

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

# **НОРМАЛЬНІ ТА ПАТОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД**

*Методичні вказівки для студентів  
за спеціальністю "Сестринська справа"  
освітньо-кваліфікаційного рівня "Бакалавр"*

Рекомендовано  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 1 від 21.01.2016.

**Харків  
ХНМУ  
2016**

Нормальні та патологічні пологи. Спостереження та догляд : метод. вказ. для студентів за спеціальністю "Сестринська справа" освітньо-кваліфікаційного рівня "Бакалавр" / упоряд. Ю. С. Парашук, О. А. Лященко, О. Б. Овчаренко, І. В. Старкова. – Харків : ХНМУ, 2016. – 24 с.

Упорядники    Ю. С. Парашук  
                      О. А. Лященко  
                      О. Б. Овчаренко  
                      І. В. Старкова

## ФІЗІОЛОГІЯ НОРМАЛЬНИХ ПОЛОГІВ

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

Пологи настають після закінчення фізіологічного терміну вагітності – 10 акушерських місяців (280 днів або 40 тиж).

У складному механізмі, що контролює початок пологів, багато факторів. Найбільш важлива роль належить нейрогуморальним і гормональним системам організму вагітної жінки і фетоплацентарному комплексу. Наприкінці вагітності в організмі жінки відбуваються численні зміни, які сприяють виникненню пологів (зниження збудливості кори головного мозку, підвищення збудливості спинного мозку, нервових закінчень матки). Матка починає реагувати на різні механічні та хімічні подразники. Плід росте, кількість навколоплідних вод зменшується, передлежачої частини розміщуються низько, подразнюючи нервові закінчення нижнього сегмента матки. В останньому триместрі вагітності в організмі жінки збільшується вироблення хімічних речовин, що діють на нервові рецептори матки, посилюючи її скоротливу здатність: збільшується кількість естрогенів – естрадіолу, що підвищує тонус матки, зумовлюючи її скорочення. Зменшується кількість прогестерону, а кількість окситоцину зростає, більше утворюється ацетилхоліну, простагландинів, кінінів (у плаценті) та інших біологічно активних речовин, які підвищують скоротливу здатність матки. Цьому також сприяє підвищена кількість кальцію в крові (кількість магнію знижена), що, з одного боку, посилює дію механічних і хімічних подразників, а з іншого – підвищує збудливість матки, внаслідок чого настає регулярна пологова діяльність.

Формування готовності організму до пологів закінчується протягом останніх 2–3 тиж вагітності. Це дає підставу виділити так званий **підготовчий період** (провісник пологів).

Підготовчий період переходить у прелімінарний, а прелімінарний – у пологи.

Підготовчий період характеризується такими ознаками:

1. Дно матки опускається (за 2–3 тиж до пологів).
2. Знижується маса тіла вагітної (на 400–1000 г).
3. Збільшується секреція з піхви і з'являються слизові виділення.
4. З'являються помірні болі внизу живота.
5. Відбуваються безболісні нерегулярні за частотою, інтенсивністю і тривалістю скорочення матки.
6. Передлежача частина опускається і розміщується низько над входом до тазу.
7. Визріває шийка матки.

### **Існує три періоди пологів:**

I – розкриття шийки матки; починається з регулярної пологової діяльності і закінчується відходженням вод і повним розкриттям шийки матки (10–12 см);

II – зганняння (народження) плода; починається з повного розкриття шийки, відходження вод і закінчується народженням плода;

III – послідовий; починається після народження плода і закінчується народженням посліду.

*Пологові зганяльні сили* – це перейми і потуги.

*Перейми* – ритмічні скорочення м'язів матки, що відбуваються незалежно від бажання жінки. Перейми чергуються з періодами послаблення болю. Вони починаються з дна матки (з правої половини). У нижньому сегменті матки м'язів мало, і вони розтягуються. На початку пологової діяльності перейми короткі, паузи тривалі (через 15–20 хв по 20 с). Далі паузи скорочуються, перейми посилюються (через 10 хв по 30 с). Згодом перейми частішають – через кожні 5 хв по 40–45 с, через кожні 2–3 хв, до 1 хв.

*Потуги* – ритмічні скорочення матки, м'язів черевного преса, м'язів тазового дна, м'язів діафрагми, м'язів верхніх і нижніх кінцівок. Жінка може їх посилити, послабити, утримати. Потуги з'являються через кожні 2–3 хв, до 1 хв. Під час потуг підвищується внутрішньочеревний, внутрішньоматковий тиск і вміст матки переміщається в бік найменшого тиску, тобто в бік малого тазу.

## **Характеристика першого періоду пологів.**

### **Розкриття шийки матки**

У I періоді відбувається згладжування шийки і розкриття маткового вічка. Під час переймів відбувається скорочення м'язових волокон (*контракція*), їхнє зміщення та зміна їхнього взаєморозташування (*ретракція*).

