

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття № 6 "Надання  
ручної допомоги при фізіологічних пологах"

---

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології



**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«01» вересня 2023 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА**

**до практичних занять  
з вибіркової дисципліни**

Факультет медичний, 5 курс

Вибіркова дисципліна **"СИМУЛЯЦІЙНИЙ ТРЕНІНГ З АКУШЕРСТВА  
ТА ГІНЕКОЛОГІЇ"**.

**Практичне заняття № 6 "Надання ручної допомоги при фізіологічних  
пологах"**

---

Методична розробка практичного заняття, ОПШ «Медицина», 5 курс, медичний факультет.  
Вибіркова дисципліна «Симуляційний тренінг з акушерства та гінекології».

**Затверджено:**

Засіданням кафедри акушерства та гінекології  
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 28 серпня 2023 року.

**Завідувач кафедри**



**(Ігор ГЛАДЧУК)**

**Розробники**

**к. мед. н., доцент**



**Шитова Г.В.**

**к.мед.н.,доцент**



**Павловська О.М**

**к. мед.н. , асистент**



**Тарновська Г.П.**

**к.мед.н.,асистент**



**Жовтенко Л.В.**

## **Практичне заняття № 6 "Надання ручної допомоги при фізіологічних пологах"**

**МЕТА НАВЧАННЯ** - отримати базові знання про ведення фізіологічних пологів, механізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.

### **ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ:**

Нормальні фізіологічні пологи.

Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів.

Механізм пологів при передньому виді потиличного передлежання Амніотомія.

Ручна допомога в 2 періоді пологів. Перинеотомія та епізіотомія.

Активне введення третього періоду пологів.

Ознаки відділення нормально розташованої плаценти .Партограма.

### **ОБЛАДНАННЯ**

- Мультимедійне обладнання (комп'ютер, проектор, екран), телевізор
- Акушерські моделі та акушерські інструменти
- Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, відео
- Результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби.

### **НАВЧАЛЬНИЙ ЧАС - 4 год**

- **ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ЕТАП**
- привітання
- перевірка відвідувачей
- визначення освітніх цілей
- забезпечення позитивної мотивації

- **КОНТРОЛЬ БАЗОВИХ ЗНАНЬ** (письмова робота, письмово-тестування, онлайн-тестування, очна співбесіда тощо)

• **Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять.**

**Вимоги до знань:**

СК1. Вміння збирати медичну інформацію про пацієнта та аналізувати клінічні дані

СК 2. Здатність визначати необхідний перелік лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати

СК 3. Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання

СК 4. Здатність визначати необхідний режим праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань

СК 5. Здатність визначати характер харчування при лікуванні та профілактиці захворювань

СК 6. Здатність визначати принципи та сутність лікування і профілактики

СК 8. Здатність визначати тактику та надавати невідкладну медичну допомогу  
СК 9. Здатність здійснювати заходи медичної евакуації

СК 14. Здатність планувати та здійснювати профілактичні та протиепідемічні заходи щодо інфекційних хвороб

**Перелік дидактичних одиниць:**

Нормальні фізіологічні пологи.

Розташування плода в порожнині матки.

Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів.

Механізм пологів при передньому виді потиличного

передлежання Амніотомія.

Надавати ручну допомогу в 2 періоді пологів. Перинеотомія та епізіотомія.

Активне введення третього періоду пологів.

Ознаки відділення нормально розташованої плаценти .Партограма.

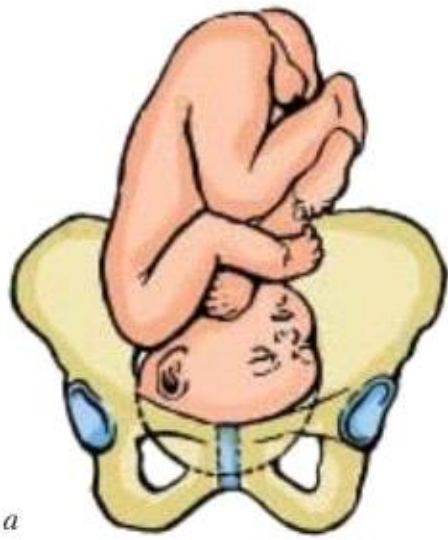
• **Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.**

**Питання:**

- Що таке нормальні(фізіологічні)пологи?
  - Що таке передвісники пологів?
  - Що таке регулярна пологова діяльність?
  - Що таке біомеханізм пологів?
  - Яка ведуча точка при передньому виді потиличного передлежання.?
  - Який перший момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
  - Який третій момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
  - Який четвертий момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
  - Який біомеханізм народження плечиків?
10. Які розрізняють періоди пологів?
11. Які особливості ведення II періоду пологів?
12. Чим характеризується III період пологів, його тривалість?
13. В чому полягає активна тактика ведення III періоду пологів?
14. Які механізми відшарування плаценти від стінки матки?
15. Що таке партограма?

**Завдання**

- Визначте положення плода в матці.

