

Організація акушерської допомоги. Фізіологічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду.

*Лекція для студентів 4 курсу стоматологічного
факультету.*

Кафедра акушерства і
гінекології № 1 ХНМУ

АКУШЕРСТВО - галузь клінічної медицини, що вивчає фізіологічні і патологічні процеси, що відбуваються в організмі жінки, пов'язані із зачаттям, вагітністю, пологами і післяпологовим періодом, а також профілактику і лікування ускладнень вагітності та пологів.



Завдання акушерства :

- дослідження фізіологічних і патологічних процесів, які виникають в організмі жінки у зв'язку із заплідненням, вагітністю, пологами і післяпологовим періодом;
- розробка методів надання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги жінкам в цих станах;
- забезпечення догляду за здоровими новонародженими та адекватної кваліфікованої медичної допомоги дітям із загрозливими для життя станами або недоношеними.

Основними принципами акушерсько-гінекологічної допомоги є :

- забезпечення доступу всіх верств населення до кваліфікованої медичної допомоги, службам планування сім'ї, медико-генетичного консультування;
- забезпечення чіткої наступності між акушерсько-гінекологічним стаціонаром та іншими службами.

Основними принципами амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги, яка надається жіночими консультаціями, є :

- систематичне, кваліфіковане профілактичне спостереження за жінками;
- своєчасна діагностика і лікування акушерської та гінекологічної патології;
- широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, підготовки вагітних до пологів.

Рівні надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги :

- **I рівень** - районні лікарні, ЦРЛ, міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології та інтенсивної терапії. ЛПЗ цього рівня забезпечують розродження вагітних з низьким ступенем акушерського та перинатального ризику, надання медичної допомоги гінекологічним хворим.

- **II рівень** - районні лікарні, ЦРЛ, акушерські відділення міських лікарень, міські пологові будинки, в яких є відділення анестезіології та інтенсивної терапії, а також черговий неонатолог цілодобово. ЛПЗ цього рівня забезпечують розродження вагітних низького і високого (за сукупністю факторів) акушерського та перинатального ризику; зобов'язані забезпечити надання медичної допомоги новонародженим з масою тіла > 1800 г (термін вагітності > 34 тижнів).

- **III рівень** - міські, обласні пологові будинки, перинатальні центри та центри репродуктивного здоров'я, які є клінічними базами кафедр акушерства та гінекології III-IV рівня акредитації, а також пологові відділення обласних лікарень, які мають в своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених. ЛПЗ цього рівня забезпечують розродження вагітних високого і вкрай високого акушерського та перинатального ризику, з важкою екстрагенітальною патологією; надання спеціалізованої допомоги гінекологічним хворим;

- **IV рівень** - НДІ ПАГ АМН України. ЛПЗ цього рівня забезпечують розродження вагітних вкрай високого акушерського та перинатального ризику, з важкою екстрагенітальною патологією; надання спеціалізованої допомоги гінекологічним хворим, а також всім новонародженим з важкими формами захворювань або будь-якими порушеннями життєвих функцій.

Пологовий будинок є самостійним
ЛПЗ, який забезпечує надання
акушерсько-гінекологічної допомоги.



Структурні підрозділи пологового будинку :

- приймально-оглядове відділення;
- відділення патології вагітності;
- відділення екстрагенітальної патології (на базі багатопрофільної лікарні);
- фізіологічне пологове відділення з індивідуальними пологовими залами;
- післяпологове фізіологічне відділення з ліжками спільного перебування матері і дитини;
- відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії;
- відділення інтенсивної терапії новонароджених;

- відділення неонатального догляду та лікування новонароджених;
- відділення трансфузіології;
- пологовий зал сімейного типу;
- відділення оперативної гінекології;
- жіноча консультація;
- лікувально-діагностичні відділення з кабінетами УЗД, рентгенологічних кабінетом;
- лабораторія;
- інші підрозділи (організаційно-методичний відділ з кабінетом обліку і мед. статистики, аптека, центральний стерилізаційний блок, господарський підрозділ, архів).

Основними завданнями пологового будинку є :

- надання кваліфікованої стаціонарної лікувально-діагностичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та гінекологічним хворим;
- забезпечення пацієнтів невідкладною акушерсько-гінекологічною та неонатологічною допомогою;
- забезпечення пацієнтів кваліфікованою анестезіологічною і реанімаційною допомогою;
- впровадження в практику сучасних методів діагностики і лікування ускладнень вагітності, захворювань породіль, гінекологічних захворювань;

- своєчасне направлення (при необхідності) пацієнтів на вищий рівень надання мед. допомоги;
- вжиття заходів щодо профілактики виникнення внутрішньолікарняних інфекцій;
- організація лікувально-діагностичної допомоги з питань репродуктивного здоров'я подружнім парам, молоді;
- проведення цитологічного скринінгу на патологію шийки матки всім пацієнтам, які звернулися за мед. допомогою вперше за поточний рік;
- організація спільного перебування матері та новонародженого;

- аналіз показників стану здоров'я жінок і дітей, показників якості надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги населенню, розробка заходів, що сприяють їх поліпшення;
- ведення відповідних форм обліково-звітної та статистичної документації, надання в зазначені терміни інформації, що стосується діяльності установи, територіальним органам охорони здоров'я;
- проведення експертизи тимчасової непрацездатності хворих;
- забезпечення організації проведення патологоанатомічного дослідження;

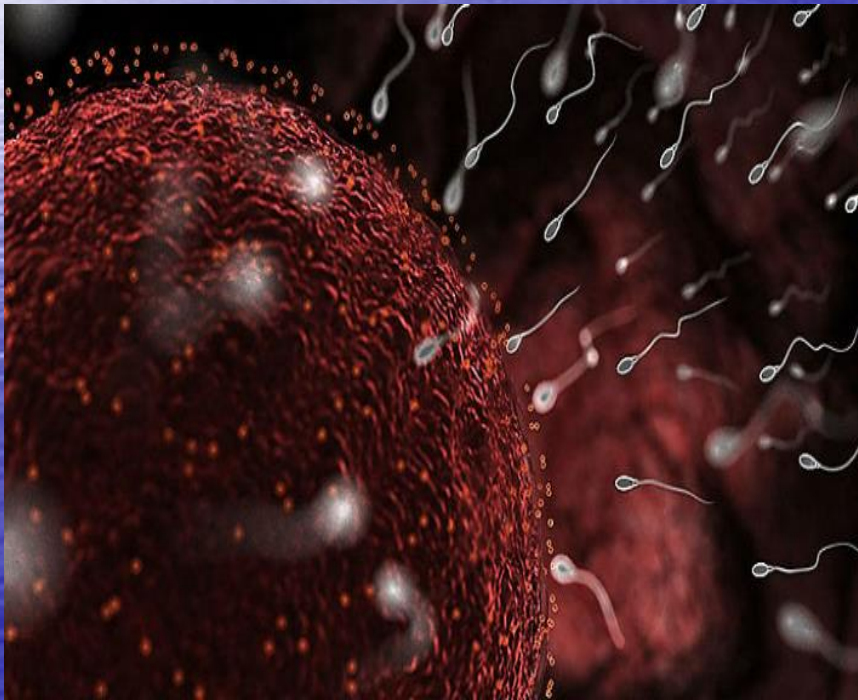
- забезпечення взаємозв'язку і наступності в роботі зі станцією швидкої медичної допомоги, жіночими консультаціями, амбулаторно-поліклінічними закладами, дитячими поліклініками, спеціалізованими ЛПЗ (дерматологічний, протитуберкульозний диспансер тощо);
- забезпечення підвищення кваліфікації мед. персоналу пологового будинку.



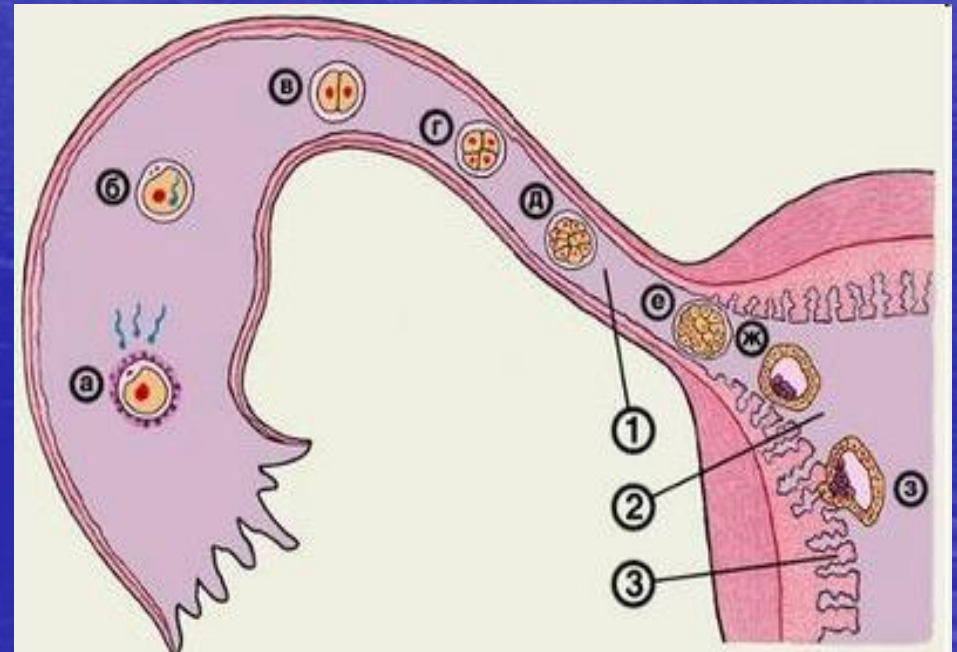
ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ

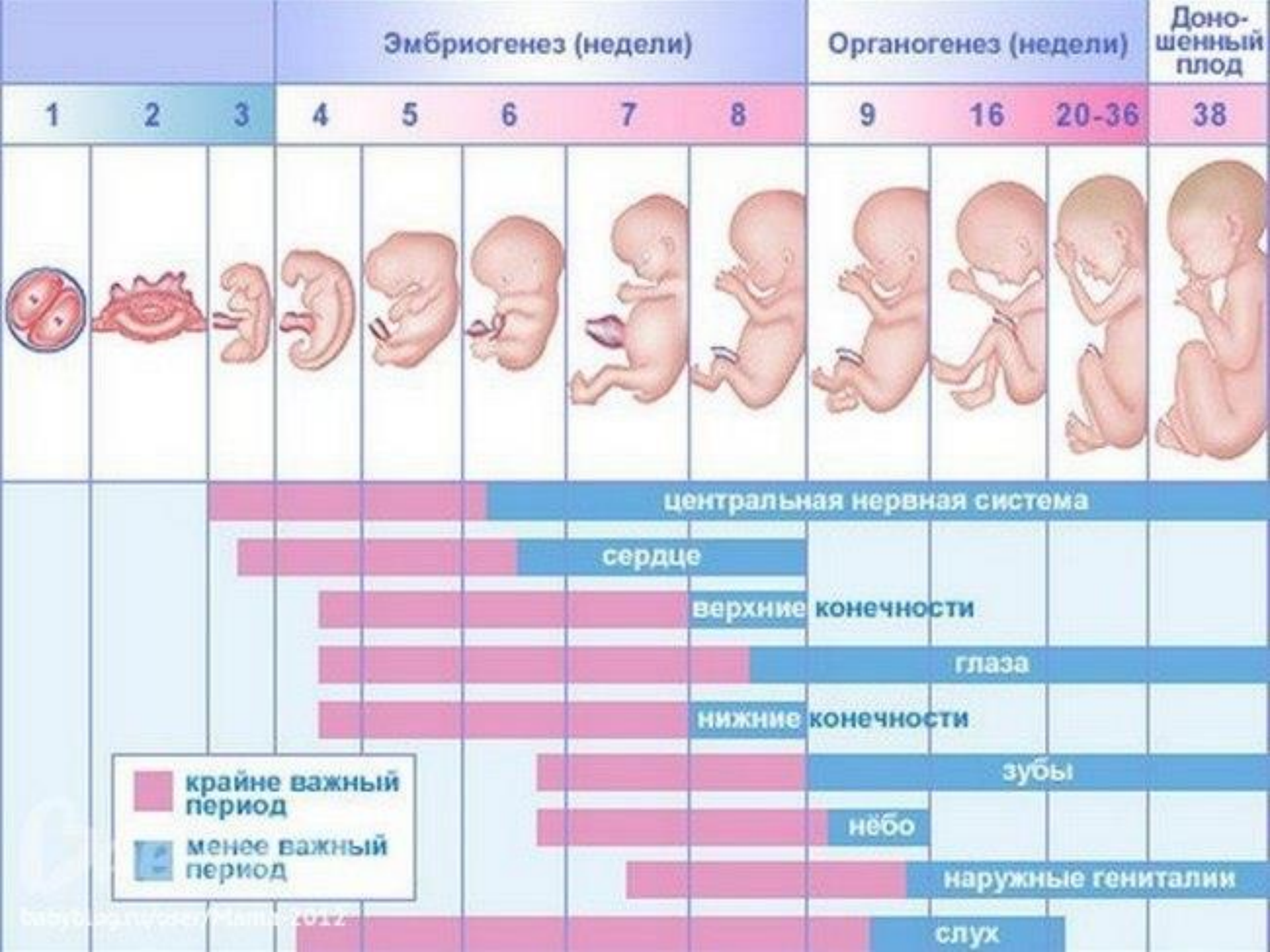


- **Вагітність** починається з моменту злиття яйцеклітини і сперматозоїда (запліднення), яке відбувається в ампулярному відділі маткової труби.

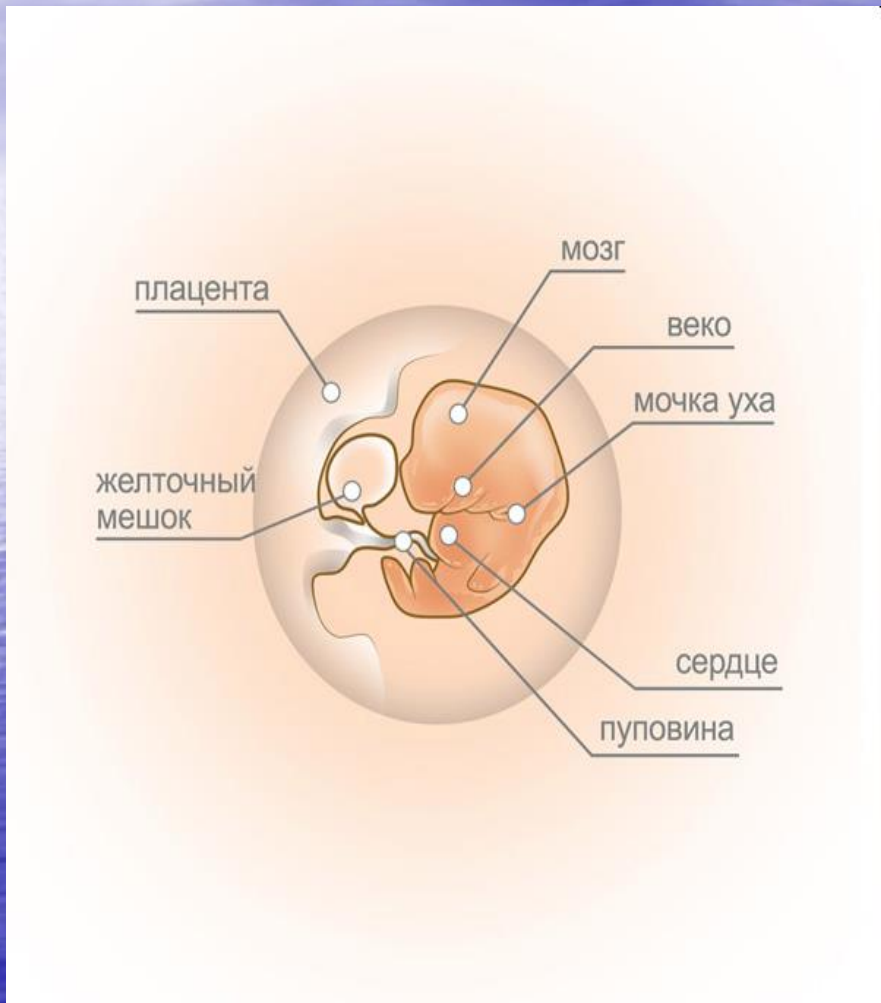


- запліднена яйцеклітина (зигота) починає дробитися і пересуватися по матковій трубі до матки головним чином за рахунок перистальтики труби і рухів ворсинок миготливого епітелію;
- в результаті дроблення зиготи утворюється комплекс бластомерів, зовнішній шар яких називається трофобластом;
- ці клітини за допомогою ферментів розплавляють слизову оболонку матки, в результаті чого на 7-8 добу відбувається імплантація.

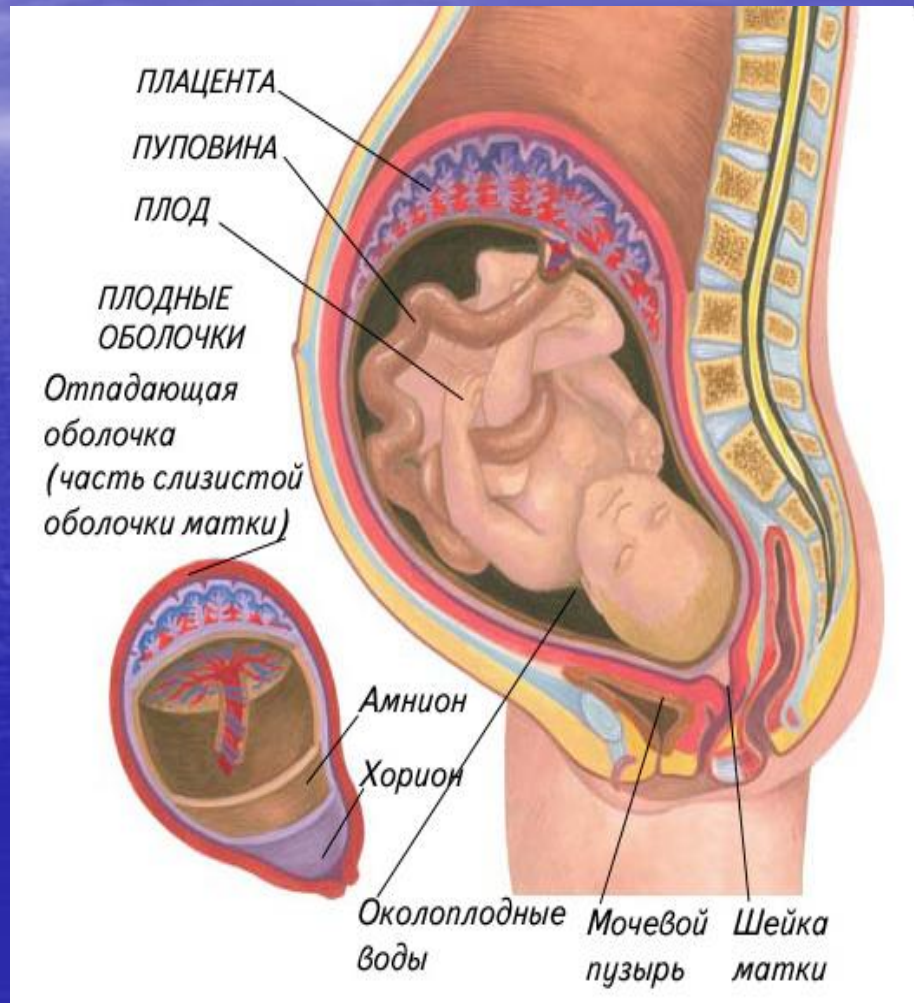




- Плідне яйце в ранні терміни вагітності



- Плідне яйце в кінці вагітності



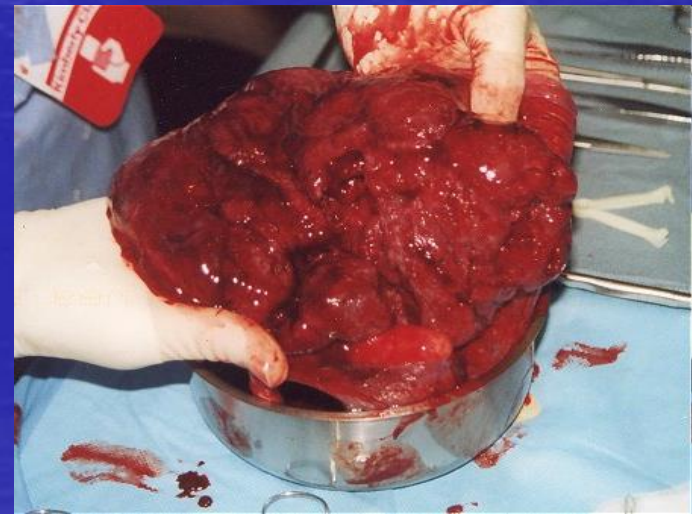
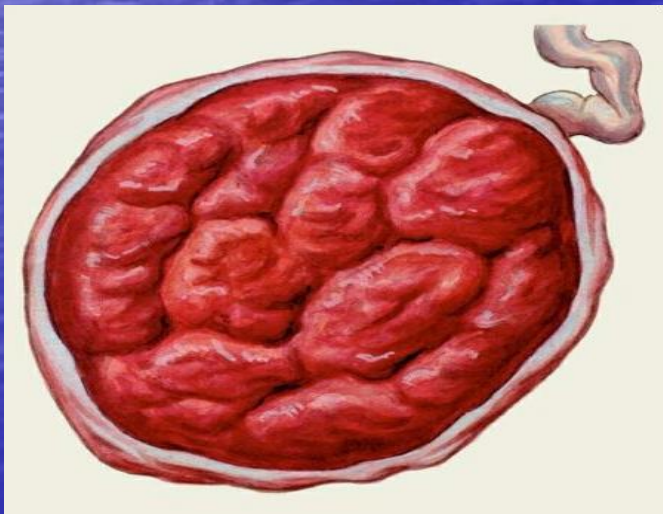
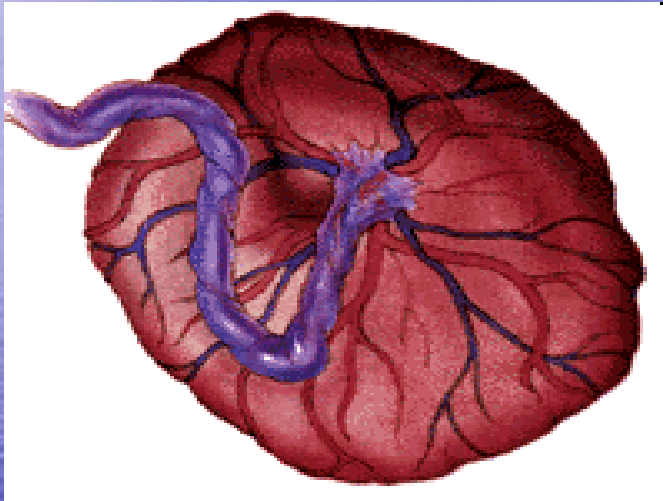
Фізіологічні зміни в організмі жінки в період вагітності :

- ЦНС: плідне яйце подразнює інтерорецептори матки, що призводить до формування постійного джерела аферентної імпульсації. Рефлекторні реакції, що виникають в результаті складних взаємин організмів матері і плоду, є важливою складовою періоду вагітності.
- У I триместрі відзначається зниження збудливості кори головного мозку, що призводить до підвищення рефлекторної збудливості підкіркових центрів і спинного мозку;
- У II триместрі збудливість кори і підкіркових центрів знаходиться практично на одному рівні;
- У III триместрі збудливість кори підвищується і залишається на цьому рівні до 39-го тижня вагітності; за 1-1,5 тижнів до пологів вона знову знижується.

- **Ендокринна система.** Для настання і нормального перебігу вагітності необхідні умови, в забезпеченні яких надзвичайно важливу роль відіграють залози внутрішньої секреції.
- **Гіпофіз.** Передня частина (аденогіпофіз) під час вагітності збільшується в 2-3 рази; збільшується продукція гонадотропних гормонів, що сприяють розвитку жовтого тіла, естрогену і прогестерону, що впливають на зміни в молочних залозах. Посилюється синтез ТТГ, АКТГ, соматотропіну.
- У задній частині (нейрогіпофіз) накопичуються окситоцин і вазопресин. Секреція гормонів гіпофіза відбувається під впливом гіпоталамуса і кори головного мозку.

- **Яєчники.** На початку вагітності в яєчнику розвивається нова залоза - жовте тіло, яке виділяє гормон прогестерон, що знижує збудливість і скоротливу здатність матки, що створює сприятливі умови для імплантації заплідненої яйцеклітини і розвитку вагітності.
- Жовте тіло активно функціонує в перші 10-12 тижнів, потім поступово регресує, і до 16 тижнів вагітності гормональну функцію на себе бере фетоплацентарний комплекс. Протягом всієї вагітності фолікули в яєчниках не дозрівають і овуляція не відбувається, однак продукція естрогенів, що стимулюють ріст матки і молочних залоз, триває.

- **Плацента** – особливий орган, що забезпечує зв'язок плода з організмом матері. У плаценті відбувається інтенсивний процес синтезу, секреції і перетворення гормонів як стероїдного, так і білкового походження.



- **Щитоподібна залоза.** У 35-40% вагітних щитоподібна залоза збільшується. У I половині вагітності спостерігається її гіперфункція, у II - гіпофункція. Концентрація гормонів щитоподібної залози в плазмі крові істотно не змінюється.
- **Паращитоподібні залози.** У період вагітності відзначається схильність до гіпофункції паращитоподібних залоз, що може призвести до порушення обміну кальцію, яке проявляється судорожними скороченнями литкових м'язів.
- **Наднирники.** При вагітності відбувається гіперплазія коркової речовини надниркових залоз; посилюється утворення глюкокортикоїдів і мінералокортикоїдів. У корковій речовині підвищується синтез кортизолу, естрогенів, прогестерону і андрогенів. Під впливом наднирників в крові підвищується рівень холестерину та інших ліпідів, посилюється пігментація шкіри.

- **Імунна система.** Під час вагітності виникає стан фізіологічної імуносупресії. Спостерігається зниження імунних реакцій організму жінки на тлі незрілості антигенної системи плода. Функцію імунологічного бар'єру, який перешкоджає відторгненню плідного яйця, виконує плацента, плідні оболонки і навколоплідні води.
- **Обмін речовин** і споживання кисню збільшуються. Білковий обмін під час вагітності знижується. Вуглеводний обмін підвищується; рівень глюкози в крові залишається в межах фізіологічної норми, іноді під час пологів відзначається гіперглікемія. Вміст загальних ліпідів, тригліцеридів і холестерину в сироватці крові збільшується. В організмі вагітної відбувається накопичення неорганічних речовин, що впливає на водний обмін; відзначається схильність до затримки води в організмі. Під час вагітності різко зростає потреба у вітамінах (віт. С, А, гр. В, D, E).

- **Серцево-судинна система.** Під час вагітності розвивається фізіологічна гіперволемія, спостерігаються фізіологічна гіпертрофія волокон міокарду і посилення його скорочувальної функції. Спостерігається також фізіологічна тахікардія; в деяких випадках відзначається синдром нижньої порожнистої вени, що є причиною колапсу вагітної.
- **Органи кровотворення.** З перших місяців вагітності відзначається підвищення рівня еритроцитів і гемоглобіну; однак, внаслідок гемодилуції, що виникає в подальшому, в II триместрі спостерігається зниження гематокритного числа і рівня гемоглобіну. У III триместрі (на 34 тижні) відзначається найнижчий показник гемоглобіну - 110 г / л. Протягом вагітності в периферичній крові відбувається прогресуюче збільшення кількості лейкоцитів, наростання ШОЕ. Для вагітності характерний стан гіперкоагуляції, постійне підвищення рівня фібриногену і VII-X факторів згортання крові.

- **Дихальна система.** Під час вагітності збільшується споживання кисню організмом матері і плоду. Легені функціонують в режимі гіпервентиляції; грудна клітина збільшується в об'ємі, розширюється підгрудинний кут, купол діафрагми піднімається на 4 см; дихальний обсяг збільшується до кінця вагітності на 30-40%.
- **Травна система.** У ранні терміни вагітності спостерігаються порушення різного ступеня вираженості у вигляді нудоти, блювоти, підвищення саливації, зміни смакових відчуттів; в результаті ослаблення перистальтики кишечника можуть відзначатися запори.
- **Сечовидільна система.** Значно розширюються ниркові лоханки і сечоводи (здебільшого праворуч), відзначається перегин сечоводу в області переходу його верхньої третини в середню. Дилатація сечовивідних шляхів починається з 6-го тижня, досягає максимуму на 32-му тижні вагітності і до пологів знижується.

- **Опорно-руховий апарат.** У період вагітності під впливом релаксину, який утворюється в плаценті, відбувається серозне просочування і розпушування зв'язок, міжлобкового волокнистого хряща і синовіальних сумок лобкового симфізу, а також крижово-клубових суглобів; спостерігається розбіжність лобкових кісток в області симфізу до 0,5 см. В результаті збільшення матки змінюється постава вагітної - плечі і голова відкидаються назад, посилюється поперековий лордоз хребта («горда хода»).
- **Шкіра.** По білій смузі живота, на сосках і навколососкових кругах можлива виражена темно-коричнева пігментація. Пігментні плями можуть локалізуватися на лобі, переніссі, над верхньою губою (chloasma gravidarum). Зі збільшенням терміну вагітності поступово розтягується передня черевна стінка; у деяких вагітних на шкірі живота, молочних залозах, стегнах утворюються рожево-червоні смуги дугоподібної форми - рубці вагітності (striae gravidarum). Відзначається підвищена функція потових і сальних залоз, іноді спостерігається гіпертрихоз.

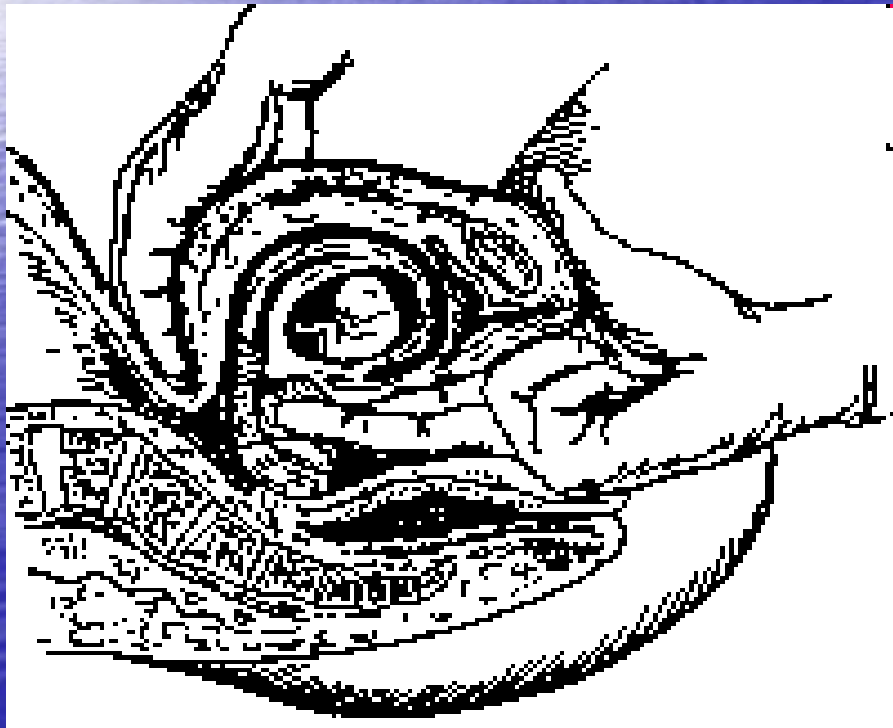
- **Молочні залози**, починаючи з 6-го тижня вагітності збільшуються, відбувається підготовка до секреції молока - збільшується кількість залозистих часточок, посилюється кровопостачання, збільшуються соски, відбувається утворення молозива.
- **Статеві органи**. Змінюються розміри, форма, положення, консистенція і реактивність матки. Розміри збільшуються протягом всієї вагітності за рахунок гіпертрофії і гіперплазії м'язових волокон і зростання новостворених м'язових елементів. Трансформується судинна мережа матки - артерії, вени і лімфатичні судини розширюються і подовжуються, утворюючи нові судини. Подовжуються і потовщуються зв'язки матки, утримуючи матку в правильному положенні протягом вагітності та під час пологів. Маткові труби потовщуються; яєчники трохи збільшуються в розмірах, циклічні зміни в них припиняються. Під час вагітності відбувається посилення кровопостачання підви, вона подовжується, розширюється, складки слизової чітко виражені, набувають ціанотичного відтінку. Слизова оболонка зовнішніх статевих органів розпушена, присінок підви ціанотичний.

Діагностика вагітності :

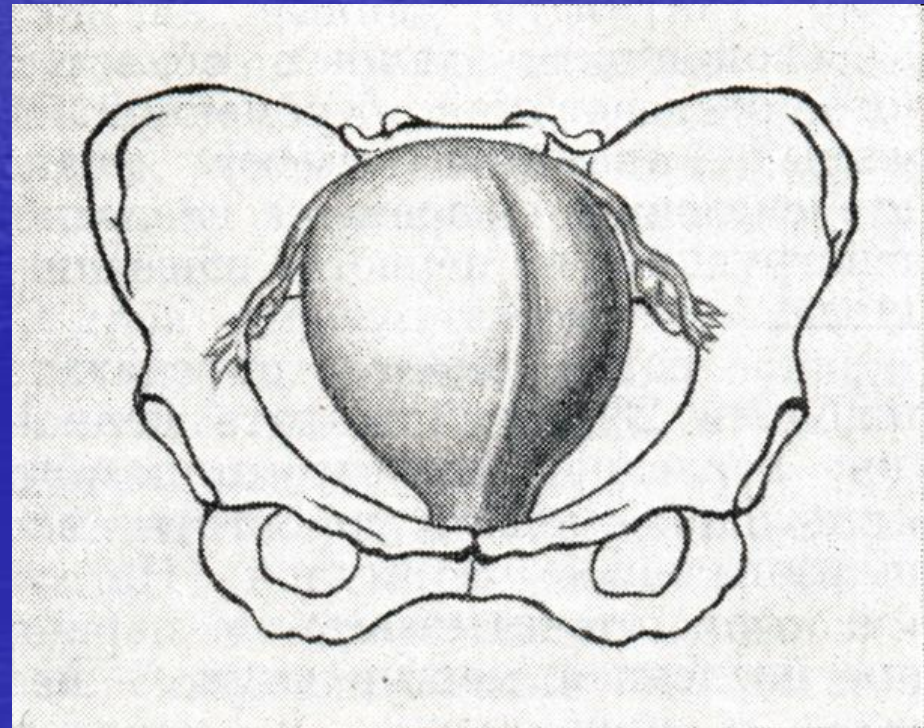
- **Можливі ознаки** – це суб'єктивні відчуття вагітної і зміни в її організмі, які не стосуються внутрішніх статевих органів:
 - слинотеча, ранкова нудота і блювота, зміна апетиту, відраза до певних продуктів харчування, пристрасть до гострої і кислої їжі, спотворення смакових відчуттів (бажання вживати крейду, глину та ін.), диспепсичні симптоми, відчуття тяжкості в епігастральній ділянці, запори;
 - функціональні зміни нервової системи: дратівливість, загострення нюху, слуху, плаксивість, замкнутість;
 - зміна обміну речовин: збільшення живота в об'ємі, пов'язане з відкладенням жиру в підшкірно-жировій клітковині, пігментація сосків і навколососкових кругів, білої смуги живота, поява пігментних плям на обличчі;
 - рубці вагітності.

- **ЙМОВІРНІ ОЗНАКИ**— об'єктивні зміни з боку статевих органів і молочних залоз. Ці ознаки здебільшого свідчать про настання вагітності, проте іноді можуть бути проявом деяких гінекологічних захворювань.
 - припинення менструацій;
 - зміни піхви, матки і молочних залоз;
 - лабораторні реакції.

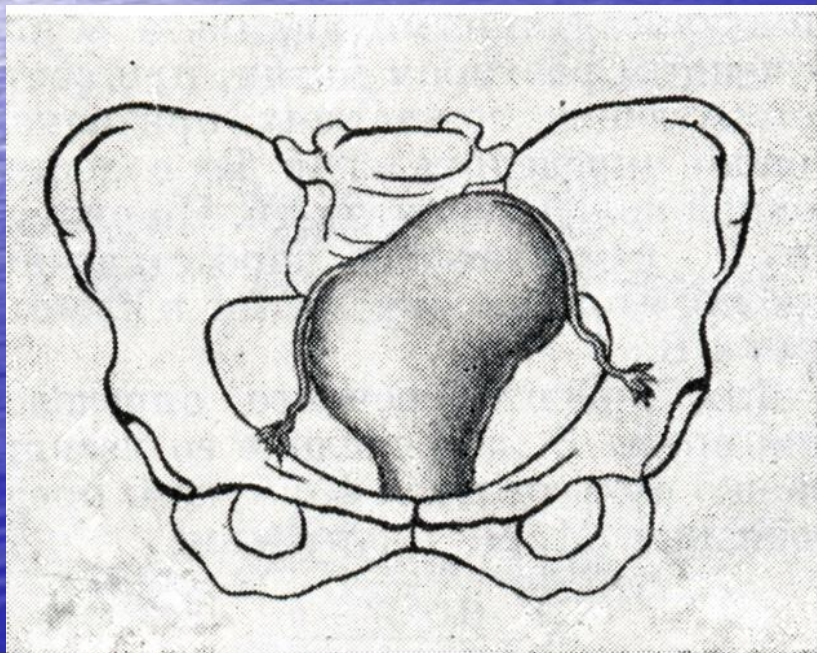
- Ознака Горвіца-Гегара– полягає в тому, що в результаті розм'якшення перешийка кінчики пальців обох рук під час бімануального дослідження легко зближуються.



- Ознака Гентера– на передній стінці матки пальпується поздовжньо розташоване гребенеподібне випинання, яке не переходить ні на дно, ні на шийку матки, ні на задню її поверхню.



- **Ознака Піскачека**— поява куполоподібного випинання в одному з кутів матки, яке відповідає імплантації плідного яйця.



- **Ознака Снегірьова**— ущільнення м'якої вагітної матки під час її пальпації.
- **Ознака Гауса**— надмірне зміщення шийки матки у всіх напрямках, яке не передається на тіло матки.

- **Достовірні ознаки**— ознаки, безсумнівно свідчать на користь вагітності; до них відносяться:
 - пальпація плода або частин його тіла;
 - тони серця плода;
 - рухова активність плода.



Визначення терміну пологів :

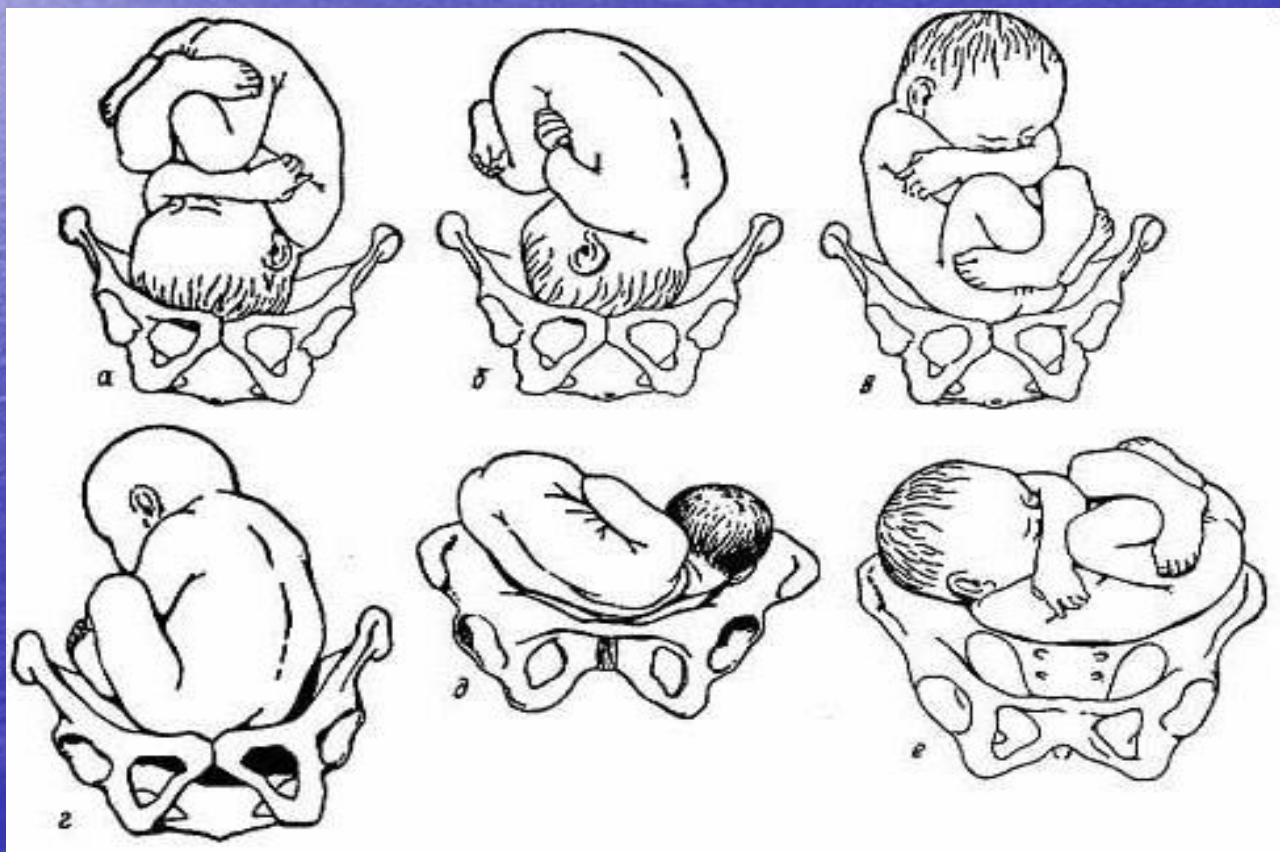
- за датою останньої менструації : до першого дня останньої менструації додають 280 днів і отримують орієнтовну дату пологів; формула Негеле: від першого дня останньої менструації відняти 3 місяці і додати 7 днів;
- за датою першого ворушіння плода: до дати першого ворушіння у першородячих додати 20 тижнів, у повторнородячих - 22 тижні;
- за терміном вагітності, який було діагностовано при першому відвідуванні жіночої консультації; помилка буде мінімальною, якщо жінка звернулася до лікаря в перші 12 тижнів вагітності;
- за даними УЗД (фетобіометрія);
- за датою видачі допологової відпустки (30 тижнів) - до цієї дати додають 10 тижнів.

Акушерська термінологія :

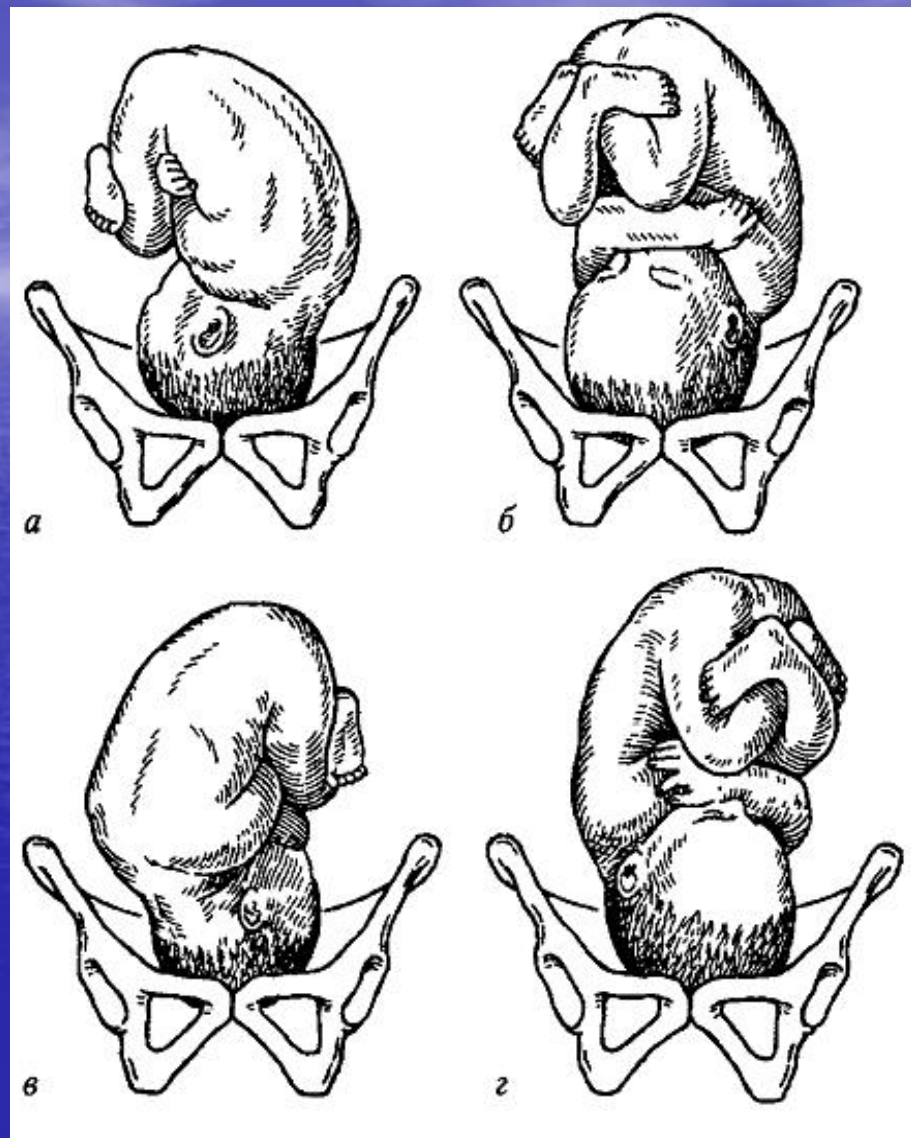
- **Положення плода** – відношення осі плода до осі матки. Якщо осі збігаються - положення плода називається **поздовжнім**, якщо вісь плода перетинає вісь матки під прямим кутом - **поперечним**, під гострим кутом - **косим**.



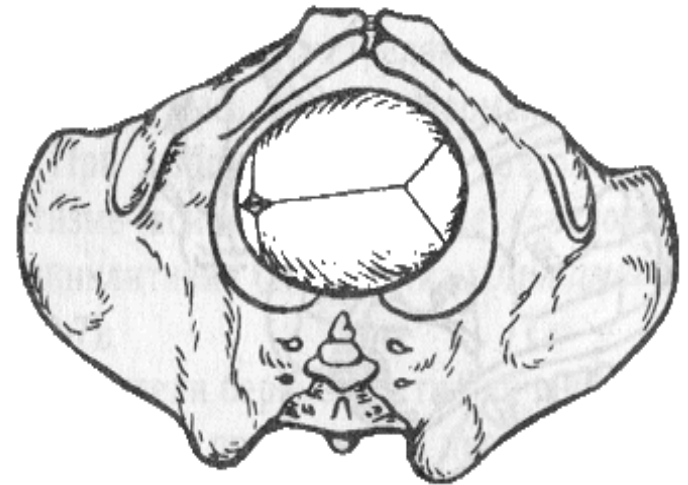
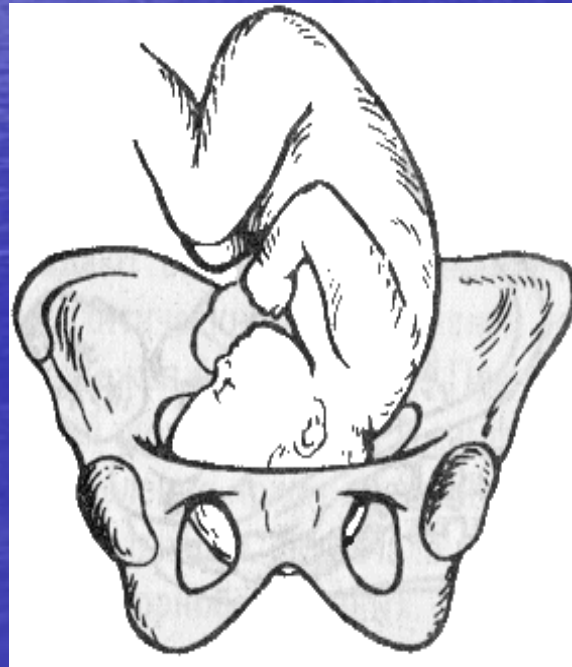
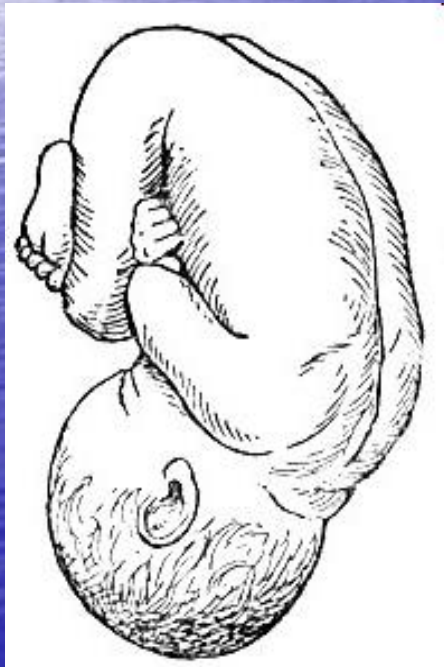
- **Позиція плода**— відношення спинки плода до бокових стінок матки: спинка плода звернена до лівої бокової стінки - I позиція, до правої - II позиція. При поперечних і косих положеннях плода позиція визначається по розміщенню голівки: голівка зліва - I позиція; праворуч - II позиція.



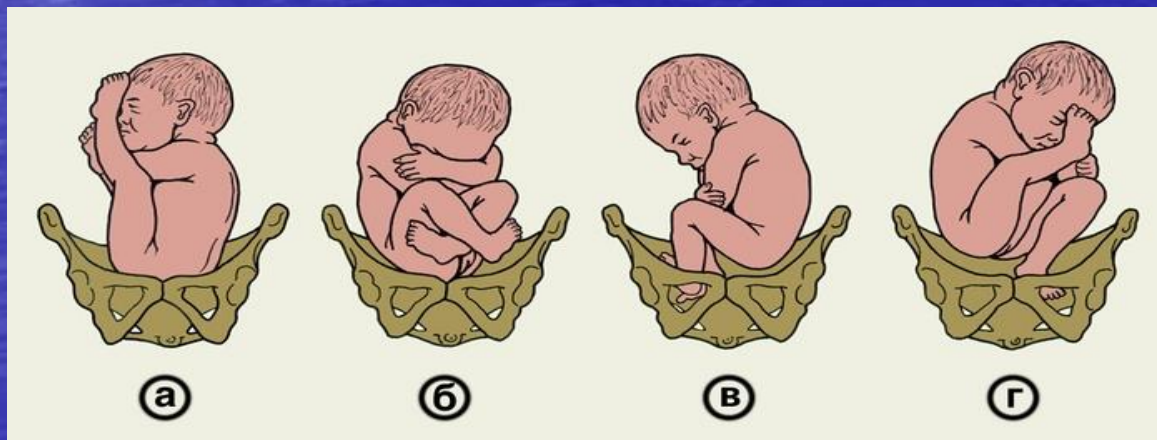
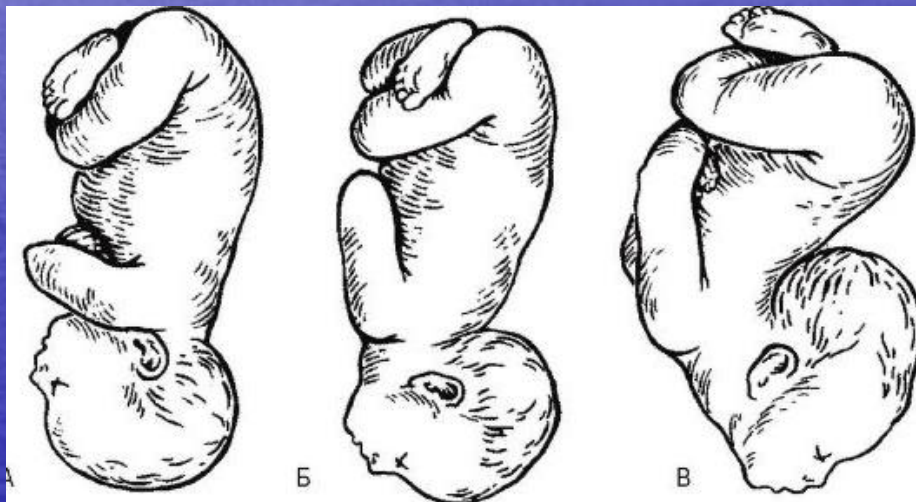
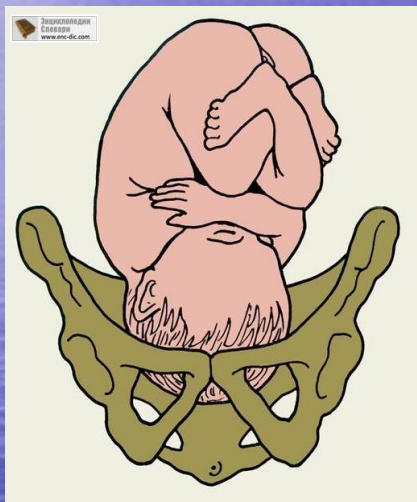
- **Вид плода—**
відношення спинки
плода до передньої
або задньої стінки
матки. Спинка
звернена до
передньої стінки
матки - передній
вид, до задньої -
задній вид.



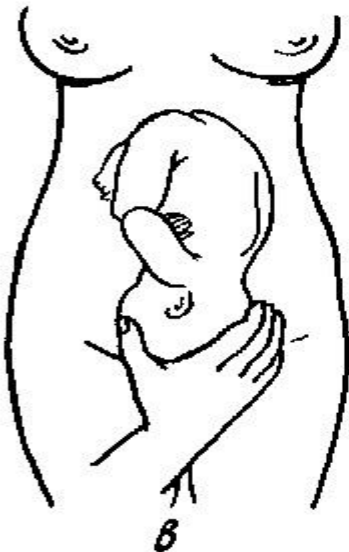
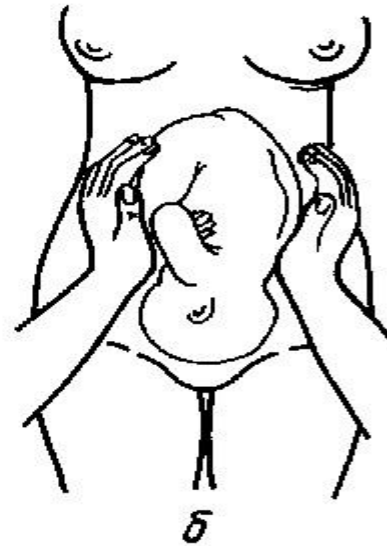
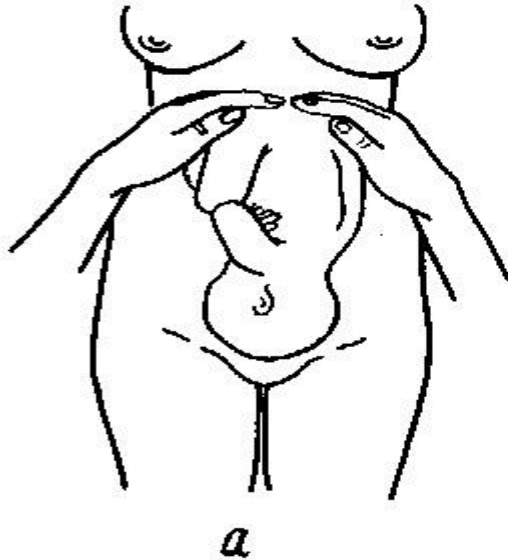
- **Розташування частин тіла плода–**
відношення кінцівок і голівки плоду до його тулуба. У нормі голівка зігнута і притиснута до тулуба, ручки зігнуті в ліктьових суглобах, перехрещені і притиснуті до тулуба, ніжки зігнуті в колінних і тазостегнових суглобах, перехрещені і притиснуті до живота.



- **Передлежання плоду**— відносно однієї з великих частин плода (голівка, тазовий кінець) до площини входу в малий таз. Якщо до площини входу в малий таз обернена голівка - передлежання головне, якщо тазова частина - тазове.



Зовнішнє акушерське дослідження (прийоми Леопольда)



ФІЗІОЛОГІЯ ПОЛОГІВ



- **Пологи** – це складний біологічний процес, при якому відбувається вигнання плідного яйця через родові шляхи після завершення плодом внутрішньоутробного періоду розвитку. Це безумовно-рефлекторний процес, закріплений в спадковому апараті клітинних структур матки та інших органів і систем організму.
- **Нормальними** вважаються одноплідні **пологи** зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності в терміні вагітності 37-42 тижні, в потиличному передлежанні плода, протікання яких відбувалося без ускладнень протягом усього періоду пологів, при задовільному стані матері та новонародженого після пологів.

Оцінка біологічної готовності організму вагітної до пологів

- стан шийки матки оцінюють за шкалою Бішопа. У 90% вагітних в останній тиждень вагітності шийка матки досягає зрілості;
- окситоциновий тест (тест Сміта) - поява перейм протягом перших 3 хвилин від моменту в/в крап. введення 0,1 ОД окситоцину (позитивний тест);
- нестресовий тест - методом КТГ реєструють мимовільні скорочення матки протягом 40 хв;
- мамарний тест - подразнення сосків молочних залоз вагітних протягом 3 хв викликає скорочення міометрію, які реєструють за допомогою КТГ;
- кольпоцитологічні зміни визначають гормональний баланс вагітної перед пологами за даними співвідношень різних клітин епітелію піхви. Підвищення еозинофільного індексу до 20% і пікнотичного індексу до 40% свідчить про початок пологів.

Шкала оценки степени зрелости шейки матки

Признак	Баллы		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, но в области внутреннего зева уплотнена	Мягкая
Длина шейки матки, сглаженность	Более 2 см	1-2 см	Менее 1 см или сглажена
Проходимость цервикального канала или маточного зева	Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца	Канал шейки проходим для одного пальца, но определяется уплотнение в области внутреннего зева	Больше одного пальца, при сглаженной шейке более 2 см
Положение шейки	Кзади	Кпереди	Срединное
Место расположения передлежащей части плода	Высоко над входом в малый таз	Слегка прижата ко входу в малый таз	Прижата (малым сегментом) ко входу в малый таз

Каждый признак оценивается в баллах – от 0 до 2.

Суммарная оценка отражает степень "зрелости" шейки матки

0-3 балла шейку матки следует считать "незрелой"

4-6 баллов – "недостаточно зрелой"

7-10 баллов – "зрелой"

Передвісники пологів

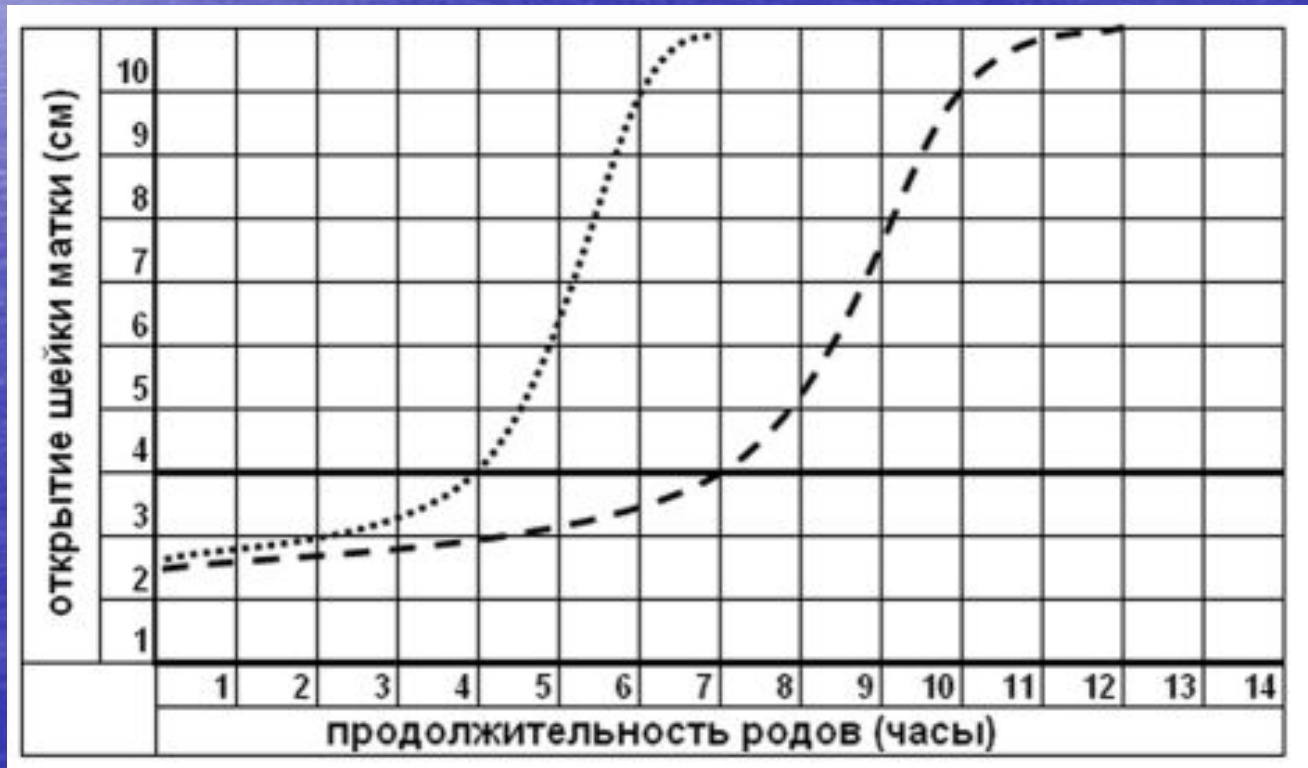
(з'являються за 2-3 тижні до пологів):

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



Прелімінарний період

- триває близько 6 годин;
- характеризується нерегулярними хворобливими відчуттями внизу живота;
- нерегулярні перейми поступово посилюються, починається регулярна пологова діяльність.

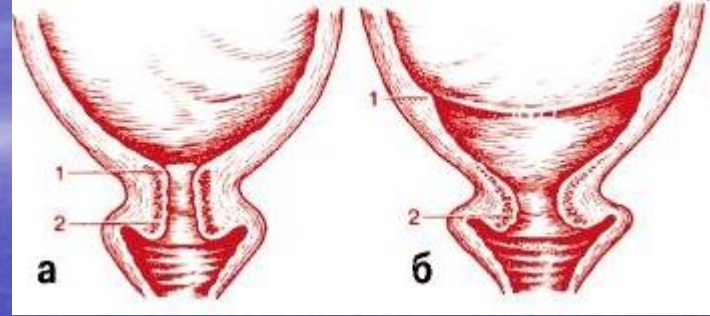


Ознаки початку пологів :

- поява регулярних скорочень матки (1-2 перейми протягом 10 хвилин), які поступово посилюються, а інтервали між ними зменшуються;
- починається розкриття шийки матки;
- плодовий міхур на висоті перейми наливається.

Періоди пологів :

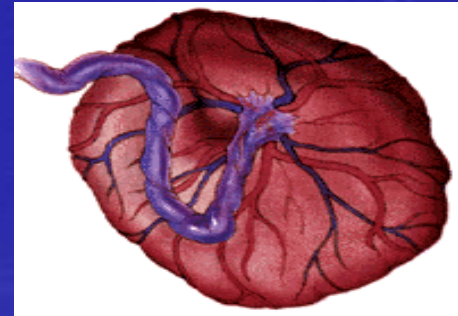
- I період - розкриття шийки матки;



- II період - вигнання;



- III період - послідовий.



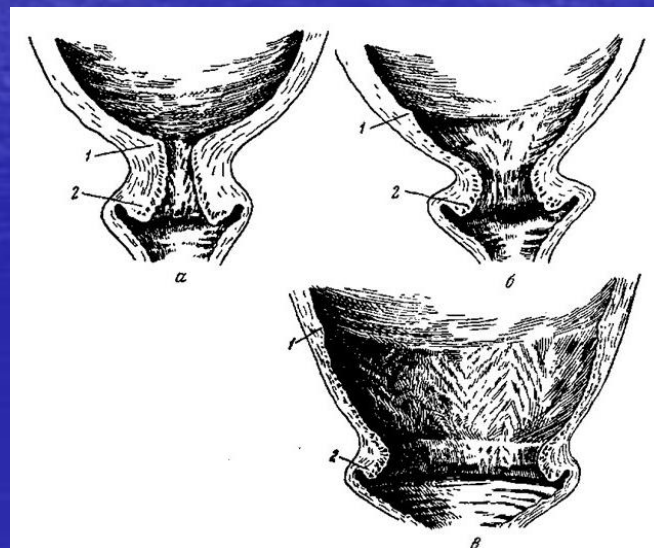
I період пологів

- починається з першими регулярними переймами і закінчується повним розкриттям шийки матки (на 10-11 см);
- здійснюється в три фази :
 - I фаза - латентна - від початку пологів до розкриття шийки матки до 3-4 см;
 - II фаза - активна - розкриття шийки матки від 3-4 см до 8 см;
 - III фаза - уповільнення - розкриття шийки матки від 8 до 10-11 см.

- розкриття шийки матки у роділлі, яка народжує вперше



- розкриття шийки матки у роділлі, яка народжує повторно



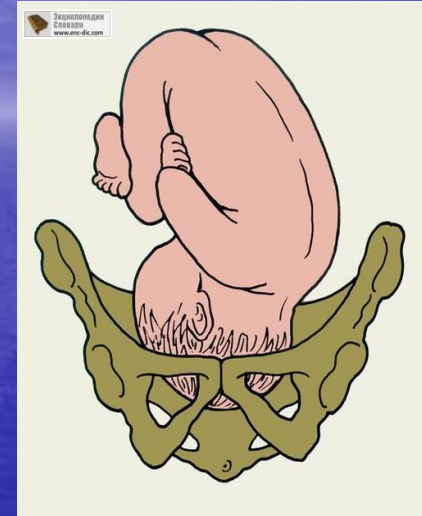
II період пологів

- починається з повного розкриття маткового вічка і закінчується вигнанням плода з порожнини матки.

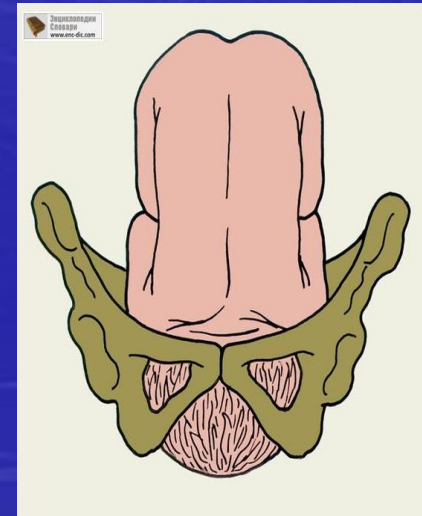


Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання

- I момент - згинання голівки

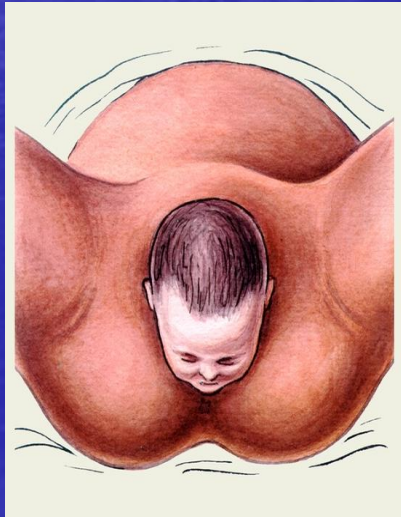
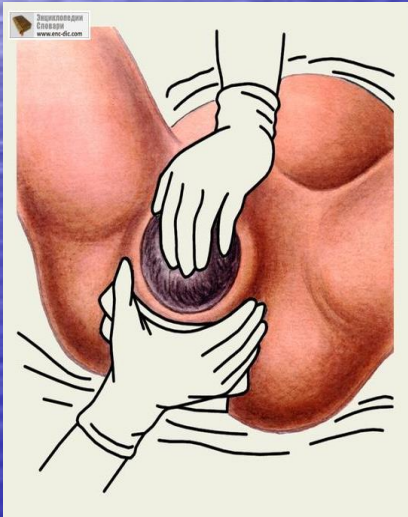


- II момент - внутрішній поворот голівки



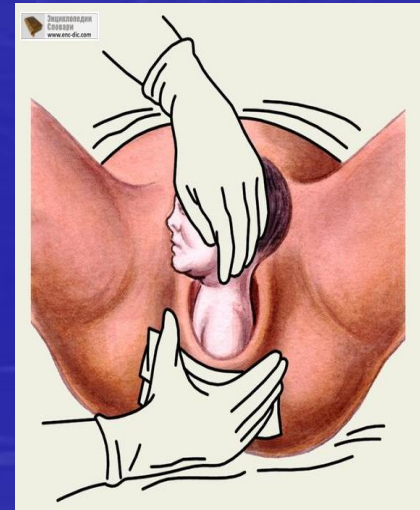
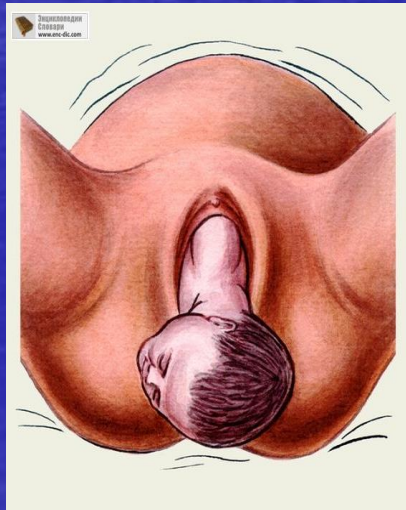
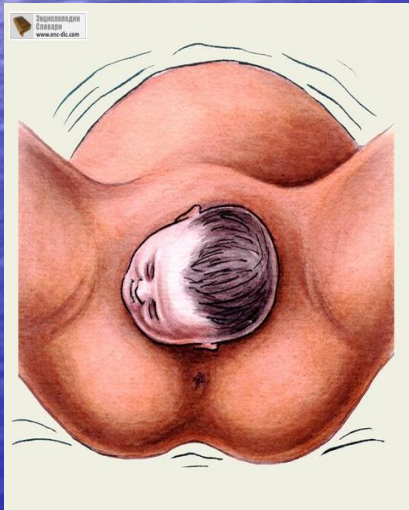
Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання

- III момент - розгинання голівки



Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання

- IV момент - зовнішній поворот голівки і
внутрішній поворот плічок



Шкала Апгар

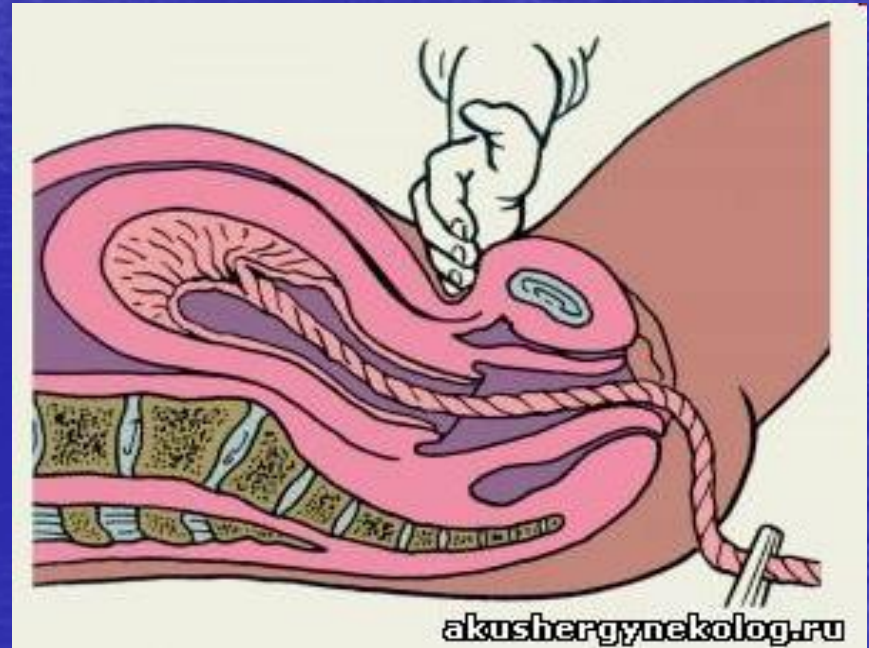
Оценка	0	1	2
Сердцебиение	отсутствует	меньше 100 ударов в минуту	больше 100 ударов в минуту
Дыхание	отсутствует	нерегулярное	ребенок плачет
Мышечный тонус	отсутствует	средний	активные движения
Рефлексы	отсутствуют	сниженная реакция	нормальная реакция
Цвет кожи	синюшный	бледный	розовый

Третій період пологів

- існує дві тактики ведення III періоду пологів: активна і вичікувальна;
- активне ведення III періоду пологів включає :
 - введення утеротоніків;
 - народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку;
 - масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

ВЕДЕНИЕ III ПЕРИОДА РОДОВ

- С целью профилактики кровотечения в первую минуту после рождения плода вводится внутримышечно 10 ЕД окситоцина
- Проводится контролируемая тракция за пуповину только при условии наличия признаков отделения плаценты от матки



«Тепловий ланцюжок»

- забезпечення належної температури в пологовому залі - 25-28°C;
- негайне обсушування дитини (відразу після народження, крім того, до перетину пуповини акушерка обсушує тіло і голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками;
- забезпечення контакту «шкіра до шкіри» - дитину викладають на груди матері, вкривають чистою, попередньо підігрітою пелюшкою, потім разом з матір'ю вкривають ковдрою (контакт - не менше 2 годин, до переведення до палати спільного перебування);

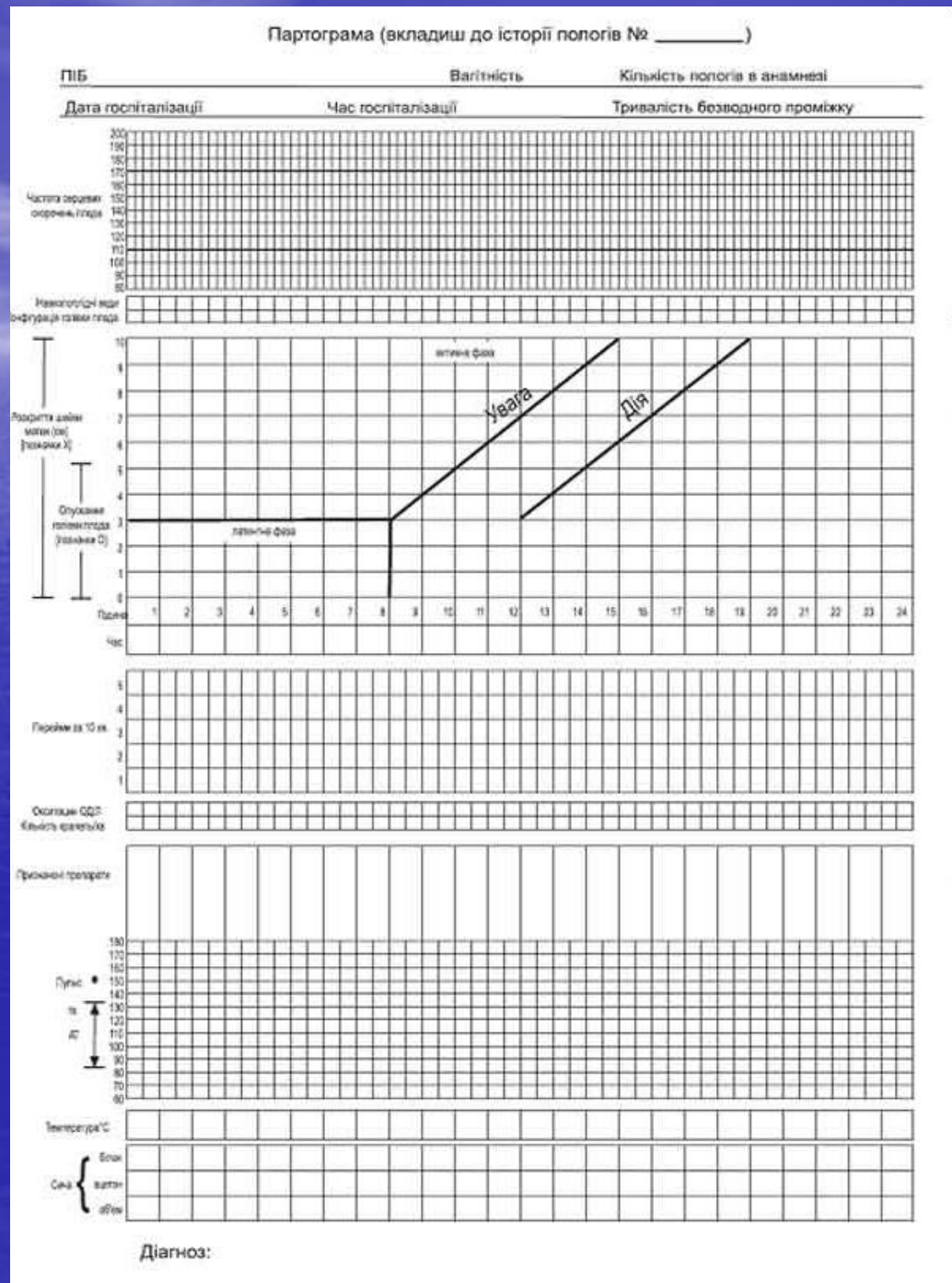


- навчання грудному вигодовуванню;
- відтермінування зважування та купання новонародженого;
- правильне сповивання (в сучасних умовах новонародженого одягають в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки і вкривають теплою ковдрою);
- забезпечення цілодобового спільного перебування матері та новонародженого (годування на вимогу, профілактика гіпотермії і внутрішньолікарняної інфекції);
- транспортування в теплих умовах;
- реанімація в теплих умовах;
- підвищення рівня підготовки медичних працівників та інформування членів сім'ї про важливість дотримання «теплого ланцюжка».



Партограма

- спосіб графічного опису пологів, в якому відображаються у вигляді кривої розкриття шийки матки, просування плода та інші показники загального стану і перебігу пологів;
- використовується для прогнозування пологів, контролю темпу пологів і оцінки проведених акушерських заходів.



ФІЗІОЛОГІЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ



Післяпологовий період :

- період, який настає після народження посліду;
- протягом цього періоду в організмі жінки відбувається зворотний розвиток процесів (involutio), які виникли у зв'язку з вагітністю та пологами в статевих органах, ендокринній, нервовій, серцево-судинній та інших системах, починається процес лактації;
- розрізняють ранній (перші 24 години після пологів) і пізній (триває 6 тижнів) післяпологовий період.

Основні принципи ведення післяпологового періоду :

- забезпечення гарного самопочуття породіллі і новонародженого :
 - оцінка загального стану породіллі, вимірювання температури тіла, артеріального тиску, частоти серцевих скорочень;
 - постійний контроль за станом молочних залоз, післяпологовими виділеннями (лохіями) і інволюцією матки;
- підтримка раннього грудного вигодовування;
- психологічна підтримка породіллі;
- консультування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.