

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ПЕРЕБІГ ТА ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПОЛОГІВ

***Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів***

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 2 від 19 лютого 2015.

**Харків
ХНМУ
2015**

Перебіг та ведення фізіологічних пологів : метод. вказ. для самостійної роботи студентів / упор. М. О. Щербина, О. В. Мерцалова, О. І. Скорбач. – Харків : ХНМУ, 2015. – 28 с.

Упорядники М. О. Щербина
 О. В. Мерцалова
 О. І. Скорбач

Модуль 1: Фізіологічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Змістовий модуль I. Фізіологічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Тема заняття: Перебіг та ведення фізіологічних пологів.

Кількість годин – 5.

Матеріальне та методичне забезпечення теми

Засоби навчання: банк тестових завдань, тазомір, вагітні жінки, устаткування та інструментарій пологового блоку, мультимедійний проектор, фантоми й муляжі для відпрацювання прийомів обстеження та допомоги в пологах, первинного оброблення новонародженого.

Устаткування: методичні вказівки.

Місце проведення: навчальна кімната, приймальне відділення акушерського стаціонару, палата акушерського відділення, пологовий зал.

Обґрунтування теми. Тема "Перебіг та ведення фізіологічних пологів" є однією з базових в акушерстві. Вагітність і пологи – фізіологічний процес, тому можна чекати, що перебіг пологів повинен бути не тільки безболісним, але й без будь-яких неприємних відчуттів. Проте відомо, що пологи в багатьох жінок супроводжуються больовими відчуттями різної інтенсивності. Особливо інтенсивний біль наприкінці періоду розкриття шийки матки й у період зганняння плода. Біль у пологах є негативним явищем, бо він виснажує сили роділлі, робить жінку безвольною й безпорадною. Через неправильну поведінку в роділлі часто порушується хід пологового процесу, що призводить до дистресу плода, різноманітних травм пологових шляхів матері. Тому з давніх-давен у всіх народів застосовували методи й засоби для зняття або зменшення болю при пологах.

Мета заняття:

Загальна – навчити студентів знанням клінічного перебігу та веденню фізіологічних пологів.

Конкретні цілі

Студент повинен знати:

1. Причини настання пологів, регуляцію пологової діяльності.
2. Біомеханізм пологів при передньому і задньому видах потиличного передлежання.
3. Особливості клінічного перебігу I періоду пологів.
4. Особливості ведення I періоду пологів.
5. Основні принципи складання партограми.
6. Особливості клінічного перебігу II періоду пологів.
7. Особливості ведення II періоду пологів.
8. Особливості клінічного перебігу III періоду пологів.
9. Особливості ведення III періоду пологів.

10. Первинний туалет новонародженого.

11. Немедикаментозні та медикаментозні методи знеболювання пологів.

Студент повинен уміти:

1. Продемонструвати на фантомі біомеханізм пологів при передньому і задньому видах потиличного передлежання.

2. Визначити початок першого періоду пологів, об'єктивно оцінювати динаміку пологової діяльності (ступінь розкриття шийки матки, тривалість переймів).

3. Оцінювати партограму.

4. Визначити й оцінювати серцебиття плода (аускультативно та апаратними методами).

5. Визначити початок другого періоду пологів, об'єктивно оцінювати динаміку просування голівки плода по пологових шляхах.

6. Надавати допомогу в пологах та проводити психофізіологічне знеболювання пологів.

7. Демонструвати активну тактику ведення III періоду пологів (на фантомі).

8. Демонструвати очікувальну тактику ведення III періоду пологів (на фантомі).

9. Оглядати послід та визначити його цілісність.

10. Визначити загальну крововтрату в пологах.

11. Оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар.

12. Робити висновки (резюме) пологів.

Практичні навички:

1. Відтворювати біомеханізм пологів при обох видах потиличного передлежання.

2. Ведення нормальних пологів.

3. Ведення та запис партограми.

ТЕСТИ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

1. Потиличне передлежання, передній вид:

A. Сагітальний шов у поперечному розмірі, мале тім'ячко зліва.

B. Сагітальний шов у поперечному розмірі, мале тім'ячко праворуч.

C. Сагітальний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко уперед.

D. Сагітальний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко назад.

E. Сагітальний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко уперед.

2. Потиличне передлежання, II позиція, задній вид:

A. Сагітальний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко справа позаду.

B. Сагітальний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко зліва позаду.

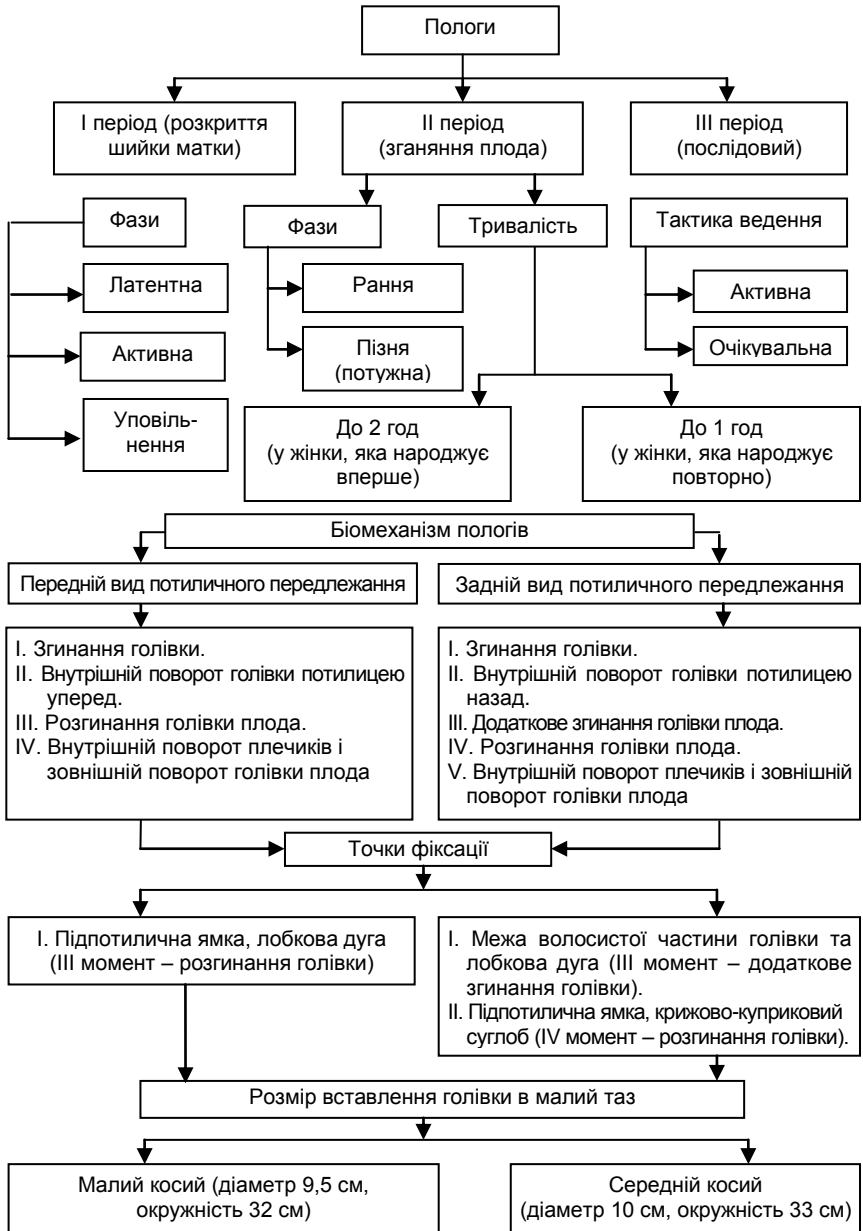
C. Сагітальний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва попереду.

