

# **НОРМАЛЬНІ ПОЛОГИ. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД**

***Навчальний посібник***

Друге видання, доповнене та перероблене

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**НОРМАЛЬНІ ПОЛОГИ.**  
**СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД**

*Навчальний посібник*

Друге видання, доповнене та перероблене

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2024**

УДК 618.4 (075.8)

Н15

*Затверджено Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 2 від 29.02.2024.*

### **А в т о р с ь к и й к о л е к т и в**

В. В. Лазуренко, О. М. Тіщенко, О. А. Лященко, О. Б. Овчаренко,  
І. В. Старкова, О. І. Каліновська, Є. Є. Білий

### **Р е ц е н з е н т и**

**В. С. Страховецький** – д-р мед. наук, проф. (ХНУ ім. В.Н. Каразіна).

**О. С. Прокопюк** – д-р мед. наук, проф. (Інститут проблем кріобіології  
і кріомедицини НАН України).

Н15      Нормальні пологи. Спостереження та догляд : навч. посібник /  
В. В. Лазуренко, О. М. Тіщенко, О. А. Лященко та ін. 2-ге вид., доп.  
та перероб. Харків : ХНМУ, 2024. 76 с.

Навчальний посібник розроблений на основі нормативної програми дисципліни «Акушерство та гінекологія» з урахуванням новітніх наказів міністерства охорони здоров'я України, де докладно розглянуто ведення нормальних пологів, подальше спостереження та догляд за жінкою.

Призначений для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня, а також студентів бакалаврату та магістратури, інших спеціальностей, таких як «Медсестринство», «Технологія медичної діагностики та лікування», «Терапія та реабілітація» навчальних закладів вищої освіти.

УДК 618.4 (075.8)

© Харківський національний  
медичний університет, 2024  
© В. В. Лазуренко, О. М. Тіщенко,  
О. А. Лященко, О. Б. Овчаренко,  
І. В. Старкова, О. І. Каліновська,  
Є. Є. Білий, 2024

## ЗМІСТ

<b>Тема 1.</b> Фізіологія нормальних пологів . . . . .	4
<b>Тема 2.</b> Етапи медичної допомоги . . . . .	7
<b>Тема 3.</b> Ресурсне забезпечення . . . . .	38
<b>Тема 4.</b> Техніка зцідження . . . . .	39
<b>Тема 5.</b> Спостереження та догляд . . . . .	43
<b>Тема 6.</b> Тазове передлежання плода . . . . .	48
Додатки . . . . .	55
Акушерська термінологія . . . . .	74
Список літератури . . . . .	75

## Тема 1. ФІЗІОЛОГІЯ НОРМАЛЬНИХ ПОЛОГІВ

Фізіологічні (нормальні) пологи – це одноплідні пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у терміні вагітності 37–41<sup>+6</sup> тиж 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 клінічного протоколу щодо ведення пологів у цієї групи жінок.

Не є підставою для виключення з нормальних пологів: наявність передчасного розриву плідних оболонок; проведення амніотомії без наступної індукції пологів; розрив промежини I-го ступеня.

### ***Основні принципи ведення фізіологічних пологів:***

- визначення плану ведення пологів та обов'язкове поінформоване узгодження його з жінкою/сім'єю;
- заохочення до емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);
- ретельний моніторинг стану матері, плода та прогресування пологів;
- використання партограми для прийняття рішення щодо перебігу пологів, а також необхідності та об'єму втручань;
- широке використання немедикаментозних засобів для знеболення пологів;
- заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини;
- створення умов для надання невідкладної допомоги роділлі/породіллі та новонародженому;
- проведення заходів, що спрямовані на попередження інфекційних та гнійно-запальних ускладнень;
- профілактика післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, шляхом використання методики активного ведення третього періоду пологів;
- впровадження та суворе дотримання принципів «теплого ланцюжка».

### **1.1. Первинна медична допомога**

#### **Первинна профілактика**

##### ***Обґрунтування***

Рационально проведена прегравідарна підготовка дозволяє забезпечити фізіологічний перебіг вагітності, а також сприяє фізіологічному перебігу пологів.

##### ***Необхідні дії***

➤ Моніторинг періодичності спостереження та виконання призначень вагітною.

➤ Організація госпіталізації вагітної на пологи до ЗОЗ вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, який обрала жінка.

#### **Подальше спостереження**

##### ***Обґрунтування***

Індивідуально визначений метод контрацепції є запорукою фізіологічного післяпологового періоду та профілактикою небажаної наступної вагітності.

##### ***Необхідні дії***

- Огляд породіллі після виписки з акушерського стаціонару.
- Надання інформації щодо методів контрацепції, доступних для породіллі. Консультування щодо планування наступної вагітності.

### **1.2. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога**

#### **Госпіталізація**

##### ***Обґрунтування***

Госпіталізація здійснюється до акушерського стаціонару, який обрала жінка. Пріоритет надається партнерським пологам. Партнера у пологах визначає вагітна/роділля.

##### ***Необхідні дії***

- Оформлення медичної документації.
- Огляд лікаря акушера-гінеколога (*див. пункт 2.2*).
- Надання інформації щодо санітарного режиму в акушерському стаціонарі.
- Транспортування роділлі до індивідуальної палати/пологової зали.

#### **Діагностика**

##### ***Обґрунтування***

Встановлення періоду пологів, оцінка стану роділлі та плода є визначальними у профілактиці розвитку ускладнень під час пологів.

##### ***Необхідні дії***

- Встановлення періоду та фази пологів (*див. пункт 2.1*)
- Оцінка стану плода, загального стану роділлі та прогресування пологів (*див. пункти 2.3–2.5*).

#### **Ведення пологів**

##### ***Обґрунтування***

Фізіологічність пологів забезпечується мінімізацією акушерських втручань, демедикалізацією пологів, застосуванням немедикаментозних методів знеболення, дотриманням прав та вподобань пацієнтки.

Правильне заповнення та інтерпретація партограми сприяє ранньому виявленню відхилень перебігу пологів, у стані матері чи плода, допомагає своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів та визначити обсяг необхідних втручань.

### ***Необхідні дії***

- Забезпечення умов проведення партнерських пологів.
- Спостереження за перебігом та ведення пологів здійснюється відповідно до періоду та фаз пологів (*див. пункти 2.3–2.5*).
- Запис партограми під час першого періоду пологів (*див. додаток 3*).
- Оцінка стану новонародженого та здійснення медичного догляду за новонародженою дитиною (*див. пункт 2.6*).

### **Виписка породіллі з акушерського стаціонару**

#### ***Обґрунтування***

Індивідуально визначений метод контрацепції є запорукою фізіологічного післяпологового періоду та профілактикою небажаної наступної вагітності.

### ***Необхідні дії***

- Виписка здійснюється на 2-гу добу після фізіологічних пологів.
- Перед випискою з акушерського стаціонару породіллі надаються рекомендації щодо:
  - індивідуально визначеного методу контрацепції;
  - грудного вигодовування дитини;
  - поведінки та способу життя;
  - необхідності диспансерного нагляду.
- Лікарю загальної практики – сімейному лікарю, з яким у породіллі укладена декларація, надається телефоном інформація про виписку її з акушерського стаціонару.

## Тема 2. ЕТАПИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### 2.1. Діагностика пологів

✓ Поява після 37-го тижня вагітності переймоподібного болю внизу живота та крижах зі слизово-кров'янистими або водянистими (у разі відходження навколоплідних вод) виділеннями із піхви.

✓ Наявність однієї перейми протягом 10 хв, що продовжується 15–20 с.

✓ Зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне її укорочення та згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметра просвіту шийки матки (вимірюється в сантиметрах).

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

Таблиця 2.1

#### Визначення періоду та фази пологів

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

### 2.2. Послідовність дій під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар

Під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар (*рис. 2.1*) у приймально-оглядовому відділенні черговий лікар акушер-гінеколог виконує наступне:

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



**Рис. 2.1.** Палата акушерського стаціонару

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

*Молодша медична сестра:* пропонує жінці прийняти душ, одягнути чистий домашній одяг (за відсутності – лікарняну білизну); партнеру також потрібна зміна одягу на чистий домашній одяг (за відсутності – одноразовий комплект); супроводжує роділлю та її партнера в індивідуальну пологову палату (рис. 2.2).



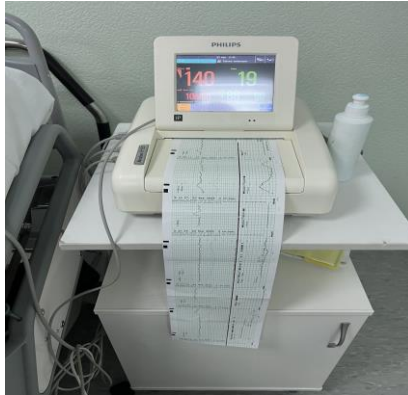
**Рис. 2.2.** Оснащення в пологовому залі

### 2.3. Спостереження та допомога роділлі в I періоді пологів

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться лікарем акушер-гінекологом до партограми (див. додаток 3).

#### Оцінка стану плода

Серцебиття плода під час пологів реєструють шляхом періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора або за показаннями – шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія – КТГ – *рис. 2.3*).



**Рис. 2.3.** Кардіотокографія

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії слід дотримуватися наступної методики:

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

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

У 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 описаної вище 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, у тому числі і оперативних пологів. Якщо жінка з низьким ризиком ускладнень вимагає проведення кардіотокографії як частини первинної оцінки, то слід обговорити з нею ризику, переваги та обмеження КТГ.

Опис особливостей записів КТГ та ведення пологів на основі інтерпретації записів КТГ – *див. додаток 4*.

### **Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) в термін пологів**

✓ Для уточнення розриву оболонок необхідно зібрати анамнез та уточнити факт відходження вод.

✓ Провести огляду у дзеркалах, щоб остаточно визначитися з цілісністю оболонок. Слід уникати вагінального дослідження за відсутності перейм.

✓ Якщо у жінок з передчасним розривом оболонок не розпочалися спонтанні пологи протягом 24 год, слід обговорити питання щодо індукції пологової діяльності.

✓ Обов'язковим є контроль рухів плода та частоти серцевих скорочень.

✓ Якщо відбувся розрив плідного міхура (спонтанний або штучний), звернути увагу на колір та кількість навколоплідних вод.

### **Оцінка загального стану роділлі**

✓ Вимірювання температури тіла – кожні 4 год.

✓ Визначення параметрів пульсу – кожні 2 год.

✓ Вимірювання артеріального тиску – кожні 2 год.

✓ Визначення кількості сечі – кожні 4 год.

### **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 год. Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності показань:

- спонтанний розрив плідних 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 год від останнього.

Результати оцінки розкриття шийки матки заносяться до партограми.

### **Розкриття шийки матки у латентній фазі**

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

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

Якщо протягом 8 год 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 год 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 (*див. додаток 2*).

Якщо шийка матки «зріла» (6 балів або більше), робиться висновок на користь уповільненої латентної фази першого періоду пологів.

Якщо шийка матки «незріла» (5 балів або менше), тактика ведення має відповідати веденню удаваних перейм.

### **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 менше, ніж 1 см/год (графік розкриття шийки матки знаходиться справа від лінії уваги на партограмі), це вказує на «продлонговану активну фазу», яка може бути пов'язана зі слабкістю пологової діяльності, або, 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.*

### **Частота та тривалість перейм**

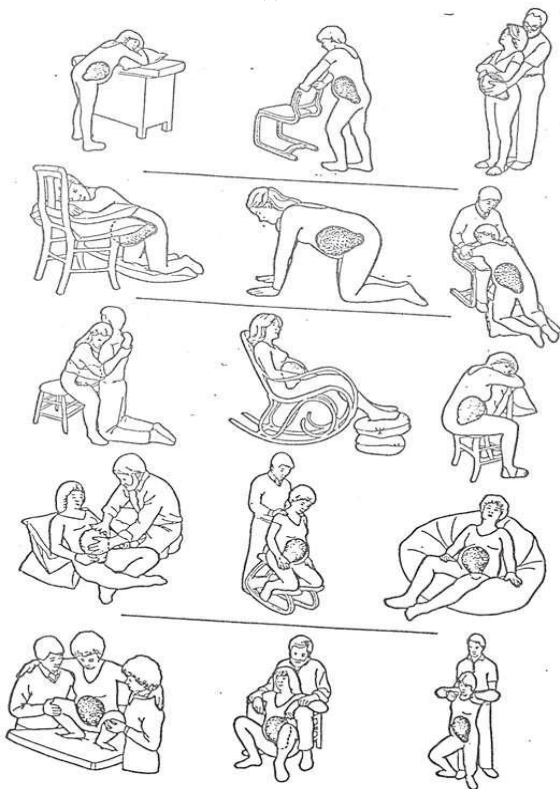
Оцінка частоти та тривалості перейм проводиться щогодини в латентній фазі та кожні 30 хв в активній фазі. Підраховують кількість перейм за 10 хв. Отримані дані заносять до партограми.

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

### **Просування голівки плода**

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

### **Знеболювання пологів за погодженням жінки**



**Рис. 2.4.** Положення, що може прийняти жінка в пологах

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

- ✓ Максимальна психологічна підтримка та заспокоєння.
- ✓ Зміна положення тіла (рис. 2.4): заохочення роділлі до активних рухів; партнеру пропонують масажувати їй спину, погладжувати низ живота,

тримати її руку і протирати обличчя вологою губкою між переймами; жінці пропонують дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих).

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

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

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

✓ Гідротерапія (рис. 2.5): прийом душу або занурення у воду з температурою 36–37 °С в активній фазі (за можливості). Тривалість перебування у ванній чи душі залежить від бажання жінки, але необхідно постійно підтримувати температуру води у заданих межах і проводити термометрію у роділлі та води щогодини, щоб переконатися, що жінці комфортно і не стає холодно. Температура води не повинна бути вище 37,5 °С.



**Рис. 2.5.** Гідротерапія

Ванни та басейни для пологів необхідно підтримувати у чистоті, використовуючи протокол, погоджений з відділом мікробіології, а у випадку басейнів для пологів – відповідно до рекомендацій виробника.

Жінки не повинні потрапляти у воду (басейн для пологів або ванну) протягом 2 год після прийому опіоїдів або якщо вони відчувають сонливість.

***Гідротерапію проводять обов'язково під наглядом медперсоналу!***

✓ Масаж. Техніка масажу полягає у легкому погладженні живота, вібрації та розминанні рук, ніг та коміркової зони; сильні кругові рухи, тривале натискання на різні точки та ділянку ромбу Міхаеліса.

За бажанням жінки можливе використання медикаментозного (системного) знеболення: неопіоїдна, опіоїдна, інгаляційна та регіонарна анальгезія (*див. додаток б*).

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

Якщо жінка наполегливо бажає регіонарного знеболення, необхідно повідомити про ризики та переваги, а також про можливі наслідки, приділивши додаткову увагу перевагам знеболення пологів немедикаментозним методом.

Перед проведення регіонарної анальгезії необхідно надати жінці інформацію щодо епідуральної анальгезії, включаючи наступне:

- метод доступний лише в акушерських стаціонарах;
- забезпечує більш ефективне знеболення, ніж опіоїди;
- не пов'язано з тривалим болем у спині;
- не пов'язано з більш тривалим першим періодом пологів або підвищеною ймовірністю кесаревого розродження;
- може бути пов'язано з більш тривалим другим періодом пологів та підвищеною ймовірністю вагінальних інструментальних пологів;
- супроводжується більш інтенсивним рівнем моніторингу та внутрішньовенним доступом.

#### **Догляд та спостереження за жінками з регіонарним знеболенням**

Перед початком регіонарної анальгезії завжди необхідно забезпечити внутрішньовенний доступ.

Не потрібно проводити навантажувальну інфузію рідини до проведення епідуральної анальгезії місцевими анестетиками низької концентрації та комбінованої спінально-епідуральної анальгезії.

Перед початком регіонарної анальгезії або після подальшого болюсу місцевого анестетика необхідно вимірювати артеріальний тиск кожні 5 хв протягом 15 хв і щогодини оцінювати рівень сенсорного блоку. Після встановлення регіонарної анальгезії та після кожного введення наступного болюсу місцевого анестетика необхідно проводити безперервну кардіотокографію принаймні 30 хв.

Слід заохочувати жінок з регіонарним знеболенням рухатися та приймати будь-які вертикальні позиції, які вони вважають комфортними для себе під час пологів.

Продовжувати регіонарне знеболення до закінчення третього періоду пологів та будь-якого необхідного відновлення цілісності промежини.

