

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

Факультет медичний

Кафедра симуляційних медичних технологій

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

01 вересня 2024 року

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ З ПРАКТИКИ**

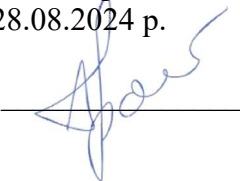
«СИМУЛЯЦІЙНА МЕДИЦИНА»

Факультет, курс: Медичний, 6 курс

Навчальна дисципліна: Симуляційна медицина

Затверджено:

Методична розробка затверджена на засіданні кафедри симуляційних медичних технологій
Протокол № 1 від 28.08.2024 р.

Завідувач кафедри  Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

Розробники:

завідувач кафедри Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

завуч кафедри Ольга ЄГОРЕНКО

доцент кафедри Михайло ПЕРВАК

доцент кафедри Василь ГЛАДЧУК

доцент кафедри Ігор ШЕВЧЕНКО

доцент кафедри Юрій ПЕТРОВСЬКИЙ

доцент кафедри Юлія ПРОКОПЧУК

асистент кафедри В'ячеслав ОНИЩЕНКО

асистент кафедри Дмитро КАРАКОНСТАНТИН

асистент кафедри Геннадій ЧЕРЕМНИХ

асистент кафедри Світлана ТРИЩЕНКО

асистент кафедри Сергій ЛУНЬКО

1. Тема «Фізіологія пологів. Знеболювання пологів» - 18 годин

2. Актуальність теми:

Знання фізіології пологів започатковує клінічне акушерство. Ретельне дотримання, а в разі необхідності - максимально наближене наслідування фізіологічним процесам у пологах є прямим і природним шляхом зниження материнської та перинатальної захворюваності й смертності. Вивчення основних етапів перебігу та ведення фізіологічних пологів дозволяє опанувати на практиці найважливіші методи обстеження роділь, вміння оцінювати акушерську ситуацію, надання належної допомоги у фізіологічних пологах з урахуванням даних, оснований на принципах доказової медицини. Важливою складовою даного заняття є вивчення тактики лікаря при веденні пологів на всіх етапах, усунення пологового травматизму, профілактики дистресу плода та асфіксії новонародженого. Впровадження сучасних перинатальних технологій (партнерські пологи, регіональні методи знеболення, сумісне перебування породіллі та немовляти з дотриманням теплового ланцюжка) сприяє зниженню частоти ускладнень під час пологів.

3. Конкретні цілі:

1. Аналізувати огляд зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження (на фантомі), аускультацию серцебиття плода (аускультативно, КТГ).

2. Пояснювати поняття передвісники пологів, прелімінальний період, ознаки початку пологів, причини настання пологів, регуляцію пологової діяльності; біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання.

3. Трактувати:

- особливості клінічного перебігу I періоду пологів,
- особливості ведення I періоду пологів,
- основні принципи ведення партограми,
- особливості клінічного перебігу II періоду пологів,
- особливості ведення II періоду пологів,
- особливості клінічного перебігу III періоду пологів,
- особливості ведення III періоду пологів,
- принципи оцінки стану новонародженого за шкалою Апгар,

4. Демонструвати активну та очікувальну тактики ведення III періоду пологів (на фантомі).

4. Міждисциплінарна інтеграція :

№	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
1	Анатомія	будову жіночих статевих органів	Дати характеристику будови жіночого тазу
2	Пропедевтика внутрішніх хвороб	Суб'єктивні та об'єктивні методи обстеження	Збирати анамнез і провести пальпацію і аускультацию
Забезпечувані дисципліни			
3	Неонатологія	основні принципи і функціональні обов'язки лікаря під час фізіологічних пологів	Оцінити стан новонародженого за шкалою Апгар. Провести первинний туалет новонародженого із забезпеченням принципів "теплового ланцюжка"
Внутрипредметна інтеграція			

4	Фізіологія вагітності. Методи обстеження вагітних	Топографія плода в матці фізіологія вагітності, гравідограма	Визначити топографію плода в матці. Скласти план ведення фізіологічної вагітності. Оцінити характер партограми. Провести зовнішнє і внутрішнє акушерське дослідження та аускультацию плода.
5	Жіночий таз і плід як об'єкт пологів	Розміри жіночого тазу, розміри голівки плода і тулуба. Будову голівки плода.	Вимірювати та оцінити розміри жіночого тазу. Розпізнати елементи будови голівки плода при внутрішньому акушерському дослідженні.

5. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

5.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які має засвоїти студент при підготовці до заняття:

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 роділлемою.

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.

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.

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

Конфігурація голівки плода це процес пристосування її до пологових шляхів жінки.

5.2 Теоретичні питання до заняття:

1. Поняття передвісники пологів, прелімінарний період.
2. Ознаки початку пологів.
3. Методи оцінки біологічної готовності організму до пологів.
4. Метод оцінки стану шийки матки за шкалою Бішопа.
5. Причини настання пологів, регуляцію пологової діяльності.
6. Біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання.
7. Особливості клінічного перебігу I періоду пологів.
8. Особливості ведення I періоду пологів.
9. Основні принципи ведення партограми.
10. Особливості клінічного перебігу II періоду пологів.
11. Особливості ведення II періоду пологів.
12. Особливості клінічного перебігу III періоду пологів.
13. Особливості ведення III періоду пологів.
14. Принципи оцінки стану новонародженого за шкалою Апгар.
15. Первинний туалет новонародженого, дотримання теплового ланцюжка.
16. Сучасні методи знеболювання пологів: немедикаментозні та медикаментозні.

5.3. Практичні роботи , які виконуватимуться на занятті:

1. Зовнішнє акушерське дослідження, аускультация серцебиття плода.
2. Внутрішнє акушерське дослідження (на фантомі).
3. Визначення початку пологів.
4. Оцінювання ступеню зрілості шийки матки за Бішопом.
5. Визначати початок першого періоду пологів, об'єктивно оцінювати характер пологової діяльності (динаміку розкриття шийки матки, частоту, силу та тривалість перейм).
6. Вести партограму.
7. Визначати і оцінювати серцебиття плода (аускультативно, КТГ).
8. Надавати допомогу у пологах та проводити психофізіологічне знеболювання пологів.
9. Демонструвати активну тактику ведення III періоду пологів (на фантомі).
10. Демонструвати очікувальну тактику ведення III періоду пологів (на фантомі).
11. Визначати цілісність посліду.
12. Визначати загальну крововтрату в пологах.
13. Оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар.
14. Проводити первинний туалет новонародженого із забезпеченням принципів "теплого ланцюжка".

6. Зміст теми:

Клінічний протокол з акушерської допомоги «Нормальні пологи»

Нормальні пологи – це одноплідні пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у терміні вагітності 37-42 тижні у потиличному передлежанні плода, перебіг яких відбувався без ускладнень протягом усього періоду пологів, при задовільному стані матері та новонародженого після пологів.

Якщо пологи у вагітних високої групи ризику (з патологією вагітності або соматичною патологією) мають нормальний перебіг, необхідно використовувати рекомендації даного клінічного протоколу, щодо ведення пологів у цієї групи жінок, за умови закінчення пологів без ускладнень - такі пологи вважаються нормальними.

Не є підставою для виключення з нормальних пологів:

- наявність передчасного розриву плодових оболонок;
- проведення амніотомії без наступної індукції пологів;
- розрив промежини 1 ступеню.

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення нормальних пологів в умовах акушерського стаціонару з забезпеченням права роділлі залучення близьких до підтримки її при пологах.

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

- ретельного моніторингу стану матері, плода та прогресування пологів;
- створення умов для надання невідкладної допомоги роділлі/породіллі та новонародженому;

- проведення заходів, що спрямовані на попередження інфекційних та гнійно-запальних ускладнень;
- впровадження та суворе дотримання принципів „теплого ланцюжка”.

Принципи ведення нормальних пологів:

- визначення плану ведення пологів та обов’язкове поінформоване узгодження його з жінкою/сім’єю
- заохочення емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);
- моніторинг стану матері, плода та прогресування пологів;
- використання партограми для прийняття рішення щодо перебігу пологів, а також необхідності та об’єму втручань;
- широке використання немедикаментозних засобів для знеболення пологів;
- заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини;
- оцінка стану дитини при народженні, забезпечення контакту „шкіра-до-шкіри” між матір’ю та новонародженим, прикладання до грудей матері за появи пошукового та смоктального рефлексу;
- профілактика післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, шляхом використання методики активного ведення третього періоду пологів.

Діагностика та підтвердження пологів:

- у вагітної після 37 тижня з’являється переймоподібні болі внизу живота та крижах з появою слизово-кров’яних або водянистих (у разі відходження навколоплідних вод) виділень із піхви;
- наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд;
- зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне її укорочення та згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметру просвіту шийки матки (вимірюється в сантиметрах) ;
- поступове опускання голівки плода до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно lin.interspinalis (при внутрішньому дослідженні)

Діагностика періодів і фаз пологів:

Симптоми і ознаки	Період	Фаза	
Шийка не розкрита	Хибні пологи /відсутність пологової діяльності/		
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см	Перший	Латентна	

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

Послідовність дій у разі нормального перебігу пологів:

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

- ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності. Звертає увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та дані гравідограми;
- з'ясовує скарги;
- для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів;
- здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу. Визначає термін вагітності та очікувану масу плода;
- запитує про відчуття рухів плода самою роділлею та проводять аускультацию серцебиття плода;
- проводить зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого тазу;
- встановлює акушерський діагноз, визначає план ведення пологів та узгоджує його з жінкою, що народжує.

Не рекомендується рутинне призначення клізми та гоління лобка роділлі [А].

Молодша медична сестра:

- пропонує жінці прийняти душ, одягнути чистий домашній одяг (за відсутності - лікарняну білизну); партнерові також потрібна зміна одягу на чистий домашній одяг (за відсутності - одноразовий комплект);
- роділлю та її партнера супроводжує в індивідуальну пологову палату.

Спостереження та допомога роділлі під час I періоду пологів

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться лікарем акушер-гінекологом до партограми (додаток 1).

Правильне заповнення та інтерпретація партограми сприяє ранньому виявленню відхилень перебігу пологів, відхилень у стані матері чи плода та допомагає своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів та визначити обсяг необхідних втручань. Спостереження за станом роділлі і плода в I періоді пологів включає наступні рутинні процедури:

Оцінка стану плода:

Серцебиття плода в пологах реєструють шляхом:

- періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора;

або

- за показаннями - шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія)

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії слід дотримуватися наступної методики:

- роділлі знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми;
- аускультатія триває щонайменше 60 секунд.

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

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

У разі зміни частоти серцевих скорочень плода, що виходять за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультатію після закінчення найбільш інтенсивної фази наступної перейми, дотримуючись вище описаної методики.

Перехід від періодичної аускультатії до електронного фетального моніторингу (КТГ) показаний у наступних випадках:

- ЧСС плода зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки;
- базальна частота серцевих скорочень плода менше 110 чи більше 170 ударів за хвилину;
- під час періодичної аускультатії виявляються будь які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки;
- розпочато пологопідсилення окситоцином;
- вилились навколоплідні води, забарвлені меконієм.

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

оперативних пологів [А]

Якщо відбувся розрив плодового міхура (спонтанний або штучний), звертається увага на колір та кількість навколоплодових вод.

Оцінка загального стану матері:

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

Оцінка прогресування пологів:

З метою оцінки прогресування пологів визначають швидкість розкриття шийки матки, частоту та тривалість перейм, а також наявність просування голівки плода у порожнину таза:

Розкриття шийки матки

Швидкість розкриття шийки матки оцінюється шляхом внутрішнього акушерського дослідження, яке проводять кожні 4 години. Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності показань:

- спонтанний розрив плодових оболонок;
- патологічна частота серцебиття плода (менше 110 або більше 170 ударів за хвилину);
- випадіння пуповини;
- у разі підозри на неправильне передлежання/вставлення голівки плода;
- затримки прогресу пологів;
- кровотечі (огляд в умовах операційної).

Якщо після додаткового внутрішнього акушерського дослідження прийнято рішення продовжувати консервативне ведення пологів, наступне акушерське дослідження проводять через 4 години, від останнього.

Результати оцінки розкриття шийки матки заносяться до партограми.

Розкриття шийки матки у латентній фазі

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

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

- Якщо протягом 8 годин спостереження періодичні скорочення матки зникають, або значно уповільнюються, слід зробити висновок щодо хибних пологів. У разі спонтанного припинення маткових скорочень

немає необхідності у проведенні вагінального дослідження, якщо інші показання до його проведення відсутні.

- Якщо через 8 годин спостереження періодичні скорочення матки тривають, а розкриття шийки матки залишається менше 3 см, слід оцінити наявність структурних змін шийки матки
 - Якщо структурні зміни шийки матки відсутні слід зробити висновок на користь удаваних перейм.
 - Якщо відбуваються структурні зміни шийки матки (розм'якшення, згладження, розкриття) слід оцінити ступень зрілості шийки матки за шкалою Бішопа.
- Якщо шийка матки „зріла” (6 або більше балів) робиться висновок на користь уповільненої латентної фази першого періоду пологів.
- Якщо шийка матки „незріла” (5 або менше балів) тактика ведення має відповідати веденню удаваних перейм

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

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

Примітка:

0-2 бали – „шийка не зріла”

3-5 балів – „шийка недостатньо зріла”

≥ 6 балів – „шийка зріла”

Розкриття шийки матки в активній фазі

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

Якщо швидкість розкриття шийки матки становить менш, ніж 1 см/год (графік розкриття шийки матки знаходиться справа від Лінії уваги на партограмі), це вказує на

„пролонговану активну фазу”, яка може бути пов’язана зі слабкістю пологової діяльності або клінічно вузьким тазом.

Швидкість розкриття шийки матки менш, ніж 1 см/год за наявності цілого плідного міхура є абсолютним показанням до проведення амніотомії.

Рутинне проведення ранньої амніотомії (до 5 см розкриття шийки матки) у разі нормального перебігу пологів не рекомендується [A].

Частота та тривалість перейм

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

Наявність 2 перейм за 10 хвилин в латентній фазі вважають адекватною пологовою діяльністю, в активній фазі - 3-5 перейм протягом 10 хвилин, кожна з яких триває 40 секунд або більше.

Просування голівки плода

Просування голівки плода визначають шляхом зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження. Результати заносять до партограми.

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

Умови забезпечення нормальних пологів:

- індивідуальна пологова кімната, яка має бути максимально наближена до домашніх умов;
- персональна психологічна підтримка роділлі чоловіком, чи обраним нею партнером, які мають бути підготовленими до участі в пологах;
- досягнення взаємного порозуміння, психологічна підтримка роділлі медичним персоналом;
- пояснення необхідності проведення кожної процедури і маніпуляції та одержання дозволу жінки на їх проведення;
- підтримання доброзичливої атмосфери при розродженні,
- поважне відношення до бажань жінки, забезпечення конфіденційності;
- підтримування чистоти роділлі та її оточення:
 - заохочення самостійно прийняти ванну чи душ під час пологів;
 - перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням зовнішні статеві органи і промежину роділлі обмивають чистою теплою водою.
- забезпечують рухливість роділлі:
 - жінку заохочують до активної поведінки під час пологів;
 - допомагають вибрати положення для пологів.
- підтримують прийом жінкою їжі і рідини за її бажанням.

Знеболювання пологів за погодженням жінки

Допомога роділлі подолати біль під час пологів є завданням медичних працівників

та присутнього партнера. Зменшення больового відчуття може бути досягнуто застосуванням простих немедикаментозних методів знеболювання: - максимальна психологічна підтримка та заспокоєння;

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

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

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

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

- **гідротерапія**: прийом душу або занурення у воду з температурою 36-37°C у активній фазі (при наявності можливості). Тривалість перебування у ванній чи душі залежить від бажання жінки, але необхідно постійно підтримувати температуру води у заданих межах і проводити термометрію у роділлі.

Гідротерапію проводять обов'язково під наглядом медперсоналу!
--

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

Вимоги, що ставляться до медикаментозного знеболювання: знеболюючий ефект, відсутність негативного впливу на організм матері і плода, простота та доступність для усіх родопомічних закладів.

Спостереження та допомога у II періоді пологів

Попередження бактеріальних та вірусних інфекцій (включно ВІЛ):

- Адекватна обробка рук медичного персоналу (гігієнічна або антисептична в залежності від маніпуляції що планується) згідно діючих алгоритмів.
- Використання стерильних рукавичок під час проведення внутрішнього акушерського дослідження, прийняття пологів та оперативних втручань

- (епізiotомія тощо).
- Використання медичним персоналом для прийняття пологів чистого халату. У разі можливості оптимальним є використання одноразового халату, виготовленого з водовідштовхуючого матеріалу.
- Використання засобів для захисту обличчя медичного персоналу: маска (бажано одноразова), окуляри або щиток.
- Обережне використання гострого інструментарію.

Оцінка стану плода

Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультативної кожні 5 хвилин у ранню фазу другого періоду, та після кожної потуги у активну фазу.

Оцінка загального стану роділлі

Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу – кожні 15 хвилин.

Оцінка прогресування пологів

Оцінюють просування голівки по родовому каналу та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів.

Рання фаза другого періоду пологів

Рання фаза другого періоду пологів починається від повного розкриття шийки матки та триває до появи спонтанних активних потуг (або до опускання голівки на тазове дно).

В ранню фазу слід забезпечити рухливість роділлі, а саме: заохотити її до активної поведінки та вільного ходіння. Вертикальне положення жінки та можливість вільно рухатись сприяють збереженню активної пологової діяльності та просуванню голівки плода.

В ранній фазі не слід примушувати роділлю тужитись, через те, що це призводить до втоми роділлі, порушення процесу внутрішнього повороту голівки плода, травмування пологових шляхів і голівки, порушення стану плода та зайвим медичним втручанням.

Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів

Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів починається з моменту опущення голівки на тазове дно та наявності спонтанних активних потуг.

Слід надавати перевагу техніці „не регульованих фізіологічних потуг”, коли жінка самостійно робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання.

Допустима тривалість другого періоду пологів:

- у жінки, що народжує вперше, до 2 години;
- у жінки, що народжує повторно, до 1 години.

Положення жінки для народження дитини

Забезпечується можливість роділлі вибрати положення для народження дитини, яке є зручним для неї.

Рутинне положення на спині („літотомічна” позиція) супроводжується зростанням частоти випадків порушень стану плода та пов’язаних з ними оперативних втручань у порівнянні з вертикальними положеннями (сидячи, стоячи), а також положенням роділлі на боці. [A]

Застосування епізіотомії не проводять при нормальних пологах

Показання до епізіотомії:

- ускладнені вагінальні пологи (при тазовому передлежанні, дисточія плечиків, при накладенні акушерських щипців, вакуум-екстракції);
- дистрес плода;
- рубцеві зміни промежини, що є суттєвою перепорою для народження дитини.

Епізіотомію та епізіорафію проводять під знеболюванням

Після народження голівки необхідно дати можливість плечикам розвернутись самостійно, при цьому перевірити чи немає обвивання пуповини навкруг ший. В разі тугого обвиття, пуповину необхідно перетнути між 2-х затискачів, при не тугому – послабити натягнення пуповини та дочекатися наступної потуги. **Не квапитись!**

У разі задовільного стану плода не слід намагатися народити плечики протягом тієї ж потуги, під час якої народилась голівка. Плечики можуть бути народжені під час наступної потуги.

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

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

Рутинна катетеризація сечового міхура не рекомендується [A]

Ведення III періоду пологів

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

Активне ведення третього періоду пологів

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

Активне ведення третього періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці під час вагінальних пологів.

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

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків;

- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Відсутність одного з компонентів – виключає активне ведення III періоду пологів

Крок 1

Введення утеротоніків:

Протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Якщо в наявності немає окситоцину можна використати ергометрін – 0,2мг внутрішньом'язово.

Не використовують ергометрін жінкам з гіпертензивними розладами!

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

У разі відсутності утеротоніків не слід використовувати методику активного ведення третього періоду пологів. У цьому випадку слід застосовувати очікувальну тактику ведення третього періоду пологів.

Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину:

Крок 2

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

Крок 3

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

Не тягніть за пуповину до початку скорочення матки, просто утримуйте пуповину в стані легкого натягіння

Крок 4

- одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (**тракція**) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти;
- під час тракції продовжувати проводити другою рукою **контртракцію** у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона);
- якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натягіння, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку;
- одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію.

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

Крок 5

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

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

Крок 6

Масаж матки

- Після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною.

В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х годин, щоб бути впевненим у тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.

Міхур з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовується[4].

Очікувальне ведення третього періоду пологів.

Після закінчення пульсації пуповини, акушерка перетискає та перетинає пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'яних виділень.

При появі ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова), жінці пропонують «натужитись», що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відділення плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі ручне відділення плаценти та видалення посліду проводять негайно під адекватним знеболенням.

Огляд нижніх відділів пологових шляхів обережно проводять за допомогою тампонів після пологів. Показанням до огляду за допомогою вагінальних дзеркал є наявність кровотечі, оперативних вагінальних пологів, стрімких пологів, або пологів поза

7. Список рекомендованої літератури:

Основна:

1. 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 Гінекологія. - К. Медицина,2011.- 375 с.
2. Акушерство: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, В.П.Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.
3. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, М.Є. Яроцького).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 352 с.
4. Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013
5. Obstetrics: підручник англійською мовою (edit by I.B. Ventskivska).- К.: Medicine,2008.-334 p.
6. Gynecology: підручник англійською мовою (edit by I.B. Ventskivska).- К.: Medicine,2010.-160 p.

Додаткова:

1. Запорожан В.М., Міщенко В.П. Акушерська патологія: атлас, навчальний посібник. - Одеса:Одеський медуніверситет,2005.- 292 с.
2. Клінічні аспекти сучасної перинаталогії: навчально-методичний посібник (за ред. Вдовиченко Ю.П.).- К., 2005.
3. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології.

8. Матеріали для самоконтролю.

8.1.Питання для самоконтролю.

1. Передвісники пологів: прелімінальний період.
2. Визначення ступеню зрілості шийки матки. Шкала Бішопа.
3. Біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання.
4. Причини початку пологів. Регуляція пологової діяльності. Методи реєстрації пологової діяльності. Моніторинг у пологах.
5. Періоди пологів. Тривалість їх у першо- та повторнонароджуючих.
6. Період розкриття шийки матки в пологах. Клініка, ведення. Партограма.
7. Період вигнання плода. Клініка, ведення.
8. Послідовий період. Ознаки відшарування плаценти. Клініка, ведення послідового періоду (активне ведення, очікувальна тактика ведення).
9. Консервативні способи виділення посліду.
10. Визначення цілісності посліду. Поняття про фізіологічну та патологічну крововтрату.
11. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.
12. Первинний туалет новонародженого. Дотримання теплового ланцюжка.
13. Психопрофілактичне знеболювання пологів. Медикаментозне знеболювання пологів.

8.2. Тестові завдання для самоконтролю.

1. У якому розмірі площини входу в малий таз знаходиться стрілоподібний шов при передньому виді потиличного передлежання, і позиції після виконання згинання голівки?

- А. Прямому.
- В. Лівому косому або прямому.

- C. Правому косому або прямому.
- D. Правому косому або поперечному.
- E. Лівому косому або поперечному.

2. У якому розмірі площини входу в малий таз знаходиться стрілоподібний шов при задньому виді потиличного передлежання, I позиції після виконання згинання голівки?

- A. Прямому.
- B. Лівому косому або прямому.
- C. Правому косому або прямому.
- D. Правому косому або поперечному.
- E. Лівому косому або поперечному.

3. У якій площині малого таза закінчується внутрішній поворот голівки плоду при передньому виді потиличного передлежання, II позиції?

- A. Входу в малий таз.
- B. Широкої частини порожнини малого таза.
- C. Вузької частини порожнини малого таза.
- D. При переході із широкої у вузьку частину порожнини малого таза.
- E. Виходу з малого таза.

4. У якому розмірі площини виходу з малого таза знаходиться стрілоподібний шов при розгинанні голівки при задньому виді потиличного передлежання, I позиції?

- A. Прямому.
- B. Лівому косому або прямому.
- C. Правому косому або прямому.
- D. Правому косому або поперечному.
- E. Лівому косому або поперечному.

5. У якому розмірі площини виходу з малого таза прорізується і народжується плечовий пояс плоду при передньому виді потиличного передлежання?

- A. Прямому.
- B. Правому косому.
- C. Лівому косому.
- D. Поперечному.
- E. Прямому і поперечному.

6. На потиличній області голівки немовляти, що має доліхоцефалічну форму, визначається родова пухлина з центром в області малого тім'ячка. При якому передлежанні голівки плоду відбулися пологи?

- A. При передньо-тім'яному.
- B. При передньому виді потиличного.
- C. При задньому виді потиличного.
- D. При лицьовому.
- E. При лобовому.

7. Першороділля 20 років знаходиться на початку I періоду фізіологічних пологів. Перейми по 15-20 сек, через 10-15 хв, слабкої сили. Серцебиття плоду не страждає.

При якому розкритті маткового зів'язу в см вилиття навколоплодових вод буде своєчасним?

- A. 6-8.
- B. 8-10.
- C. 4-6.

- D. 2-4.
- E. 1,5-2.

8. При внутрішньому акушерському дослідженні жінки, що народжує вдруге, відкриття маткового зіву 4-5 см, при натисненні пальцем догори голівка плоду відштовхується і знову повертається в первісне положення, таз вільний.

Припустима тривалість перебування голівки плоду в цій площині, година?

- A. 5.
- B. 6.
- C. 4.
- D. 3.
- E. 2.

9. Ви спостерігаєте за породіллею в 1 періоді пологів. При внутрішньому акушерському дослідженні стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко ближче до лобкового симфізу. Як повинна лежати в ліжку породілля для того, щоб вставлення голівки плоду було правильним?

- A. На лівому боці.
- B. На спині.
- C. На правому боці.
- D. Не має значення.
- E. Дозволено тільки ходити.

10. Жінка, що народжує вдруге, вагою 80 кг. Вкажіть припустиму крововтрату, мл:

- A. 400.
- B. 500.
- C. 600.
- D. 700.
- E. 800.

Вірні відповіді: 1 D, 2E, 3E, 4A, 5A, 6B, 7B, 8B, 9A, 10A