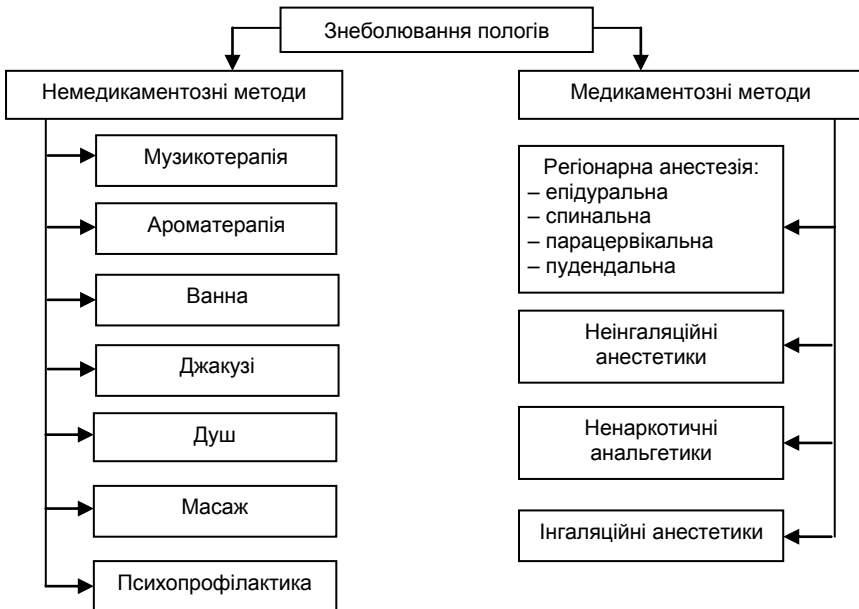
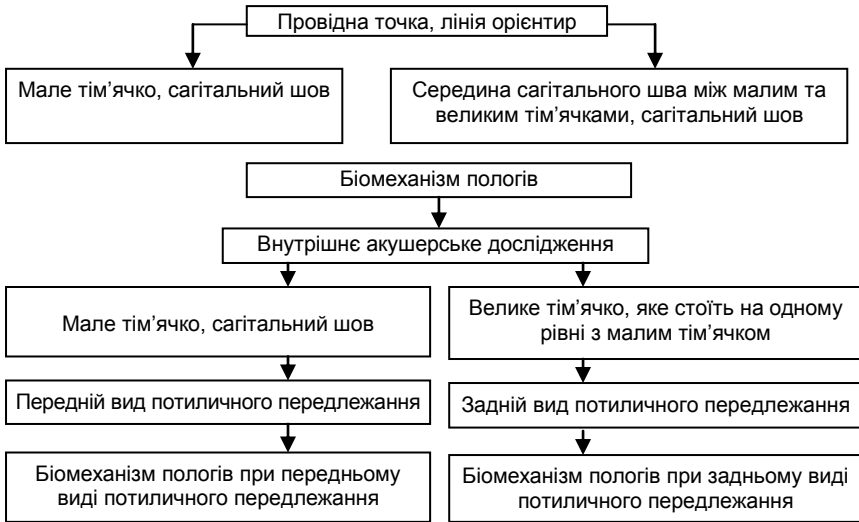
D. Сагітальний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко праворуч попереду.

E. Сагітальний шов у поперечному розмірі, мале тім'ячко праворуч.

3. Сагітальний шов у прямому розмірі, спинка плода звернена уперед:
- A. Перша позиція, передній вид.
 - B. Головне передлежання, передній вид.
 - C. Друга позиція, передній вид.
 - D. Головне передлежання, задній вид.
 - E. Друга позиція, задній вид.
4. Сагітальний шов у прямому розмірі, спинка плода звернена назад:
- A. I позиція, передній вид.
 - B. Головне передлежання, передній вид.
 - C. II позиція, задній вид.
 - D. Головне передлежання, задній вид.
 - E. Головне передлежання, I позиція.
5. Перший момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання:
- A. Згинання голівки і вставляння в площину входу в таз.
 - B. Опускання голівки.
 - C. Зовнішній поворот голівки.
 - D. Внутрішній поворот голівки.
 - E. Внутрішній поворот тулуба
6. В якому розмірі встановлюється на тазовому дні сагітальний шов після завершення внутрішнього повороту голівки:
- A. Правому косому.
 - B. Поперечному.
 - C. Прямому.
 - D. Прямому або поперечному.
 - E. Лівому косому.
7. Яким розміром прорізується голівка плода при передньому виді потиличного передлежання:
- A. Прямим.
 - B. Малим косим.
 - C. Середнім косим.
 - D. Великим косим.
 - E. Вертикальним.
8. Яким розміром прорізується голівка плода при задньому виді потиличного передлежання:
- A. Прямим.
 - B. Малим косим.
 - C. Середнім косим.
 - D. Великим косим.
 - E. Вертикальним.
9. Скільки точок фіксацій при задньому виді потиличного передлежання?
- A. 2.
 - B. 3.
 - C. 4.
 - D. 1.
 - E. 5.
10. Скільки точок фіксацій при передньому виді потиличного передлежання?
- A. 2.
 - B. 3.
 - C. 4.
 - D. 1.
 - E. 5.

Графологічна структура теми





Орієнтована карта роботи студентів:

А. Критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого. Студент повинен уміти діагностувати початок пологів.

Діагностика та підтвердження пологів:

– у вагітної після 37 тиж з'являються переймоподібні болі внизу живота та крижах з появою слизово-кров'яних або водянистих (у разі відходження навколоплідних вод) виділень із піхви;

– наявність 1 перейми протягом 10 хв, що продовжується 15–20 с;

– зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне її укочення та згладжування, розкриття шийки матки – збільшення діаметра провіту шийки матки (вимірюється в сантиметрах);

– поступове опускання голівки плода до малого таза відносно площини входу в малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно *lin. interspinalis* (при внутрішньому дослідженні);

Б. Вибір найбільш інформованих тестів, лабораторних і інструментальних досліджень (по можливості виконаних студентами), які підтверджують діагноз.

Пологи – фізіологічний процес, під час якого відбувається згання з матки через пологові шляхи плода, плаценти з плодовими оболонками і навколоплідними водами.

Нормальні пологи – це одноплідні пологи з мимовільним початком і прогресуванням пологової діяльності в терміні вагітності 37–2 тиж у потиличному передлежанні плода, що перебігають без ускладнень протягом усіх періодів пологів, за задовільного стану породіллі та новонародженого.