М'язові волокна, що до переймів лежать одне за одним – коротшають, зсовуються в шар сусідніх волокон, лягають поряд одне коло одного. Під час паузи зміщення зберігається. Наступна ретракція спричинює потовщення стінок матки і призводить до розтягування нижнього сегмента, згладжування шийки матки і розкриття маткового вічка.

Скорочення поздовжніх м'язових волокон тіла матки відтягують кругові (циркулярні) м'язи шийки матки вбік і догори – це *дистракція шийки матки*, внаслідок чого відбувається її розкриття.

Навколоплідні води збігають униз у зону найменшого опору, під їхнім тиском нижній полюс плодового яйця відшаровується від стінок матки і вклинюється у внутрішнє вічко каналу шийки матки. Ця частина плодового яйця з водами називається *плодовим міхуром*. З кожними переймами він, як гідравлічний клин, заглиблюється в шийку, розкриваючи її. М'язи матки переміщуються угору, але зв'язки їх стримують, обмежують. Усе це сприяє просуванню плода по пологовому каналу.

Коли настають сильні перейми, добре видно межу між скороченим верхнім і нижнім сегментом матки – контракційне кільце у вигляді борозни.

Грунтуючись на тривалості, частоті, інтенсивності переймів, матковій активності, темпах розкриття шийки матки і просування голівки плода, I період пологів умовно поділяють на 3 фази:

*I* (латентна) – починається з регулярних переймів і триває до розкриття маткового вічка на 4 см. Вона триває від 5 год у жінок, які народжують не вперше, до 6,5 год – у першороділь. Швидкість розкриття шийки матки – 0,35 см/год.

*II* (активна) – характеризується посиленням пологової діяльності. Вона триває 1,5–3 год. Розкриття маткового вічка прогресує від 4 до 8 см. Швидкість розкриття шийки матки – 1,5–2 см/год у першороділь і 2–2,5 см/год у жінок, які народжують не вперше.

*III* – характеризується деяким уповільненням, триває 1–2 год і закінчується повним розкриттям маткового вічка. Швидкість розкриття шийки матки – 1–1,5 см/год.

У першороділь першим розкривається внутрішнє вічко, канал шийки коротшає, шийка згладжується, потім розкривається зовнішнє вічко шийки матки. У жінок, які народжують не вперше, вічко відкрите, відбувається вкорочування і згладжування шийки матки. Повне розкриття – 10–12 см.

У період пологів навколоплідні води опускаються вниз, голівка також опускається. Нижній сегмент щільно охоплює голівку – пояс зіткнення. Відбувається поділ навколоплідних вод на передні й задні. Відходження вод поділяють на передчасне (до початку пологової діяльності), ранне (до розкриття шийки на 6 см), запізнє (повне розкриття шийки, а води ще не вилилися); своєчасне.

Про повне розкриття шийки матки судять за висотою стояння контракційного кільця і за результатами внутрішнього акушерського дослідження.

### **Спостереження та допомога роділлі під час першого періоду пологів**

Результати спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода лікар акушер-гінеколог заносить до партограми.

Спостереження за станом роділлі й плода в I періоді пологів включає наступні процедури:

*Оцінка стану плода.* Серцебиття плода в пологах реєструють шляхом періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора або за показаннями – шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія).

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

*Оцінка загального стану матері.* Вимірювання температури тіла – кожні 4 год, визначення параметрів пульсу – кожні 2 год, артеріального тиску – кожні 2 год, кількість сечі визначають кожні 4 год.

*Оцінка прогресування пологів.* З метою оцінки прогресування пологів визначають швидкість розкриття шийки матки, частоту та тривалість переймів, а також наявність просування голівки плода у порожнину таза.

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

Результати оцінки розкриття шийки матки заносять до партограми.

### **Характеристика другого і третього періодів пологів.**

#### **Тривалість пологів**

У другому періоді пологів виділяють ранню та пізню (потужну) фазу. Рання фаза починається від повного розкриття шийки матки і триває до появи спонтанних потуг (опускання голівки на тазове дно). Пізня (потужна) фаза починається з моменту опущення голівки на тазове дно та наявності спонтанних активних потуг.

Після відходження навколоплідних вод і повного розкриття шийки матки відбувається просування голівки плода по пологовому каналу. Перейми трохи послаблюються на 15–20 хв, потім посилюються, частішають і паузи між ними коротшають. Під час переймів відбувається просування плода, голівка проходить через малий таз і стає на його виході стрілоподібним швом у прямому розмірі, при цьому мале тім'ячко розташовується під нижнім краєм лобка.

Перейми переростають у потуги тривалістю до 1 хв з паузами у 2–3 хв. Голівка під дією потуг починає візуватися, тобто під час потуг голівка плода показується зі статевої щілини, а поза потугами ховається, потім прорізується, не ховаючись поза потугами.

Під час переймів 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 роділлю тужитись у ранню фазу II періоду, тому що це призводить до втоми роділлі, порушення процесу внутрішнього повороту голівки плода, травмування пологових шляхів і голівки, порушення стану плода та до зайвих медичних втручань.