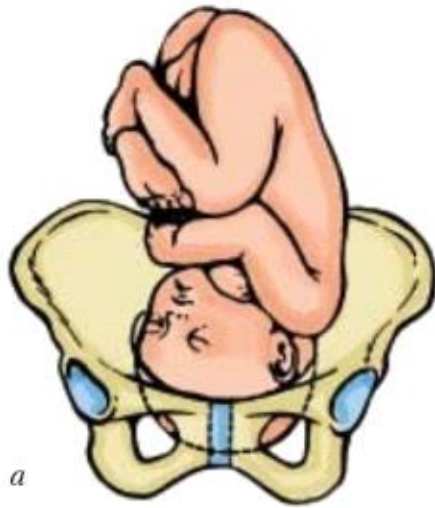


*a*

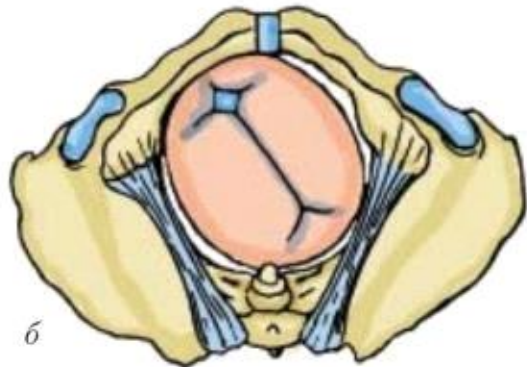


*б*

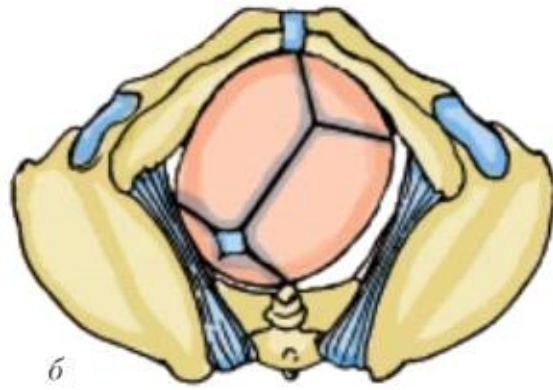
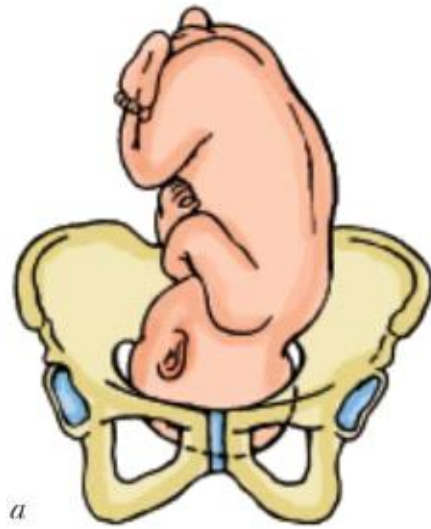
- Визначити положення плода в матці.



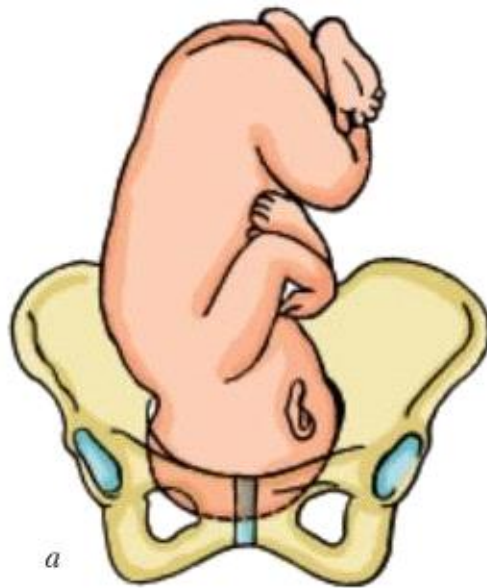
*a*



*б*



- Визначити орієнтацію плода в матці.
- Визначити положення плода в матці.



- **ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

- **Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).Інтерактивне завдання:**

Група здобувачі вищої освіти діляться на 2 підгрупи по 3-4 людини в кожній.

Завдання для здобувачів вищої освіти підгрупи I:

- Визначити темп розкриття шийки матки, період та фазу пологів

- Завдання для здобувачів вищої освіти підгрупи II:

- оцінити відповіді здобувачів вищої освіти I підгрупи та внести корективи.

### **Клінічна ситуація А**

Першовагітна Ж., 23 років надійшла в пологовий будинок з доношеною вагітністю та скаргами на перейми, що розпочались 4 години тому. Перейми тривають 20-25 секунд, повторюються кожні 4-5 хвилин. Загальний стан роділлі задовільний. Температура тіла 36,7<sup>0</sup>С. АТ 120/80 мм рт.ст., ЧСС 80 в 1 хвилину.

Положення плоду повздовжнє, спинка обернута до лівої половини матки, передлежить голівка, яка розташована на 4 пальці вище симфізу. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 156 ударів в 1 хвилину.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, край тонкий, зовнішнє вічко має діаметр 2 см. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка. Мис недосяжний, частково доступні пальпації термінальні лінії та внутрішня поверхня симфізу, окрім верхнього краю.

Питання

- Який діагноз ?
- Чи відповідає темп розкриття шийки матки періоду та фазі пологів?

### **Клінічна ситуація В**



Пацієнтка П., що народжує вдруге, надійшла до пологового будинку з вагітністю 38 тиж. через 5 год після початку регулярних переймів.