Передчасний розрив плодових оболонок, проведення амніотомії без подальшої індукції пологів, розрив промежини I ступеня не є підставою для зарахування таких пологів до нефізіологічних.

Оцінювання біологічної готовності до пологів ґрунтується на таких основних параметрах:

– стан шийки матки оцінюють за шкалою Бішопа, у 90% вагітних в останній тиждень вагітності шийка матки досягає зрілості;

– окситоциновий тест (тест Сміта) – поява переймів протягом перших 3 хв від моменту внутрішньовенного введення 1 ОД окситоцину в 5% розчині глюкози зі швидкістю 1 мл/хв (позитивний тест);

– нестресовий тест – методом КТГ реєструють мимовільні скорочення матки протягом 40 хв, наявність скорочень матки вказує на готовність до пологів;

– мамарний тест – подразнення сосків грудних залоз вагітних протягом 3 хв спричинює скорочення м'язів матки, яке фіксують за допомогою КТГ;

– кольпоцитологічні зміни визначають гормональний баланс вагітної перед пологами за даними співвідношень різних клітин епітелію піхви, підвищення еозинофільного індексу до 20% та пікнотичного індексу до 40% свідчить про початок пологів;

– якщо шийка матки зріла (6 або більше балів), роблять висновок про уповільнення латентної фази першого періоду пологів;

– якщо шийка матки незріла (5 або менше балів), тактика ведення має відповідати такій при удаваних переймах.

Шкала Бішопа

Параметри	Бали		
	0	1	2
Положення шийки матки відносно провідної вісі таза	Зміщена до крижів	Між крижами та провідною віссю таза	По вісі таза
Довжина шийки матки, см	2 або більше	1–2	1 або менше
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Розкриття зовнішнього маткового зів'я, см	Закритий	1	2 або більше
Розташування передлежачої частини плоду	Рухома над входом у малий таз	Притиснута до входу у малий таз	Притиснута або фіксована у вході в малий таз

Примітка: 0–2 бали – шийка незріла; 3–5 балів – шийка недостатньо зріла; 6 балів та більше – шийка зріла.

Пологам передують **провісники**, що з'являються за 2–3 тиж до пологів. Змінюється гормональний гомеостаз, переважає функція парасимпатичного відділу ЦНС, розгортається нижній сегмент матки, фіксується частина, що передлежить (при перших пологах), визначаються позитивні ознаки біологічної готовності організму до пологів.

До провісників пологів належать:

- опускання дна матки;
- відходження слизової пробки;
- зниження маси тіла;
- псевдоперейми.

Підготовчий період переходить у прелімінарний, який у більшості жінок перебігає фізіологічно і без явищ дискомфорту. Він триває близько 6 год і характеризується нерегулярними болісними відчуттями внизу живота.

Нерегулярні перейми поступово посилюються, і розпочинається регулярна пологова діяльність.

До *зганяльних пологових сил* належать перейми та потуги. *Перейми* – періодично повторювані скорочення м'язів матки. *Потуги* – скорочення м'язів матки та приєднання ритмічних скорочень м'язів передньої черевної стінки, діаграми (другий і третій періоди пологів).

Скоротлива діяльність матки характеризується частотою (кількість переймів за 10 хв), тривалістю, силою (амплітуда скорочень), болісними відчуттями, які залежать від порогу больової чутливості жінки. Тривалість переймів зростає з розвитком пологової діяльності (від 10–15 на початку до 60–80 с наприкінці пологів).

Під час переймів у м'язах матки одночасно здійснюються такі процеси: контракція, ретракція і дистракція. *Контракція* – скорочення кожного м'язового шару, *ретракція* – зсув м'язових шарів відносно одне одного, *дистракція* – розтягування м'язів шийки матки та нижнього сегмента.

Шийка матки розкривається в основному внаслідок наведених вище м'язових змін. Додатково має значення тиснення частини, яка передлежить, на шийку матки, підвищення внутрішньоматкового тиску, посилення тиску тіла матки при розслабленні нижнього сегмента, тиск амніотичного міхура. Під час переймів амніотичний міхур напружується, вклинюється в канал шийки матки та розширює його, сприяє згладжуванню та розкриттю шийки. При перших і повторних пологах шийка матки розкривається по-різному. При перших пологах спочатку розкривається внутрішнє вічко, шийка матки згладжується, а потім – зовнішнє. При повторних пологах внутрішнє і зовнішнє вічка розкриваються одночасно.

Межу між тілом матки і нижнім сегментом, який розтягується, називають *контракційним кільцем*. Воно визначається після відходження амніотичної рідини. Зазвичай контракційне кільце розміщене вище від лобка на стільки пальців, на скільки розкрита шийка матки.

Нижній сегмент матки охоплює передлежачу частину плода щільним кільцем, створюючи *внутрішній пояс притиснення*. Завдяки цьому навколоплідні води розподіляються на передні (нижче поясу притиснення) і задні (вище поясу притиснення).

При повному розкритті шийки матки (10–11 см) амніотичний міхур розривається за рахунок підвищення внутрішньоматкового тиску, перерозтягнення плодових оболонок та відсутності опори для амніотичного міхура у вигляді шийки матки. У разі цілісності амніотичного міхура внутрішньоматковий тиск на передлежачу частину плода рівномірний. При розриві амніотичного міхура внутрішньоматковий тиск перевищує атмосферний,

тому відтік венозної крові з частини, яка передлежить, утруднений, унаслідок чого на ній виникає пологова пухлина.

Вилиття навколоплідних вод класифікують як:

- своєчасне – у разі повного або майже повного розкриття шийки матки (кінець першого періоду пологів);
- раннє – за наявності регулярної пологової діяльності до розкриття шийки матки на 7–8 см;
- передчасне – до початку пологів;
- запізнє – при повному відкритті шийки матки і потугах, що почалися.

Ознаками пологів, що почалися, є поява регулярних скорочень матки (1–2 перейми протягом 10 хв), які поступово посилюються, а інтервали між ними скорочуються; шийка матки згладжується і розкривається; плодовий міхур на висоті переймів «наливається»; відходить слиз, дещо забарвлений кров'ю.

Виділяють *три періоди пологів* – період розкриття, період зганняння плода і послідовий період.

Перший період – розкриття шийки матки – розпочинається з першими регулярними переймами і закінчується повним розкриттям шийки матки (на 10–11 см) і вставленням голівки плода в площину входу в малий таз. Перший період пологів здійснюється в три фази (за Фрідманом):

– *I фаза – латентна* – від початку пологів до згладжування шийки матки та її розкриття до 3 см при перших пологах або до 4 см при повторних. Швидкість розкриття шийки матки – 0,5 см/год. Тривалість при перших пологах – 6–8 год, при повторних – 4–5 год;

– *II фаза – активна* – відкриття шийки матки від 3–4 до 8 см. Мінімальна швидкість розкриття шийки матки в активній фазі становить 1 см/год як при перших, так і при повторних пологах;

– *III фаза – уповільнення* – відкриття шийки матки від 8 до 11 см, при перших пологах триває 1–2 год, при повторних – 0,5–1 год. Уповільнення пояснюють сповзанням шийки матки з голівки плода, яка просувається.

