

**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»**

**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**

За темою «Аномалії скоротливої діяльності матки»

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ V 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 «Аномалії скоротливої діяльності матки»
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

Тема «Аномалії скоротливої діяльності матки»

I. Актуальність теми

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

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$),

- із частотою аномалій пологової діяльності.

Засвоїти ($\alpha=2$):

- Визначення поняття «аномалії пологової діяльності».
- Етіологію і патогенез аномалій пологової діяльності.
- Фактори ризику виникнення аномалій пологової діяльності.
- Класифікацію аномалій пологової діяльності.
- Клініку різних форм аномалій пологової діяльності.
- Методи діагностики аномалій пологової діяльності.
- Тактику проведення пологів та розродження при патологічному прелімінарному періоді.
- Тактику проведення пологів та розродження при слабкості пологової діяльності.
- Тактику проведення пологів та розродження при надмірно сильній пологовій діяльності.
- Тактику проведення пологів та розродження при дискоординованій пологовій діяльності;
- Профілактику аномалій пологової діяльності.

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

- Збирати акушерсько-гінекологічний анамнез
- Виконувати акушерсько-гінекологічне дослідження.
- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

- Оцінити фактори ризику розвитку аномалій пологової діяльності.
- Оцінити характер пологової діяльності.
- Провести диференційний діагноз аномалій пологової діяльності.
- Скласти план ведення пологів при різних видах аномалій пологової діяльності.

- Застосувати медикаментозні засоби, які здатні змінювати силу скорочень м'язів матки.

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/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
1.	Анатомія	Будова жіночого кісткового таза та його розміри Будова зовнішніх і внутрішніх статевих органів, іннервація та кровопостачання Анатомічна будова голівки плода, розміри голівки	Виконати пельвіометрію
2.	Нормальна фізіологія	Фізіологія маткового скорочення	Оцінити скоротливу діяльність матки
Забезпечувані дисципліни			
1.	Фармакологія	Вплив фармакологічних речовин, що використовуються, на перебіг пологів та стан плода Фармакодинаміка препаратів, які впливають на м'язи матки Засоби знеболення пологів і порядок їх призначення	Оцінити можливість призначення фармакологічних речовин в пологах та їх вплив на плід
Внутрішньопредметна інтеграція			

1.	Педіатрія	❑ Роль перинатальної охорони плода в зниженні показників дитячої захворюваності і смертності ❑ Роль лікаря-педіатра в проведенні заходів перинатальної охорони плода ❑ Механізми терморегуляції новонародженого Оцінка новонародженого за шкалою Апгар	Виконати десять кроків «теплого ланцюжка» Оцінити новонародженого за шкалою Апгар
2.	Внутрішньопредметна інтеграція	Фізіологія вагітності та пологів Методи дослідження вагітних пізніх термінів Прийоми Леопольда Аускультация плода	Провести зовнішнє акушерське обстеження вагітної, породіллі Провести аускультацию плода Провести зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження Оцінити ступень зрілості шийки матки за шкалою Бішопа

V. Зміст навчального матеріалу

Аномалії скоротливої діяльності матки – це стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів і потуг не забезпечують динамічного, в межах фізіологічних параметрів часу, просування плода та вигнання його без порушень біомеханізму пологів й підвищеного ризику травми роділлі й плода.

Можливі порушення кожного з показників скорочувальної діяльності матки:

- Інтервалу
- Тонусу
- Інтенсивності
- Тривалості
- Ритмічності
- Частоти
- Координованості скорочень

Нозології в МКХ-10:

Удавані перейми O47

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

Класифікація :

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

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

- I. Патологічний прелімінальний період
- II. Слабкість пологової діяльності (гіпоактивність чи інертність матки)
 - Первинна
 - Вторинна
 - Слабкість потуг (первинна/вторинна)
- III. Надмірно сильна пологова діяльність (гіперактивність матки)
- IV. Дискоординована пологова діяльність
 - Дискоординація
 - Гіпертонус нижнього сегменту матки (зворотній градієнт)
 - Судомні потуги (тетанія матки)
 - Циркулярна дисточія (контракційне кільце)

Класифікація ВООЗ, 1995

1. Первинна слабкість пологової діяльності:
 - відсутність прогресуючого розкриття шийки матки;
 - первинна гіпотонічна дисфункція матки;
2. Вторинна слабкість пологової діяльності:
 - припинення переймів у активній фазі пологів;
 - вторинна гіпотонічна дисфункція матки.
3. Інші види аномалій пологової діяльності:
 - атонія;

- хаотичні перейми;
- 4. Гіпертонічні, некоординовані і зтяжні скорочення матки:
 - дистоція шийки матки;
 - дискоординована родова діяльність;
 - гіпертонічна дисфункція матки;
 - тетанічні скорочення.

В Україні використовується наступна класифікація:

- I. Патологічний преліментарний період (хибні перейми, або несправжні пологи).***
- II. Слабкість родової діяльності (гіпоактивність, або інертність матки):***
 - 1) первинна (уповільнена латентна фаза пологів);
 - 2) вторинна (уповільнена активна фаза пологів);
 - 3) слабкість потуг (уповільнений період вигнання):
 - a) первинна;
 - b) вторинна.
- III. Надмірно сильна родова діяльність (гіперактивність матки).***
- IV. Дискоординована родова діяльність.***
 - 1) Дискоординація пологової діяльності;
 - 2) Гіпертонічна дисфункція матки;
 - 3) Тетанічні скорочення матки (судомні потуги);
 - 4) Циркулярна дистоція шийки матки (контракційне кільце).

Етіологія аномалій скоротливої діяльності матки.

Характер і перебіг пологів залежить від багатьох факторів, які визначаються як готовність організму вагітної до пологів. Готовність організму до пологів формується тривалий час за рахунок процесів, які відбуваються в материнському організмі від моменту запліднення й розвитку плодового яйця до початку пологів. Під час вагітності з ростом і розвитком плода виникають складні гормональні, гуморальні, нейрогенні взаємини, які забезпечують перебіг родового акту. **Домінанта пологів** є не що інше, як єдина функціональна система, що поєднує такі ланки, як церебральні структури – гіпофізотропна зона гіпоталамуса – передня доля гіпофізу – яєчник – матка із системою плацента-плід. Порушення на окремих рівнях цієї системи як з боку матері, так і плода-плаценти призводять до відхилення від нормального перебігу пологів, що, у першу чергу, проявляється порушенням скорочувальної діяльності матки (СДМ).

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

Регуляція скоротливої функції матки включає три основних компоненти:

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

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

Чинники ризику аномалій пологової діяльності:

1. Пов'язані з патологією репродуктивної системи (штучні аборти, операції на матці, міоми матки, запальні процеси жіночих статевих органів, аномалії розвитку статевих органів, вік жінки, ендокринні порушення).
2. Акушерські чинники (передчасний розрив плодових оболонок, диспропорція між розмірами таза матері та голівки плода, дистрофічні зміни матки, ригідність тканин шийки матки, перерозтягнення матки у зв'язку з багатоводдям та багатопліддям, аномалії прикріплення плаценти, сідничне передлежання плода, пізній гестоз).
3. Соматичні захворювання (інфекції, інтоксикації, органічні порушення ЦНС, нейроендокринні порушення, судинна дистонія, ожиріння, невротичні стани, анемія, хвороби серця).
4. Зумовлені впливом плода (великий плід, затримка росту плода, хромосомні порушення, переносування вагітності, імуноконфліктна вагітність, ФПН).
5. Ятрогенні чинники (необґрунтоване та несвоєчасне використання утеротоніків, несвоєчасна амніотомія, неадекватне знеболення пологів).

Патогенез аномалій скоротливої діяльності матки:

- Зміна локалізації «водія» ритму
- Зниження синтезу і порушення співвідношення простагландинів E2 та P2a
- Зміна ритмічного викиду окситоцину
- Зміна активності симпатoadреналової системи
- Зменшення утворення і низька щільність α - і β - адренорецепторів, що значають синхронність скорочення і розслаблення матки
- Біохімічні зміни в міометрії: накопичення недоокислених продуктів → перехід аеробного гліколізу в анаеробний → швидке виснаження запасів глюкози і глікогену

Діагностика аномалій родової діяльності

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

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

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

Методи оцінки характеру родової діяльності :

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

Оцінка ступеня «зрілості» шийки матки
Модифікована шкала Е.Н. Bishop (J. Burnett, 2008)

Об'єкт характеристики	Бал			
	0	1	2	3
Відкриття зовнішнього вічка, см	<1	1–2	2–4	>4
Довжина шийки матки, см	>4	2–4	1–2	<1
Положення голівки плода	-3 над входом	-2 притиснута до входу в малий таз	-1/0 малий сегмент	+1/+2 великий сегмент
Консистенція шийки матки	щільна	розм'якшена	м'яка	-(м'яка)
Положення шийки матки щодо провідної вісі тазу	зміщена до крижів	між крижами і провідною віссю тазу (центрована)	- (центрована)	- (центрована)

Інтерпретація бальної оцінки:

- «незріла» – 0–5 балів;
 - «недостатньо зріла» – 6–7 балів;
 - «зріла» – 8–13 балів.
3. Динаміка просування передлеглої частини плода: - зовнішнє дослідження та вагінальне дослідження.

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

Діагностика незадовільного прогресу пологів.

<u>Об'єктивні дані</u>	<u>Діагноз</u>
Відсутні регулярні скорочення матки	Удавані перейми

або нерегулярні різної тривалості та інтенсивності перейми. Шийка матки зріла (≥ 8 балів за шкалою Бішопа).	
Після 8 годин регулярних перейм шийка матки розкрита менше ніж на 4 см.	Уповільнена латентна фаза пологів
Менше ніж три перейми за 10 хвилин, тривалість кожної менше 40 секунд. Уповільнене розкриття шийки матки (менше 1 см/год.). Крива розкриття шийки матки на партограмі розташована справа від лінії тривоги.	Затягнута активна фаза пологів Неадекватна активність матки (слабкість пологової діяльності)
Вторинна зупинка розкриття шийки матки і опускання передлеглої частини за умови наявності активної пологової діяльності.	Диспропорція голівки плода і тазу матері
Активна пологова діяльність. Шийка матки повністю розкрита. Голівка в площині входу в малий таз, просування голівки відсутнє.	Клінічно вузький таз
Шийка матки повністю розкрита. Голівка плода в широкий або вузькій частині площини малого тазу. Тривалість періоду вигнання більше 2 годин (1 годину у повторнонароджуючих).	Затяжний період вигнання

Патологічний прелімінарний період (удавані, хибні перейми)

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

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

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

Лікування патологічного прелімінарного періоду:

- застосування токолітичної терапії β_2 -адреноміметиками (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться

внутрішньовенно крапельно повільно – 10-15 крапель на хвилину) з урахуванням протипоказань; (А)

- підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину Е2 (простенол, дінопрост, препидил-гель) (А).

Протипоказання до застосування β_2 -адреноміметиків: (А)

- гіперчутливість;
- передчасне відшарування плаценти;
- маткова кровотеча;
- ендометрит;
- серцево-судинні захворювання, які супроводжуються тахікардією або порушеннями серцевого ритму;
- міокардит;
- вади мітрального клапану;
- стеноз аорти;
- тяжкі ураження печінки та нирок;
- гіпертиреоз
- глаукома.

Побічна дія β_2 -адреноміметиків: (А)

- головний біль;
- запаморочення;
- тремор;
- тахікардія;
- шлуночкова екстрасистолія;
- болі у серці, зниження АТ;
- гіпокаліємія, зниження діурезу;
- набряки;
- у новонародженого можливі гіпокаліємія та ацидоз;
- у разі виникнення тахікардії у роділлі (> 100 уд/хв) показано введення верапамілу та препаратів калію.

Протипоказання до застосування простагландинів: (А)

- органічні захворювання серця;
- захворювання органів дихання (бронхіальна астма, алергічний бронхіт, емфізема, бронхоектатична хвороба, туберкульоз);
- виразкова хвороба шлунка, виразковий коліт;
- тяжкі порушення функції нирок та печінки;
- глаукома;
- епілепсія;
- тиреотоксикоз;
- алергія на простагландин Е2;
- захворювання крові (серповидноцелюлярна анемія, коагулопатія);
- системні захворювання сполучної тканини;
- інфекції нижніх відділів статевих шляхів;

- оперована матка (кесарів розтин, консервативна міомектомія), міома, аномалії розвитку матки.

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

Слабкість пологової діяльності

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

Розрізняють первинну й вторинну слабкість родової діяльності.

При первинній слабкості пологової діяльності перейми з початком пологів недостатньої сили, частоти та тривалості.

Вторинна слабкість пологової діяльності характеризується зменшенням сили, частоти та тривалості переймів після періоду тривалої ефективної регулярної пологової діяльності. Ця патологія зустрічається значно рідше, ніж первинна. Вона ускладнює близько 2% пологів. При зазначеній патології має місце вторинне ослаблення переймів – зазвичай наприкінці періоду розкриття (в активній фазі) або в період вигнання. До прояву даної аномалії родова діяльність розвивається в нормальному темпі.

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

Етіологія. Слабкість родової діяльності – результат недостатності імпульсів, які викликають, підтримують і регулюють скорочувальну діяльність матки, так і нездатність матки сприймати ці імпульси. Причини розвитку вторинної слабкості родової діяльності часто мають спільну природу з первинною, однак, виразність несприятливої дії їх слабкіше й негативний вплив позначається пізніше. Крім того, вторинна слабкість переймів може бути наслідком перешкоди просуванню плода (невідповідність розмірів плода й малого таза роділлі, неправильні положення плода, рубцеві зміни шийки матки, пухлини в малому тазі). Тазове передлежання плода, задній вид потиличного передлежання, запізнений розрив плодового міхура, ендометрит часто супроводжується вторинною слабкістю.

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

Слабкість родової діяльності, що проявляється непродуктивними потугами (*слабкість потуг*), деякі акушери виділяють в окремий варіант аномалії родової діяльності. Недостатність мускулатури передньої черевної стінки в багатонароджуючих, грижі білої лінії, пупочні й пахові грижі, захворювання нервової системи (поліомієліт, міастенія, травма хребта), ожиріння – все це може порушувати розвиток потуг. Нерідко слабкість потуг залежить від характеру передлеглої частини: тазовий кінець не робить належного тиску на нервові закінчення в малому тазі.

Слабкість потуг може спостерігатися у випадку втоми роділлі й виснаження енергетичних можливостей мускулатури матки.

Патогенез слабкості пологової діяльності.

1. Зниження рівня естрогенів і підвищення вмісту прогестерону.
2. Недостатня продукція окситоцина, простагландинів, серотонину, ацетилхоліну й інших тономоторних медіаторів.
3. Зменшення концентрації окситоцинових і простагландинових рецепторів матки.
4. Висока активність ферментів окситоцинази, кинази, холинестерази, моноаміноксидази.
5. Зниження інтенсивності окислювально-відновних процесів і порушення процесу споживання кисню в біометрії.
6. Недостатнє накопичення макроергів – актоміозину, фосфокреатиніну, глікогену.
7. Стомлення м'яза матки й перехід на анаеробний шлях окислювання.

Слабкість пологової діяльності характеризується:

- ♦ динаміка розкриття шийки матки менше 1-го см за годину;
- ♦ менше, ніж 3 перейми за 10 хвилин, тривалість кожної менше 40 сек.;
- ♦ крива розкриття шийки матки на партограмі розташована справа від лінії тривоги.

Діагностика слабкості пологової діяльності базується на визначенні ефективності перейм, динаміки розкриття шийки матки та просування передлеглої частини.

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

Незадовільний прогрес пологів діагностується за допомогою партограми.

Ускладнення:

- дистрес плода;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- несвоєчасне вилиття навколоплідних вод;
- затяжний перебіг пологів;
- травми матері;
- травми плода.

Лікування слабкості родової діяльності (А):

- Амніотомія з визначенням кольору навколоплідних вод, стану плода і спостереження протягом 2-х годин при активній поведінці роділлі.
- Пологопідсилення в/венним краплинним введенням 5 ОД окситоцину.
- При відсутності ефекту від пологопідсилення протягом 6-8 годин – розродження шляхом операції кесарів розтин.
 - У випадку вторинної слабкості, коли голівка перебуває в широкій або вузькій частині порожнини малого таза, пологостимуляцію призначають відразу (внутрішньовенне введення окситоцину за схемою). Відсутність або недостатній ефект від медикаментозної пологостимуляції може змусити змінити

тактику ведення пологів на активну. При відсутності ефекту від положостимуляції, залежно від акушерської ситуації проводять кесарів розтин, накладають акушерські щипці або вакуум-екстрактор, виконують перинео- або епізіотомію.

Умови призначення утеротонічних засобів:

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

Протипоказання до призначення утеротонічних засобів:

- клінічно вузький таз;
- оперована матка;
- аномалії положення та передлежання плода;
- дистрес плода;
- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- стріктура піхви;
- дистоція, атрезія, рубцові зміни шийки матки;
- гіперчутливість.

Слабкість потужної діяльності

- Збільшення тривалості періоду вигнання
- шийка матки розкрита повністю;
- голівка плода в широкій або вузькій частині площини малого тазу;
- тривалість періоду вигнання більше 2 годин (у разі епідуральної анестезії більше 3 годин) та 1 години для жінок, які народжують повторно (у разі епідуральної анестезії більше 2 годин).

Лікування слабкості потужної діяльності:

1. Пологопідсилення – внутрішньовенним крапельним введенням окситоцину.
2. При неефективності пологопідсилення – розродження шляхом операції накладання акушерських щипців, вакуум-екстракції плода, екстракції плода за тазовий кінець.

Методика введення окситоцина з метою лікування слабкості родової діяльності.

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

Критерієм досягнення регулярної адекватної родової діяльності без гіперстимуляції матки вважається наявність 3-4 маткових скорочень за 10 хвилин при

тривалості скорочень 40-50 сек. Стимуляція проводиться одночасно зі спостереженням за станом плода.

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

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

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

Характер родової діяльності	Перші пологи	Повторні пологи	Лікування
Латентна фаза			
1. Збільшення тривалості (уповільнена латентна фаза)	> 8 годин	> 4-5 годин	1. Амніотомія 2. Родостимуляція в/венним крапельним введенням окситоцину або простагландину Е2. 3. Оцінка ефективності через 4-6 годин з переглядом подальшої тактики ведення пологів: - визначення динаміки розкриття шийки матки та просування голівки кожні 2 години; - внутрішнє акушерське дослідження через 4 години. 4. При відсутності переходу в активну фазу пологів після 6 годин родостимуляції окситоцином – розродження операцією кесаревого розтину.
Активна фаза			
1. Уповільнене розкриття шийки матки 2. Уповільнене просування голівки плода щодо площини входу в малий таз	< 1см/год	< 1 см/год.	1. Амніотомія та нагляд протягом 2-х годин при активному поводитенні роділлі 2. Родостимуляція в/венним крапельним введенням окситоцину. Кесарів розтин проводять за умови неефективної родостимуляції або клінічної невідповідності розмірів голівки плода й таза матері.
Збільшення тривалості періоду вигнання	> 2 год.	> 1год.	1. Діагностика клінічної невідповідності розмірів голівки плода й таза матері. При клінічній невідповідності – операція кесаревого розтину. 2. Родостимуляція в/венним крап. введенням окситоцину. 3. При відсутності ефекту від родостимуляції або приєднанні дистресу плода, залежно від місця розташування голівки плода – вакуум-

			екстракція плода або використання акушерських щипців.
--	--	--	---

Надмірно сильна пологова діяльність.

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

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

Швидкими вважають пологи, які тривають менше 6 годин у первісток і менше 4 годин у повторнонароджуючих, стрімкими – відповідно менше 4 і 2 годин. Швидкі пологи призводять до виникнення травм у матері (глибокі розриви шийки матки, вагіни, промежини), плода (розрив пуповини, крововилив в головний мозок новонародженого, кефалогематоми), передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, гіпотонічної кровотечі.

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

Причини надмірно сильної родової діяльності:

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

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

Дискоординована пологова діяльність.

Дискоординована пологова діяльність (ДПД) – порушення координації скорочень різних відділів матки. Частота 1-3%. Клінічна картина характеризується гіпертонусом

нижнього сегмента, нерегулярними, сильними, різко болючими переймами й нагадує болі, як при загрозі розриву матки.

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

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

Основні клінічні симптоми:

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

Інші клінічні ознаки дискоординованої родової діяльності:

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

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

Лікування проводять залежно від причини дискоординації родової діяльності:

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

Пологостимулююча терапія окситоцином, простагландінами й іншими утеротоніками при дискоординованій родовій діяльності категорично протипоказана, інакше можливе настання тетанусу матки.

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

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

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

присутність партнера під час пологів, вертикальна позиція, можливість рухатись під час пологів.

VI. Основні етапи заняття.

А. Підготовчий — мотивація теми, контроль початкового рівня знань, завдання для самостійної роботи .

Б. Основний — Самостійна робота студентів під контролем викладача. У відділенні патології вагітності студенти збирають анамнез у вагітних і оцінюють фактори ризику розвитку аномальної пологової діяльності. В передпологовій палаті і в пологовому залі студенти оцінюють характер пологової діяльності, складають план ведення пологів. В учбовій кімнаті проводиться аналіз партограм, історій пологів з аномалією скорочень матки. Студенти виписують рецепти на медикаментозні засоби, які здатні змінювати силу скорочень м'язів матки.

В. Заклучний — контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування задач, виступів студентів про виконану роботу. Викладач робить узагальнення, оцінює роботу кожного студента, робить зауваження з оцінкою знань студентів, дає завдання додому.

VII. Методичне забезпечення.

Місце проведення заняття: навчальна кімната (з аналізом історії пологів, які ускладнилися слабкістю пологової діяльності), пологовий зал (з діагностикою слабкості пологової діяльності методом кардіотокографії).

Оснащення: історії пологів, роділлі в пологовому залі, медикаментозні засоби, кардіотокограф, акушерський стетоскоп, партограми.

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття «аномалії пологової діяльності»?
2. Які етіологія і патогенез аномалій пологової діяльності?
3. Які фактори ризику виникнення аномалій пологової діяльності?
4. Які методи оцінки готовності організму вагітної до родів?
5. Які методи оцінки характеру пологової діяльності?
6. Яка клініка, діагностика і лікування патологічного прелімінарного періоду?
7. Яка клініка і діагностика слабкості пологової діяльності?
8. На яких принципах ґрунтується лікування слабкості пологової діяльності?
9. Які основні причини вторинної слабкості пологової діяльності, методи діагностики і акушерська тактика?
10. Чим зумовлена надмірна пологова діяльність, яка її клініка, діагностика і лікування?
11. Які клініка, діагностика і акушерська тактика у разі дискоординованої пологової діяльності?
12. Які ускладнення для матері можливі при слабкості пологової діяльності?
13. Які ускладнення для матері можливі при надмірній пологовій діяльності?
14. Які ускладнення можливі в пологах при дискоординованій пологовій діяльності?
15. Які протипоказання для призначення тономоторних препаратів при лікуванні первинної слабкості пологової діяльності?

16. Яка профілактика аномалій пологової діяльності?

Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати анамнез, оцінити фактори ризику розвитку аномалій пологової діяльності у вагітної.
2. Оцінити характер пологової діяльності у роділлі.
3. Скласти план ведення пологів при різних видах аномалій пологової діяльності.
4. Виписати рецепти на медикаментозні засоби, які здатні змінювати силу скорочень м'язів матки.

Ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня

№ 1.

До пологового стаціонару поступила роділля 22 років з нерегулярними різної тривалості і інтенсивності болями в нижніх відділеннях живота, попереку, області крижів. Вагітність I, 39 – 40 тижнів, головне передлежання плода. Води цілі. Болі тривають більше доби. Тонус матки підвищений, але перейми не продуктивні. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки відхилена дозад, довжина близько 3 см, цервікальний канал закритий, через склепіння пальпується голівка плода рухома над входом в малий таз. Патології стану плода не відзначається. Жінка втомлена.

Поставте діагноз?

Яка подальша тактика ведення пологів?

Чим небезпечний такий стан жінки?

№ 2.

До пологового стаціонару поступила роділля 22 років з нерегулярними різної тривалості і інтенсивності болями в нижніх відділеннях живота, попереку, області крижів. Вагітність I, 39-40 тижнів, головне передлежання плода. Води цілі. Болі тривають більше доби. Тонус матки підвищений, але перейми не продуктивні. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки відхилена дозад, довжина близько 3 см, цервікальний канал закритий, через склепіння пальпується голівка плода рухома над входом в малий таз. Патології стану плода не відзначається. Жінка втомлена.

Лікарт призначив родозбудження окситоцином.

Чи вибрана акушерська тактика вірна? Чому?

№ 3.

Першонароджуюча 38 років. Пологи термінові, в головному передлежанні, тривають 10 годин. Передбачувана маса плода 3 900 гр. Розміри таза нормальні. Безводний період 4 години. Пологова діяльність активна. Динаміки просування голівки за 2 години спостереження не відзначається. Серцебиття плода приглушене, 110 в 1 хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, голівка притиснена до входу в малий таз. Поставте діагноз. Яка подальша акушерська тактика?

№ 4.

Повторнонароджуюча, 30 років, пологи тривають 20 год. Останні 50 хв голівка плода знаходиться в порожнині малого таза. Потуги слабкі, через 2-4 хв. по 25-30 сек. Серцебиття плода приглушене, 180 уд/хв., ритмічне. Безводний період 2 години. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття шийки матки повне. Голівка плода у вузькій частині порожнини таза.

Діагноз. Яка подальша тактика ведення пологів?

№ 5.

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

Діагноз. Яка подальша тактика ведення пологів?

№ 6.

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

Який період пологів? Яка подальша тактика ведення пологів?

№7.

Першонароджуюча, 30 років, пологи тривають 20 год. Останню годину голівка плода знаходиться в порожнині малого таза. Потуги слабкі, через 2— 4 хв. по 25-30 сек. Серцебиття плода приглушене, 196 уд/хв., ритмічне. Безводний період 2 години. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття шийки матки повне. Голівка плода у вузькій частині порожнини таза.

Діагноз. Яка подальша тактика ведення пологів?

№ 8.

Пологи II, термінові, голове передлежання, тривають 8 годин. Серцебиття плода ритмічне, 166 уд. за хв. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено: розкриття шийки матки 5 см, плідний міхур відсутній, голівка малим сегментом у вході в малий таз. Вирішено провести родопідсилення окситоцином. Після чого роділлі почала скаржитися на болісні перейми, які згодом набули характеру судом. Серцебиття плода глухе, 180 уд. за хв. Кардіотокографічно відзначається тяжем децелерації, загальна сума балів 4.

Діагноз.

Яка подальша акушерська тактика.

№9.

До пологового відділення поступила роділья із II, доношеною вагітністю, болями внизу живота, попереку. Води цілі. Пологова діяльність відзначається протягом 6 годин. Стан плода задовільний. Перші пологи фізіологічні. Передбачувана маса плода 3000гр. При внутрішньому акушерському дослідженні: Шийка матки вкорочена, м'яка, відкриття 4 см, плідний міхур цілий. Голівка над входом в малий таз.

Поставте діагноз. Яка подальша акушерська тактика?

№10.

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

Діагноз. Подальша акушерська тактика.

№ 11.

Пологи II, термінові, II період пологів. Потуги слабкі, через 2-3 хв. по 25-30 сек. Серцебиття плода ритмічне 146 уд. за хв. Безводний період 5 годин. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття повне, голівка у вузькій частині. Стрілоподібний шов у лівому косому розмірі. Родостимуляція окситоцином – без ефекту. Фіксується гіпоксія плода.

Діагноз. Подальша акушерська тактика.

№ 12.

До пологового відділення доставлені роділья з активною пологовою діяльністю, яка триває близько 3-х годин. Стан плода задовільний. При внутрішньому акушерському дослідженні: Розкриття шийки матки 6 см, плідний міхур цілий, передлежить голівка – малим сегментом у порожнині таза.

Діагноз. Чим небезпечні такі пологи для матері і плода?

№ 13.

Першонароджуюча, 31 рік, в терміні вагітності 39-40 тижнів, доставлена в стаціонар зі скаргами на болісні, нерегулярні перейми протягом 8 годин. Серцебиття плода ясне, ритмічне 144 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки зглажена, щільна, відкриття 3 см, плодовий міхур плоский, передлежить голівка над входом в малий таз.

Діагноз? Подальша тактика?

№ 14.

Вагітність перша 40 тижнів. Перейми тривають 9 годин. З метою лікування слабкості пологової діяльності почала проводитись внутрішньовенна інфузія окситоцину. Роділья поскаржилась на інтенсивні болісні перейми, практично безперервні. Серцебиття плода 120 уд/хв, приглушене. Розміри таза нормальні.

Діагноз? Яка подальша акушерська тактика?

№ 15.

Персонароджуюча звернулася у терміні вагітності 38-39 тижнів у пологовий будинок зі скаргами на нерегулярні болі внизу живота і області попереку протягом 7 годин, виснаження, безсоння. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки довжиною до 3 см, відхилена дозад, помірно щільна, цервікальний канал пропускає 1 палець.

Діагноз? Акушерська тактика?

Тестові питання для оцінки кінцевого рівня

№ 1.

Для визначення готовності організму вагітної до пологів використовують методи:

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

№2

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

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

№ 3.

Для оцінки зрілості шийки матки використовують:

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

№ 4.

Окситоциновий тест це:

А). Спеціальна проба для визначення ступеня збудливості матки (реактивності міометрію) на внутрішнє введення пограничної дози окситоцину, здатної викликати скорочення матки.

- Б). Спосіб родозбудження.
- В). Спосіб родопідсилення.
- Г). Все вище перераховане.
- Д). Нічого із вказаного.

№5.

Для проведення нестресового тесту використовують:

- А). Кардіотокограф.
- Б). УЗД .
- В). Партограму.
- Г). Амніоскопію.
- Д). Резистоцервікоскопію.

6.

Мамарний тест вважається позитивним, якщо:

- А). Скорочення матки виникають у перші 3 хвилини від початку проведення тесту.
- Б). Скорочення матки виникають у перші 5 хвилин від початку проведення тесту.
- В). Скорочення матки виникають на першій хвилині від початку проведення тесту.
- Г). Скорочення матки виникають у перші 7 хвилин від початку проведення тесту.
- Д). Скорочення матки виникають у перші 10 хвилин від початку проведення тесту.

№ 7.

1-й цитотип вагінального мазка є свідченням:

- А). Нормального перебігу вагітності починаючи з 2 триместру.
- Б). Можливості настання пологів через 4-8 днів.
- В). Можливості настання пологів через 1-5 днів.
- Г). Можливості настання пологів або в той же день, або протягом найближчих 3 днів.
- Д). Нічого із вище вказаного.

№8.

2-й цитотип вагінального мазка є свідченням:

- А). Нормального перебігу вагітності починаючи з 2 триместру.
- Б). Можливості настання пологів через 4-8 днів.
- В). Можливості настання пологів через 1-5 днів.
- Г). Можливості настання пологів або в той же день, або протягом найближчих 3 днів.
- Д). Нічого із вище вказаного.

№9.

Діагноз аномалії пологової діяльності встановлюється після:

- А). Збору анамнезу попередніх пологів.
- Б). Динамічного спостереження за роділлею протягом 8 годин у латентній фазі й 4 годин у активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми.
- В). Динамічного спостереження за роділлею протягом 4 годин у латентній фазі й 2 годин у активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми.
- Г). Динамічного спостереження за роділлею протягом 5 годин у латентній фазі й 8 годин у активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й

просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми.

Д). Динамічного спостереження за роділлем протягом 6 годин у латентній фазі й 7 годин у активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми.

№ 10.

Для оцінки характеру родової діяльності використовують:

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

№ 11.

Ознаками хибних перейм є:

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

№ 12.

Критеріями гіподинаміки пологової діяльності за токограмою є:

- А). Частота перейм за 10 хв < 2 , інтенсивність перейм (амплітуда) < 30 мм.рт.ст., тривалість перейм < 50 сек., аритмічність(хв.) $3 >$.
- Б). Частота перейм за 10 хв 2- 5, інтенсивність перейм (амплітуда) 30 - 50 мм.рт.ст., тривалість перейм 60 - 100сек., аритмічність (хв.) 1 - 2.
- В). Частота перейм за 10 хв > 5 , інтенсивність перейм (амплітуда) > 50 мм.рт.ст., тривалість перейм > 100 сек., аритмічність (хв.) < 1 .
- Г). Все вище вказане.
- Д). Нічого з означеного.

№ 13.

Слабкість пологової діяльності характеризується:

- А) Порушенням ритму скорочень матки;
- Б) Послабленням або надмірним посиленням перейм;
- В) Наявністю судомних скорочень матки;
- Г) Відсутністю координації скорочень між правою та лівою половиною матки, верхніми та нижніми її відділами;
- Д) Нічим з перерахованого.

№ 14.

При дискоординованій пологовій діяльності спостерігається:

- А) Порушення ритму скорочень різних відділів матки;
- Б) Дистоція шийки матки;
- В) Гіпертонус нижнього сегменту матки;
- Г) Усе перераховане;
- Д) Нічого з вказаного.

№ 15.

Показання до кесаревого розтину при патологічному перебігу преламінарного періоду є:

- А) Хронічна гіпоксія плода;
- Б) «Незрілість» шийки матки у жінок з переношеною вагітністю;
- В) Переношування вагітності;
- Г) Усе перераховане;
- Д) Нічого з вказаного.

Література.

Навчальна.

Основна:

1. Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу з гінекології на медичному факультеті - Венцківський Б.М. 2010
2. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга І Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга ІІ
3. Гінекологія. - К.Медицина,2011.- 375 с.
4. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013
Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б.

Допоміжна:

1. Норвитц Єррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология (перевод с английского).- М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003.-141 с.
2. Сенчук А.Я., Вдовиченко Ю.П., Венцковский Б.М., Шунько Е.Е.
3. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии.- К.: Гидромакс,2006.- 368 с.

Методична:

1. Акушерство и гинекология. / Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Eleven Edition / Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.