Вагітність друга, перші пологи два роки тому перебігали нормально. Температура 36,8 °С, АТ 120/180 мм рт. ст.

Положення плода поздовжнє, перша позиція, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 162 уд./хв.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки вкорочена до 0,5 см із товстими крями, зів відкритий на 2,5 см.

Плодовий міхур цілий. Голівка плода розташована у першій площині малого таза.

### **Питання**

- Діагноз.
- Тривалість і назва першого періоду пологів.
- Механізм згладжування та розкриття шийки матки у цієїроділлі. Характер розкриття зіва шийки матки.
- Передні та задні навколоплідні води. Коли вилиття навколоплідних вод вважається своєчасним?
- Яка тривалість першого періоду пологів у жінок, що народжують повторно?
- Чи відповідає темп розкриття шийки матки періоду та фазі пологів?

### **Правильні відповіді**

Завдання 1 - Поздовжнє положення, головне (потиличне) передлежання, друга позиція, задній вид (а); вигляд з боку виходу таза — стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко справа дозаду (б)

Завдання 2 - Поздовжнє положення, головне (потиличне) передлежання, перша позиція, задній вид (а); вигляд з боку виходу таза — стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко зліва дозаду (б)

Завдання 3 - Поздовжнє положення, головне (потиличне) передлежання, перша позиція, передній вид (а);

вигляд з боку виходу таза — стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва допереду (б)

Завдання 4 - Поздовжнє положення, головне (потиличне) передлежання, друга позиція, передній вид (а);

вигляд з боку виходу таза — стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа допереду (б)

### **Клінічна ситуація А.**

- Вагітність I ,39-40 тиж. Повдовжнє положення, I позиція, передній вид головного передлежання. Пологи I, термінові, I період пологів. Латентна фаза.
- У цієї роділлі темп розкриття шийки матки відповідає латентній фазі першого періоду пологів, так як за 4 години здійснилось згладжування шийки, а діаметр вічкасклав 2 см.

### **Клінічна ситуація В**

- Вагітність друга, 38 тиж. поздовжнє положення плода, головне передлежання. пологи другі, своєчасні, перший період пологів, латентна фаза.
- Перший період пологів має назву періоду розкриття шийки матки. розпочинається він із моменту появи регулярних переймів і закінчується повним розкриттям шийки матки. активна фаза першого періоду пологів характеризується просуванням передлеглої частини. для фізіологічних пологів притаманна синхронність розкриття шийки та просування передлеглої частини.
- Механізм згладжування та розкриття шийки матки у жінок,що народжують повторно, такий: під час переймів згладжування шийки та розкриття її здійснюються одночасно.
- Під час пологів голівка плода опускається у пологовий канал, з усіх сторін торкається нижнього сегмента матки і притискає його до входу в малий таз, таким чином утворюючи пояс змикання. цей пояс поділяє навколоплідні води на передні та задні. вилиття навколоплідних вод вважають своєчасним, якщо розрив плодового міхура стався під час активної фази першого періоду пологів.
- Середня тривалість першого періоду пологів у жінок, що народжують повторно, дорівнює 7–9 год.
- Темп розкриття шийки матки відповідає латентній фазі першого періоду пологів.
- **Навчальні матеріали, рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань**

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

- **Передвісники пологів:**
  - опущення дна матки,
  - підвищення реакції матки на механічні подразники, 1.3.виходження із каналу шийки матки слизової пробки, 1.4.зниження ваги жінки на 1-1,5 кг, 1.5.зменшення кількості навколоплідних вод, 1.6.вставлення голівки у першонароджуючих жінок.
- **Прелімінарний період** - це рідкі, слабкі переймоподібні болі внизу живота та в попереку, які виникають на тлі нормального тонусу матки тривалістю до 6-8 годин, що призводять до пом'якшення, згладжування і відкриття шийки матки, розгортання нижнього маткового сегменту, опускання передлеглої частини плода.

#### **Визначення початку пологів.**

Перейми - це мимовільні скорочення м'язів матки. Проміжки між переймами називають паузою.

Регулярна пологова діяльність - наявність 1-2 або більше скорочень матки протягом 10 хвилин, тривалістю 20 або більше секунд, що приводить до структурних змін шийки матки - її згладжування та розкриття.

**Біологічна готовність організму до пологів визначається за даними ступеня зрілості шийки матки:**

- консистенція шийки матки,
- довжина її піхвової частини,
- прохідність каналу шийки матки,
- положення шийки стосовно провідної осі таза,
- стан зовнішнього вічка,
- місце знаходження передлеглої частини плода.

### Оцінка ступеня "зрілості" шийки матки за шкалою Бішоп

Ознака	Ступінь «зрілості»		
	0 балів	1 бал	2 бали
Положення	Дозаду	Допереду	Серединне

Довжина шийки	>2	1-2	<1
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Стан зовнішнього вічка (см)	Закритий	Відкритий на 1 см	Відкритий на >2 см
Місце знаходження передлеглої	Рухома над входом в малий таз	Притиснена	Притиснена або фіксована у вході в малий таз

0-2 бала - шийка «незріла»

- 0 балів - шийка «недостатньо зріла»
- 1 бал - шийка «зріла»

#### **Фізіологія пологів.**

Пологи ділять на три періоди:

- **Перший період** - розкриття шийки матки.
- **Другий** - зганяння плода.
- **Третій** - послідовий.

З початком пологової діяльності вагітну називають роділлею.

**Перший період пологів поділяється на дві послідовні фази.**

- **Латентна (прихована) фаза** - проміжок часу від початку регулярної пологової діяльності до повного згладжування шийки матки з розкриттям до 3 см у перших пологах або до 4 см у всіх наступних. Звичайно на цю фазу припадає, відповідно, 6-8 годин (у першонароджуючих) та 4-5 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.

**Активна фаза розділяється в свою чергу на три підфази:**

- **Прискорення-** у першонароджуючих продовжується до 2 годин, у повторнонароджуючих - до 1 години
- **максимального підйому** - триває стільки ж годин відповідно
- **уповільнення-у** першонароджуючих продовжується 1-2 години, у повторнонароджуючих - 0,5-1 годину.

**Перший період пологів** визначають від початку регулярних перейм (свідомо не контрольованих ритмічних скорочень маткового м'язу) до повного (10 см) розкриття шийки матки.

**Регулярна пологова діяльність** - це така скоротлива діяльність (2-5 перейм за 10 хвилин), яка приводить до структурних змін шийки матки - її згладжування та розкриття.

Маткову активність визначають за допомогою пальпації матки протягом 10 хвилин. Наявність 2 або більше скорочень матки протягом 10 хвилин, тривалістю 20 або більше секунд є ознакою пологової діяльності.

Висновок про ефективність перейм ґрунтується на їх силі, тривалості та частоті, на розкритті шийки матки в динаміці та ознаках просування голівки відносно площини входу в малий таз.

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

Але найбільш об'єктивним критерієм ефективності пологової діяльності в I періоді є розкриття шийки матки.

**Другий період (період вигнання)** триває від моменту повного розкриття шийки матки до народження дитини.

Важливо відрізнити ранню фазу другого періоду - від повного розкриття до початку потуг, та активну - безпосередньо фазу потуг.

**Важливими поняттями другого періоду пологів є:**

- **перейми-** ритмічне поєднання скорочення маткової мускулатури, ч

•**врізування голівки** - поява голівки з вульварного кільця лише під час потути;

•**прорізування голівки** — голівка зберігає положення у вульварному кільці після припинення потути.

Максимально припустима тривалість другого періоду у жінок, що народжують вперше та повторно, відповідно, 2 та 1 година без застосування епідуральної анестезії, та 3 й 2 години з епідуральною анестезією.

Більшість цього часу складає саме рання фаза, коли голівка поступово просувається по пологовому каналу до тазового дна спочатку без приєднання потуг, а потім з поступовою появою та посиленням потужного компонента під час перейми.

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

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

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

**Третій період (послідовий)** продовжується від народження плода до виділення плаценти з оболонками.

За відсутності ознак кровотечі його тривалість не повинна перевищувати 30 хвилин.

**Механізми відшарування нормально розташованої плаценти.**

Центральне відділення плаценти (варіант Шульцце): ретроплацентарна гематома	Відділення плаценти з краю (варіант Дункана)
	

- Відокремлення плаценти з центру, з формуванням ретроплацентарної гематоми та народженням плодовою поверхнею назовні називається механізмом по Шульцце
- Якщо плацента відшаровується не з центру, а з краю, такий механізм відшарування називається по Дункану

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

#### **Активне ведення третього періоду пологів**

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

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

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

*Правила введення утеротоніків:* протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності - ввести 10 ОД

окситоцину внутрішньом'язово. Окситоцин є переважним утеротоніком, оскільки його ефект проявляється вже через 2-3 хвилини, він може бути використаний у всіх жінок.

Якщо в наявності немає окситоцину можна використати - ергометрин - 0,2 мг в/м. Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

Не можна використовувати ергометрин жінкам з прееклампсією, еклампсією та гіпертензією.

*Контрольовані тракції за пуповину:*

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

- покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона:

- злегка натягнути пуповину і дочекатись сильного скорочення матки (за звичай через 2-3 хв. після введення окситоцину);

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

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

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

Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки над лоном.

Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки.

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

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

Уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо ділянка материнської поверхні відсутня, або є ділянка



обірваних оболонок з судинами, є привід запідозрити затримку ділянок плаценти та розпочати необхідні заходи.

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

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

При появі ознак відшарування плаценти - необхідно запропонувати жінці

«натужитись», що призведе до народження посліду.

### **Ознаками відшарування плаценти є:**

**Ознака Шредера :** якщо плацента відокремилась та спустилась в нижній сегмент чи у вагіну, дно матки піднімається вгору і розташовується вище та вправо від пупка; матка набуває вигляду пісочного годинника.

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

**Ознака Альфельда:** лігатура, яка знаходиться на пуповині у статевої щілини роділлі, при відокремленні плаценти спускається на 8-10 см і нижче від Бульварногокільця.

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

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

**Для видалення посліду, який відокремився користуються зовнішніми методами.**

### **Спосіб Абуладзе.**

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

### **Спосіб Креде-Назаровича.**

Виконується в наступній послідовності:

- випорожняють сечовий міхур;
- приводять дно матки в серединне положення;
- проводять легеньке погладження матки з метою її скорочення; 4) обхвачують дно матки рукою з таким розрахунком, щоб долонні поверхні

чотирьох її пальців розташовувалися на задній стінці матки, долоня на дні матки, а великий палець - на передній її стінці (Мал. 34);

5) одночасно надавлюють на матку всією кистю у двох напрямках (пальцями - спереду назад, долонею - зверху вниз) у напрямку до лобка до того часу, доки послід не народиться із вагіни.

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

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

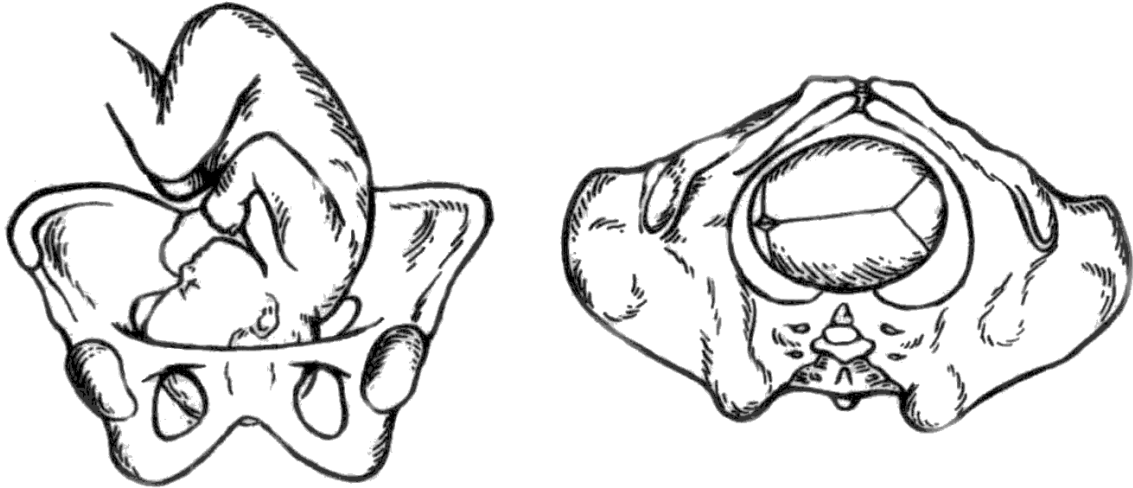
Після виділення плаценти є необхідним її ретельний огляд (переконання у цілісності плаценти з оболонками).

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

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

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

**Перший момент** – згинання голівки та опускання її в площину входу до малого таза.



Це поворот голівки навколо своєї поперечної осі. Внаслідок згинання голівки, мале тім'ячко розміщується на нижньому полюсі передлеглої частини, наближаючись до провідної 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.

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**

- І позиції проходить через правий косий розмір

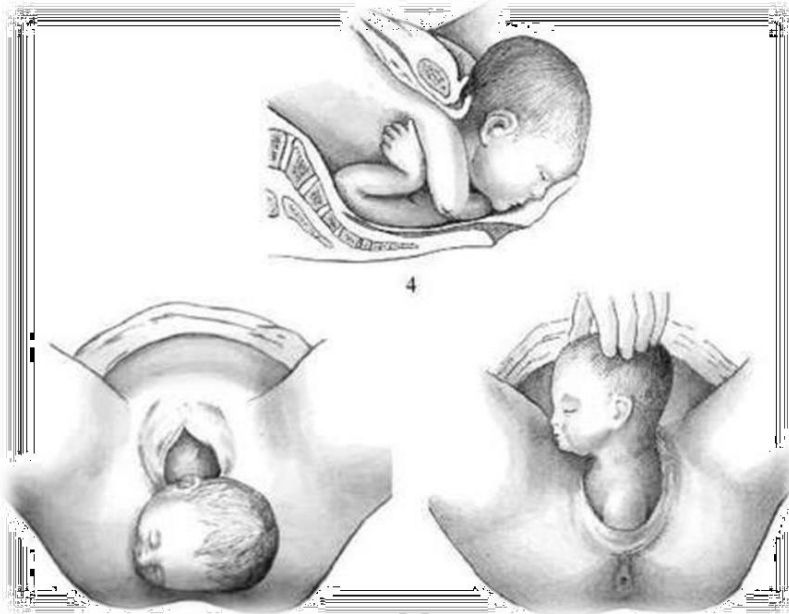
- II — через лівий косий розмір тазу.

**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 плечиків і зовнішній поворот голівки.

Під час врізування та прорізування голівки тулуб просувається до малого тазу, причому поперечний розмір плечиків 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 плечиків 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 позицій — до лівого.**

### **ОЦІНКА ПРОГРЕСУВАННЯ ПОЛОГІВ**

З метою оцінки прогресування пологів визначають:

- 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 плода (менше 110 або більше 170 ударів за 1хвилину);

-випадіння пуповини;

– у разі підозри на неправильне передлежання/ вставлення голівки плода; затримки прогресу пологів; кровотечі (огляд в умовах операційної).

- частоту та тривалість перейм
- наявність просування голівки плода у порожнину тазу

### **Зовнішні методи оцінки ступеня розкриття шийки матки.**

Зовнішніми методами оцінити ступінь розкриття шийки матки можливо тільки приблизно. Орієнтовно про ступінь розкриття шийки матки в родах судять по висоті стояння контракційного кільця (границя між порожнім мускулом, що скорочується, і нижнім сегментом матки, що розтягується). Шийка матки при пологах

звичайно буває розкрита на стільки, на скільки поперечних пальців контракційне кільцеразташоване вище лонної дуги.

### **Внутрішні методи оцінки ступеня розкриття шийки матки.**

З метою визначення динаміки розкриття шийки матки та розташування голівки плода в пологах проводиться внутрішнє акушерське дослідження, яке виконують

- при надходженні жінки до пологового відділення,
- через кожні 4 години під час першого періоду пологів
- після вилиття навколоплідних вод (для своєчасної діагностики можливого випадання з плином амніотичної рідини пуповини та дрібних частин плода).

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

- Кожні 4 години на протязі першого періоду пологів і кожна годину удругому періоді пологів.
- Після розриву плідного міхура
- Патологічна частота серцебиття плода (менш 100 та завбільшки 180 уд/хв) для з'ясування причин, що можуть пояснити ознаки порушення його стану;
- Випадіння пуповини з піхви;
- При багатоплідній вагітності після народження першого плода;
- При неправильному положенні плода, або підозри на вставлення голівки плода у вході до малого тазу у стані розгинання для з'ясування акушерської ситуації;
- Затримка прогресу пологів у зв'язку з неефективністю маткових скорочень
- для амніотомії та перед стимуляцією окситоцином;
- Необхідність дострокового розродження (тяжка преєклампсія, антенатальна загибель плода та інша патологія).
- При прийнятті рішення оперативного вагінального розродження (акушерські щипці, вакуумекстракція, екстракція плода за тазовий кінець)
- Кровотеча після 22 тижнів вагітності (в умовах операційної).

### **Визначення ступеня вставлення голівки зовнішніми методами**

Ступень вставлення голівки можна визначити IV  
прийомом Леопольда



Лікар стає справа, лицем до ніг вагітної. Долоні обох рук розміщені на нижньому сегменті матки справа і зліва, кінці пальців доходять до симфіза. Цей прийом дозволяє визначити чи перебуває голівка над входом в малий таз або пройшла через площину входу матки, чи великим сегментом.

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



5/5 - голівки плода розташування над симфізом на ширина 5 пальців, голівка плода знаходиться над входом до малого тазу;  
4/5 - ширина 4 пальців, голівка притиснута до входу в малий таз;  
3/5 - ширина 3 пальців, голівка малим сегментом у вході до малого тазу; 2/5 - ширина 2 пальців, голівка великим сегментом у вході до малого тазу; 1/5 - 0/5 - ширина 1 пальця, голівка знаходиться у порожнині тазу.

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

***Визначення ступеня вставлення голівки методом внутрішнього акушерського дослідження.***

***• Голівка над входом у малий таз.***

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

***• Голівка малим сегментом у вході в малий таз.***

Крижова западина вільна, до мису можна підійти 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.

Положення голівки плода 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:**

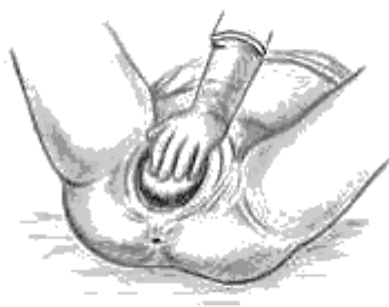
- 3 - голівка над входом в таз;
- 2 - голівка притиснута до входу в малий таз;
- 1 - голівка малим сегментом у вході в малий таз,
- 0 - голівка великим сегментом у вході в малий таз,
- +1- голівка в широкій частині малого таза;
- +2 - голівка у вузькій частині малого таза,+3 - голівка у виході з малого таза

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

**Захист промежини складається з п'яти прийомів:**

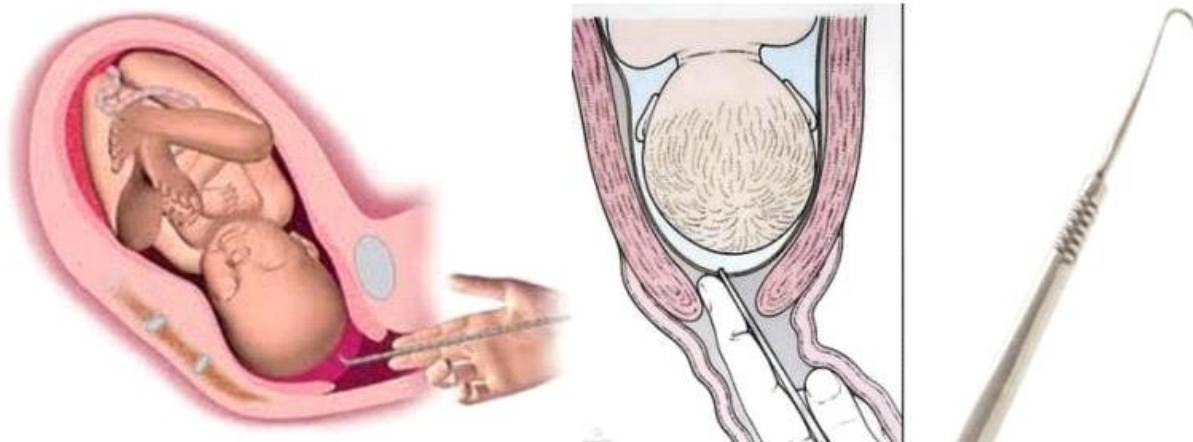
- Запобігання передчасному розгинанню голівки плода - долоня лівої кисті упирається в лобок, пальцями стримують стрімке просування голівки, обережно натискаючи на неї.

- Зменшення напруження тканини промежини - долонна поверхня правої кисті розташовується на промежині, пальцями зсувають тканини великих статевих губ у бік промежини.
- Виведення голівки плода із статевої щілини - після утворення точки фіксації, поза потугою, обережно знімаючи бічні краї Бульварного кільця з голівки, дають їй можливість розігнутись.
- Допомога під час внутрішнього повороту плечиків і зовнішнього повороту голівки - голівку, що народилася, захоплюють обома руками так, щоб долоні лягли на ділянку вух; голівку обережно відтягують донизу доти, поки переднє плічко не підійде під лобкову дугу.



- Вивільнення плечового поясу - голівку захоплюють лівою рукою і відводять до лона, правою рукою обережно знімають тканину промежини з заднього плічка.

**Амніотомія** – використовується для індукції та регуляції пологової діяльності.



### Методика виконання

- Обробка зовнішніх статевих органів вагітної чи породіллі антисептиком
- Внутрішньо-акушерське дослідження для визначення наявності навколоплідного міхура, його напруження
- Ввести крючок для амніотомії в піхву, перемістити його таким чином щоби кінчик інструменту досяг навколоплідний міхур
- Розвернути інструмент навколо осі таким чином, щоби гостра частина крючка зачепила оболонку навколоплідного міхура.
- Розірвати оболонку.
- Середнім та вказівним пальцями розширити отвір знімаючи оболонку навколоплідного міхура з передлеглої частини.
- Оцінити кількість та якість навколоплідних вод.
- Упевнитися в тому, що передлегла частина притиснулася до площини входу в малий таз, перед передлеглою частиною не визначаються петлі пуповини.

**Перинео- та епізіотомія** – має метою уникнути розривів промежини і пологових черпно-мозкових травм дитини.

**Перинеотомія:** розріз проходить по середній лінії промежини де наявне мінімальна кількість судин та нервових закінчень. При такому

розрізі розсікається шкіра, підшкірна жирова клітковина, задня спайка піхви, фасції, луковично-печериста, поверхневий і глибокий поперечний м'язи промежини.



**Методика виконання:**

- Після обробки зовнішніх статевих органів завести браншу ножиць за заднюспайку
- Здійснити розріз промежини в напрямку від задньої спайки до анального отворудовжиною 1,5-2 см.

**Епізіотомія:** розріз проходить з однієї сторони через велику статеву губу у напрямку до сідничного бугра.



**Методика виконання :**

- Після обробки зовнішніх статевих органів завести браншу ножиць за заднюспайку перемістити на 2 см. вгору.
- Здійснити розріз промежини в напрямку від статевої щілини до сідничногобугра довжиною 1,5-2 см.

**Особливості ведення партограми**

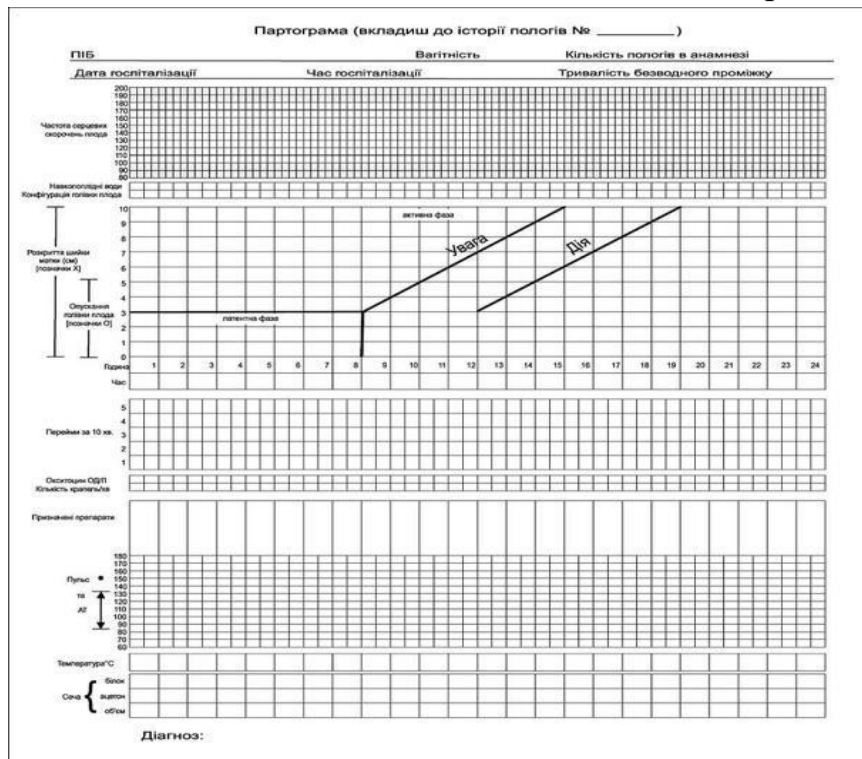
Спостереження за перебігом першого періоду пологів, станом матері та плода здійснюється за допомогою *партограми*, на якій відносно часової осі графічно відображають наступні показники:

- **Перебіг пологів:**
  - ступінь розкриття шийки матки, визначену методом внутрішнього
  - Опускання голівки плода, визначене за допомогою абдомінальної пальпації(кожні 4 години)
    - Частоту (за 10 хвилин) та тривалість (в секундах) перейм (кожні 30 хвилин),
  - **Стан плода:**
    - Частоту серцебиття плода, оцінену методом аускультатії або ручногододплеровського аналізатора (кожні 15 хвилин)
    - Ступінь конфігурації голівки плода (кожні 4 години),

- Стан плідного міхура та навколоплідних вод (кожні 4 години)
- **Стан роділлі:**
- Пульс та артеріальний тиск (кожні 2 години),
- Температура (кожні 4 години)
- Сеча: об'єм; наявність білка або ацетону - за показами (кожні 4 години).

### *Переваги партограми*

- Ефективне спостереження за перебігом пологів
- Своєчасне виявлення відхилення пологів від нормального перебігу



• **Допомога** під час прийняття рішення щодо необхідних та достатніх втручань

- **Вимоги до результатів роботи.**
- Оцінювати розкриття шийки матки та опускання голівки плода.
- Виконувати амніотомію
- знати біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання
- знати біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання
- надавати ручну допомогу в 2 періоді пологів.

- виконувати перінеотомію та епізіотомію.
  - Ввести активне введення третього періоду пологів.
  - Знати ознаки відділення нормально розташованої плаценти та оцінювати цілісність плаценти.
  - Виконувати огляд пологових шляхів після пологів.
  - Вміти заповнювати партограму.
- **Контрольні матеріали для завершального етапу заняття: завдання, тести тощо.**

### **Завдання**

Роділля С., 26 років, надійшла до пологового будинку з активною пологовою діяльністю, через 3 год народила живого доношеного хлопчика масою 3000 г, зростом 50 см. Через 15 хв після народження дитини виникла кровотеча, крововтрата становила 120 мл, триває.

Дані перевірки ознак відокремлення плаценти:

- а) затискач, що був накладений на пуповину біля статевої щілини, опустився на 10 см;
- б) матка плоска, вузька, дно піднялося вище пупа і відхилилося праворуч;
- в) при глибокому вдиху пуповина не втягується в піхву;
- г) пуповина подовжилася при потузі та не вкоротилась при її закінченні;
- д) при натисканні ребром кисті на підчерев'я пуповина не втягується у піхву;
- е) при натисканні на матку пупкові вени не наповнюються.

### **Правильна відповідь:**

- Пологи вчасні, перший період пологів.
- Плацента відшарувалася від стінок матки.
- Позначення цифрами ознак відокремлення плаценти: 2–1– 4–5–3–6.
- Щоб виділити з порожнини матки послід, який відокремився, слід запропонувати роділлі потужитися. Якщо ефект відсутній, треба застосувати способи виділення посліду в такому порядку: Абуладзе, Креде — Лазаревича, Гентера, ручне виділення.
- Методика виділення посліду за Абуладзе: здійснити сечовипускання, надати матці центрального положення, провести масаж матки для її скорочення. Після цього обома руками захопити передню черевну стінку у велику поздовжню складку і запропонувати роділлі потужитися.

- **Підбиття підсумків**

**Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінка практичних навичок, вирішення ситуаційних клінічних задач, оцінка активності на занятті.**

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

1	Здобувач вищої освіти вільно володіє матеріалом, бере активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційних клінічних задач, впевнено демонструє практичні навички під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює власну думку з теми, демонструє клінічне мислення.
2	Здобувач вищої освіти добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційних клінічних задач, демонструє практичні навички під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює власну думку з теми, демонструє клінічне мислення.
3	Здобувач вищої освіти недостатньо володіє матеріалом, невпевнено бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень зі значними помилками.
4	Здобувач вищої освіти зовсім не володіє матеріалом, не бере участі в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичних навичок під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень.

## **5.РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

### **Основна**

- Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац.підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічерда В.Г., Волянська А.Г. .-К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.



- Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
- Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 424 с.
- Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 376 с.
- Акушерство та гінекологія: у 4 томах. – Том 3. Неоперативна гінекологія: підручник (ВНЗ IV р.а.) / В.М. Запорожан, І.Б. Вовк, І.Ю. Гордієнко та ін; за ред. В.М. Запорожана. – 2014. – 928 с.
- Сенчук А.Я., Венцківський Б.М., Чермак І.І. Керівництво по практичним навичкам в акушерстві та гінекології. Одеса ТЕС, 2012. - 466 с.
- Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекологі

#### **Додаткова:**

- Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10<sup>th</sup> ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.
- Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
- Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б.Венцківської, В.П.Лакатоша, В.М.Куца). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.

#### **1Електронні інформаційні ресурси**

- <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
- <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
- <https://www.uptodate.com> – UpToDate
- <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
- <https://www.thelancet.com/> - The Lancet

- <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
- <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- [www.ama-assn.org](http://www.ama-assn.org) – Американська медична асоціація / American Medical Association
- [www.who.int](http://www.who.int) – Всесвітня організація охорони здоров'я
- [www.dec.gov.ua/mtd/home/](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/) - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- [www.gmc-uk.org](http://www.gmc-uk.org) - General Medical Council (GMC)
- [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) – Німецька медична асоціація
- [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int) - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я