Наприкінці першого періоду пологів голівка плода під впливом переймів просувається пологовим каналом і вставляється спочатку малим, потім великим сегментом у порожнину малого таза.

Другий період – зганняння – починається з повного відкриття маткового вічка і закінчується зганнянням плода з матки. Тривалість при перших пологах – до 2 год, при повторних – до 1 год. Частина, яка передлежить, у другий період проходить широку і вузьку частини порожнини малого таза, опускаючись на тазове дно з подальшим народженням.

Третій період – послідовий – характеризується відділенням і відділенням плаценти з оболонками. Тривалість не перевищує 30 хв (від народ-

ження плода до народження посліду). Після народження плода матка скорочується, відділяється плацента та виділяється послід. Відділення плаценти відбувається за центральним або крайовим типом. Якщо відділення плаценти починається в центрі, то виникає ретроплацентарна гематома, яка збільшується в розмірах і відокремлює плаценту від стінки матки. При цьому плацента виділяється назовні своєю плодовою поверхнею. Цей варіант виділення плаценти називають центральним (за Шульцце). За крайовим варіантом (за Дунканом) відділення плаценти починається з краю, кров проникає між плодовими оболонками і стінкою матки та виливається назовні. Відокремлена частина плаценти зміщується донизу, тягнучи за собою інші частини посліду, який народжується материнською поверхнею плаценти.

Допустима (фізіологічна) крововтрата в середньому не перевищує 0,5% від маси тіла роділлі. Гемостаз реалізується за рахунок скорочення матки, стиснення судин, посилення згортання крові, утворення тромбів. Після народження посліду починається післяпологовий період, який поділяють на ранній (2 год після пологів) та пізній (42 доби після пологів).

Ведення нормальних пологів. На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення нормальних пологів в умовах акушерського стаціонару із забезпеченням права роділлі на залучення близьких до підтримки її під час пологів.

Основною метою надання допомоги під час пологів є забезпечення безпеки роділлі та плода при мінімальному втручанні у фізіологічний процес шляхом:

- ретельного моніторингу стану роділлі, плода та прогресування пологів;
- створення умов для надання невідкладної допомоги роділлі/породіллі та новонародженому;
- ужиття заходів, спрямованих на запобігання інфекційних і гнійно-запальних ускладнень;
- впровадження та суворе дотримання принципів «теплого ланцюжка».

Принципи ведення нормальних пологів:

- визначення плану ведення пологів та обов'язкове поінформоване узгодження його із роділлею/членами її родини;
- заохочення емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);
- моніторинг стану роділлі, плода та прогресування пологів;
- ведення партограми для прийняття рішення про перебіг пологів, необхідність і обсяг втручань;
- широке застосування немедикаментозних засобів для знеболення пологів;

– заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини;

– оцінка стану дитини під час народження, забезпечення контакту «шкіра до шкіри» між породіллею і новонародженим, прикладання до грудей за появи пошукового та смоктального рефлексу;

– профілактика післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, завдяки застосуванню методики активного ведення третього періоду пологів.

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

– ретельно вивчає обмінну карту жінки та звертає увагу на дані загального, інфекційного й акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та результати гравідограми;

– з'ясовує скарги;

– здійснює обстеження, що включає загальний огляд, вимірювання температури тіла, пульсу, артеріального тиску, частоти дихання, обстеження внутрішніх органів, для оцінки стану роділлі;

– вимірює висоту стояння дна матки, окружність живота та розміри таза;

– визначає термін вагітності й очікувану масу плода;

– з'ясовує суб'єктивні 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, розташування голівки плода відносно площин малого таза;

– встановлює акушерський діагноз, визначає план ведення пологів і узгоджує його із роділлею.

Не рекомендують рутинне призначення клізми та гоління лобка роділлі.

Молодша медична сестра:

– пропонує жінці прийняти душ, одягнути чистий домашній одяг (за його відсутності – лікарняну білизну); партнер також має змінити одяг на чистий домашній (за відсутності використовують одноразовий комплект);

– супроводжує роділлю та її партнера в індивідуальну пологову палату.

Умови забезпечення нормальних пологів:

– індивідуальна пологова кімната, яка має бути максимально наближена до домашніх умов;

– персональна психологічна підтримка роділлі чоловіком чи обраним нею партнером, який має бути підготовленим до участі в пологах;

– досягнення взаємного порозуміння, психологічна підтримка роділлі медичним персоналом;

- пояснення необхідності проведення кожної процедури і маніпуляції та одержання згоди поінформованої жінки на їх проведення;
- підтримання доброзичливої атмосфери;
- уважне ставлення до бажань роділлі, забезпечення конфіденційності;
- підтримування гігієни роділлі та її оточення;
- заохочення самостійно прийняти ванну чи душ під час пологів;
- обмивання чистою теплою водою зовнішніх статевих органів і промежини роділлі перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням;
- забезпечення рухливості роділлі;
- заохочення жінки до активної поведінки під час пологів;
- допомога у виборі положення для пологів;
- підтримування споживання їжі та питва за бажанням роділлі.

Контроль за станом роділлі та плода у пологах із веденням партограми не передбачає здійснення додаткових записів в історії пологів у вигляді текстових щоденників. Потреба у веденні таких записів виникає в разі розвитку ускладнень перебігу пологів.

Ведення першого періоду пологів. Спостереження за станом роділлі і плода в перший період пологів включає такі процедури:

1. Оцінювання стану плода.

Серцебиття плода в пологах реєструють шляхом:

- періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопа, ручного доплерівського аналізатора;
- електронного фетального моніторингу (КТГ) – за показаннями.

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії варто додержуватись такої методики:

- роділля перебуває в положенні на боку;
- аускультатію починають після закінчення найінтенсивнішої фази переймів;
- аускультатія має тривати щонайменше 60 с.

Аускультатію потрібно проводити кожні 30 хв протягом латентної фази та кожні 15 хв протягом активної фази першого періоду пологів. У нормі ЧСС плода становить 110–170 за 1 хв. Якщо показники ЧСС плода виходять за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (варто уникати положення на спині) та провести повторну аускультатію після закінчення найінтенсивнішої фази наступної перейми, із дотриманням описаної вище методики.

Перехід від періодичної аускультатії до КТГ показаний у таких випадках:

- ЧСС плода не повертається до норми після зміни положення тіла жінки;
- базальна ЧСС плода менше 110 чи більше 170 за 1 хв;

- під час періодичної аускультатції виявляють будь-які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки;
- розпочато пологостимуляцію окситоцином;
- вилилися навколоплідні води, забарвлені меконієм.

Застосування КТГ усім роділлям недоцільне через високий відсоток хибнопозитивних результатів і збільшення частоти втручань, у тому числі й оперативних пологів.

Якщо відбувся розрив плодового міхура (мимовільний або штучний), звертають увагу на колір і кількість навколоплідних вод.

