сучасної перинаталогії: навчально-методичний посібник (за ред. Вдовиченко Ю.П.).- К., 2005.
3. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2010.-239 с.
4. Невідкладні стани в акушерстві: навчальний посібник (Венцківський Б.М., Камінський В.В., Грищенко В.І. та ін.).- К.:Золотые ворота, 2010.-246 с.
5. Норвитц Єррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология (перевод с английского).- М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003.-141 с.
6. Патологічне акушерство: навчальний посібник (Венцківський Б.М., Камінський В.В., Грищенко В.В. та ін.).- К.: Чайка-Всесвіт, 2009.-300 с.
7. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO EURO, Copenhagen,2003
8. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO, Geneva,2006
9. Діючий клінічний протокол МОЗ України з акушерства і гінекології № 624 від 11.03.08 р.