Необхідно забезпечити можливість роділлі вибрати положення для народження дитини, яке є зручним для неї. Встановлено, що рутинне положення на спині («літотомічна» позиція) супроводжується зростанням частоти випадків порушень стану плода та пов'язаних з ними оперативних втручань порівняно з вертикальними положеннями (сидячи, стоячи), а також положенням роділлі на боці.

Після народження голівки плода відбувається зовнішній поворот голівки і внутрішній поворот плечей і тулуба плода. Плечі з поперечного розміру площини таза переходять в один з косих розмірів малого таза. Потім плід стає в прямому розмірі виходу з малого таза. При цьому переднє плече підходить під нижній край лобка, трохи затримується біля нього (точка фіксації – верхня третина переднього плеча і нижній край лобка), відбувається згинання хребта плода в шийному і грудному відділах, внаслідок чого народжується друге плече (заднє), тобто відбувається народження плечового пояса. Після народження плечового пояса вільно народжується тулуб і тазовий кінець плода.

Після народження плода настає період паузи: жінка відпочиває без переймів 5–6 хв. У цей момент відбувається відділення плода від матері, потім починаються післяпологові перейми (III період). У III періоді відділяється плацента. Це відбувається двома способами: центральним і крайовим.

*Центральне відділення плаценти:* під час післяпологових переймів матка скорочується, а в плаценті немає м'язових волокон, і вона не може скорочуватися слідом за маткою. Утворюються складки і відбувається відшарування плаценти, розриваються матково-плацентарні судини, кров виливається, утворюється ретроплацентарна гематома. При цьому зовнішньої кровотечі з порожнини матки немає. З кожними переймами плацента все більше відшаровується, гематома збільшується і тисне на плаценту, яка відшаровується. Коли плацента повністю відокремилася, жінці хочеться тужитися. При цьому плацента народжується плодовою стороною, а потім народжується гематома. Плацента тягне за собою оболонки, вони відокремлюються від стінки матки і теж народжуються.

*Крайове відділення плаценти:* при послідових переймах від матки іноді відшаровується край плаценти і починаються кров'яні виділення зі статевих шляхів. З кожними переймами відшарування плаценти посилюється. Зрештою вона повністю відшаровується разом з оболонками і під час потуг народжується краєм материнської частини.

Під час III періоду відбувається крововтрата. У нормі вона не перевищує 0,5 % маси тіла жінки.

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

Застосування методики активного ведення третього періоду під час пологів дозволяє знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, на 60 %, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії. Активне ведення третього періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці під час вагінальних пологів. Роділлю слід поінформувати відносно активного ведення III періоду пологів, вона має надати добровільну письмову згоду на його проведення.

Активне ведення третього періоду пологів включає:

- введення утеротоніків (10 ОД окситоцину внутрішньом'язово або 0,2 мг ергометрину внутрішньом'язово);
- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

При очікувальному веденні третього періоду пологів після закінчення пульсації пуповини акушерка перетискає та перерізає 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.

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

*Тривалість пологів:*

- 14–16 год – у першороділь;
- 8–10 год – у жінок, які народжують не вперше.

*I період:* 12–14 год – у першороділь; 6–9 год – у жінок, які народжують не вперше.

*II період:* 2–1 год – у першороділь; 30–60 хв – у жінок, які народжують не вперше.

*III період:* від 15 до 30 хв.

### **Біомеханізм пологів**

*Біомеханізм пологів* – це сукупність певних поступальних та обертових рухів, які здійснює плід, проходячи через пологові шляхи. Найбільш часто він народжується у **передньому виді потиличного передлежання**. Цей біомеханізм складається з таких моментів:

1) **згинання голівки:** підборіддя притиснуто до грудей, стрілоподібний шов перебуває в одному з косих розмірів входу в малий таз; провідною точкою є мале тім'ячко, воно першим опускається в порожнину малого тазу;

2) **внутрішній поворот голівки:** починається при переході голівки з широкої частини малого тазу у вузьку, стрілоподібний шов стає в прямому розмірі виходу з малого тазу; при цьому мале тім'ячко перебуває під нижнім краєм лобка;

3) **розгинання голівки:** голівка розгинається і народжується завдяки точці фіксації (мале тім'ячко і нижній край лобка), при цьому голівка народжується малим косим розміром (9,5 см), а обвід голівки – 32 см;

4) **внутрішній поворот тулуба і зовнішній поворот голівки плоду:** плечі плоду переходять з косого розміру тазу у прямий, при цьому голівка обертається обличчям до правого (при першій позиції) або лівого (при другій) стегна матері; верхня третина переднього плеча підходить під нижній край симфізу; утворюється точка фіксації, навколо якої відбувається згинання плода в шийному і грудному відділах хребта, народжується заднє плече, потім переднє, після чого увесь плід.

Під час I періоду пологів проводять кардіотокографію. Під час пологів за потреби ведуть запис історії пологів, партограми. Після відходження навколоплідних вод проводять піхвове дослідження.

#### **Принципи ведення нормальних пологів:**

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

### **Фізіологія післяпологового періоду**

**Післяпологовий, або пуерперальний період** – починається після народження посліду і триває 6–8 тиж. Характеризується зворотним розвитком змін, пов'язаних з вагітністю, пологами, становленням і розквітом лактаційної функції грудних залоз, відновленням діяльності гіпоталамо-яєчникової системи.

Найбільш виражені інволюційні процеси відбуваються в репродуктивній системі жінки, особливо в матці. Після народження посліду матка набуває кулястої форми, її дно розміщується на рівні пупка, довжина – 15 см, маса – 1 кг. Згодом матка поступово зменшується в розмірах, висота стояння її дна зменшується за добу на 2–3 см, на 5-й день після пологів дно матки розміщується посередині між пупком і лобком. Після відділення від стінок матки плаценти і оболонки внутрішня частина матки становить велику ранову поверхню. Загоєння цієї ранової поверхні і відновлення

слизової оболонки матки відбувається поступово і закінчується до кінця післяпологового періоду. Процес загоєння внутрішньої поверхні матки супроводжується утворенням ранового секрету – лохій. Лохії складаються з елементів крові й шматочків децидуальної оболонки. У перші 3–4 дні лохії – кров'яністі, виділяються у великій кількості, надалі мають серозно-кров'янистий, серозно-сукровичний вигляд, а до 10–12-го дня світлішають.

Відбувається процес формування шийки матки, спочатку формується внутрішнє вічко матки, що відбувається до 10-го дня, потім до кінця 3-го тижня формується і зовнішнє вічко шийки матки. До 6–7-го дня загоюються надриви, тріщини шийки матки, піхви, промежини; відновлюється тонус м'язів і фасцій газового дна. Поступово вертаються у висхідне положення маткові труби, яєчники, зв'язки. У яєчниках знову починають дозрівати фолікули. У жінок-годувальниць відновлення менструального циклу відбувається по-різному, а в жінок, які не годують грудьми, цикл відновлюється через 6–8 тиж.

У післяпологовий період функція грудних залоз досягає найвищого розвитку. У перші 2–3 дні після пологів грудні залози продукують молозиво. З 3–4-го дня післяпологового періоду встановлюється секреція молока. Функція грудних залоз регулюється ЦНС – корою головного мозку, гіпоталамусом, гіпофізом; у передній частці гіпофіза в період лактації продукується лактогенний гормон (пролактин).

Прикладання дитини до грудей стимулює функцію грудної залози – подразнення соска зумовлює посилений викид гормонів передньої частки гіпофіза (пролактину) і звільнення гормону задньої частки гіпофіза (окситоцину). Він, у свою чергу, викликає скорочення м'язів грудних ходів і сприяє спорожнюванню грудної залози.

У здорової породіллі після фізіологічних пологів загальний стан не порушується і в післяпологовий період. Пульс – 70–75 за 1 хв, гарного наповнення, дихання рівне – 14–16 за 1 хв, АТ в нормі. На початку післяпологового періоду деяких породілей може турбувати болоче скорочення матки, геморої, затримка акту сечовипускання, біль у промежині. Це легко усувається за допомогою знеболювальних засобів, спазмолітичних препаратів, гемороїдальних свічок та ін. Нині здійснюється активне ведення породілей. Рекомендують раннє вставання, через 4–5 год після пологів. Такий активний метод ведення післяпологового періоду підвищує життєвий тонус, поліпшує функції серцево-судинної, дихальної систем, а також сечового міхура і кишок; прискорює інволюцію статевих органів, що є найефективнішим заходом профілактики післяпологових септичних захворювань.

Здорова породіллі після пологів не має потреби в спеціальній дієті, виключаються лише консерви, прянощі, цитрусові, алкоголь. Режим харчування полягає в 5–6-разовому споживанні їжі. Їдять за 20–30 хв до грудного годування. Споживання рідини – до 2 л за добу, білків – 1 200 г,

жирів – 90 г, вуглеводів – 300 г. Їжа повинна містити достатню кількість вітамінів А, В<sub>12</sub>, фолієвої, аскорбінової кислоти, тіаміну, рибофлавіну, піридоксину, кальциферолу, мінеральних солей (кальцій, фосфор, магній, залізо).

У деяких породілей може спостерігатися субінволюція матки після пологів. У цьому разі призначають засоби, що сприяють скороченню матки.

Особливу увагу необхідно приділити догляду за грудними залозами. Рекомендується обмивати їх 0,5 % розчином нашатирного спирту. Достатня лактація визначається такими чинниками:

- 1) раннім прикладанням дитини до грудей;
- 2) частим годуванням дитини (8–12 разів на добу);
- 3) правильною технікою прикладання немовляти до грудей;
- 4) повнотою спорожнювання грудних залоз;
- 5) достатнім і збалансованим харчуванням матері.

Грудне вигодовування є обов'язковою і головною умовою формування здоров'я жінки. Впливає на подальше становлення дуже важливих соціальних функцій, пов'язаних з інтелектуальним потенціалом суспільства.

Грудне молоко найкраще забезпечує адаптацію новонароджених до умов позаутробного існування.

Матері необхідно якомога раніше після пологів почати зціджувати молоко і робити це по 15–20 хв принаймні 7 разів на добу. Можна масажувати груди в напрямку сосків за кілька хвилин до початку зціджування, щоб забезпечити виділення молока.

### **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.

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

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:
  - Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація 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 вигодовуванні, яка буде найбільш комфортною, як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодовуванню. 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, придбання навичок якісного догляду та спостереження за дитиною підвищить відчуття впевненості в собі, а також нададуть можливість своєчасно звернутись за допомогою в разі необхідності.
4. Проведення консультування з питань планування сім’ї та догляду за дитиною після виписки.

## **ПАТОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ**

### **Вузький таз**

*Вузьким* вважається таз, у якого хоча б один з параметрів менший від норми. Виділяють *анатомічно вузький таз* – це таз, у якого розміри менші від норми, *клінічно вузький таз* – усі випадки функціональної невідповідності між голівкою плода та тазом матері незалежно від їх розмірів.

Анатомічно вузький таз трапляється в 1–7 % випадків.

### **Класифікація**

А. Форми, що часто трапляються:

- 1) поперечно-звужений таз;
- 2) плоский таз:
  - а) простий плоский таз;
  - б) плоскорохітичний таз;
- 3) загальнозвужений таз.

Б. Форми, що рідко трапляються:

1) косозміщений і косозвужений таз;

2) таз, деформований переломами, пухлинами, екзостозами.

*Діагностика.* Вузький таз діагностують на підставі даних анамнезу, загального і акушерського обстеження і результатів додаткових обстежень.

Збираючи анамнез, звертають увагу на наявність таких чинників: недостатнє харчування, травми, рахіт, туберкульоз, поліомієліт, що можуть призвести до розвитку патології кісткового таза.

Обстеження жінок починають із вимірювання росту, маси тіла, звертають увагу на статуру, наявність деформацій кісток скелета.

При зовнішньому акушерському обстеженні вагітної звертають увагу на гостру форму живота в першороділь, відвислу – у жінок, які народжують не вперше. Вимірюють параметри таза, розміри попереково-крижового ромба, індекс Соловйова. Для діагностики проводять піхвове дослідження, за допомогою якого визначають ємкість таза, екзостози та інші деформації, вимірюють діагональну кон'югату і визначають ступінь звуження таза.

Розрізняють 4 ступеня звуження таза за розмірами справжньої акушерської кон'югати:

*I* – справжня кон'югата менша ніж 11 і більша ніж 9 см.

*II* – справжня кон'югата менша ніж 9 і більша ніж 7 см.

*III* – справжня кон'югата менша ніж 7 і більша ніж 6 см.

*IV* – справжня кон'югата менше 6 см (абсолютно вузький таз).

*Поперечно-звужений таз* характеризується зменшенням на понад 0,5 см поперечних розмірів малого таза. Прямі розміри не зменшені, а в деяких випадках навіть збільшені.

*Простий плоский таз* – це таз зі зменшеними всіма прямими розмірами малого таза (таз 25–29–31–17). Голівка плода стоїть над входом до таза в трохи розігнутому положенні, стрілоподібний шов – у поперечному розмірі входу в малий таз. Вставлення голівки – асинклітичне. Якщо стрілоподібний шов розміщується ближче до мису – це передній асинклітизм, ближче до лобка – задній. Голівка плода опускається на тазове дно найчастіше без внутрішнього повороту і утворюється низьке поперечне стояння стрілоподібного шва – розродження шляхом оперативного втручання.

*Плоскоррахітичний таз* – це таз, у якого крила клубових кісток розгорнуті, розміри *d. spinarum* і *d. cristarum* однакові (таз 26–26–31–17).

*Загальнозвужений таз* характеризується зменшенням усіх розмірів тазу на однакову величину (таз 24–26–28–18).

*Ведення пологів.* У I, II періодах пологів часто спостерігається слабкість пологових сил, зтяжні пологи, дистрес у плода, утворення норичь, розриви матки.

Після оцінки результатів обстеження роділлі виявляють показання для планового кесаревого розтину:

- звуження тазу III–IV ступеня;
- наявність екзостозів, деформацій;
- звуження тазу I і II ступенів у поєднанні з великим плодом, переносуванням вагітності, безплідність і мертвонародження в анамнезі, попереднім народженням травмованої дитини, рубцем на матці.

В інших випадках пологи ведуть через природні пологові шляхи, ретельно спостерігаючи за характером пологової діяльності, станом плоду, вставленням голівки і відходженням навколоплідних вод, у разі потреби вживають відповідних заходів. У разі виявлення первинної слабкості пологових сил призначають пологостимуляцію (обережно). У разі стрімкої пологової діяльності дають наркоз, завершуючи пологи кесаревим розтином. Після відходження навколоплідних вод обов'язково перевіряють ознаку Генкеля–Вастена: "+" – пологи неможливі, проводять кесарів розтин; "-" – пологи ведуть природними пологовими шляхами; "врівень" – пологи сумнівні.

#### ***Класифікація клінічно вузького тазу***

##### ***I ступінь – відносна невідповідність:***

- особливості вставлення голівки плода і механізму пологів властиві наявній формі звуження тазу;
- виражена конфігурація голівки плода;

##### ***II ступінь – значна невідповідність:***

- різко виражена конфігурація голівки плода;
- тривале стояння голівки в одній площині тазу;
- ознака Генкеля–Вастена – "врівень";
- симптоми стиснення сечового міхура.

##### ***III ступінь – абсолютна невідповідність:***

- виражена конфігурація голівки плода або відсутність конфігурації;
- ознака Генкеля–Вастена "+";
- симптоми стиснення сечового міхура;
- передчасна поява потуг при високому стоянні голівки плода;
- симптоми загрози розриву матки.

Діагностика клінічно вузького тазу можлива *тільки з настанням пологів.*

Для встановлення відповідності між тазом матері й плода досліджують ознаку Генкеля–Вастена в процесі пологів.

##### ***Умови діагностики клінічно вузького тазу:***

- розкриття шийки матки більше 8 см;
- відсутність плідного міхура;
- випорожнений сечовий міхур;
- нормальна скоротлива діяльність матки.

### ***Діагностичні ознаки клінічно вузького таза:***

- відсутність поступального руху голівки при повному розкритті шийки матки та нормальній пологовій діяльності;
- ознака Генкеля–Вастена "врівень" або "+";
- недостатнє прилягання шийки матки до голівки плода (нависання шийки матки);
- високе розташування контракційного кільця;
- поява потуг при високому розташуванні голівки плода;
- набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи;
- симптоми здавлювання сечового міхура.

За наявності двох або більше ознак встановлюють діагноз клінічно (функціонально) вузького тазу.

### ***Акушерська тактика при клінічно вузькому тазі***

Діагноз клінічно вузького тазу є показанням до завершення пологів шляхом кесаревого розтину.

За умови загибелі плода розродження проводять шляхом плороуйнівної операції.

Акушерські щипці та вакуум-екстракція плода при клінічно вузькому тазі протипоказані.

## **Розгинальні передлежання**

Розгинальні передлежання – це такі передлежання голівки плода, коли вона вступає в таз у стані розгинання. Існує 3 ступеня розгинальних передлежань: передньоголовне, лобове, лицеве.

Причинами розгинальних передлежань є вузький таз, збільшення щитоподібної залози в плода, тугорухливість атланта-потиличного з'єднання плода, маленька голівка.

*Діагностика* утруднена. Можна визначити лише під час пологів при внутрішньому акушерському дослідженні після відходження навколородильних вод і достатнього розкриття шийки матки, УЗД.

*Передньоголовне передлежання.* При такому вставлянні голівки плода під час пологів при внутрішньому акушерському дослідженні визначають велике і мале тім'ячко на одному рівні, стрілоподібний шов – у поперечному або в одному з косих розмірів входу в малий таз.

*Ведення пологів.* Під час пологів необхідно чітко контролювати просування голівки плода, запобігати дистрес-синдрому у плода, слабкості пологових сил, інфекції, кровотечі. Пологи часто закінчуються оперативним втручанням: кесаревим розтином, вакуум-екстракцією, акушерськими щипцями, плороуйнівною операцією.

*Лобове передлежання.* Діагностику проводять під час пологів при внутрішньому акушерському дослідженні (пальпується лоб, надбрівні

дуги, корінь носа, очні ямки). Пологи можливі в разі широкого тазу і невеликих розмірів плода.

Зазвичай пологи ведуть шляхом кесаревого розтину.

*Лицеве передлежання.* Діагностику проводять під час пологів, при внутрішньому акушерському дослідженні – пальпується ніс, рот; уточнюється при УЗД.

У разі заднього виду лицевого передлежання пологи неможливі через природні пологові шляхи, вдаються до кесаревого розтину.

### **Тазове передлежання плода**

Пологи в тазовому передлежанні трапляються у 3–3,5 % випадків від 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.

*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 плоду вислуховується справа або зліва вище від пупка. Об'єктивну інформацію дає УЗД.

Пологи при тазових передлежаннях проходять у три етапи:

1-й – народження тазового кінця.

2-й – народження плечового пояса.

3-й – народження голівки плода.

*Біомеханізм пологів.*

*1-й момент:* вставляння сідниць до входу в малий таз. Міжвертлюжна лінія встановлюється в одному з косих розмірів входу.

*2-й момент:* опускання сідниць на тазове дно, першою опускається передня сідниця, одночасно відбувається внутрішній поворот сідниць, міжвертлюжна лінія на дні тазу стоїть у прямому розмірі.

*3-й момент:* вривання і прорізування сідниць. Першою прорізується сідниця, обернена допереду. Вона впирається в лобкову дугу, утворюючи точку фіксації. Навколо неї відбувається сильне бічне згинання тулуба, при цьому народжується задня сідниця і весь тазовий кінець плода. Тулуб народжується до пупка, потім до нижнього кута лопаток.

*4-й момент:* народження грудного пояса. Плечі переходять у прямий розмір. Переднє плече фіксують під лобковим симфізом, а заднє викочується над промежиною. Ручки випадають самі.

*5-й момент:* народження голівки. Голівка робить внутрішній поворот потилицею допереду, впирається в нижній край лобкової дуги потиличною ямкою – точка фіксації. Голівка згинається і народжується.

*Ведення вагітності і пологів.* Встановивши діагноз тазового передлежання під час вагітності, необхідно докласти всіх зусиль для його виправлення. У терміні 3 тиж з метою самоповороту плода на голівку вагітній рекомендують положення на боці, протилежному позиції плода, колінно-локтьове положення по 15 хв 2–3 рази на добу. Використовують гімнастику, що коригує (32–37 тиж), зовнішній профілактичний поворот плода на голівку (33–34 тиж). Якщо тазове передлежання плода зберігається, за 2 тиж до пологів вагітну направляють у стаціонар, де її ретельно обстежують, розробляють план розродження: операція планового кесаревого розтину чи ведення пологів через природні пологові шляхи.

Особливості перебігу пологів при тазових передлежаннях полягають у високому ризику можливих ускладнень. В I періоді пологів може відбутися передчасне та раннє відходження навколоплідних вод, випадіння дрібних частин плода, пуповини, слабкість пологової діяльності, дистрес плода, ендометрит в пологах, в II періоді – закидання ручок плода, утворення заднього виду, спазм шийки матки, травма плода, травма пологових шляхів.

*Консервативне ведення пологів:*

- після складання плану ведення пологів необхідно впевнитися 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, 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 (до 20 крапель за хвилину у присутності анестезіолога і неонатолога);
- проведення епізіотомії за показаннями (якщо промежина погано розтягується); пудендальної анестезії;

З метою запобігання ускладненням пологи *при неповному (чисто) сідничному передлежанні* ведуть за методом Н. А. Цов'янова І. Слід наголосити, що ручна допомога – не операція, вона є допомогою лікаря при самостійному народженні плода при тазовому передлежанні. У випадку повного сідничного передлежання пологи, які ведуть природними статевими шляхами, закінчують наданням класичної ручної допомоги.

У випадку ножного передлежання розродження проводять шляхом кесарева розтину.

*Показання до кесаревого розтину:*

- 1) очікувана маса плода 3700,0 і більше;
- 2) ножне передлежання плода;
- 3) розгинання голівки плода III ступеня за даними УЗД;
- 4) пухлини шиї плода та гідроцефалія.

### **Багатоплідність**

Багатоплідна вагітність трапляється в 0,5–0,2 % жінок. Останнім часом відзначається збільшення кількості двінь у жінок, які застосовували гормональні контрацептиви, після екстракорпорального запліднення та індукції овуляції.

*Діагностика* багатоплідності в I половині вагітності утруднена, розпізнати її можна за допомогою УЗД. У II триместрі вагітності багатоплідність можна запідозрити внаслідок збільшених розмірів матки. При вагітності, близькій до доношеної, обвід живота перевищує 100 см, висота стояння дна матки – понад 40 см. За допомогою прийомів Леопольда вдається пропальпувати 3 і більше частин плода та багато дрібних частин. Під час аускультатції в різних місцях матки вислуховуються серцеві тони плодів, між якими є зона тиші. Різниця в частоті серцебиття, що перевищує 8–10 за 1 хв, підтверджує діагноз двійні. УЗД дає можливість точно діагностувати багатоплідність і встановити положення плодів у матці, а кардіотокографія дає змогу оцінити стан плодів.

*Ведення пологів.* Багатоплідність супроводжується частими ускладненнями пологів (передчасні пологи, передчасне і раннє відходження навколоплідних вод, слабкість пологових сил, передчасне відшарування плаценти, кровотеча).

Пологи двійні проводять під моніторингом. Ведення пологів при багатоплідності потребує особливої уваги, високої кваліфікації, що дає можливість виконати будь-які акушерські операції.

Після народження першого плода ретельно перев'язують не лише плодовий, а й материнський кінець пуповини; роблять зовнішнє обстеження і з'ясовують положення другого плода та характер його серцебиття. У разі нормального стану роділлі, поздовжнього положення плода, відсутності дистресу та інших ускладнень пологи ведуть як зазвичай. У разі поперечного положення другого плода роблять поворот плода на ніжку й витягають його з пологових шляхів. Якщо виникає дистрес плода або кровотеча з пологових шляхів, негайно роблять поворот плода і витягають його, якщо голівка перебуває високо; якщо голівка перебуває в порожнині або на виході таза, застосовують акушерські щипці або вакуум-екстрактор. При тазовому передлежанні витягають плід за ніжку або пахвинну ділянку.

Показання до операції кесаревого розтину при багатоплідності: дистрес плода, випадання пуповини, стійка слабкість пологової діяльності, відсутність ефекту від стимуляції пологів при передчасному відходженні вод, екстрагенітальна патологія матері, тяжкі форми гестозу, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, передлежання плаценти.

## **СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД**

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

#### **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.
  - 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.
  - Визначення серцебиття плода за допомогою стетоскопа (у 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).
- Поінформувати 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).
- Спорожняти сечовий міхур через кожні 2 год або в разі потреби. Перевіряти переповнення 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 кожен годину;

- заспокоїти пацієнтку і зміцнити її впевненість у доброму розродженні, розповідати їй про перебіг пологів, хвалити успіхи;

- після розриву навколоплідної оболонки:

- а) перевірити серцебиття плода;

- б) не дозволяти вагітній вставати з ліжка;

- в) оцінити колір, запах, кількість та консистенцію навколоплідних вод;

- г) замінити білизну;

- д) 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 наготові 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:

- а) говорити до неї чітким, твердим, наказовим тоном;

- б) підтримувати з нею контакт очима;

- в) звертатися до неї за ім'ям;

- г) дихати разом із нею;

- г) надавати їй інформацію про причини її дискомфорту;

- д) вагітна може відчувати страх, боязливість залишитися наодинці, тому слід запевнити її у безпідставності таких страхів;

- легке погладження 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, упираючись підборіддям у груди;

- в) упиратися ногами в опори або підтягувати до грудей розслаблені коліна;

- г) тужитися, сконцентруючи зусилля на вихід голівки плода із піхви;

- г) розслаблювати промежину під час кожної потуги;

- д) тримати крижі плоскою на ліжку (не підійматися під час кожної потуги);

- е) 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 офтальмообленореї 0,5 % еритроміциновою або 1 % тетрацикліновою маззю.
12. Через 2 год перекласти новонародженого на підігрітий сповивальний столик.
13. Провести 2-й етап оброблення і клеювання 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 до палати 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 постнатальних ускладнень.
- Вимірювати температуру породіллі 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:

- загального стану та самопочуття породіллі (сон, апетит, скарги);
- двократного вимірювання температури тіла (о 6–7-й та о 18–19-й годині);
- АТ, пульсу;
- стану грудних залоз та сосків (наявність інфільтратів, лактостазу, тріщин сосків);
- висоти стояння дна матки над лобковим підвищенням, ступеня її скорочення, болючості;
- кількості та характеру лохий;
- стану зовнішніх статевих органів, при наявності швів – ступеня загоєння;
- функції сечового міхура та кишок.

## Література

1. Акушерство і гінекологія. Кн. І. Акушерство / за ред. акад. НАН України, проф. В. І. Грищенко, проф. М. О. Щербини. – Київ : Медицина, 2011. – 427 с.
2. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія : підруч. : у 2 т. / В. М. Запорожан, М. Р. Цегельський, Н. М. Рожковська. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – Т. 1. – 472 с.
3. Клінічне медсестринство в акушерстві і гінекології : підруч. / А. М. Громова, Г. М. Алтуєв, В. А. Лойко та ін. ; за ред. А. М. Громової. – Київ : Здоров'я, 2004. – 584 с.
4. Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу з акушерства на медичному факультеті / за ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської та ін. – Київ : Інтрмед, 2005. – 308 с.
5. Назарова І. Б. Медсестринство в акушерстві : підруч. – Київ : Медицина, 2008. – 224 с.
6. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. – Москва : Мед. информ. аг-во, 2004.
7. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / А. Я. Сенчук, Б. М. Венцковский, Ю. П. Вдовиченко, Е. Е. Шунько ; под ред. проф. А. Я. Сенчука. – Киев, 2006.
8. Соколова Н. Г. Новый справочник медицинской сестры : Серия "Медицина для вас" / Н. Г. Соколова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2002.

*Навчальне видання*

## **НОРМАЛЬНІ ТА ПАТОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД**

***Методичні вказівки для студентів  
за спеціальністю "Сестринська справа"  
освітньо-кваліфікаційного рівня "Бакалавр"***

Упорядники      Парашук Юрій Степанович  
                         Лященко Ольга Анатоліївна  
                         Овчаренко Ольга Борисівна  
                         Старкова Ірина Володимирівна

Відповідальний за випуск      Ю. С. Парашук



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

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 1,5. Зам. № 16-33143.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022**  
[izdatknu@mail.ua](mailto:izdatknu@mail.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.

# НОРМАЛЬНІ ТА ПАТОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ, СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД

***Методичні вказівки для студентів  
за спеціальністю "Сестринська справа"  
освітньо-кваліфікаційного рівня "Бакалавр"***