2. *Оцінювання загального стану матері.* Вимірювання температури тіла проводять кожні 4 год, визначення параметрів пульсу – кожні 2 год, артеріального тиску – кожні 2 год, кількості сечі – кожні 4 год.

3. *Оцінювання прогресування пологів.* Для оцінювання прогресування пологів визначають швидкість розкриття шийки матки, частоту та тривалість переймів, а також наявність просування голівки плода в порожнину таза.

Розкриття шийки матки. Швидкість розкриття шийки матки оцінюють під час внутрішнього акушерського дослідження, яке проводять кожні 4 год. Додаткове внутрішнє акушерське обстеження здійснюють за наявності показань:

- мимовільний розрив плодових оболонок;
- патологічна ЧСС плода (менше 110 або більше 170 за 1 хв);
- випадіння пуповини;
- підозра на неправильне передлежання/вставлення голівки плода;
- затримка прогресування пологів;
- виникнення кровотечі (огляд в умовах операційної).

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

Результати оцінювання розкриття шийки матки записують до партограми.

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

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

Якщо протягом 8 год спостереження періодичні скорочення матки зникають або значно уповільнюються, варто припустити діагноз несправжніх пологів. У разі мимовільного припинення маткових скорочень немає не-

обхідності у здійсненні піхвового дослідження, якщо відсутні інші показання до його проведення.

Якщо через 8 год спостереження періодичні скорочення матки тривають, а розкриття шийки матки залишається менше 3 см, потрібно оцінити наявність структурних змін шийки матки:

- структурні зміни шийки матки відсутні – удавані перейми;
- наявні структурні зміни шийки матки (розм'якшення, згладження, розкриття) – потрібно оцінити ступінь зрілості шийки матки за шкалою Бішопа;
- якщо шийка матки зріла (6 або більше балів), роблять висновок про уповільнення латентної фази першого періоду пологів;
- якщо шийка матки незріла (5 або менше балів), тактика ведення має відповідати такій при удаваних переймах.

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

Якщо швидкість розкриття шийки матки менша (графік розкриття шийки матки розташований праворуч від лінії тривоги на партограмі), то це ознака пролонгованої активної фази, що може бути пов'язано зі слабкістю пологової діяльності або клінічно вузьким тазом.

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

Проведення ранньої амніотомії (до 5 см розкриття шийки матки) у разі нормального перебігу пологів не рекомендують.

Частота та тривалість переймів. Оцінювання частоти та тривалості переймів проводять щогодини в латентній фазі та кожні 30 хв в активній фазі. Підраховують кількість переймів за 10 хв. Отримані результати записують до партограми.

Наявність двох переймів за 10 хв у латентній фазі вважають адекватною пологовою діяльністю, в активній фазі цей показник становить 3–5 переймів протягом 10 хв, кожна з яких триває 40 с або більше.

Просування голівки плода визначають під час зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження. Результати записують до партограми.

Просування голівки плода може не відбуватися, доки шийка матки не розкриється приблизно на 7–8 см.

Ведення другого періоду пологів. Для запобігання бактеріальним і вірусним інфекціям (зокрема ВІЛ) рекомендують:

- адекватне оброблення рук медичного персоналу (гігієнічне або антисептичне залежно від планованої маніпуляції) згідно із чинними алгоритмами;

– використання стерильних рукавичок під час проведення внутрішнього акушерського дослідження, прийняття пологів і оперативних втручань (епізіотомія тощо);

– використання медичним персоналом для прийняття пологів чистого халату (оптимальним є використання одноразового халату, виготовленого з водовідштовхувального матеріалу);

– застосування засобів для захисту обличчя медичного персоналу: маска (бажано одноразова), окуляри або щиток;

– обережне використання гострого інструментарію.

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

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

Оцінювання прогресування пологів. Оцінюють просування голівки пологовими шляхами та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів.

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

У ранню фазу варто забезпечити рухливість роділлі, а саме: заохотити її до активної поведінки та вільної ходьби. Вертикальне положення жінки і можливість вільно рухатися сприяють збереженню активної пологової діяльності та просуванню голівки плода.

У ранній фазі не варто примушувати роділлю тужитися, оскільки це її втомлює, а також призводить до порушення процесу внутрішнього повороту голівки плода та його стану, травмування пологових шляхів і голівки плода та до зайвих медичних втручань.

Пізня фаза другого періоду пологів починається з моменту опускання голівки на тазове дно та появи мимовільних активних потуг.

Варто віддавати перевагу техніці *нерегульованих фізіологічних потуг*, коли жінка самостійно робить кілька коротких потуг без затримки дихання.

Допустима тривалість другого періоду пологів:

– у жінки, що народжує вперше, до 2 год;

– у жінки, що народжує повторно, до 1 год.

Положення жінки для народження дитини. Потрібно забезпечити можливість роділлі вибрати положення для народження дитини, що є зручним для неї.

Звичне положення на спині (літотомічна позиція) супроводжується зростанням частоти випадків порушень стану плода та пов'язаних із ними оперативних втручань порівняно з вертикальними положеннями (сидячи, стоячи), а також положенням роділлі на боку.

Під час нормальних пологів епізіотомію не проводять.

Показання до епізіотомії:

– ускладнені пологи (при тазовому передлежанні, дистопії плечиків, при накладенні акушерських щипців, вакуум-екстракції);

– дистрес плода;

– рубцеві зміни промежини, що є серйозною перешкодою народженню дитини.

Епізіотомію та епізіографію проводять під пудендальною анестезією.

Після народження голівки необхідно дати можливість плечикам розвернутися самостійно, при цьому потрібно перевірити, чи не обвита пуповина навколо шії. У разі тугого обвиття пуповину необхідно перетнути між двома затискачами, не тугого – послабити натяг пуповини та дочекатися наступної потуги. У жодному разі не можна квапитися.

У разі задовільного стану плода не потрібно намагатися народити плечики протягом тієї самої потуги, під час якої народилася голівка. Плечики можуть бути народжені під час наступної потуги.

Відразу після народження акушерка обсушує голівку і тіло новонародженого попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, викладає його на живіт породіллі, одягає чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

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

Стан новонародженого оцінюють разом із неонатологом за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хвилині після народження. У шкалі Апгар (розроблена Вірджинією Апгар в 1950 році) визначають 5 показників: частоту дихальних рухів, ЧСС, м'язовий тонус, рефлексії і колір шкіри. Кожний із показників оцінюють у балах від 0 до 2. Загальна оцінка є сумою балів цих 5 компонентів. Сума 7 балів і вище є показником, який свідчить про задовільний стан дитини.

Ведення третього періоду пологів. Нині не рекомендують проводити катетеризацію сечового міхура.

Є дві тактики ведення третього періоду пологів: *активна й очікувальна.*

Активне ведення третього періоду пологів.

Застосування методики активного ведення третього періоду під час пологів дає змогу зменшити частоту післяпологової кровотечі, зумовленої

атонією матки, на 60%, а також кількість післяпологової крововтрати та потребу в гемотрансфузії.

Активне ведення третього періоду пологів потрібно запропонувати кожній жінці під час нормальних пологів.

Потрібно отримати письмову згоду поінформованої роділлі на активне ведення третього періоду пологів.