Після підтвердження повної дилатації шийки матки у жінки з регіонарним знеболенням, якщо у роділлі не виникає бажання тужитись або не видно голівки дитини, потуги слід відкласти принаймні на 1 год, якщо жінка цього

бажає, після чого активно спонукати її тужитись під час перейм. Не слід припиняти епідуральне введення місцевого анестетика під час перейм.

#### **2.4. Спостереження та допомога роділлі у II періоді пологів**

##### **Профілактика інфекцій та інфекційний контроль**

Медичні працівники не допускаються до проведення фізіологічних пологів без попереднього навчання, підготовки і перевірки знань щодо заходів попередження інфікування (стандартні, контактні, крапельні і повітряні) відповідно до Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України від 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.

Дотримання правил і практики гігієни рук здійснюється відповідно до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1321/36943. Використання медичними працівниками засобів індивідуального захисту відповідно до наявних ризиків інфікування вагітної/породіллі, новонародженого та працівників Міні-мального комплексу засобів індивідуального захисту включає: халат захисний від інфекційних агентів одноразовий, медичну (хірургічну) маску, стерильні медичні рукавички, захисні окуляри або щиток. Дотримання правил і практик щодо безпечного поводження з гострими медичними виробами.

Адекватна обробка рук медичного персоналу (гігієнічна або антисептична залежно від маніпуляції, що планується) відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

**Оцінка стану плода.** Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультатії кожні 5 хв у ранню фазу другого періоду та після кожної потуги в активну фазу.

**Оцінка загального стану роділлі.** Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу – кожні 15 хв.

**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**

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

Необхідно 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.



Не слід примушувати роділля тужитись, тому що це призводить до втоми роділля, порушення процесу внутрішнього повороту голівки плода, травмування пологових шляхів і голівки, порушення стану плода та зайвих медичних втручань.

### **Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів**

Ця фаза 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, яка народжує вперше, – до 2 год;
- у жінки, яка народжує повторно, – до 1 год.

***Метод Кристелера заборонений для використання в акушерській практиці через високий травматизм матері та плода.***

**Положення жінки для народження дитини.** Забезпечується можливість роділля вибрати положення для народження дитини, яке є зручним для неї.

### **Захист промежини**

Акушерська допомога у II періоді пологів включає в себе ряд послідовних заходів і маніпуляцій, які проводить акушер у кінці II періоду пологів, завдяки яким він дотримується фізіологічності пологів і запобігає травматизму матері. Одним з прийомів акушерської допомоги є захист промежини. Суть цього прийому полягає в тому, щоб запобігати занадто стрімкому переміщенню голівки по родових шляхах і, по можливості, щоб голівка прорізувалась своїм найменшим розміром (тобто при максимальному згинанні – малий косий розмір). Захист промежини полягає у зменшенні сили, з якою голівка плода давить на промежину і в регуляції правильного проходу голівки через статеву щілину.

Захист промежини починається з **моменту прорізування голівки**.

Для того, щоб запобігти передчасному розгинанню голівки, акушер стає справа від породілля і кладе долоню лівої руки на лонне зчленування так, щоб долонні поверхні щільно зімкнених між собою чотирьох пальців розміщувались плазом на голівці і, по можливості, покривали всю голівку. Таким чином запобігають передчасному розгинанню голівки та надмірно швидкому її проходженню по родових шляхах. При цьому натискати треба всією долонною поверхнею пальців, тоді як натискання тільки кінчиками пальців може призвести до травмування голівки (рис. 2.6).

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

Суть його полягає у найбільш обережному виведенні голівки зі статевої щілини. Здійснюється це за допомогою розтягування великим і вказівним пальцем бульбарного кільця над голівкою, як тільки закінчилася потуга (рис. 2.7).



Рис. 2.6. Прорізування голівки



Рис. 2.7. Виведення голівки зі статевої щілини

**Третій момент – зменшення напруги промежини.** Мета його зробити промежину більш податливою до голівки за рахунок тканин, «позичених» із сусідніх ділянок, тобто зсув бокових тканин по можливості назад, в бік промежини.

**Четвертий момент – регулювання потуг під час вставляння голівки тім'яними горбами.** Небезпека розриву промежини і надмірного здавлення досягає свого максимуму. Перед акушером стоїть завдання вміло регулювати потуги. Коли голівка зупинилась тім'яними горбами в статевій щіліні, а підпотилична ямка – під лонним зчленуванням, породіллі пропонують глибоко і часто дихати відкритим ротом. Тоді обома руками затримують просування голівки, поки потуга значно не послабшає. Права рука акушера здавлює поза потугою промежину над лицем плода так, що вона зісковзує з обличчя, ліва рука в цей час повільно трохи піднімає голівку плода вгору і розгинає її (рис. 2.8).

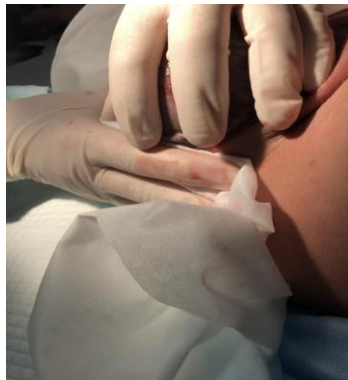


Рис. 2.8. Регулювання потуг під час вставляння голівки тім'яними горбами

**П'ятий момент – звільнення плечового поясу і народження тулуба плода.** Після народження голівки породіллі пропонують тужитися. Голівку захоплюють обома руками так, щоб долоні обох рук плазом прилягали до правої та лівої скронево-щічної ділянок плода. При цьому голівку плода підтягують вниз доти, поки плечико не підійде під лонне зчленування. Потім лівою рукою захоплюють голівку (долоня знаходиться на нижній щогці плода), трохи піднімаючи цією рукою голівку вгору, а правую зсуваючи промежину із заднього плечика. Останнє обережно виводять, щоб не порушити цілісність ключиць і промежини породіллі. Коли плечовий пояс звільнений, у підпахвовій ділянці плода вводять вказівні пальці рук і тулуб трохи піднімають вгору. Це сприяє швидкому і бережному його народженню (рис. 2.9).



**Рис. 2.9.** Звільнення плечового поясу і народження тулуба плода

У тих випадках, коли розрив промежини здається неминучим, проводять її розсічення – перинеотомію, з подальшим зашиванням після народження дитини.

***Застосування епізіотомії не проводять під час фізіологічних пологів.***

**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 перешкодою для народження дитини.

Епізіотомію та епізіорафію проводять під знеболюванням.

Після народження голівки необхідно дати можливість плечикам повернутись самостійно, при цьому перевірити чи немає обвивання пуповини навкруг шиї. У разі тугого обвиття, пуповину необхідно перетнути між двома затискачів, при не тугому – послабити натяг 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, вкладає дитину на живіт матері, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

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

### **Біомеханізм пологів при передньому і задньому видах потиличного передлежання**

Біомеханізм пологів – це сукупність згинальних, поступальних, обертальних і розгинальних рухів, які здійснює плід, проходячи через пологові шляхи. Біомеханізм пологів характеризується провідною точкою, точкою фіксації і превалюючим рухом, який виконує передлегла частина, вставляючись у площини малого таза.

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання складається з 4 моментів.

***Перший момент – згинання голівки (flexio capitis) (рис. 2.10).***

Голівка робить поворот навколо поперечної осі.

У періоді розкриття голівка вставляється (або притискується) у вхід малого таза, стрілоподібний шов розміщений у поперечному або в трохи косому розмірі таза. У періоді зігнання тиск матки передається згори на хребет плода і з нього на голівку. Хребет з'єднується з голівкою не в центрі, а ближче до потилиці, у зв'язку з цим утворюється ніби двоплечий важіль,

на короткому кінці якого розміщена потилиця, на довгому – лоб. Сила внутрішньоматкового і внутрішньочеревного тиску передається через хребет насамперед на ділянку потилиці (коротке плече важеля). Потилиця опускається, підборіддя наближається до грудної клітки, мале тім'ячко розміщується нижче великого.

Згодом ділянка малого тім'ячка весь час просувається по провідній осі таза і першою показується зі статевої щілини. Мале тім'ячко при передньому виді потиличного передлежання є провідною (ведучою) точкою.

Провідною називають ту точку, яка першою опускається у вхід таза, йде попереду під час внутрішнього повороту і першою показується зі статевої щілини.

У результаті зігнання голівка входить у таз найменшим розміром, а саме малим косим (9,5 см) замість прямого (12 см), яким вона була встановлена раніше. Цим зменшеним обводом голівка проходить через усі площини таза і статеву щілину.

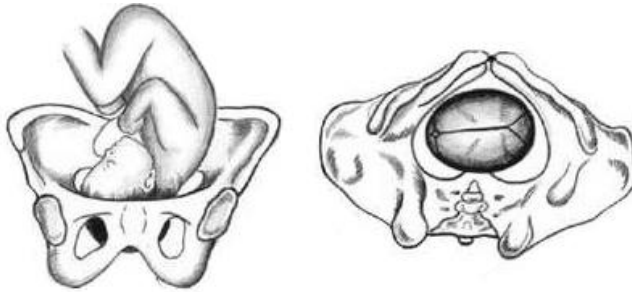
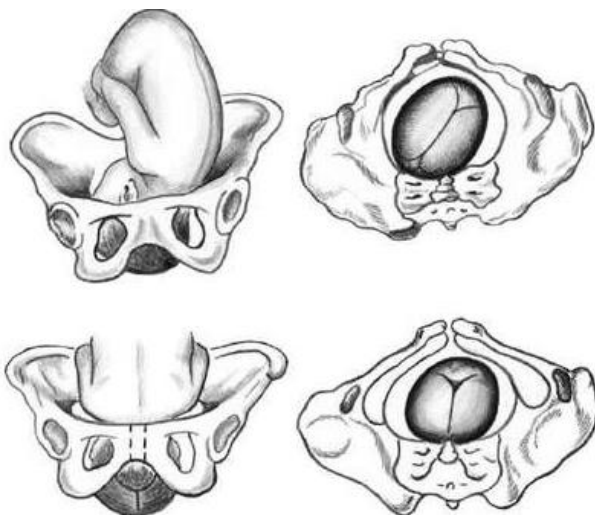


Рис. 2.10. Згинання голівки

**Другий момент – внутрішній поворот голівки** (*rotatio capitis interna*) (рис. 2.11).

Голівка робить поступальний рух вперед (опускається) і одночасно повертається навколо поздовжньої осі. При цьому потилиця (і мале тім'ячко) повертається наперед, а лоб (і велике тім'ячко) – назад. Стрілоподібний шов, що був розміщений у поперечному (або трохи косому) розмірі входу в таз, поступово змінює положення. Коли голівка опускається в порожнину таза, стрілоподібний шов переходить у косий розмір: при першій позиції в правий косий, при другій – в лівий. У виході таза стрілоподібний шов встановлюється в прямому розмірі. Встановленням стрілоподібного шва в прямому розмірі виходу таза внутрішній поворот голівки закінчується; при цьому опущене мале тім'ячко обернене прямо до симфізу. При внутрішньому повороті голівки стрілоподібний шов з поперечного розміру проходить у косий (у порожнині), а з косого – в прямий розмір виходу з таза.



**Рис. 2.11.** Внутрішній поворот голівки

**Третій момент – розгинання голівки (*extensio capitis*) (рис. 2.12).**



**Рис. 2.12.** Розгинання голівки

Коли дуже зігнута голівка досягає виходу таза, вона натрапляє на опір м'язів тазового дна. Скорочення матки і черевного пресу зганяють плід у напрямку до верхівки крижів і куприка. М'язи тазового дна чинять опір у просуванні голівки в даному напрямку і сприяють відхиленню її наперед, до статевої щілини. Під впливом цих двох сил голівка, що народжується, розгинається. Розгинання відбувається після того, як ділянка підпотиличної ямки підійде під лобкову дугу. Навколо цієї точки опори голівка розгинається; при розгинанні прорізуються лоб, личко і підборіддя, тобто народжується вся голівка. Голівка розгинається під час її вривання і прорізування. При передньому виді потиличного передлежання голівка прорізується через

вуву площиною, яка проходить через малий косий розмір. Точку опори, навколо якої при прорізуванні обертається голівка, називають точкою фіксації, або гіпомохліоном. При передньому виді потиличного передлежання точкою фіксації є ділянка підпотиличної ямки.

**Четвертий момент** – *зовнішній поворот голівки та внутрішній поворот плечиків* (rotatio capitis externa at rotatio brachialis interna) (рис. 2.13).

Голівка після народження повертається личком до правого або лівого стегна (залежно від позиції). Зовнішній поворот голівки залежить від внутрішнього повороту плечиків. Плечики вступають у таз у поперечному або трохи косому розмірі; в порожнині таза починається поворот плечиків, і вони переходять у косий розмір. На дні таза внутрішній поворот плечиків закінчується поперечним розміром, вони встановлюються в прямому розмірі виходу таза (одне плечико – до симфізу, друге – до крижів). Поворот плечиків передається голівці; коли плечики встановлюються у прямому розмірі виходу таза, личко повертається до стегна матері.

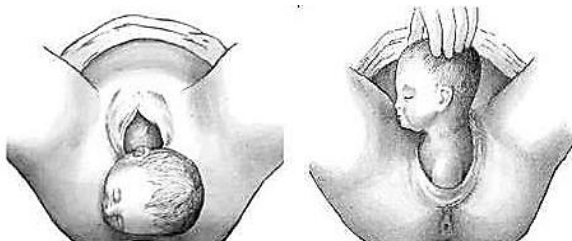


Рис. 2.13. Зовнішній поворот голівки та внутрішній поворот плечиків

**Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання** складається з 5 моментів.

**Перший момент** (не відрізняється від переднього виду потиличного передлежання) (рис. 2.14).

- Згинання голівки плода.
- Опускання голівки плода.



Рис. 2.14. Згинання голівки

**Другий момент** (рис. 2.15). Внутрішній поворот голівки плода: потилиця обертається не до симфізу, як при передньому виді потиличного передлежання, а до крижової кістки, обличчя обернене до симфізу. Слідом за потилицею повертається назад спинка плода. Таким чином, мале тім'ячко спрямоване в бік крижів, а велике – до симфізу. Стрілоподібний шов через однойменний з позицією косий розмір переходить у прямий розмір виходу таза.



**Рис. 2.15.** Внутрішній поворот голівки

**Третій момент** (рис. 2.16). Додаткове згинання голівки плода. Вона фіксується у середині нижнього краю симфізу ділянкою переднього краю великого тім'ячка, утворюється перша точка фіксації, навколо якої завершується додаткове згинання, котре триває, доки не утвориться друга точка фіксації.



**Рис. 2.16.** Додаткове згинання голівки

**Четвертий момент.** Розгинання голівки. Подальше прорізування голівки відбувається внаслідок утворення нової, другої точки фіксації між підпотиличною ямкою і верхівкою куприка. Таким чином, голівка народжується лицем з-під симфізу, вона прорізується трохи більшим обводом, ніж обвід малого косоного розміру середнім косим розміром.

**П'ятий момент** (не відрізняється від четвертого моменту біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання). Конфігурація голівки при задньому виді потиличного передлежання доліхоцефалічна.



**Диференційні ознаки переднього та заднього видів  
потиличного передлежання**

Ознака	Передній вид	Задній вид
Провідна точка	Мале тім'ячко	Середина між малим та великим тім'ячком
Лінія-орієнтир	Стрілоподібний шов	Стрілоподібний шов
Розмір вставлення голівки в малий таз	Малий косий, діаметр – 9,5 см, окружність – 32 см	Середній косий, діаметр – 10 см, окружність – 33 см
Моменти механізму пологів	I – згинання голівки. II – внутрішній поворот голівки потилицею допереду. III – розгинання голівки. IV – внутрішній поворот плечиків, зовнішній поворот голівки	I – неповне згинання голівки. II – внутрішній поворот головки потилицею дозаду. III – додаткове згинання голівки. III – розгинання голівки. IV – внутрішній поворот плечиків, зовнішній поворот голівки
Точка фіксації	Підпотилична ямка, лобкова дуга	Межа волосистої частини голови, лобкова дуга. Підпотилична ямка, крижово-куприковий суглоб

### 2.5. Спостереження та допомога роділлі у III періоді пологів

Після народження плода починається третій період пологів – послідовий. У цей період плацента й оболонки відокремлюються від стінок матки, із пологових шляхів зганяється послід, який відшарувався.

У третьому періоді відбувається наступне:

1. При послідових переймах скорочується вся мускулатура матки, включаючи ділянку прикріплення плаценти (цю ділянку називають плацентарною площадкою). Плацента не має здатності до скорочення, тому відбувається зміщення її від місця прикріплення, яке звужується. З кожними переймами плацентарна площадка зменшується, плацента утворює складки, які випинаються в порожнину матки і, нарешті, відшаровується від стінки матки.

Порушення зв'язку між плацентою і стінками матки супроводжується розривом матково-плацентарних судин у відокремленій ділянці плаценти. Кров, яка вилілася із судин, скупчується між плацентою та стінкою матки і сприяє подальшому відокремленню матки від місця прикріплення.

2. Послідовий період характеризується виділенням крові з матково-плацентарних судин, які порушуються при відшаруванні плаценти. При нормальному перебігу послідового періоду крововтрата досягає 150–300 мл, у середньому 250 мл. Ця крововтрата є фізіологічною, вона не впливає негативно на організм жінки. Після зігнання посліду матка набуває стану тривалого скорочення. М'язові волокна та пучки, що скоротилися, стискають просвіт зіючих судин, у зв'язку з чим кровотеча припиняється. Після зігнання посліду пологи закінчуються і починається післяпологовий період.

3. Плацента відокремлюється від стінки матки двома способами: з центру або з краю її.

**Перший спосіб – спосіб Шульца.** Спочатку відшаровується центральна частина плаценти. Між відокремленою ділянкою плаценти і стінкою матки утворюється скупчення крові – ретроплацентарна гематома. Зростаюча гематома сприяє подальшому відшаруванню плаценти і випинанню її в порожнину матки. Плацента, яка остаточно відокремилась, народжується з порожнини матки і тягне за собою оболонки. Плацента виходить зі статевих шляхів плодовою поверхнею назовні: оболонки – навиворіт (водна оболонка міститься зовні, децидуальна – зсередини). Вивернуті оболонки розміщуються з боку материнської поверхні плаценти.

**Другий спосіб – спосіб Дункана.** Відокремлення починається з периферії плаценти, звичайно з нижнього краю. Кров з порушених судин не утворює гематоми, вона стікає вниз між стінкою матки та оболонками. З кожними переймами відшаровуються все нові ділянки плаценти. Після повного відокремлення плацента ковзає вниз і тягне за собою оболонки, які також відокремлюються від матки. Плацента виходить зі статевих шляхів нижнім краєм уперед. Розміщення оболонок зберігається у такому ж вигляді, в якому вони були в матці. Другий спосіб відокремлення плаценти трапляється рідше, ніж перший.

#### **Ознаки відшарування плаценти**

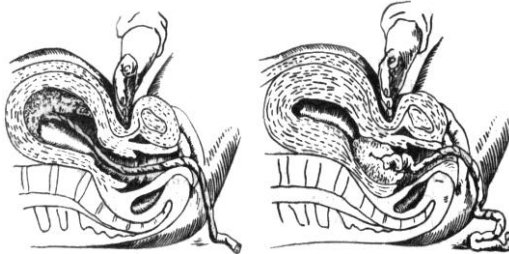
**Зміна форми і висоти стояння матки (ознака Шредера).** Безпосередньо після народження плоду форма матки округла, дно – на рівні пупка. Після відокремлення плаценти матка сплющується, стає вужчою; дно її піднімається вище пупка, матка нерідко відхиляється праворуч.

**Подовження зовнішнього відрізка пуповини (ознака Альфельда).** Відшарована плацента опускається в нижній сегмент або в піхву. У зв'язку з цим лігатура, накладена на пуповину, опускається на 10–12 см.

**Поява випинання над симфізом.** Коли відокремлена плацента опускається в тонкостінний нижній сегмент матки, передня стінка цього сегмента разом із червонною стінкою трохи піднімається і утворюється випинання над симфізом.

**Ознака Мікулича.** Відокремлена плацента опускається в піхву і з'являється позив на перейму.

**Ознака Кюстнера-Чукалова (рис. 2.17).** Якщо плацента не відокремилася, то при натисненні ребром кисті на надлобкову ділянку пуповина не втягується.



**Рис. 2.17.** Ознака Кюстнера-Чукалова

Про відокремлення плаценти звичайно роблять висновок не за однією, а за сукупністю ознак.

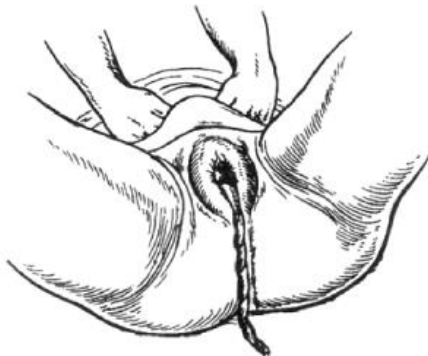
### **Способи відшарування плаценти**

**Спосіб Абуладзе** (рис. 2.18). Після спорожнення сечового міхура роблять обережний масаж матки, щоб вона скоротилася. Потім обома руками беруть черевну стінку в поздовжню складку і пропонують породіллі потужитись. Відокремлений послід звичайно народжується легко.



**Рис. 2.18.** Спосіб Абуладзе

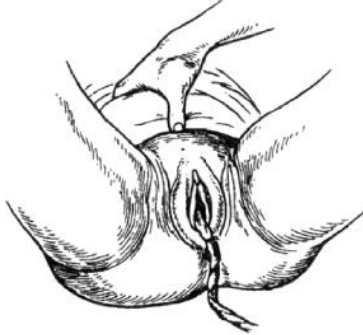
**Спосіб Гентера** (рис. 2.19). Сечовий міхур спорожнюють, дно матки приводять до серединної лінії. Акушерка стає збоку від породіллі, обличчям до її ніг, кисті рук, стиснуті в кулак, кладе тильною поверхнею основних фаланг на дно матки (в ділянці трубних рогів) і поступово натискає в напрямку донизу і досередини; породіллі при цьому не повинна тужитися.



**Рис. 2.19.** Спосіб Гентера

**Спосіб Креде-Лазаревича** (рис. 2.20). Цей спосіб менш щадний, ніж попередні, тому до нього вдаються після безуспішного їх застосування. Техніка цього методу така: а) спорожнюють сечовий міхур; б) приводять дно

матки у серединне положення; в) легким масажем намагаються викликати скорочення матки; г) стають ліворуч від породіллі (обличчям до її ніг), дно матки обхоплюють правою рукою так, щоб великий палець був на передній стінці матки, долоня – на дні, а чотири пальці – на задній поверхні матки; д) проводять вижимання посліду: стискають матку у передньозадньому розмірі й одночасно натискають на її дно в напрямку вниз і вперед вздовж осі таза.



**Рис. 2.20.** Спосіб Креде-Лазаревича

Відокремлений послід при цьому легко виходить назовні.

Звичайно послід (плацента і оболонка) народжується відразу повністю. Іноді після народження плаценти виявляється, що оболонки, з'єднані з дитячим місцем, затримуються у матці. В таких випадках плаценту, що народилася, беруть у долоні обох рук і повільно обертають в одному напрямку. При цьому оболонки скручуються, що сприяє поступовому відшаруванню їх від стінок матки і виведенню назовні без обриву.

*Завдання акушера у третьому періоді пологів.*

1. Випустити сечу із сечового міхура відразу після народження дитини.
2. Слідкувати за крововтратою.
3. Слідкувати за ознаками відшарування плаценти.
4. Слідкувати за загальним станом жінки (ознаками кровотечі).

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів – *активна та очікувальна*.

### **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 хв після народження плода проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду.

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

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

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

Цю методику пологів слід запропонувати 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 (*див. додаток 1*).

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***

### **Введення утеротоніків**

**Крок 1.** Протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плода, за його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово.

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти препарату.

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

### **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 натягу 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 натягу.***

**Крок 4.** Одночасно із 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 с контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натягу, 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!***

**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 рукавичка та видаляють їх залишки. Уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо частина материнської поверхні відсутня або є ділянка обірваних оболонок із судинами необхідно застосувати відповідні для цього заходи. За відсутності народження плаценти протягом 30 хв після народження плода під адекватним знеболенням проводять ручне відділення плаценти і виділення посліду.

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

#### **Масаж матки**

**Крок 6.** Після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною.

У подальшому пальпують матку кожні 15 хв протягом перших 2 год, щоб упевнитись в тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.

### **2.6. Оцінка стану новонародженого та послідовність дій при здійсненні медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною**

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв після народження дитини, акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину.

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

За появи пошукового і смоктального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері), акушерка допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.

Через 30 хв після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого (Форма 097/о).

Після проведення контакту матері і дитини «очі в очі» акушерка, після обробки рук, проводить новонародженому профілактику офтальмії розчином декаметоксину (1 мл розчину містить декаметоксину в перерахунку на 100 % речовину 0,2 мг). В очі закапують по 2 краплі після народження і через 2 год після пологів.

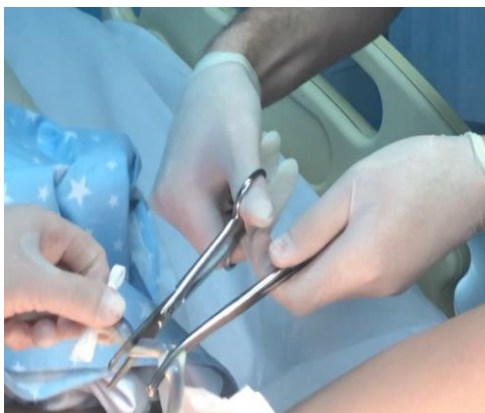
Контакт «шкіра-до-шкіри» проводиться не менше 2 год у пологовій залі, за умови задовільного стану матері та дитини.

Після завершення контакту «шкіра-до-шкіри» акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клемування пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітки, зважування.

*Перетинання та клемування пуповини в пологовій залі.*

1. Замінити використані рукавички на стерильні перед тим, як накласти стерильні затискачі на пуповину приблизно через 1 хв після народження дитини.

2. Перерізати пуповину стерильними ножицями (рис. 2.21).



**Рис. 2.21.** Перерізання пуповини

3. Через 2 год після народження дитини на пеленальному столі накласти стерильну одноразову клему на 0,3–0,5 см від пупкового кільця.

4. Обробка культі пуповини антисептиками, антибіотиками недоцільна.

Лікар-неонатолог, а за його відсутності лікар акушер-гінеколог, перед переведенням дитини та матері в палату спільного перебування здійснює первинний лікарський огляд новонародженого

Акушерка (медична сестра) одягає дитині чисті повзуни, сорочку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг.

Дитину разом з матір'ю накривають ковдрою і переводять у палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка (див. додаток 5).

#### **Огляд плаценти**

Послід, що народився, старанно оглядають, щоб переконатися в цілості плаценти і оболонки. Плаценту розкладають на маленькому підносі або на долонях материнською поверхнею вгору і уважно оглядають усю плаценту, одну частинку за одною. Треба дуже старанно оглянути краї плаценти; краї цілої плаценти маленькі і не мають обірваних судин, що відходять від них. Після огляду плаценти переходять до огляду оболонки. Для цього перевер-

тають плаценту материнською стороною вниз. Краї розриву оболонок беруть пальцями і розправляють оболонки, намагаючись відновити яйцеву камеру, в якій містився плід разом з водами. При цьому звертають увагу на цілість водної та ворсисті оболонки і з'ясовують, чи немає між оболонками обірваних судин, які відходять від краю плаценти. Наявність таких судин свідчить про те, що була додаткова частинка плаценти, яка залишилась в порожнині матки. При огляді оболонок з'ясовують місце розриву її, що дає можливість до певної міри зробити висновок про місце прикріплення плаценти до стінки матки. Чим ближче від краю плаценти місце розриву оболонки під час пологів, тим нижче була прикріплена плацента до стінки матки.

Встановлення цілості плаценти має дуже важливе значення. Затримка у матці частинок плаценти є грізним ускладненням пологів. Наслідком такого ускладнення буває кровотеча, яка настає незабаром після народження посліду або в пізніші строки післяродового періоду. Кровотеча може бути дуже сильною, загрозливою для життя породіллі.

Частинки плаценти, що затрималися, сприяють також розвитку септичних післяпологових захворювань. Тому частинки плаценти, що затрималися в матці, видавлюють рукою безпосередньо після встановлення дефекту в плаценті. Частинки оболонок, що затрималися, не потребують внутрішньоматкового втручання, вони виходять разом з виділеннями.

### **Лікарський догляд за новонародженим**

#### ***Організаційні умови здійснення лікарського догляду новонародженого.***

1. Первинна оцінка стану новонародженого здійснюється лікарем педіатром-неонатологом, а у разі його відсутності – лікарем акушером-гінекологом одразу після народження дитини.

2. Первинний лікарський огляд новонародженого здійснюється в пологовій залі лікарем педіатром-неонатологом (у разі його відсутності – лікарем акушером-гінекологом) перед переведенням дитини в палату спільного перебування матері та дитини.

3. Лікар, який здійснив первинний лікарський огляд, записує результати огляду в медичній документації, забезпечує інформування батьків про стан здоров'я дитини на момент огляду.

4. Якщо первинний лікарський огляд новонародженого здійснено лікарем акушером-гінекологом (у разі відсутності – лікарем педіатром-неонатологом), лікар педіатр-неонатолог оглядає дитину протягом першої доби після народження.

5. Надалі лікар педіатр-неонатолог оглядає дитину щодня, відмічаючи зміни в динаміці із записом у карті розвитку новонародженого. Він інформує матір щодо стану здоров'я дитини, дає рекомендації стосовно догляду за дитиною.

6. Лікарський огляд новонародженого здійснюється посистемно, не допускаючи переохолодження дитини.



7. Перед оглядом дитини лікар здійснює миття рук та знезараження фонендоскопа.

8. В день виписки дитини з пологового стаціонару огляд лікаря педіатра-неонатолога обов'язковий.

### ***Первинний лікарський огляд новонародженого в пологовій залі***

1. Мета первинного лікарського огляду:

1.1. Визначитись щодо наявності чи відсутності у дитини вроджених аномалій, ознак інфекції, інших патологічних станів, які потребують медичного втручання.

1.2. Здійснити оцінку адаптації новонародженого.

1.3. Здійснити комплексну оцінку стану новонародженого за результатами первинного лікарського огляду та з урахуванням даних анамнезу і зробити відповідні призначення щодо подальшого медичного догляду.

2. Показники адаптації, які необхідно визначити під час первинного лікарського огляду:

Ознаки	Нормальні межі
Частота серцебиття	100–160 за хвилину
Частота дихання	30–60 за хвилину
Колір шкіри	Рожевий, відсутній центральний ціаноз
Руки	Активні
М'язовий тонус	Задовільний
Температура новонародженого	36,5–37,5 °C

3. Схема первинного лікарського огляду новонародженого.

3.1. Колір шкіри. Відображає успішність кардіореспіраторної адаптації. У здорових новонароджених дітей вся шкіра рожева (еритема новонароджених). Під час крику може набувати легкого ціанотичного забарвлення. Вона еластична, може бути вкрита родовою змазкою. Доношені новонароджені мають задовільний тургор м'яких тканин, у дітей, які народжені при перенесеній вагітності, шкіра суха та може злущуватися, що не потребує лікування. Необхідно звернути увагу на наявність міліа, монголоїдних плям, токсичної еритеми, які не потребують лікування. Поява жовтяниці в першу добу є патологічною. Звертають увагу на наявність набряків, пальпують лімфовузли. Перевіряють симптом білої плями: у здоровій дитині після натискання на м'які тканини пляма зникає через 3 с. Утримання плями понад 3 с свідчить про порушення мікроциркуляції.

3.2. Голова та череп. Форма голови може бути брахіоцефалічною й доліхоцефалічною. Обвід голови – 32–38 см у доношених. За умови наявності родової пухлини або кефалогематоми необхідно відмітити розміри із зазначенням меж, консистенцію. Визначаються розміри та стан великого тім'ячка та малого тім'ячка (за наявності). Оцінюється стан черепних швів: сагітальний шов може бути відкритий і ширина його не більше 3 мм. Інші шви черепа пальпуються на межі з'єднання кісток.

3.3. Обличчя. Загальний вигляд визначається відповідно до положенням очей, носа, рота; визначають ознаки дизморфії.

3.4. Ротова порожнина. Оцінюють колір слизової (рожева), симетричність кутів рота, цілісність піднебіння та верхньої губи.

3.5. Очі. Звертають увагу на наявність чи відсутність аномалій розвитку та крововиливів у склери, колір склер, симетричність і розміри зіниць, можливі прояви кон'юнктивіту тощо.

3.6. Зовнішні органи слуху. Під час проведення огляду вух оглядають зовнішній слуховий прохід, форму та положення вушних раковин. Зміна форми і розташування вушних раковин спостерігається при багатьох дизморфічних синдромах.

3.7. Ніс. Звертають увагу на його форму.

3.8. Шия. При огляді звертають увагу на наявність або відсутність кривоший.

3.9. Грудна клітка. В нормі циліндричної форми. Нижня апертура розвернута, положення ребер симетричне і наближається до горизонтального.

3.10. Легені. Звертають увагу на відсутність чи наявність втягнень яремної ямки, міжреберних проміжків, мечоподібного відростка при диханні. Під час аускультатії над легенями вислуховується симетричне пuerильне дихання.

3.11. Серце. Проводять аускультатію серця дитини – характер тонів, наявність додаткових шумів.

3.12. Живіт. Округлої форми, бере участь в акті дихання, м'який, доступний глибокій пальпації. Пальпаторно визначають нижню границю печінки та селезінки. У нормі печінка може виступати на 1,0–2,0 см з-під краю реберної дуги. Край селезінки не пальпується або може пальпуватися під реберною дугою.

3.13. Догляд за пуповинним залишком. Обов'язкове ретельне миття рук медперсоналом та матерями. Пуповинний залишок не треба накривати пов'язками або підгузками. Нема необхідності обробляти пуповинний залишок антисептиками та антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері і дитини «шкіра до шкіри» з подальшим спільним перебуванням. За умови відсутності раннього контакту «шкіра до шкіри» матері і дитини та подальшого відокремлення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендується обробка пуповинного залишку та пуповинної ранки розчином брильянтової зелені. При забрудненні пуповинного залишку (залишки сечі, випорожнень тощо) необхідно відразу промити пуповинний залишок теплою кип'яченою водою з милом та ретельно просушити його чистою пелюшкою або серветкою. Необхідно підтримувати пуповинний залишок завжди сухим та чистим. Стежити за імовірними ознаками інфекції.

3.14. Статеві органи та анус. Статеві органи мають бути чітко сформованими за жіночим або чоловічим типом. У хлопчиків наявність фімозу є фізіологічним. Яєчка у доношених новонароджених пальпуються в калитці.

У доношених дівчаток великі статеві губи прикривають малі. Визначають наявність анусу.

3.15. Пахова ділянка. Пульс на стегновій артерії пальпується та перевіряється на симетричність. Зменшення наповнення пульсу може свідчити про коарктацію аорти, а збільшення – про відкриту артеріальну протоку.

3.16. Кінцівки, хребет, суглоби. Звертають увагу на форму кінцівок, можливу клишоногість, кількість пальців з обох сторін на руках та ногах. Перевіряють відсутність вивиху та дисплазії стегон в кульшових суглобах: при розведенні в кульшових суглобах – розведення повне, симптом «кляцання» відсутній. При огляді спини звертають увагу на можливу наявність спинно-мозкової грижі, дермальних синусів.

3.17. Неврологічне обстеження. Визначають м'язовий тонус – поза дитини флексорна, при вентральному підвищенні голова на одній лінії з тулубом; перевіряють фізіологічні рефлекси: пошуковий, смоктальний, долонно-ротівий (Бабкіна), хапальний, Моро. Пошуковий, смоктальний та ковтальний рефлекси оцінюють під час годування грудьми.

3.18. Здоровим доношеним новонародженим, у яких маса тіла знаходиться між 10-м та 90-м перцентилями, визначати гестаційний вік за допомогою постнатальних методів немає потреби. Показанням до визначення гестаційного віку на підставі огляду є мала маса тіла та невідповідність фізичного розвитку гестаційному віку, визначеному лікарем акушером-гінекологом.

*Висновок.* У разі фізіологічної адаптації новонародженого, яка протікає в умовах раннього не обмеженого контакту матері та дитини, раннього початку грудного вигодовування, у разі відсутності вроджених вад розвитку або інших порушень у стані дитини, з урахуванням результатів лікарського огляду дитину можна вважати здоровою на час огляду.

## **2.7. Післяпологовий догляд**

Післяпологовий період починається одразу після закінчення пологів і триває до 42 діб. Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній.

*Ранній післяпологовий період* починається з моменту вигнання посліду та триває 2 год. У цей період породілля знаходиться у пологовому відділенні, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед кровотечі. Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем після великого навантаження під час вагітності та пологів.

*Пізній післяпологовий період* настає через 2 год після пологів і триває до 42 діб. Під час цього періоду відбувається зворотний розвиток всіх органів та систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

## **Основні принципи післяпологового догляду**

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини.

Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них.

Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки:

- протягом перших двох годин – кожні 15 хв;
- протягом третьої години – кожні 30 хв;
- протягом наступних трьох годин – кожні 60 хв;
- протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні – один раз на добу.

Виконання вправ післяпологової гімнастики.

2. Підтримка раннього грудного вигодовування.

Контакт «шкіра до шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодуванні, що буде найбільш комфортною як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає пораді можливість висловлювати свої материнські почуття.

Захищає новонародженого від інфекцій

3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі.

Надання матері точної та вичерпної інформації протягом всього післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого, набуті навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищать відчуття впевненості в собі, а також дадуть можливість своєчасно звернутись за допомогою в разі необхідності.

Проведення консультиування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.

## **Спільне перебування матері та новонародженого**

1. Організаційні умови забезпечення спільного перебування матері та новонародженого.

1.1. Спільним слід вважати перебування матері та її дитини в одній кімнаті протягом 24 год на добу з моменту народження до моменту виписки зі стаціонару.

1.2. Спільне перебування включає в себе такі етапи:

- 1) контакт «шкіра до шкіри» в пологовій залі;
- 2) спільне транспортування дитини із матір'ю в палату спільного перебування;
- 3) виключно грудне вигодовування на вимогу дитини;

- 4) догляд матері за своєю дитиною із залученням членів родини;
- 5) обґрунтована мінімізація втручань з боку медичного персоналу;
- 6) усі призначення та маніпуляції (вакцинація, обстеження на ФКУ та гіпотиреоз тощо) виконуються в палаті спільного перебування в присутності та за дотримання вимоги поінформованої згоди матері.

1.3. Температура тіла дитини вимірюється 2 рази на добу. Медична сестра протягом першої доби навчає термометрії матір, і далі вона сама вимірює температуру тіла дитини.

1.4. Догляд за шкірою і підмивання новонародженого під теплою проточною водою здійснює протягом першої доби медична сестра, навчає матір, яка в подальшому робить це самостійно.

2. Абсолютні протипоказання до спільного перебування матері та дитини: 1) відкрита форма туберкульозу; 2) гострі психічні захворювання матері.

## **2.8. Виписка породіллі зі стаціонару**

Виписка породіллі зі стаціонару проводиться за наявності:

- Оцінки стану породіллі та новонародженого:
  - вага та розміри новонародженого;
  - результати огляду та обстеження матері та дитини;
  - відсутність скарг;
  - стабільні показники гемодинаміки;
  - відсутність кровотечі;
  - відсутність ознак інфікування.
- Інформації про перебіг пологів та післяпологовий період.
- Рекомендацій з догляду:
  - інструкції з годування новонародженого (грудне чи штучне вигодування);
  - рекомендації щодо догляду за ранами (якщо були операції чи народження через кесарів розтин).
- Плану проведення медичних обстежень та відвідувань лікаря:
  - дати планових оглядів для матері та новонародженого;
  - рекомендації з планування сім'ї та підтримки здоров'я;
  - інформація про безпечні методи контрацепції та поради щодо підтримки фізичного та емоційного здоров'я.

*Догляд за пуповинним залишком (пупковою ранкою) після виписки з пологового стаціонару.* Дитину можна випускати додому, якщо пуповинний залишок не має ознак інфекції, за умов проведення медичним персоналом пологового стаціонару навчання та освоєння матір'ю навичок догляду за ним. Необхідно підтримувати пуповинний залишок (пупкову ранку) завжди сухими та чистими. Не накривати пуповинний залишок

(пупкову ранку) підгузками. До загоєння пупкової ранки купати дитину у кип'яченій воді. Ретельно стежити за ймовірними ознаками інфекції.

За відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породіллю з новонародженим виписують через повні 2 доби після того, як мати проконсультовано з питань вигодовування новонародженого, післяпологової контрацепції та основних загрозливих симптомів післяпологового періоду (*табл. 2.3*).

Таблиця 2.3

**Загрозливі симптоми в післяпологовому періоді**

Загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді	Загрозливі стани дитини, за яких потрібна допомога
Вагінальна кровотеча (використання 2–3 прокладок за 30 хв). Підвищення температури тіла. Утруднення дихання. Біль у животі. Біль молочних залоз та сосків. Біль у промежині. Нетримання сечі, біль/утруднення при сечовиділенні. Гнійні/з неприємним запахом виділення з піхви	Дитина погано смокче груди. Дитина млява або збудлива. У дитини виникли судоми. У дитини порушення дихання, У дитини гіпертермія або гіпотермія. Визначається набряк, гіперемія або нагноювання пупкової ранки. У дитини блювання або діарея

### Тема 3 . РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнта (КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до КМП, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за посиланням <http://www.drlz.kiev.ua/>.

#### **3.1. Первинна медична допомога**

*Кадрові ресурси:* лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі акушери-гінекологи, середній медичний персонал.

*Матеріально-технічне забезпечення.* Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

#### **3.2. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога**

*Кадрові ресурси:* лікарі акушери-гінекологи, лікарі-анестезіологи, лікарі-неонатологи, середній медичний персонал, який бере участь у наданні вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги вагітним під час пологів.

*Матеріально-технічне забезпечення.* Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

*Лікарські засоби:*

- що підвищують тонус та скоротливу активність міометрія: окситоцин;
- для місцевої анестезії: бупівакаїн, лідокаїн, ропівакаїн.

## Тема 4. ТЕХНІКА ЗЦІДЖУВАННЯ

1. Нахилитися вперед і підтримувати груди рукою.
2. Великий палець руки розмістити на навколососковому кружальці над соском, вказівний і середній – на навколососковому кружальці під соском.
3. Трохи здавити пальцями навколососкове кружальце в напрямку грудної клітки.
4. Обережно натиснути на грудні пазухи за соском, нижче від навколососкового кружальця.
5. Повторювати все доти, доки молоко не почне крапати, а потім бризкати.
6. Пересувати пальці по навколососковому кружальцю, щоб були задіяні всі грудні пазухи.
7. Час від часу проводити масаж обох грудей, м'яко поплескуючи в напрямку до соска.

Повторювати доти, доки груди стануть м'якими і витікання молока припиниться.

У післяпологовий період необхідно чітко дотримуватися правил асептики і антисептики. При їх порушенні можливі гнійно-септичні післяпологові захворювання.

### Раннє грудне вигодовування

1. Прикладання дитини до грудей матері (рис. 4.1, 4.2).

Ознаки правильного прикладання дитини до грудей:

- підборіддя дитини торкається до грудей;
- рот дитини широко відкритий;
- нижня губа дитини вивернута назовні;
- дитина більше захоплює нижню частину ареоли.

2. Як допомогти матері правильно прикласти дитину до грудей

- Мати повинна сісти чи лягти у зручному положенні і розслабитись.

Вона може сидіти, тримаючи дитину перед собою, або лягти, поклавши дитину поряд. Якщо їй зручно, вона може покласти дитину на подушку.

- Сядьте поряд з матір'ю на одному рівні так, щоб вам було зручно.

Покажіть їй, як тримати дитину, щоб вона була повернута до неї обличчям.

- Голова дитини повинна знаходитись на одній лінії з тілом, а її живіт – навпроти живота матері.

- Якщо необхідно, підтримайте дитину ззаду за плечі, але не за потилицю.

Її голова має бути трохи відкинута назад.

- Матері слід підняти груди рукою і дати дитині всю молочну залозу, а не тільки сосок. Не потрібно защемляти пальцями сосок чи ареолу і намагатись заштовхнути сосок дитині в рот.

- Мати може доторкнутись соском до губ дитини для стимуляції рефлексу захоплення.



- Зачекайте, поки дитина широко розкриє рот і захоче смоктати. Швидко прикладіть дитину до грудей.
- Прикладіть дитину до грудей так, щоб її нижня губа була під соском. Таким чином підборіддя дитини буде прилягати до грудей. В такому положенні сосок буде знаходитись трохи вище центру дитячого рота і зможе стимулювати піднебіння.



**Рис. 4.1.** Дитина правильно прикладена до грудей матері



**Рис. 4.2.** Дитина неправильно прикладена до грудей матері

## **Основні способи положення дитини біля грудей**

### ***1. Як допомогти матері, яка сидить.***

Переконайтесь, щоб мати сиділа у зручному, розслабленому положенні (низьке сидіння зручніше, особливо при наявності опори для спини). Якщо сидіння досить високе, то варто мати підставку під ноги, але слідкуйте, щоб коліна не були підняті надто високо. Якщо мати сидить у ліжку, допомогти їй можна за допомогою подушки.

Якщо дитина лежить у матері на колінах, допоможіть підняти дитину вище, щоб їй не треба було нахилятись вниз, щоб прикласти дитину до грудей.

*Інші позиції дитини біля грудей в положенні сидячи*

Положення з-під руки – голова дитини знаходиться на кисті руки матері. Це положення може бути корисним у таких випадках:

- для годування близнюків;
- якщо мати має певні проблеми при прикладанні дитини до грудей спереду;
- для лікування лактостазу;
- якщо для матері така позиція є просто зручною.

Положення, при якому дитина знаходиться на руці, протилежній груді з якої годується – тулуб дитини лежить на передпліччі матері, рукою вона підтримує голову дитини на рівні вух або нижче, але не підштовхує її до грудей знизу.

Такий спосіб рекомендується у наступних випадках:

- дитина з малою вагою при народженні;
- дитина ослаблена або з вродженими вадами;
- мати віддає перевагу цьому положенню.

## ***II. Як допомогти матері, яка лежить.***

Мати повинна лежати у зручній розслабленій позі (рис. 4.3) (в якій вона може спати), при цьому голова має лежати у дещо підвищеному положенні (краще використовувати високу подушку або класти руку під голову). Дитину при цьому вона підтримує іншою вільною рукою. Досить частою причиною того, чому дитину важко прикласти до грудей в положенні лежачи є те, що вона знаходиться занадто високо і її голівці приходится нахилитися вперед, щоб дотягнутися до соска.



**Рис. 4.3.** Мати годує дитину лежачи

Годування лежачи корисно у таких випадках:

- після акушерських втручань, які ускладнюють здійснення годування в положенні сидячи (кесарів розтин, епізіо-, перинеотомія, акушерські щипці та ін.);
- якщо матері хочеться спати, вона може годувати не встаючи з ліжка.

### ***III. Інші положення.***

- Мати може годувати стоячи (при неможливості сидіти чи лежати).
- Мати може годувати лежачи на спині (дитина зверху) – це положення зручне при лактостазі, а також при надмірній кількості молока у матері.
- Якщо дитині важко прилаштуватися до груді, то інколи може допомогти таке положення: мати лягає на живіт, спираючись на лікті, дитина під нею.

#### **Основні принципи післяпологового догляду**

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини.
  - Оцінка стану матері, вимірювання та ресстрація температури, АТ, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них.
  - Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки.
  - Виконання вправ післяпологової гімнастики.
2. Підтримка раннього грудного вигодовування.
  - Контакт «шкіра до шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодуванні, що буде найбільш комфортно як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття.
  - Захищає новонародженого від інфекцій.
3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі.

Надання матері точної та вичерпної інформації протягом всього післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого, набуті навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищать відчуття впевненості в собі, а також дадуть можливість своєчасно звернутись за допомогою в разі необхідності.
4. Проведення консультування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.

## Тема 5. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД

### Дії медичної сестри під час догляду за роділлем

#### Перший період пологів

- Спокійно і доброзичливо привітати вагітну.
  - Забезпечити жінці комфорт. Якщо вона бажає лягти, то найкращим положенням у ліжку є положення на боці: за першої позиції плода – на лівому, за другої – на правому боці.
  - Заохотити жінку до активної поведінки під час пологів. Допомогти жінці вибрати положення для пологів.
  - Оцінка загального стану та перевірка ознак життєдіяльності: температури тіла – через кожні 4 год, АТ, пульсу – через кожну годину. Повідомити лікаря, якщо систолічний АТ понад 130 і діастолічний – понад 85 мм рт. ст., пульс – понад 100 за 1 хв.
  - Визначити серцебиття плода за допомогою стетоскопа (в нормі 110–170 ударів за 1 хв):
    - застосовувати монітор для ведення спостереження за плодом, пояснити роділлі мету його застосування та яку інформацію можна отримати за допомогою монітора;
    - визначити частоту, тривалість та інтенсивність скорочень матки;
    - здійснювати внутрішнє акушерське дослідження (узгодити з лікарем).
- Проінформувати вагітну про процедуру проведення огляду та виявлені результати. Вагінальні огляди звести до мінімуму.
- Обов'язкове внутрішнє акушерське дослідження проводиться:
- а) під час госпіталізації вагітної в стаціонар;
  - б) у разі виливання навколоплідних вод;
  - в) через 6 год пологової діяльності для об'єктивного оцінювання її ефективності;
  - г) у зв'язку з будь-якою зміною акушерської ситуації (поява кров'яних виділень, дистрес плода, необхідність відпочинку, після сну тощо).
- Спорожнити сечовий міхур через кожні 2 год або в разі потреби.
- Перевіряти перепоповнення сечового міхура.
- Під час пологів підтримувати прийом їжі жінкою за її бажанням. Не рекомендується приймати тверду їжу.
  - Акушерка має враховувати скромність, сором'язливість вагітної, розуміти те, що в різних осіб прояви болю бувають різними, що кожна людина по-своєму терпить біль.
  - Вести пильне спостереження за станом роділлі під час перебігу пологів, оцінювати тривалість, інтенсивність та регулярність переймів.
  - Перебувати якомога більше часу біля ліжка роділлі під час пологів.
- Спрощувати пояснення й вказівки в міру посилення пологової діяльності.

- Допомогти роділлі подолати біль під час пологів із застосуванням простих немедикаментозних методів знеболювання.

**Активна фаза пологів:**

- оцінювати скорочення матки через кожні 15–30 хв;
- перевіряти серцебиття плода через кожні 15 хв;
- перевіряти температуру тіла через кожні 4 год, АТ, пульс та дихання – через кожну годину;
- заспокоїти пацієнтку і зміцнити її впевненість у доброму розродженні, розповідати їй про перебіг пологів, хвалити успіхи;
- після розривання навколоплідної оболонки:
  - перевірити серцебиття плода;
  - не дозволяти вагітній вставати з ліжка;
  - оцінити колір, запах, кількість та консистенцію навколоплідних вод;
  - замінити білизну;
  - якщо навколоплідна рідина містить меконій, застосувати монітор, щоб безперервно контролювати серцебиття плода;
  - для роділлі слід створити сприятливу атмосферу: неяскраве світло, знижений шум, у разі посилення болю запропонувати їй ввести анальгетик, робити легкий масаж;
  - стежити за проявами симптомів нижньої порожнистої вени (підвищення АТ);
  - застосовувати вазелін як запобіжний засіб проти пересихання губ;
  - якщо вагітна відчуває нудоту і блює, підняти головну частину ліжка, тримати напоготові миску для збирання блювотних мас;
  - якщо у вагітної тремтять ноги, запевнити її, що це нормальне явище, оскільки голова плода тисне на нерви;
  - якщо вагітна хвилюється і втрачає над собою контроль:
    - говорити до неї чітким, твердим, наказним тоном;
    - підтримувати з нею контакт очима;
    - звертатися до неї по імені;
    - дихати разом із нею;
    - надавати їй інформацію про причини її дискомфорту;
    - вагітна може відчувати страх, боязливість залишитися наодинці, тому слід запевнити її у безпідставності таких страхів;
    - легке погладжування живота (прийоми масажу) застосовують для більшої релаксації м’язів живота (варто пам’ятати, що деякі жінки не переносять, коли їх торкаються під час переймів);
    - спонукати контролювати дихання, якого жінку навчають на донатальних заняттях.

### **Другий період пологів**

- Перевіряти АТ й пульс через кожні 15 хв, а серцебиття плода – після кожного скорочення матки.
- Перевести вагітну в пологовий зал і допомогти прийняти зручне для неї положення.
- Очистити піхву та промежину, видалити виділення, щоб створити вагітній відчуття комфорту:
  - а) жінку слід попросити, щоб вона робила два короткі вдихи, затримувала третій і, нагинаючись уперед, тужилася;
  - б) під час кожної потуги вона повинна зафіксувати голову, впираючись підборіддям у груди;
  - в) впиратися ногами в опори або підтягувати до грудей розслаблені коліна;
  - г) тужитися, сконцентруючи зусилля на вихід голівки плода із піхви;
  - д) розслаблювати промежину під час кожної потуги;
  - е) тримати крижі плоскою на ліжку (не підійматися під час кожної потуги);
  - ж) заохочувати пацієнтку видихати, вдихати й тужитися доти, доки триває скорочення матки.
- Продовжувати контролювати серцебиття плода, перевіряти тиск крові матері.
- Після народження голівки плода відсмоктати слиз із порожнини рота дитини, не чекаючи завершення її народження.

### **Третій період пологів**

- Деякі матері настільки втомлені, що просто хочуть відпочити інші – бадьорі, охоче говорять про пологи.
- Якомога швидше покласти народжене немовля на груди матері, оскільки це сприяє встановленню між ними зв'язку. Заохочувати батьків торкатися своєї новонародженої дитини, оглядати її та вивчати.
- Пропальпувати дно матки. Нормальне положення – на середній лінії нижче від пупка.
- Після народження плаценти перевірити її цілість.
- Перевірити АТ матері.
- Перевірити наявність розривів на піхві та шийці матки.
- Якщо в матері негативний резус-фактор, відправити зразок крові немовляти, отриманої з пупкового канатика, для проведення прямих тестів Кумбса.

### **Дії медичної сестри під час догляду за новонародженим**

1. Звернути увагу на аномалії розвитку і фізіологічну адаптацію дитини до нових умов.
2. Після народження помістити дитину на живіт матері.
3. Обсушити голівку і тулуб немовляти підігрітою стерильною серветкою.
4. Надягти чисту шапочку і пінетки. Укрити чистою пелюшкою і ковдрою.
5. Замінити рукавички на стерильні.
6. Через 1 хв накласти 2 затискачі на пуповину.
6. Проміжок між затискачами перетнути стерильними ножицями.
7. Перекласти новонародженого на груди матері.
8. Прикласти дитину до грудей (перше раннє прикладання до грудей).
9. Через 30 хв виміряти температуру в аксиллярній ділянці.
10. Обробити руки.
11. Провести профілактику офтальмобленореї 0,5 % еритроміциновою або 1 % тетрацикліновою маззю.
12. Через 2 год перекласти новонародженого на підігрітий сповивальний столик.
13. Провести 2-й етап оброблення і клемування пуповини, замінивши рукавички на стерильні. Клему накладають на 0,3–0,5 см від пупкового кільця. Перерізати пуповину стерильними ножицями, залишивши 2–3 см над клемою.
14. Обробляти куксу пуповини не треба.
15. Антропометрія.
16. Заповнення браслеток.
17. Запис в історії новонародженого.
18. Переведення у палату разом з матір'ю.

### **Дії медичної сестри у ранній післяпологовий період**

- Ранній післяпологовий період триває 2 год, або доти, доки не нормалізуються показники життєздатності.
- Медична сестра повинна вміти розпізнати ранні симптоми пост-натальних ускладнень.
- Вимірювати температуру porodіllі через кожну годину.
- Перевіряти пульс, АТ, дихання через кожні 15 хв протягом перших годин після пологів.
- Перевіряти твердість та положення дна матки через кожні 15 хв. Вона повинна бути твердою, міститися на середній лінії живота на рівні пупка або на 2–3 см нижче.
- Якщо матка пухка, її дно потрібно масажувати доти, доки воно не стане твердим
- Видаляти згустки крові, не застосовувати надмірний масаж.

- Перевіряти колір, кількість та наявність згустків крові через кожні 15 хв.
- Якщо жінка тремтить від холоду, слід укрити її ковдрою; запропонувати їй попити чогось теплого.
- Протягом 2–4 год після пологів оцінювати стан породіллі кожні 30 хв або доти, доки її стан не стабілізується.
- Немовля може залишатися з матір'ю; медична сестра має допомогти надати йому такого положення, щоб мати й немовля могли підтримувати контакт очима.
- Світло в пологовій кімнаті можна пригасити, щоб немовля повністю розплющило очі.

Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем після великого навантаження під час вагітності та пологів.

**Дії медичної сестри у пізній післяпологовий період** включають щоденне оцінювання таких показників:

- загальний стан та самопочуття породіллі (сон, апетит, скарги);
- двократне вимірювання температури тіла (о 6–7-й та о 18–19-й годині);
- АТ, пульс;
- стан грудних залоз та сосків (наявність інфільтратів, лактостазу, тріщин сосків);
- висота стояння дна матки над лобковим підвищенням, ступінь її скорочення, болочості;
- кількість та характер лохий;
- стан зовнішніх статевих органів, за наявності швів – ступінь загоєння;
- функції сечового міхура та кишок.



## Тема 6. ТАЗОВЕ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

Тазове передлежання плода – це положення плода, яке характеризується розташуванням тазового кінця плода відносно площини входу малого таза. Пологи в тазовому передлежанні трапляються у 3–3,5 % випадків загальної кількості пологів.

### Класифікація тазового передлежання наступна:

#### I. Сідничне передлежання (згинальне):

- неповне або чисто сідничне (передлежать сіднички плода);
- повне або змішане сідничне (передлежать сіднички разом із стопами плода).

#### II. Ножне передлежання (розгинальне):

- неповне (передлежить одна ніжка плода);
- повне (передлежать обидві ніжки плода);
- колінне передлежання.

**Діагностика.** Тазове передлежання плода діагностують без особливих труднощів. Застосовують прийоми Леопольда: в ділянці дна матки визначають щільну велику округлу частину – голівку. На вході в таз пальпують велику м'яку частину, що не має чітких контурів. Серцебиття плода вислуховується справа або зліва вище від пупка. Об'єктивну інформацію дає УЗД.

### Внутрішнє акушерське дослідження в пологах (табл. 6.1)

Таблиця 6.1

### Диференційна діагностика між сідничним та ножним передлежанням за результатами внутрішнього акушерського дослідження

Вид передлежання	Внутрішнє акушерське дослідження
Сідничне	
неповне	Пальпують об'ємну м'яку частину плода. Визначають сідничні бугри, крижі, анальний отвір, статеві органи
повне	Пальпуються дрібні частини (стопи), що лежать поряд з об'ємною м'якою частиною (сідницями)
Ножне	
неповне	Пальпується дрібна частина плода — стопа. Пальпується п'ятова кістка, пальці, великий палець ніжки неможливо притиснути до підшви
повне	Пальпуються дрібні частини плода — дві стопи. Пальпуються п'яткові кістки, пальці, великі пальці ніжок неможливо притиснути до підшов
колінне	Пальпуються коліна плода

УЗД – найбільш інформативний метод діагностики. Він дозволяє визначити не лише тазове передлежання, але й очікувану масу, положення голівки (ступінь розгинання), локалізацію плаценти, кількість навколоплідних вод, обвиття пуповиною, наявність аномалії розвитку плода тощо. Попередній діагноз тазового передлежання встановлюють у терміні вагітності 30 тиж, а остаточний – у 37–38 тиж.

За величиною кута між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода розрізняють 4 варіанти положення голівки, що важливо для визначення методу ведення пологів у разі тазового передлежання:

I. Голівка зігнута, кут – більше  $110^\circ$ .

II. Голівка слабо розігнута, «поза військового» – I ступінь розгинання голівки, кут –  $100\text{--}110^\circ$ .

III. Голівка помірно розігнута – II ступінь розгинання, кут –  $90\text{--}100^\circ$ .

IV. Надмірне розгинання голівки, «плід дивиться на зірки» – III ступінь розгинання голівки, кут – менший за  $90^\circ$ .

### **Ведення вагітності**

Жіноча консультація (*див. додаток 7*).

В терміні 30 тиж з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати:

- положення на боці, протилежному позиції плода;
- колінно-ліктьове положення по 15 хв 2–3 рази на добу.

З 32 до 37 тиж призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ за однією з існуючих методик.

Головні елементи коригуючої гімнастики за І. І. Грищенком та А. Є. Шулешовою:

- 1) нахили тулуба вагітної в бік спинки плода;
- 2) згинання нижніх кінцівок у колінних і кульшових суглобах з одночасним згинанням тулуба в бік позиції плода;
- 3) вигинання спини з упором на перекладині шведської стінки;
- 4) вигинання спини в колінно-ліктьовому положенні;
- 5) згинання нижніх кінцівок у колінних і кульшових суглобах лежачи на спині, приведення колін до живота, напівоберт таза із зігнутими кінцівками в бік позиції плода.

Протипоказання до проведення гімнастичних вправ: загроза передчасних пологів, передлежання плаценти, низьке прикріплення плаценти, анатомічно вузький таз II–III ступеня.

Не проводять в умовах жіночої консультації зовнішній профілактичний поворот плода на голівку.

У разі збереження тазового передлежання плода в термін 37–38 тиж вагітності проводиться госпіталізація в акушерський стаціонар за показаннями:

- наявність обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу;
- ускладнений перебіг даної вагітності;
- екстрагенітальна патологія;
- можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

У разі доношеної вагітності у стаціонарі III рівня до початку пологів можливе проведення зовнішнього повороту плода на голівку за поінформованої згоди вагітної.

*Показання:* неповне сідничне передлежання за доношеної вагітності та живому плоді.

*Умови:*

- передбачувана маса плода < 3 700,0 г;
- нормальні розміри малого таза;
- спорожнений сечовий міхур вагітної;
- можливість проведення УЗД передлежання і стану плода до та після проведення повороту;
- задовільний стан плода за біофізичним профілем плода (БПП) та відсутність аномалій розвитку;
- нормальна рухливість плода, достатня кількість навколоплідних вод;
- нормальний тонус матки, цілий плодовий міхур;
- готовність операційної до надання екстреної допомоги у разі виникнення ускладнень;
- наявність досвідченого кваліфікованого фахівця, який володіє технікою повороту.

*Противоказання:*

- ускладнення перебігу вагітності на момент прийняття рішення про зовнішній поворот (кровотеча, дистрес плода, прееклампсія);
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез;
- багато- або маловоддя;
- багатоплідна вагітність;
- анатомічно вузький таз;
- наявність рубцевих змін піхви чи шийки матки;
- III ступінь розгинання голівки за даними УЗД;
- передлежання плаценти;
- тяжка екстрагенітальна патологія;
- рубець на матці, злукова хвороба;
- гідроцефалія та пухлини шиї плода;
- аномалії розвитку матки;
- пухлини матки та придатків матки.

*Техніка зовнішнього повороту плода на голівку:*

- положення жінки на боці, з нахилом 30–40° в сторону спинки плода;
- сідниці плода відводять від входу малого таза долонями лікаря, введеними між лоном та сідницями плода;
- обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода;
- зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції;
- закінчують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу малого таза, а сідниць – до дна матки.

Якщо перша спроба повороту була невдалою, проведення другої є недоцільним.

Можливі ускладнення: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, дистрес плода, розрив матки. У разі обережного кваліфікованого виконання зовнішнього повороту плода на голівку частота ускладнень не перевищує 1 %.

*Протипоказання для проведення гімнастичних вправ:*

- загроза передчасних пологів;
- передлежання плаценти;
- низьке прикріплення плаценти;
- анатомічно вузький таз II–III ступеня.

У терміні 38 тиж визначають необхідність госпіталізації до акушерського стаціонару III рівня за наступними показаннями:

- наявність обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу;
- ускладнений перебіг даної вагітності;
- екстрагенітальна патологія;
- можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

Акушерський стаціонар (див. додаток 8).

*Уточнення діагнозу:*

- проводять ультразвукове дослідження;
- оцінюють стан плода (проведення БПП, за необхідності – доплерометрія);
- визначають готовність жіночого організму до пологів (шкала Бішоп);
- визначають можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

План ведення пологів розробляють консиліумом за участю анестезіолога і неонатолога та узгоджують з роділлею.

### **Ведення пологів**

Консервативне ведення пологів:

- оцінити показання, упевнитися в тому, що є всі необхідні умови для безпечного проведення пологів через природні пологові шляхи і відсутні показання до кесарева розтину;
- слідкувати за перебігом I періоду пологів шляхом ведення партограми (без заповнення таблиці 2 на партограмі), реєстрації КТГ протягом 15 хв кожні 2 год;
- у разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадіння пуповини;
- II період пологів вести з мобілізованою веною для внутрішньовенного введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину NaCl (до 20 крапель за хвилину);
- проведення епізіотомії за показаннями; пудендальної анестезії;
- II період пологів ведуть у присутності анестезіолога, неонатолога.

Особливості перебігу пологів при тазових передлежаннях полягають у високому ризику можливих ускладнень. В першому періоді пологів може відбутися передчасне та раннє відходження навколоплідних вод, випадіння дрібних частин плода, пуповини, слабкість пологової діяльності, дистрес плода,

ендометрит в пологах. В другому періоді: закидання ручок плода, утворення заднього виду, спазм шийки матки, травма плода, травма пологових шляхів.

Розрізняють три ступеня закидання ручок: I – ручка закинута попереду вушка, II – на рівні вушка, III – позаду вушка плода. Найчастіше в цих випадках настає важкий дистрес плода внаслідок затяжного народження голівки.

Пологи при тазових передлежаннях проходять у три етапи:

- 1-й – народження тазового кінця;
- 2-й – народження плечового поясу;
- 3-й – народження голівки плода.

### **Біомеханізм пологів**

Провідною точкою є верхівка куприка, провідна лінія – міжвертельна.

1. Встановлення сідниць (стиснення та опущення їх), міжвертельна лінія перебуває в одному з косих розмірів.

2. Внутрішній поворот сідниць. Починається при переході з широкої у вузьку частину порожнини малого таза, закінчується в площині виходу, коли міжвертельна лінія стає в прямому розмірі виходу.

3. Бокове згинання хребта в попереково-крижовому відділі. Точка фіксації між нижнім краєм симфізу та краєм клубової кістки передньої сідниці. Народження задньої сідниці, а потім передньої в прямому розмірі.

4. Внутрішній поворот плечиків (з косоного розміру в прямий) та зв'язаний з ним зовнішній поворот тулуба.

5. Бокове згинання хребта в шийно-плечовому відділі. Точка фіксації між нижнім краєм симфізу та акроміальним відростком лопатки плода. Відбувається народження заднього плечика, а потім переднього в прямому розмірі площини виходу з малого таза.

6. Внутрішній поворот голівки. Сагітальний шов переходить в прямий розмір виходу з малого таза, підпотилична ямка фіксується під лонем.

7. Згинання голівки навколо точки фіксації та її народження.

При ніжних передлежаннях біомеханізм пологів той самий, тільки першими зі статевої щілини з'являються не сіднички, а ніжки.

З метою профілактики ускладнень в акушерському стаціонарі у роділь з тазовим передлежанням плода є важливим визначення плану ведення пологів.

#### ***Неповне та повне сідничне передлежання***

I. Народження сідниць та ніжок:

- під час врізування сідниць пропонуйте жінці тужитись;
- якщо промежина погано розтягується, проведіть епізіотомію;
- дозвольте сідницям народжуватись самостійно до пупка, підтримуючи ніжки витягнутими вдовж тулуба і приведеними до живота, відповідно до біомеханізму пологів;
- великі пальці рук лікаря знаходяться на задній поверхні стегон, а чотири пальці на попереково-крижовій ділянці плода;
- обережно підтримуйте сідниці, але не тягніть їх.

Передчасно не тягніть плід за паховий згин, сіднички, якщо для цього немає показань (дистрес плода).

Підтримуйте плід за стегна, не тримайте за боки та живіт, оскільки можна пошкодити нирки або печінку плода.

## II. Народження ручок

- плід, що народився до пупка, захоплюють великими пальцями в ділянці сідниць та крижів, чотири пальці розташовують у ділянці стегон спереду;
- тулуб відхиляється донизу (дозаду) поки не з'являється нижній кут лопаток; плечики плода у цей час розташовані в прямому чи трохи косому розмірі виходу таза;
- під час тракції донизу (дозаду) із-під симфізу народжується передня ручка;
- після самостійного народження передньої ручки, піднімають сідниці до живота матері, щоб дати можливість задній ручці народитися самостійно;
- у разі, коли ручки плода не народжуються самостійно, цей стан розцінюють як закидання ручок і негайно переходять до надання класичної ручної допомоги для виведення плечового поясу плода.

### *Класична ручна допомога з виведення ручок плода:*

- однією рукою (при I позиції – лівою) беруть ніжки плода в ділянці го-мілкових суглобів і відводять їх догори (вперед) та в сторону, протилежну спинці плода, ближче до стегна роділлі (при I позиції – до правого стегна);
- вводять другу руку у піхву до крижової западини роділлі по спинці плода, а далі по плечу доходяць до ліктьового згину і виводять задню ручку;
- вивільнення ручки плода проводять за ліктьовий згин (не за плечову кістку!) таким чином, щоб вона зробила «вмивальний» рух;
- передню ручку виводять після переведення її у задню, також зі сторони крижової западини;
- захоплюють обома руками плід за таз та передню частину стегон (не торкатися живота плода – 4 пальці кожної руки на стегнах, а великі пальці на сідницях плода) і повертають його на 180°;
- спинка плода у цей час проходить під симфізом;
- звільняють другу ручку аналогічно першій з боку крижової западини.

## III. Народження голівки.

1. У разі неускладненого перебігу пологів, відсутності закидання ручок голівка плода народжується у стані згинання:

- підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя;
- асистент допомагає народженню голівки плода шляхом помірного тиску над лоном, що попереджає розгинання голівки;
- опускають тулуб плода нижче рівня промежини для формування точки фіксації підпотиличної ямки з нижнім краєм лонного зчленування;

- піднімають тулуб плода вище рівня промежини;
- голівка плода народжується у стані згинання самостійно, навколо сформованої точки фіксації.

2. Якщо в пологах надавалась класична ручна допомога для виведення плечового поясу та ручок плода, народженню голівки допомагають прийомом Морісо-Левре-Ляшапель:

- підведіть руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя;

- введіть вказівний та безіменний палець цієї руки на виличні кістки плода, а середній палець в рот плода для відведення щелепи вниз і згинання голівки;

- використовуйте іншу руку для захоплення плечиків плода з боку спинки;

- вказівним і середнім пальцями верхньої руки обережно зігніть голівку плода у напрямку до грудини, доки прикладений знизу тиск на щелепу не призведе до появи межі волосистої лінії голівки плода;

- зробіть тракцію на себе;

- асистент натискає долонною поверхнею руки над лонним зчленуванням роділлі, фіксуючи голівку плода у положенні згинання;

- обережно зробіть тракцію догори (вперед) для народження голівки плода у зігнутому положенні.

### ***Ножне передлежання***

У випадку ножного передлежання розродження проводять шляхом кесарева розтину. Пологи через природні статеві шляхи у разі ножного передлежання проводять лише у наступних випадках:

- у другому періоді пологів – надають ручну допомогу за методом Н.А. Цов'янова II з метою повного розкриття шийки матки і опускання сідниць плода;

- народження другого плода у разі багатоплідної вагітності;

У разі дистресу плода у II періоді пологів (сіднички плода на тазовому дні або врізуються) розродження проводять шляхом операції екстракції плода за паховий згин.

### ***Показання до кесаревого розтину:***

- очікувана маса плода  $\geq 700,0$  і більше;

- ножне передлежання плода;

- розгинання голівки плода III ступеня за даними УЗД;

- пухлини шиї плода та гідроцефалія.

Операцію проводять типово за сучасними методиками, інтраперитонеально з профілактичним введенням антибіотиків, утеротонічних препаратів, сучасним шовним матеріалом. Під час кесарева розтину вилучення плода проводять відповідно до біомеханізму пологів у разі тазового передлежання через природні родові шляхи.

## ДОДАТКИ

Додаток 1

### Інформована згода пацієнтки на активне ведення третього періоду пологів

Весь процес пологів складається з трьох періодів:

I період – розкриття шийки матки;

II період – народження дитини;

III період – народження дитячого місця (посліду), який ще називається «послідовий період». Існує два способи ведення цього періоду: очікувальний та активний.

**Фізіологічне ведення III періоду** (очікувальне) – самостійне відшарування плаценти від стінки матки за рахунок самостійного скорочення матки і Вашої допомоги – натуг (ми просимо Вас «натужитись»). Триває III період від 5 до 30 хв, і при цьому крововтрата становить приблизно 0,5 % маси тіла пацієнтки.

**Активне ведення III періоду.** Вам роблять внутрішньом'язову ін'єкцію препарату, який скорочує матку (це може бути окситоцин) на першій хвилині після народження дитини.

Через декілька хвилин після введення препарату відбудеться відділення плаценти від стінок матки, і акушерка з вашою допомогою (просимо Вас «натужитись») шляхом легкого підтягування за пуповину допоможе посліду народитись.

Препарати, що використовують для скорочення матки, можуть підвищити кров'яний тиск, викликати нудоту і блювання, болючість у ділянці ін'єкції і болючі скорочення матки, але це не є обов'язковим.

Під час пологів ми Вас інформуємо про це і просимо Вашої згоди на активне ведення послідового періоду.

Я \_\_\_\_\_ (не) згідна  
на активне ведення третього періоду пологів.

У випадку, коли пацієнтка недієздатна, згоду дає опікун.

Дата \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_



**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 осі таза	зміщена до крижів	між крижами і провідною віссю таза (центрована)	– (центрована)	– (центрована)

Інтерпретація бальної оцінки:

- «незріла» – 0–5 балів;
- «недостатньо зріла» – 6–7 балів;
- «зріла» – 8–13 балів.

### Використання партограми

Партограма – це графічне відображення результатів динамічного спостереження під час пологів за процесом розкриття шийки матки та просування голівки плода, пологовою діяльністю, станом матері та плода.

Впровадження та правильне використання партограми значно покращує якість спостереження за роділлем та результати пологів. Використання партограми дозволяє:

- рано виявити незадовільний прогрес у пологах;
- попередити розвиток тривалих пологів (більше 16 год);
- рано виявити тазо-головну диспропорцію (клінічно вузький таз);
- своєчасно прийняти обгрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів;
- визначити обсяг необхідних втручань;
- знизити частоту кесаревого розтину та пологопідсилення окситоцином;
- зменшити частоту інтранатальної загибелі плода.

#### Правила використання партограми

Партограма використовується під час першого періоду пологів.

Ведення партограми слід розпочати за наявності наступних умов: дві або більше перейми протягом 10 хв кожна тривалістю 20 с або більше; відсутні ускладнення вагітності та пологів, які вимагають термінових лікувальних заходів або екстреного розродження.

Партограма заповнюється під час пологів, а не після їх закінчення.

Партограма має знаходитись у пологовій кімнаті;

Заповнення та інтерпретацію партограми здійснює навчений медичний персонал (лікар або акушерка);

Ведення партограми припиняється, якщо виникли ускладнення, що потребують негайного розродження, і подальші записи ведуть в історії пологів.

#### Складові частини партограми

Партограма складається з трьох основних компонентів:

**I – стан плода** – частота серцевих скорочень, стан плідного міхура та навколоплідних вод, конфігурація голівки.

**II – перебіг пологів** – темп розкриття шийки матки, опускання голівки плода, скорочення матки.

**III – стан жінки** – пульс, артеріальний тиск, температура, сеча (об'єм, білок, ацетон), режим введення окситоцину та ліки, що вводяться під час пологів.

**Паспортна частина** містить таку інформацію: прізвище, ім'я та по батькові роділлі, порядковий номер вагітності, кількість пологів в анамнезі, дату та час надходження до пологової палати, тривалість безводного проміжку на момент надходження до пологової палати (якщо плідний міхур цілий, ставлять прочерк), № історії пологів.

**Шкала «Час»** відображає реальний час (годин/хвилин) з моменту надходження до пологової палати та протягом пологів.

Кожна з 24 клітин являє собою проміжок часу в 1 год.

Значення часу відображається зліва від вертикалі, якій це значення відповідає.

Відповідно до цієї шкали здійснюються всі записи на партограмі у графах, що розташовані вище та нижче шкали «Час» (*див. рис. 2*).

## **I – Стан плода**

### **Частота серцевих скорочень**

Вертикальна вісь графі відображає частоту серцевих скорочень плода за хвилину. Більш темні горизонтальні лінії, що відповідають 110 та 170 уд/хв нагадують про межі нормальної ЧСС плода. Кожна клітина по горизонталі являє собою проміжок часу в 15 хв. Ділянки графі нижче 100 уд/хв та вище 180 уд/хв вказують на «тяжку брадикардію» та «тяжку тахікардію» відповідно, які, у свою чергу, є ознаками дистресу плода.

Підрахування частоти серцевих скорочень плода шляхом періодичної аускультатії здійснюється за допомогою акушерського стетоскопа або ручного доплерівського аналізатора серцевої діяльності плода.

Частоту серцевих скорочень плода підраховують і заносять до партограми кожні 15 хв.

Починати аускультатію слід одразу після закінчення фази найбільш інтенсивного скорочення матки під час перейми та здійснювати впродовж не менш ніж 60 с, жінка при цьому лежить на боці.

Відображається у вигляді позначки (●), яка наноситься на перехрестя між горизонталлю, що відповідає значенню ЧСС плода, та вертикаллю, що відповідає реальному часу на момент реєстрації ЧСС. Всі позначки з'єднуються лініями, утворюють графік (*див. рис. 2*)

### **Наволоплідні води**

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв.

Стан плідного міхура оцінюють та записують під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Стан навколоплідних вод оцінюють та записують при розриві плодових оболонок, а далі під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Запис здійснюється наступним чином:

**Якщо плідний міхур цілий – літера «Ц» (Цілий);**

**Наволоплідні води прозорі – літера «П» (Прозорі);**

**Меконіальне забарвлення вод – літера «М» (Меконій);**

**Води, забарвлені кров'ю – літера «К» (Кров)**

Слід пам'ятати, що літера має бути вписана у клітину, що розташована справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню реального часу шкали «Час» (*див. рис. 2*).

### **Конфігурація голівки плода**

Кожна клітина графи відповідає проміжку часу в 30 хв.

Ступінь конфігурації голівки плода оцінюють та записують під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Запис здійснюють наступним чином:

**Кістки черепа роз'єднані сполучною тканиною, шви легко пальпуються, конфігурація голівки плода відсутня «0».**

**Кістки стикаються одна з одною, шви не визначаються (конфігурація I ст.) «+».**

**Кістки знаходять одна на одну (конфігурація II ст.) «++» або «2+».**

**Кістки значно знаходять одна на одну (конфігурація III ст.) «+++» або «3+».**

Слід пам'ятати, що позначка має бути вписана у клітину, що розташована справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню реального часу шкали «Час» (див. рис. 2).

**Конфігурація голівки III ступеня у поєднанні із призупиненням розкриття шийки матки та/або відсутністю опускання голівки плода на фоні активної пологової діяльності є ознакою клінічно вузького таза.**

## **II – Перебіг пологів**

### **Розкриття шийки матки**

Вертикальна вісь графи відображає розкриття шийки матки в сантиметрах від 0 до 10. Горизонтальна вісь – шкала часу.

Графа розподілена на латентну та активну фази.

**Латентна фаза** – це період, коли розкриття шийки матки становить менше, ніж 3 см.

Більш темна горизонтальна лінія, що відповідає 3 см розкриття шийки матки, та вертикальна, що відповідає восьмій годині шкали часу, відокремлюють латентну фазу першого періоду пологів від активної.

У нормі тривалість латентної фази не повинна перевищувати 8 год.

**Активна фаза** – це період розкриття шийки матки від 3 до 9 см.

Тривалість активної фази залежить від темпу розкриття шийки матки.

Частина графи, що відповідає активній фазі, має дві більш темні похилі лінії – Лінію уваги та Лінію дії.

**Лінія уваги** починається у точці, що відповідає розкриттю 3 см, і продовжується до позначки повного розкриття шийки матки.

Лінія уваги відповідає темпу розкриття шийки матки 1 см/год.

**Швидкість розкриття шийки матки 1 см/год в активну фазу першого періоду пологів є мінімальною нормальною як для жінок, що народжують вперше, так й для жінок, що народжують повторно.**

**Лінія дії** проходить паралельно лінії уваги, відступ від неї на 4 год вправо.

Значення розкриття шийки матки визначається під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Результати оцінки розкриття шийки матки відмічають на партограмі позначкою (X), що має бути розташована на перехресті між горизонталлю, яка відповідає значенню розкриття шийки матки, та вертикаллю, яка відповідає часу обстеження.

Позначки (X) з'єднують безперервною лінією (крім випадку, коли виконується перенос – *див. нижче*), створюючи графік розкриття шийки матки (*див. рис. 2*).

### ***Особливості нанесення розкриття шийки матки***

**Якщо жінка надходить до пологової палати у латентній фазі першого періоду пологів, розкриття шийки матки (X) наносять на вертикальну вісь графі у місці, що відповідає значенню розкриття.**

Через 4 год проводять наступне внутрішнє акушерське дослідження та отримані результати заносять до партограми. Позначки (X) з'єднують безперервною лінією.

Можливі наступні варіанти:

#### ***Варіант 1***

Розкриття шийки матки під час другого внутрішнього акушерського дослідження менш ніж 3 см – X буде розташовано нижче темної горизонтальної лінії, що проходить на рівні 3 см розкриття шийки матки.

#### ***Варіант 2***

Розкриття шийки матки 3 см та більше – X буде розташовано безпосередньо на темній горизонтальній лінії, що проходить на рівні 3 см розкриття шийки матки (якщо розкриття дорівнює 3 см) або вище (у разі наявності розкриття більш ніж 3 см). Позначки (X) з'єднують безперервною лінією.

Варіант 2 свідчить про те, що пологи перейшли в активну фазу першого періоду.

**Якщо пологи перейшли в активну фазу першого періоду X має бути перенесено безпосередньо на Лінію уваги.**

Для цього знайдіть місце, у якому перехрещуються горизонтальна лінія, що відповідає значенню розкриття шийки матки, та Лінія уваги. На це місце слід поставити X. З'єднайте обидва X, що знаходяться на одній горизонталі дугоподібною переривистою лінією, яка символізує перенос (*див. рис. 2*).

**Час, у який було проведено внутрішнє акушерське дослідження, слід також перенести та розташувати зліва від вертикалі, на якій знаходиться перенесений на Лінію уваги X.**

Відносно часу, який перенесено, виконують перенос всіх показників прогресування пологів (перейми за 10 хв, опускання голівки плода), стану матері (пульс, артеріальний тиск, температура, сеча) та плода (ЧСС, стан навколоплідних вод, конфігурація голівки плода) на даний час.

Запис показників подальшого моніторингу надалі здійснюється від часу, який перенесено (див. рис. 2)

**Якщо жінка надходить до пологової зали в активній фазі I періоду пологів, значення розкриття шийки матки наноситься зразу *безпосередньо на Лінію уваги*.**

Час, у який було проведено внутрішнє акушерське дослідження, відмічається зліва від вертикалі, на якій знаходиться нанесений на Лінію уваги X. Запис всіх показників прогресування пологів, стану матері та плода надалі здійснюють від цього часу.

### **Інтерпретація**

Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться зліва від Лінії уваги, це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки більше 1 см/год. Такий перебіг першого періоду пологів вважається нормальним. Проводиться спостереження.

Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться безпосередньо на Лінії уваги, це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки дорівнює 1 см/год. Слід пам'ятати, що це мінімальна нормальна швидкість розкриття шийки матки в активній фазі першого періоду пологів як для жінок, які народжують вперше, так і для жінок, які народжували. Проводиться ретельне спостереження, втручання у перебіг пологів не показані.

Якщо графік розкриття шийки матки заходить вправо за Лінію уваги, але не досягає Лінії дії, це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки менш ніж 1 см/год.

Цей стан носить назву «Пролонгована активна фаза» та може бути пов'язаний зі слабкістю пологової діяльності, клінічно вузьким тазом або неправильним вставленням голівки плода.

У цьому випадку проводять ретельну оцінку акушерської ситуації з метою з'ясування причини затримки розкриття шийки матки та приймають рішення щодо необхідного лікування такого стану.

**Відхилення графіку розкриття шийки матки вправо за Лінію уваги за наявності цілого плідного міхура є абсолютним показанням до проведення амніотомії.**

Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає Лінію дії необхідно вжити наступних заходів:

- Повна оцінка стану матері, плода та акушерської ситуації.
- За наявності показань (дистрес плода, клінічно вузький таз, неефективне пологопідсилення) – кесарів розтин.
- У разі продовження консервативного ведення пологів – пологопідсилення окситоцином, якщо це не було зроблено раніше. Внутрішнє акушерське дослідження проводять через кожні дві години. Якщо не вдалося досягти темпу розкриття шийки матки 1 см/год між будь-якими з цих досліджень (тобто графік розкриття шийки матки не є паралельним Лінії дії) – розродження шляхом кесарева розтину.

**Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає Лінію дії, ризик інтранатальної загибелі плода підвищується у 10 разів.**

#### **Опускання голівки плода**

Опускання голівки плода може бути визначено за допомогою абдомінальної пальпації та внутрішнього акушерського дослідження.

На партограмі відмічається опускання голівки, визначене шляхом абдомінальної пальпації.

Для визначення положення голівки над краєм таза шляхом абдомінальної пальпації використовують ширину 5 пальців

Наприклад, голівка плода визначається над симфізом на ширину 5 пальців акушера – 5/5. У міру того, як голівка опускається в порожнину таза, вона визначається меншою кількістю пальців над симфізом: 4/5 – ширина 4 пальців акушера, 3/5 – ширина 3 пальців акушера, 2/5 – ширина 2 пальців акушера, 1/5 – ширина 1 пальця, 0/5 – голівка не визначається над симфізом. (див. рис. 1)

Абдомінальна пальпація дає можливість запобігти помилок у випадках, коли під час внутрішнього акушерського дослідження важко відрізнити опускання голівки від значного посилення набряку передлежачої частини.

**Коли голівка пальпується на 2/5 над верхнім краєм симфізу, це означає, що голівка великим сегментом пройшла площину входу в таз.**

**Коли голівка пальпується менш ніж на 2/5, найчастіше це означає, що голівка знаходиться у порожнині таза.**

Вертикальна вісь графі «Опускання голівки плода» відображає кількість пальців (від 0 до 5), на ширину яких голівка плода пальпується над краєм симфізу. Горизонтальна вісь – шкала часу.

Опускання голівки плода визначають та відмічають на партограмі безпосередньо перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням.

Результати оцінки опускання голівки плода відмічають на партограмі позначкою (O), що має бути розташована на перехресті між горизонталлю, яка відповідає кількості пальців, на ширину яких голівку пальпують над краєм симфізу та вертикаллю, яка відповідає часу обстеження.

Позначки (O) з'єднують безперервною лінією, створюючи графік опускання голівки плода. У випадку, коли виконується перенос, позначки (O) не з'єднуються (див. рис. 2).

**Позначка (O) та позначка (X) завжди знаходяться на одній вертикалі.**

**Якщо значення розкриття шийки матки (наприклад 4 см) співпадає з кількістю пальців, на ширину яких голівка пальпується над краєм симфізу (наприклад 4/5), то на партограмі X буде співпадати з O, тобто позначку (X) буде вписано у позначку (O).**


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


### **Перейми за 10 хв**


Кожен квадрат по вертикалі відповідає 1 переймі за 10 хв. По горизонталі кожен квадрат відповідає 30 хв.

Кількість та тривалість перейім підраховують протягом 10 хв.

Кількість перейім за 10 хв – це кількість квадратиків, які мають бути заштриховані по вертикалі відповідно часу обстеження. Вид штриховки залежить від тривалості перейми в секундах:

 – менше 20 с

 – від 20 до 40 с

 – більше 40 с

Кількість та тривалість перейім визначають та відмічають на партограмі щогодини в латентній фазі та кожні 30 хв в активній фазі.

**Штриховка завжди здійснюється справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню часу (див. рис. 2).**

### **III – Стан жінки**

#### **Пульс та артеріальний тиск**

Вертикальна вісь графі одночасно відображає артеріальний тиск та частоту пульсу.

Артеріальний тиск та частоту пульсу визначають та відмічають на партограмі кожні 2 год.

Артеріальний тиск відмічають на партограмі двобічною стрілкою (показана зліва від вертикальної осі графі), яка зверху досягає горизонталі, що відповідає значенню систолічного тиску, а знизу – горизонталі, що відповідає значенню діастолічного тиску.

Двобічна стрілка має бути розташована справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Частоту пульсу відмічають на партограмі позначкою (●), яка має бути розташована на перехресті між горизонталлю, що відповідає значенню частоти пульсу, та вертикаллю, що відповідає значенню часу (див. рис. 2).

**Температуру тіла** визначають та відмічають на партограмі кожні 4 год (або частіше у разі наявності показань) та відмічають справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

**Об'єм виділеної сечі** визначають та відмічають на партограмі після кожного сечовипускання (нагадуйте жінці про необхідність сечовипускань кожні 2–4 год) та відмічають справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Білок та ацетон сечі визначаються за показаннями.

#### **Окситоцин**

Заповнюють у разі стимуляції пологової діяльності.

Верхній рядок графі призначений для запису дози окситоцину, у розрахунку на 1 л 0,9 % розчину хлориду натрію.

Нижній рядок графі призначений для запису швидкості інфузії розчину окситоцину. Кількість крапель окситоцину за хвилину записується кожні 30 хв.



### Призначені ліки

Заповнюють у разі застосування медикаментів.

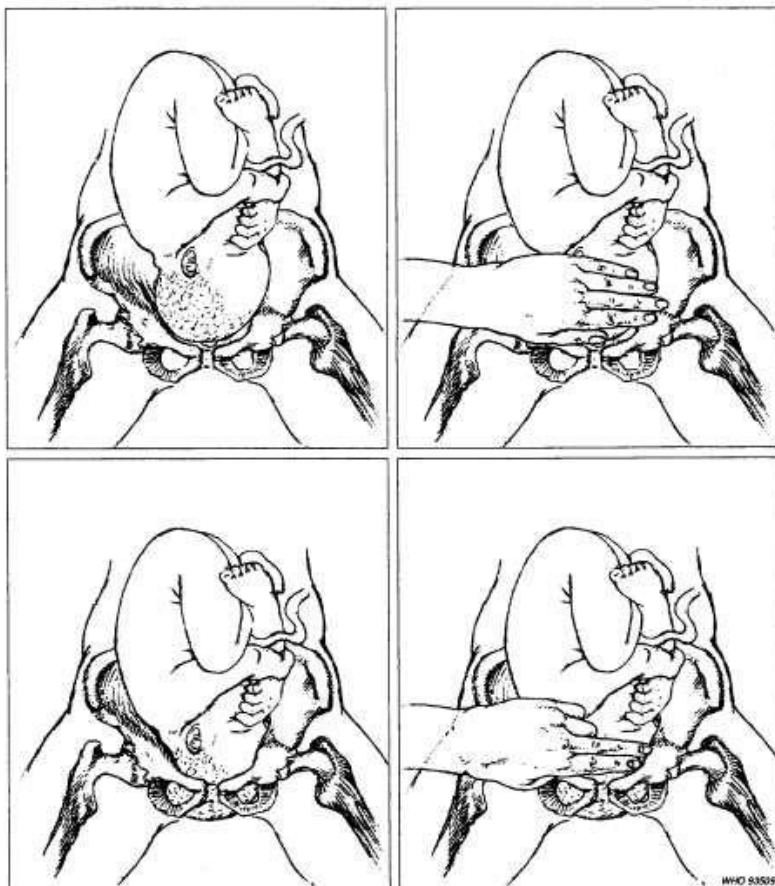
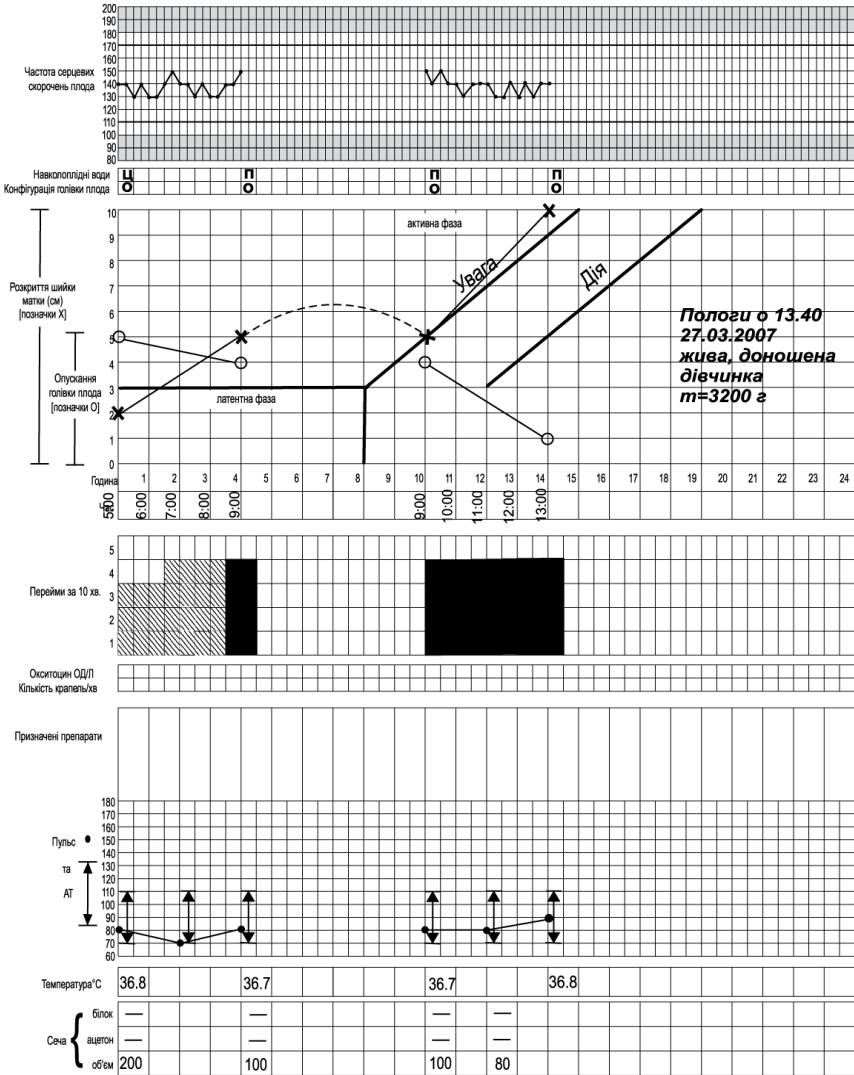


Рис. 1. Визначення опускання голівки плода шляхом абдомінальної пальпації

Партограма (вкладиш до історії пологів № 234)

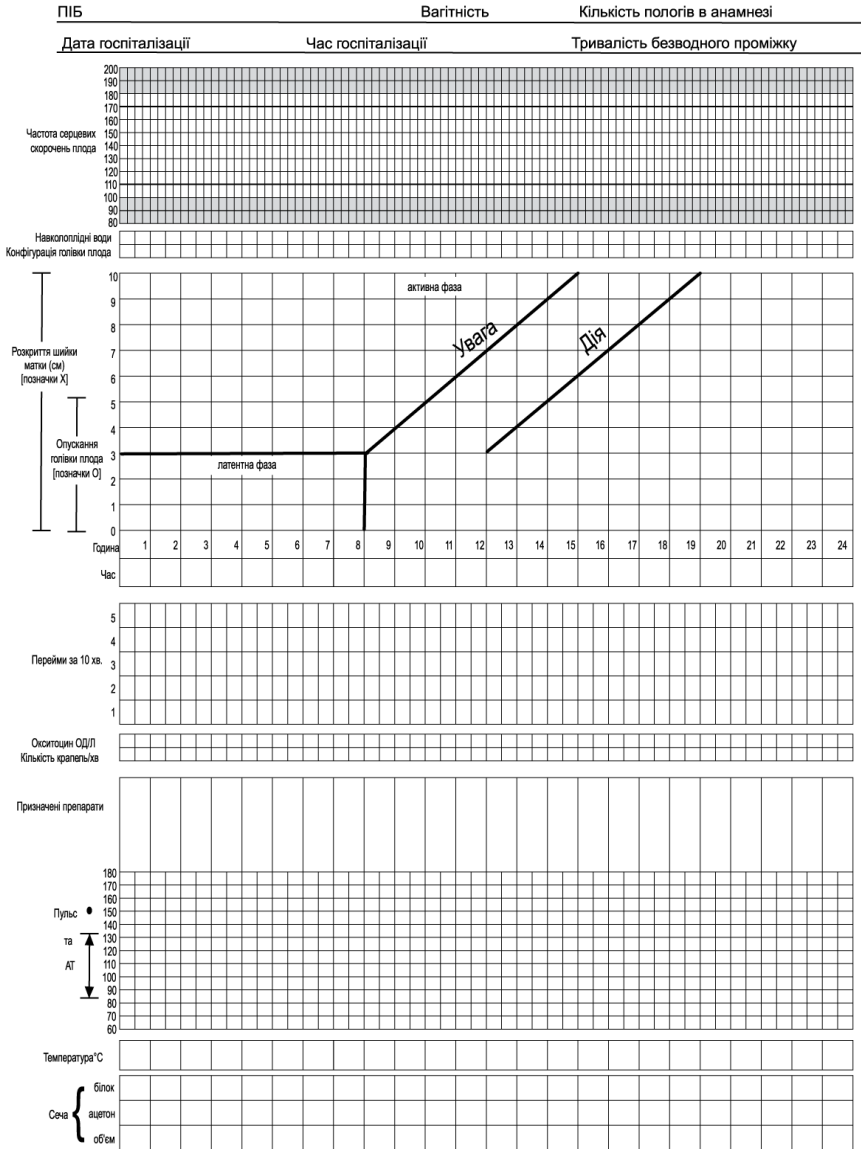
ПІБ Марія О. Вагітність 1 Кількість пологів в анамнезі 0  
 Дата госпіталізації 27.03.2007 Час госпіталізації 5.00 Тривалість безводного проміжку —



Діагноз:

Рис. 2. Приклад відображення на партограмі показників пологів

Партограма (вкладиш до історії пологів № \_\_\_\_\_)



Діагноз:

Рис. 3. Партограма

## Опис особливостей записів кардіотокографа

Опис	Особливість		
	Базова лінія (уд/хв)	Базова варіабельність (уд/хв)	Уповільнення
Задовільний	Від 110 до 160	Від 5 до 25	Жоден або ранній. Змінні уповільнення без будь-яких характеристик менше 90 хв
Незадовільний	Від 100 до 109 АБО Від 161 до 180	Менше 5 за 30–50 хв АБО Більше 25 протягом 15–25 хв	Змінні уповільнення без будь-яких характеристик протягом 90 хв більше АБО Змінні уповільнення з будь-якими характеристиками при 50 % скорочень протягом 30 хв або більше АБО Змінні уповільнення з будь-якими характеристиками при більш ніж 50 % скорочень протягом менше 30 хв АБО Пізнні уповільнення у більш ніж 50 % скорочень протягом менше 30 хв, без клінічних факторів ризику для матері та плода, таких як вагінальна кровотеча або значна кількість меконію
Аномальний	Нижче 100 АБО Понад 180	Менше 5 для більш ніж 50 хвилин АБО Більше 25 для більш ніж 25 хвилин АБО синусоїдальний	Змінні уповільнення з будь-якими характеристиками у більш ніж 50 % скорочень для 30 хв (або менше, якщо є клінічні фактори ризику для матері та плода) АБО Пізнні уповільнення протягом 30 хв (або менше, якщо є клінічні фактори ризику для матері та плода) АБО Гостра брадикардія або одноразове тривале уповільнення тривалістю 3 хв і більше

## Ведення пологів на основі інтерпретації записів кардіотокографа

Категорія	Визначення	Ведення
Звичайний	Всі ознаки задовільні	Продовжити КТГ (якщо вона не була розпочата через занепокоєння, що виникають внаслідок періодичної аускультатції і відсутні постійні фактори ризику). Обговорити із жінкою та її партнером те, що відбувається
Підозрілий	1. Незадовільна ознака ТА 2. Задовільні ознаки	Виправити будь-які основні причини, такі як гіпотонія або гіперстимуляція матки. Виконати повний набір материнських спостережень. Почати 1 або більше консервативних заходів. Повідомити лікаря-акушера або старшу акушерку. Документувати план перегляду всієї клінічної картини та результатів КТГ. Обговорити із жінкою та її партнером те, що відбувається, та врахувати її уподобання
Патологічний	1. Аномальна ознака АБО 2. Незадовільні ознаки	Провести огляд у лікаря-акушера та старшої акушерки. Виключити гострі події (наприклад, випадіння пуповини, підозра на відшарування плаценти або розрив матки). Виправити будь-які основні причини, такі як гіпотонія або гіперстимуляція матки. Почати 1 або більше консервативних заходів. Поговорити із жінкою та її партнером(и) про те, що відбувається, та врахувати її уподобання. Якщо запис кардіотокографа все ще є патологічним після проведення консервативних заходів: провести подальший огляд у лікаря-акушера та старшої акушерки; запропонувати стимуляцію шкіри голови плода і задокументувати результат. Якщо запис кардіотокографа все ще патологічний після стимуляції шкіри голови плода: розглянути питання забору крові у плода з голівки; розглянути можливість прискорення пологів; врахувати переваги жінки
Необхідність термінового втручання	Гостра брадикардія або одноразове тривале уповільнення 3 хв або більше	Терміново звернутися до акушерської допомоги. Якщо сталася гостра подія (наприклад, випадіння пуповини, підозра на відшарування плаценти або розрив матки), прискорте народження дитини. Виправити будь-які основні причини, такі як гіпотонія або гіперстимуляція матки. Почати 1 або більше консервативних заходів. Зробіть підготовку до термінових пологів. Поговорити із жінкою та її партнером про те, що відбувається, та врахувати її уподобання. Прискорити народження дитини, якщо гостра брадикардія зберігається протягом 9 хв. Якщо частота серцевих скорочень плода відновлюється в будь-який час до 9 хв, переглянути будь-яке рішення щодо прискорення пологів в обговоренні з жінкою

**Організаційні умови забезпечення підтримки теплового ланцюжка**

Ці заходи впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5–37,5 °С при вимірюванні в аксілярній ділянці. Недотримання теплового ланцюжка підвищує ризик розвитку у новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

**Десять кроків теплового ланцюжка****1. Тепла пологова кімната (операційна).**

Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25–28 °С.

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

**2. Негайне обсушування дитини.**

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

**3. Контакт «шкіра-до-шкіри».**

Контакт «шкіра-до-шкіри» запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше 2 год.

З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хв після народження в аксілярній ділянці електронним термометром.

**4. Грудне вигодовування.**

Грудне вигодовування треба починати якомога раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакті «шкіра-до-шкіри». Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

#### 5. Відкласти зважування та купання.

Купання та зважування новонародженого відразу після народження призводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти.

Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома.

Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту «шкіра-до-шкіри» перед переведенням в палату спільного перебування.

#### 6. Правильно одягнути та загорнути дитину.

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи.

У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

#### 7. Цілодобове спільне перебування матері та дитини.

За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та внутрішньолікарняної інфекції.

#### 8. Транспортування в теплих умовах.

Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення (палату), медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю.

При народженні дитини шляхом кесаревого розтину новонародженого транспортують в кувезі або в дитячому ліжечку, вкритого теплою ковдрою.

#### 9. Реанімація в теплих умовах.

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

#### 10. Підвищення рівня підготовки та знань.

Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка.

Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

**Інформована добровільна згода родиллі на знеболення пологів**

Я, (П.І.Б.) \_\_\_\_\_, отримала детальні роз'яснення з приводу маніпуляції – знеболення пологів та відсутність у мене протипоказань до даної маніпуляції.

Я підтверджую, що повідомила лікаря-анестезіолога про: всі проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям, у тому числі про алергічні реакції; відомі мені травми, захворювання, операції та анестезії, перенесені мною; спадковість, шкідливі звички.

Я була проінформована про: мету, необхідність, характер і особливості маніпуляції – знеболення пологів, її можливі наслідки/ускладнення, а також про те, що належить мені робити під час її проведення.

Лікар-анестезіолог пояснив ризики даної маніпуляції, запропонував мені альтернативні методи анальгезії та розповів про очікувані результати.

Мені було в доступній для мене формі пояснено, що всі різновиди анальгезії пологів пов'язані з певним ризиком виникнення ускладнень, включаючи віддалений період: анафілактоїдні/анафілактичні реакції; пригнічення дихання; втрата чутливості/рухів (травма нервового корінця); епідуральна гематома/абсцес; інфікування місця пункції; втрата свідомості; судомний напад; порушення ритму серця; зупинка серця (внутрішньосудинне введення місцевого анестетика); постпункційний головний біль та ін. При розвитку вищевказаних ускладнень згодна на проведення всіх потрібних діагностичних/лікувальних заходів та не буду мати претензій до медичного персоналу.

Усвідомлюю, що обрана анестезіологічна тактика, яка буде використуватися в моєму випадку, визначається багатьма факторами, у тому числі моїм загальним станом та бажанням.

Лікар-анестезіолог проінформував мене про техніку проведення та очікувані результати запропонованого мені різновиду анальгезії пологів (**відмітити**):

Вибір анальгезії	Різновиди анальгезії пологів
	Епідуральна анальгезія
	Субарахноїдальна анальгезія
	КAUDАЛЬНА анальгезія
	Медикаментозна анальгезія (в/в, в/м)
	Інгаляційна анальгезія

Я підтверджую, що перечитала та зрозуміла все перераховане вище, мала можливість обговорити з лікарем всі незрозумілі для мене питання, що пов'язані з проведенням знеболення пологів. На всі поставлені мною запитання я отримала задовольняючі мене відповіді.

(записати «даю», при згоді на проведення маніпуляції)

Я, добровільно \_\_\_\_\_ свою згоду на проведення мені маніпуляції – знеболення пологів у запропонованому обсязі.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р

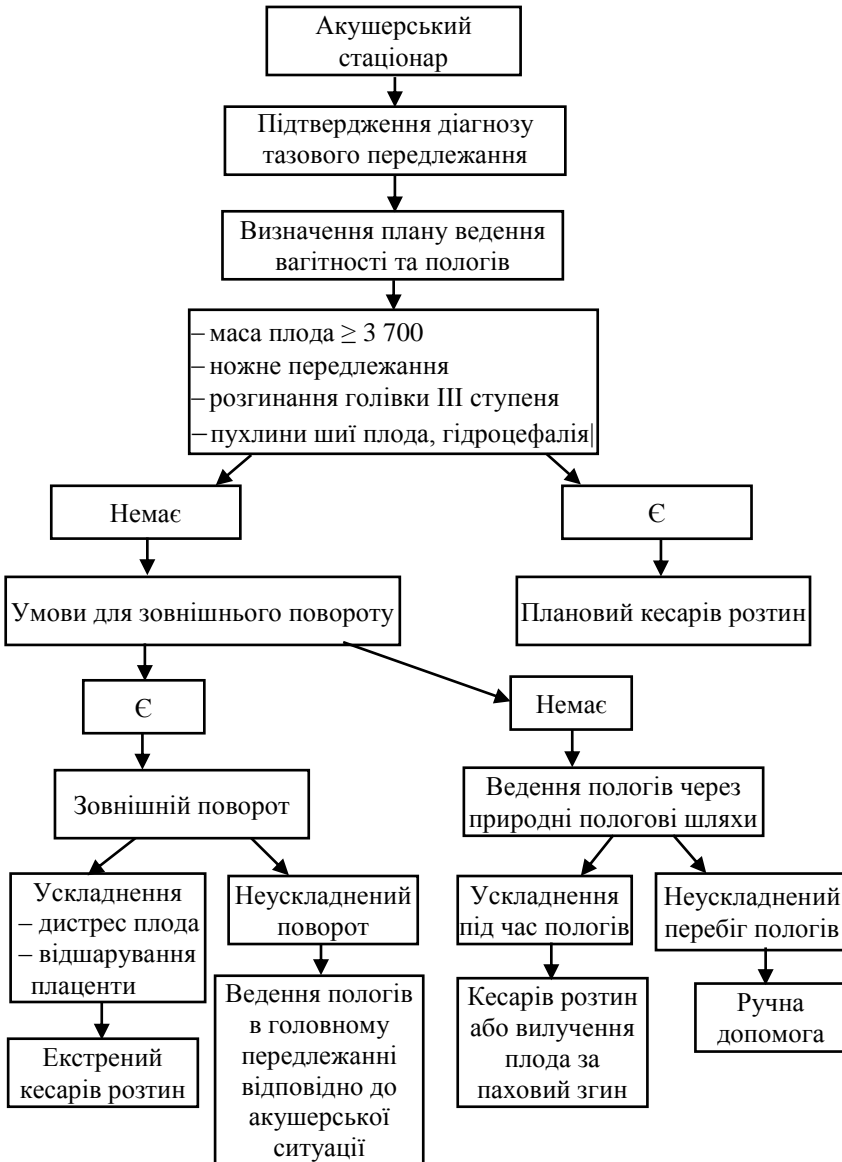
Підпис пацієнта: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.



**Алгоритм ведення вагітної з тазовим передлежанням плода в жіночій консультації**



**Алгоритм ведення вагітної з тазовим передлежанням плода в акушерському стаціонарі**



## АКУШЕРСЬКА ТЕРМІНОЛОГІЯ

### Розташування плода в порожнині матки

**Положення плода** – відношення поздовжньої осі плода до поздовжньої осі матки. Розрізняють такі положення плода:

- **поздовжнє** – поздовжня ось плода і поздовжня ось матки збігаються;
- **поперечне** – поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під прямим кутом
- **косе** – поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під гострим кутом:

**Позиція плода** – відношення спинки плода до правої і лівої сторін матки. Розрізняють дві позиції:

- **перша** – спинка плода повернена ліворуч;
- **друга** – спинка плода повернена праворуч.

При поперечному і косому положенні плода позиція визначається за місцезнаходженням голівки: голівка зліва від середньої лінії живота матері – перша позиція, справа – друга позиція.

**Вид позиції** – відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки. Розрізняють два види:

- **передній** – спинка плода повернена наперед;
- **задній** – спинка плода повернена назад.

**Передлежання** – відношення великої частини плода (голівки або таза) до входу в малий таз. Розрізняють головне і тазове передлежання.

Передлежачою частиною називають ту частину плода, що знаходиться ближче до входу в малий таз і першою проходить пологовими шляхами. При зігнутій голівці плода найнижче розташованою її частиною є потилиця. Таке передлежання називається потиличним і трапляється найчастіше.

Значно рідше голівка буває розігнутою. При цьому, залежно від ступеня розгинання, передлежачою частиною може бути тім'я (передньоголове передлежання), лоб (лобне передлежання), обличчя (лицеве передлежання).

При тазовому передлежанні найнижче розташованою частиною можуть бути сіднички (сідничне передлежання), ніжки (ножне передлежання).

**Великий сегмент голівки** плода. Під великим сегментом голівки умовно, мають на увазі окружність найбільшого розміру голівки, яким вона проходить через площини малого таза при даному її вставленні. При потиличному передлежанні, коли голівка вставляється в таз у зігнутому положенні, найбільшою окружністю буде та, котра відповідає окружності малого косоного розміру. При розгинальному вставленні голівки великий сегмент буде іншим (залежно від ступеня розгинання).

**Малий сегмент голівки плода.** Під малим сегментом голівки умовно йдеться про меншу за великий сегмент частину голівки, якою вона проходить через площини малого таза.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Клінічне медсестринство в акушерстві і гінекології : підручник А. М. Громова, Г. М. Алтуєв, В. А. Лойко та ін. ; за ред.. А. М. Громової. Київ : Здоров'я, 2011. 582 с
2. Акушерство та гінекологія : підручник : у 4 т. Т. 2. Неонатологія / за ред. В. М. Запорожана. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2018. 928 с.
3. Акушерство і гінекологія : у 2 кн. Кн. I. Акушерство / за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини. Київ : Медицина, 2021. 427 с.
4. Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.
5. Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстрований у Міністерстві юстиції України від 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.
6. Про затвердження Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2020 року № 2755, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 січня 2021 року за № 44/35666.
7. Про внесення змін до Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 грудня 2020 року № 2857.
8. Про затвердження тринадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 квітня 2021 року № 792.
9. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2022 року № 170.
10. Про затвердження стандарту медичної допомоги «Нормальна вагітність» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 серпня 2022 року № 1437.
11. Про затвердження стандарту медичної допомоги «Передчасний розрив плідних оболонок» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 серпня 2022 року № 1533.
12. Про затвердження протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.02.2020 № 59.
13. Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2021 року № 1066, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 червня 2021 року за № 728/36350.
14. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Фізіологічні пологи» [Інтернет]. 2021.
15. Williams obstetrics / by Kenneth J. Leveno, et al. New York, N.Y. : McGraw Hill/Medical, 2018. P. 456.
16. Obstetrics and gynecology / by Charles R.B. Beckmann, et al. 2018. P. 32.
17. A practical guide to obstetrics and gynecology / by Misha N. Freeman, et al. 2020. P. 569–600.
18. Current diagnosis and treatment: obstetrics and gynecology / by Alan H. DeCherney, et al. 2021. P. 49–63.

**Навчальне видання**

Лазуренко Вікторія Валентинівна  
Тіщенко Олександра Миколаївна  
Овчаренко Ольга Борисівна  
Лященко Ольга Анатоліївна  
Старкова Ірина Володимирівна  
Каліновська Ольга Іванівна  
Білий Євген Євгенович

**НОРМАЛЬНІ ПОЛОГИ.  
СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД**

**Навчальний посібник**

Друге видання, доповнене та перероблене

Відповідальний за випуск О. В. Карнаух



Редактор М. В. Тарасенко  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 4,8. Зам. № 24-34367.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.