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 третього періоду пологів.

Крок 1. Уведення утеротоніків. Протягом першої хвилини після народження дитини потрібно пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плода, за його відсутності ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Якщо в наявності немає окситоцину, можна застосувати ергометрин 0,2 мг внутрішньом'язово.

Не можна застосовувати ергометрин у роділь з гіпертензивними розладами. Роділлю потрібно поінформувати про можливі побічні ефекти цих препаратів.

У разі відсутності утеротоніків не варто застосовувати методику активного ведення третього періоду пологів. У цьому разі варто вдатися до очікувальної тактики.

Крок 2. Для народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину потрібно перетиснути її ближче до промежини затискачем, при цьому перетиснуту пуповину і затискач варто тримати в одній руці.

Крок 3. Другу руку потрібно покласти безпосередньо на лобок жінки і утримувати матку, відводячи її від лона. Утримувати пуповину в стані легкого натягу (не можна тягнути за пуповину до початку скорочення матки) та дочекатися першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2–3 хв після введення окситоцину).

Крок 4. Одночасно із сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитися і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти. Під час тракції продовжувати проводити другою рукою контртракцію в 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 в стані легкого натягу. При цьому

друга рука залишається над лоном, утримуючи матку. Одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію.

Не можна проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки над лоном, оскільки це може призвести до її вивороту.

Крок 5. Після народження плаценти її утримують двома руками і обережно повертають, щоб скрутити оболонки, повільно підтягують плаценту вниз. Якщо оболонки розірвалися, обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичках та видаляють їх рештки. Потрібно уважно оглянути плаценту та переконатися в її цілісності. Якщо частина материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок із судинами, потрібно вжиття відповідних заходів. 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.

Крок 6. Після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку, доки вона не стане щільною. В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших двох годин, щоб бути впевненому в тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.

Міхур із льодом на низ живота в ранній післяпологовий період застосувати не варто.

Очікувальна тактика ведення третього періоду пологів. Після закінчення пульсації пуповини акушерка перетискає та перетинає пуповину. Потрібне ретельне спостереження за загальним станом породіллі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'яних виділень.

У разі появи ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера–Чукалова) жінці пропонують натужитися, що сприятиме народженню посліду.

Серед ознак відділення плаценти розрізняють:

- ознаку Шредера – дно матки піднімається до правого підребер'я;
- ознаку Альфельда – подовження зовнішнього відрізка пуповини на 10–12 см;
- ознаку Мікулича – позив до потуги;
- ознаку Клейна – подовження пуповини при натужуванні;
- ознаку Кюстнера–Чукалова – пуповина втягується при натисненні бічною поверхнею долоні на лобок.

Якщо плацента відділилась від стінки матки, послід відділяють за допомогою спеціальних мануальних прийомів.

Окрім методу Брандта-Ендрюса застосовують:

- метод Абуладзе – передню черевну стінку захоплюють обома руками в складку і рекомендують натужитися;
- метод Гентера – кулаками тиснуть на дно матки донизу;
- метод Креде-Лазаревича – чотири пальці правої руки розташовують на задній поверхні матки, великий палець – на передній поверхні, стиснувши долоню, відділяють послід.

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

Огляд нижніх відділів пологових шляхів після пологів обережно проводять за допомогою тампонів. Показанням до огляду за допомогою піхвових дзеркал є наявність кровотечі, оперативні пологи, стрімкі пологи або пологи поза лікувальним закладом.

Ведення раннього післяпологового періоду передбачає спостереження за загальним станом породіллі, контроль за скороченням матки та характером виділень із пологових шляхів протягом 2 год у пологовій залі та протягом 2 год у післяпологовій палаті.

Догляд за новонародженим у половій залі. За умови задовільного стану новонародженого (дитина доношена, навколоплідні води чисті, дитина кричить, шкіра рожевого кольору, м'язовий тонус задовільний) його викладають на живіт породіллі, висушують сухою пелюшкою, накривають іншою сухою пелюшкою, клемують і перетинають пуповину. За потреби видаляють слиз із ротової порожнини із застосуванням груші або електровідсмоктувача. Одягають шапочку, шкарпетки. Протягом періоду перебування дитини на животі матері спостерігають за її життєво важливими функціями. Потім новонародженого викладають на груди матері і накривають обох ковдрою для забезпечення умов «теплого ланцюга». Контакт «шкіра до шкіри» має тривати до реалізації смоктального рефлексу, але не менше ніж 30 хв. Після цього обробляють пуповину, вільно сповивають і залишають із матір'ю до переведення її у післяпологове відділення.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ПАРТОГРАМИ

Порядок запису партограми

Партограма (вкладиш до історії пологів (ф. 096/о) – це графічний запис перебігу пологів, стану роділлі та плода. Вона призначена для занесення інформації про результати спостереження під час пологів за станом матері, плода, процесами розкриття шийки матки та просування голівки плода. Партограма дозволяє чітко розрізняти нормальний перебіг пологів від патологічного та визначати період ускладнення пологів, що потребує втручання.

Партограма (с. 23) складається з трьох основних компонентів, які відображають 7 таблиць:

I – **стан плода** – частота серцевих скорочень, стан плодового міхура та навколоплідних вод, конфігурацію голівки.

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

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

Паспортна частина містить інформацію про прізвище, ім'я, по батькові роділлі, кількість вагітностей, пологів, назву лікарні, дату та час госпіталізації, час розриву навколоплідних оболонок, номер історії пологів.

I – Стан плода

Частота серцевих скорочень

Таблиця 1 служить для запису частоти серцевих скорочень плода, які у I періоді пологів підраховуються й заносяться до партограми кожні 15 хв. Кожен квадрат у таблиці являє собою проміжок часу в 15 хв. Частоту серцевих скорочень плода потрібно реєструвати впродовж 1 хв (до і після перейм або потуг), жінка при цьому лежить на боці.

Навколоплідні води та конфігурація голівки плода.

Таблиця II відображає:

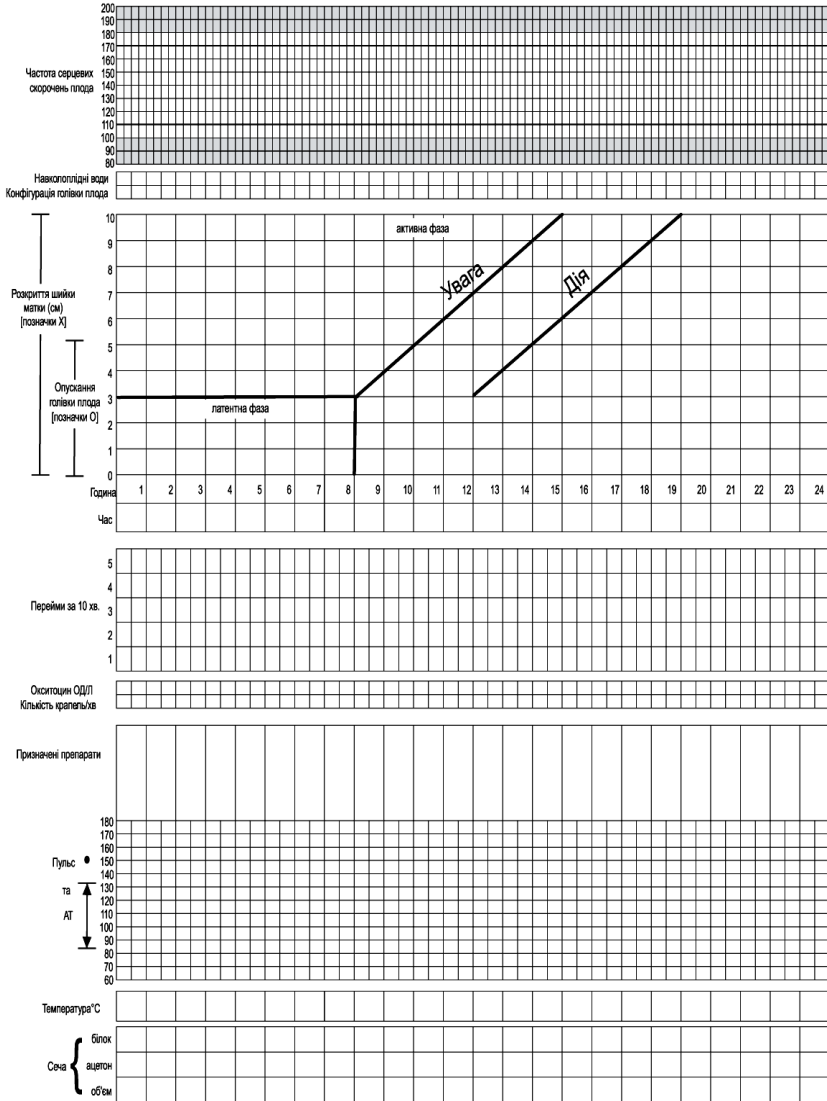
а) цілісність плодового міхура (Ц – цілий плодовий міхур) і стан навколоплідних вод при розриві плодових оболонок (П – навколоплідні води прозорі, М – меконіальне забарвлення вод, К – води, забарвлені кров'ю), що визначається при кожному внутрішньому акушерському дослідженні;

б) ступінь конфігурації голівки плода (I ст. – кістки черепа роз'єднані сполучною тканиною, шви легко прощупуються, II ст. – кістки стикаються одна з одною, шви не визначаються, III ст. – кістки знаходять одна на одну, не розділяються, виражена конфігурація голівки); на партограмі I ст. конфігурації позначається позначкою (–), II ст. – (+), III ст. – (++)

Партограма (вкладиш до історії пологів № _____)

ПІБ _____ Вагітність _____ Кількість пологів в анамнезі _____

Дата госпіталізації _____ Час госпіталізації _____ Тривалість безводного проміжку _____



Діагноз:

II – Перебіг пологів

Розкриття шийки матки та опускання голівки плода

Таблиця III відображає:

А. Динаміку розкриття шийки матки і просування голівки плода. Ці дані визначаються під час кожного внутрішнього акушерського дослідження, що здійснюється при надходженні до пологового відділення, після злиття навколоплідних вод або кожні 4 год протягом пологів. Результати відзначаються на партограмі позначкою (X) у клітинці відповідно до ступеню розкриття й часу обстеження. З лівого боку графіка біля квадратів проставлені числа від 0 до 10: кожен квадрат представляє 1 см розкриття. Знизу графіка є числа 0-24: кожен квадрат – 1 год.

У 1-му періоді пологів виділяють латентну, активну фази та фазу затримки. Тривалість латентної фази не повинна перевищувати 8 год. За цей час відбувається згладжування шийки матки та її розкриття до 3 см. Темп розкриття шийки матки в активній фазі першого періоду пологів становить не менше 1,0 см/год. Фаза затримки характеризується ослабленням пологової діяльності протягом 1–1,5 год наприкінці I періоду.

Лінія уваги (1) – починається в тій точці, що відповідає розкриттю 3 см і продовжується до позначки повного розкриття шийки матки з темпом розкриття 1 см/год.

Лінія дії (2) – проходить паралельно лінії I, відступивши на 4 години вправо від лінії тривоги.

За умови нормального перебігу пологів, графічне зображення розкриття шийки матки не заходить вправо за лінію тривоги. Якщо це відбувається, то вважається, що необхідно провести критичну оцінку причини затримки та прийняти рішення щодо відповідного лікування такого стану.




Коли жінка поступає в активній фазі I періоду пологів, ступінь розкриття шийки матки наноситься на лінію тривоги. За умови задовільного перебігу пологів відображення процесу розкриття буде на лінії тривоги або зліва від неї.

У випадках, коли тривалість пологів у латентній фазі менше 8 год, відображення процесу пологів слід одразу перенести пунктирною лінією з ділянки латентної фази в ділянку активної фази на лінію тривоги.

Б. Опускання голівки плода може не спостерігатись, поки шийка матки не розкриється приблизно на 7 см. Для визначення відношення голівки плода до площини входу у малий таз зовнішнім акушерським дослідженням використовується метод пальпації голівки плода над симфізом і ширина пальців акушера, кількість яких відповідає ступеню вставлення голівки плода до малого таза (позначається знаком – о). Наприклад, 5/5 – ширина 5 пальців акушера визначає голівку плода над симфізом – голівка плода знаходиться над входом до малого таза, 4/5 – ширина 4 пальців

акушера, голівка притиснута до входу у малий таз, $3/5$ – ширина 3 пальців акушера, голівка малим сегментом у вході до м/таза, $2/5$ – ширина 2 пальців акушера, голівка великим сегментом у вході до м/таза, $1/5$ – ширина 1 пальця, голівка знаходиться у порожнині таза, $0/5$ – на тазовому дні. Цей метод є більш надійним за внутрішнє дослідження у разі формування великого набряку передлежачої частини голівки плода. Відношення нижнього полюсу голівки плода *lin. Interspinalis* до визначається у разі проведення внутрішнього акушерського дослідження.

Таблиця IV. Кожен квадрат відповідає 1 переймі. Спостереження за переймами проводяться щогодини в латентній фазі на кожні 30 хв в активній фазі. Частота перейм підраховується за 10 хв спостереження у секундах. Тривалість перейм визначається від моменту, коли перейма відчувається у черевній порожнині, до моменту, коли вона проходить, і вимірюється в секундах; відповідно до цього заштриховується необхідна кількість квадратів:

 – до 20 с  – 20–40 с  – понад 40 с.

Для того, щоб почати заповнення партограми, слід пересвідчитись, що у жінки спостерігається достатня кількість перейм: у латентній фазі – 1 чи більше перейм протягом 10 хв, кожна з яких триває 20 с або більше, в активній фазі – 2 чи більше – за 10 хв тривалістю 20 с або більше.

Таблиця V заповнюється у разі стимуляції пологової діяльності. Кожні 30 хв записується кількість крапель окситоцину за 1 хв, а також доза та спосіб введення утеротонічного засобу.

III – Стан жінки

Таблиця VI заповнюється у разі застосування інших медикаментів.

Таблиця VII відображає АТ (визначається кожні 2 год), частоту пульсу (відмічається кожні 2 години позначкою ●), температуру тіла (відмічається кожні 4 год), об'єм виділеної сечі (кожні 4 год), білок, ацетон сечі (за показаннями).

Завдання для самостійної роботи:

Перерахування питань, що підлягають вивченню:

1. Причини початку пологів.
2. Регуляція пологової діяльності.
3. Передвісники пологів, прелімінарний період.
4. Біологічна готовність організму до пологів.
5. Пологові сили, зміни в матці.
6. Біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання.
7. Клінічний перебіг пологів.

8. Ведення пологів.
9. Акушерська допомога та моніторинг стану роділлі та плода в пологах.
10. Знеболювання пологів.

Завдання та уміння, які необхідно виконати

У пологовому відділенні:

1. Зібрати анамнез, виконати зовнішнє дослідження роділлі, зробити висновок про період пологів, в якому вона перебуває.
2. Визначити передлежання, положення, позицію, вид плода, ступінь вставлення голівки зовнішніми методами.
3. Оцінити стан плода методом аускультатії.
4. Дати оцінку перебігу I періоду пологів за наданою картограмою.
5. Оцінити стан новонародженого за шкалою Апгар (у разі демонстрації пологів)

У навчальній кімнаті:

1. Показати на фантомі способи оцінки ступеня вставлення голівки методом внутрішнього акушерського дослідження.
2. Показати на фантомі техніку акушерської допомоги у II періоді пологів.
3. Демонструвати на фантомі активну тактику ведення III періоду пологів.
4. Демонструвати на фантомі очікувальну тактику ведення III періоду пологів (ознаки відшарування плаценти, виділення відшарованої плаценти).
5. Показати на фантомі техніку первинної обробки новонародженого.

Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань

1. До акушерського відділення госпіталізована вагітна в терміні 39 тиж. Скарги на переймоподібний біль унизу живота й у попереку, який виникає кожні 6–7 хв, триває 30–40 с. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що шийка матки згладжена, відкриття – 7 см, передлежить голівка плода. Серцебиття плода – 180 уд/хв. Першочергові дії? У якому періоді пологів роділля?

2. У роділлі при обстеженні IV прийомом Леопольда встановлено, що потилична частина голівки не пальпується над входом у малий таз, а лицева виступає на два пальці. При обстеженні методом абдомінальної пальпації встановлена висота стояння голівки 2/5. Який ступінь вставлення голівки?

3. Народився живий доношений хлопчик: шкіра тулуба рожева, кінцівки ціанотичні, активно рухається, голосно кричить, серцебиття – 138 уд/хв. Яка оцінка новонародженого за шкалою Апгар?

4. Пологи II, термінові, I період. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка плода, малим сегментом у вході в порожнину малого таза. Спинка плода праворуч, обернена уперед. При внутрішньому дослідженні встановлено: шийка матки згладжена, відкриття на 7 см. Стрілоподібний шов знаходиться у лівому косому розмірі. Який це момент біомеханізму пологів? У якому виді потиличного передлежання відбуваються пологи?

Тести для контролю заключного рівня знань

1. До пологової зали надійшла першороділля з вагітністю 38 тиж та скаргами на регулярні перейми по 40 с через 3 хв протягом 8 год. За даними вагінального дослідження, шийка матки згладжена, тонка, відкриття маткового зіву до 6 см, плодовий міхур цілий. Який діагноз?

A. Вагітність 38 тиж, I період пологів, латентна фаза.

B. Вагітність 38 тиж, I період пологів, активна фаза.

C. Вагітність 38 тиж, I період пологів, фаза уповільнення.

D. Вагітність 38 тиж, II період пологів.

2. Через 7 хв після народження плода в роділлі матка відхилилася вправо й дно матки визначається на 3 см над пупком. З піхви спостерігаються помірні кров'яні виділення. Яка ознака відокремлення плаценти спостерігається?

A. Шредера.

C. Кюстера–Чукалова.

B. Альфельда.

D. Довженка.

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

A. Великим сегментом у вході в малий таз.

B. Малим сегментом у вході в малий таз.

C. Голівка в порожнині малого таза.

D. Голівка в площині виходу малого таза.

4. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що передлежить голівка плода, спереду, ближче до лона пальпується мале тім'ячко, стрілоподібний шов у правому косому розмірі, кістки черепа помірно находять одна на одну. Який ступінь конфігурації голівки?

A. Другий.

C. Перший.

B. Третій.

D. Нульовий.

5. Назвіть ознаки початку першого періоду пологів:

A. Вилиття навколоплідних вод.

B. Наявність «зрілої» шийки матки.

C. Поява регулярних перейм.

D. Вставлення голівки у вхід у малий таз.

6. Середня тривалість першого періоду пологів у першороділь складає:
- A. 3–5 год. C. 10–14 год.
B. 6–9 год. D. 15–18 год.
7. Піхвове дослідження в пологах проводять з метою:
- A. Визначення цілісності плодового міхура.
B. Визначення ступеня розкриття шийки матки.
C. Визначення особливостей вставлення голівки плода.
D. Оцінки розмірів і стану кісткового таза.
E. Усього перерахованого вище.
8. У якому розмірі встановлюється на тазовому дні сагітальний шов при передньому виді потиличного передлежання?
- A. У прямому, потилицею уперед. D. У прямому, потилицею назад.
B. У поперечному. E. У лівому косому.
C. У правому косому.
9. Показанням до проведення піхвového дослідження в екстреному порядку є всі перераховані нижче клінічні ситуації, крім:
- A. Вилиття навколоплідних вод.
B. Поява кров'янистих виділень зі статевих шляхів.
C. Зміна серцебиття плода.
D. Дисфункція плаценти.
E. Випадіння петель пуповини.
10. Для знеболювання пологів використовують:
- A. Наркотичні анальгетики. D. Усі перераховані вище методи.
B. Ненаркотичні анальгетики. E. Жоден із перерахованих вище методів.
C. Перидуральну анестезію.

Відповіді:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Тест 1	С	А	В	Д	А	С	В	С	А	Д
Тест 2	В	А	А	А	С	С	Е	А	Д	Д



ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Акушерство и гинекология: в 2 кн. – Кн. 1: Акушерство : учебник / под. ред. В. И. Грищенко, Н. А. Щербины. – К. : ВСИ "Медицина", 2012. – 416 с.

Допоміжна:

1. Акушерство : учебник для вузов / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава и др. – М., 2009. – 656 с.

2. Бодяжина В. И. Акушерство / В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенков. – М. : Медицина, 1998.

Навчальне видання

ПЕРЕБІГ ТА ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПОЛОГІВ

***Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів***

Упорядники Щербина Микола Олександрович
 Мерцалова Ольга Владиславівна
 Скорбач Олена Іванівна

Відповідальний за випуск Кузьміна О.О.



Редактор Л. О. Сілаєва
Коректор С. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

План 2015, поз. 3.
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 1,8.
Тираж 150 прим. Зам. № 15-3294.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua**

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



ФІЗИОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ

*Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів*