

Міністерство освіти і науки України
Міністерство охорони здоров'я України

ФІЗІОЛОГІЧНЕ АКУШЕРСТВО
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК ДЛЯ СТУДЕНТІВ
МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ

Київ

2008

ЗМІСТ

Передмова	4
Список скорочень	5
Розділ 1. Введення в доказову медицину	6
Розділ 2. Структура і організація роботи акушерської служби	13
Розділ 3. Пологові шляхи жінки. Плід як об'єкт пологів	21
Розділ 4. Фізіологічні зміни в організмі матері під час вагітності	30
Розділ 5. Діагностика вагітності в ранні строки	39
Розділ 6. Методи дослідження вагітних пізніх строків	43
Розділ 7. Біомеханізм пологів при передньому і задньому видах потиличного передлежання	54
Розділ 8. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів	57
Розділ 9. Фізіологічний післяпологовий період	78
Додаткова інформація для студентів	83
Рекомендована література	93

Передмова

Втілення Болонської системи вищої освіти в Україні, зокрема медичної, в сучасний період розвитку потребує розробки навчальної літератури для студентів вищої медичної школи з урахуванням потреб цієї системи.

Акушерство, одна з основних дисциплін в підготовці лікарів медичних факультетів, в теперішній час інтенсивно розвивається як в теоретичному, так і в практичному напрямку. Великий потік інформації потребує аналізу для запровадження всесвітньо визнаних медичних технологій, що ґрунтуються на доказах. Науково-доказова медицина - новітня технологія збору, аналізу, синтезу та застосування наукової медичної інформації, базується на достовірно доведених дослідженнях.

За останні роки в практичному акушерстві відбулися ряд змін у переусвідомленні напрямків надання допомоги вагітним, роділлям і породіллям, які засновані на принципах доказової медицини, більш гуманістичному ставленні у цей період до жінки й уникненні фармакологічної та лікарської агресії, що сприяло більш фізіологічному перебігу вагітності і пологів, зниженню частоти ускладнень, швидкій психологічній адаптації жінки до материнства.

Переорієнтація системи акушерських знань на науково обґрунтовану/доказову базу повинна втілюватися в систему викладання акушерства в вищій школі. Тому ми вважали за необхідне створити учбовий посібник для студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів, який би відповідав цим потребам. Викладення матеріалу як з урахуванням методичних потреб, так і сучасних акушерських знань, базованих на принципах доказової медицини, є основою інформації, яка надана у даному учбовому посібнику.

Подібна література видається в Україні вперше.

Колектив авторів буде вдячний викладачам вищої школи за всі зауваження і пропозиції.

Список скорочень

АСТ	аспартатамінотрансферази
БПП	біофізичний профіль плода
БЧСС	базальна частота серцевих скорочень
ВДМ	висота стояння дна матки
ВООЗ	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ВР	відносний ризик
ВШ	відношення шансів
ДІ	довірчий інтервал
ДРП	дихальні рухи плода
ЗАР	зниження абсолютного ризику
ЗВР	зниження відносного ризику
КТГ	кардіотокографія
МП	маса плода
НОП	науково обґрунтована практика
НСТ	нестресовий тест
ОВ	обвід живота
ОЦК	об'єму крові, що циркулює
ПЛ	плацентарний лактоген
РКД	рандомізоване контрольоване дослідження
СО	систематичні огляди
СТГ	соматотропний гормон
УЗД	ультразвукове дослідження
ХГЛ	хоріонічний гонадотропін людини
ХОС	хвилинний об'єм серця
ЦВТ	центральный венозний тиск
ЧСС	частоти серцевих скорочень
ЧХНЛ	число хворих, яких необхідно лікувати

Розділ 1. Введення в доказову медицину

Одним з найважливіших завдань у вирішенні проблем охорони здоров'я є забезпечення якості надання медичних послуг населенню. За визначенням експертів ВООЗ гарантією якості медичної допомоги є забезпечення кожному пацієнтові оптимального комплексу медичної допомоги у відповідності з віком, біологічними властивостями індивіда. Вплинути на поліпшення якості та підвищення рівня медичного обслуговування населення, у тому числі і жіночого, реально лише при запровадженні всесвітньо визнаних медико-організаційних технологій, що ґрунтуються на доказах.

Останні десятиріччя відмічені значними досягненнями в області діагностики і лікування різних захворювань. Розвиток складних технологій і, відповідно, підвищення вартості медичної допомоги привели до того, що в жодній країні світу не забезпечується рівний доступ до всіх видів медичних втручань. При цьому для досягнення оптимальних кінцевих результатів необхідний розумний баланс між вартістю, ефективністю і ризиком несприятливих наслідків лікарських втручань. Вирішити цю проблему можна шляхом переорієнтації клінічної практики на науково обґрунтовану практику/доказову медицину, що ґрунтується на принципах клінічної епідеміології.

Нині впровадження доказової медицини (ДМ), як нового світогляду клінічної медицини, набуває державного значення. Витоки виникнення ДМ виходять ще з середини минулого століття, коли на рубежі 80-90-х років в англійській медицині була сформована нова область знань – клінічна епідеміологія. Найбільшу популярність одержали роботи вчених Університету Мак-Мастера (Онтаріо, Канада) D.Sackett, B.Haynes та інших, які вперше намагались розглянути клінічну медицину з позицій суворих наукових принципів. Ці наукові принципи значно вплинули на стиль медичної практики і світогляд лікарів.

Важливу роль в становленні ДМ зіграло Кокрановське співробітництво – міжнародна організація, яка займається аналізом і розповсюдженням систематичних оглядів клінічних досліджень. Перший Кокрановський центр був відкритий в жовтні 1992 р. в Оксфорді. У жовтні 1993 р. відбувся перший щорічний Кокрановський колоквиум, де представники 9 держав стали співзасновниками Кокрановського співробітництва.

Нині у світі налічується 16 Кокрановських центрів, в т.ч. у Росії, інформаційна електронна база яких містить біля 2,5 тис. систематичних оглядів та понад 340 тис. рефератів оригінальних публікацій.

Кокрановська бібліотека – самий потужний інструмент доказової медицини. Завдяки Кокрановській бібліотеці кожен лікар, що володіє англійською мовою, навичками роботи з електронними базами даних, може в лічені хвилини знайти необхідну інформацію.

Ідея доказової медицини була з ентузіазмом сприйнята передовими медиками всього світу. І нині, згідно сучасних стандартів розвинених країн, жоден новий метод лікування, профілактики або діагностики не може бути визнаним без обов'язкової ретельної перевірки в ході надійних контрольованих клінічних досліджень.

Доказова медицина – це використання найбільш достовірних, з наукової точки зору, досліджень для вирішення завдань клінічної практики. ДМ являє собою новий підхід до надання медичної допомоги з використанням двох фундаментальних принципів. По-перше, при виборі методу втручання лікар обов'язково повинен враховувати такі фактори, як співвідношення користі і ризику, зручність методу для хворого, затрати на обстеження та лікування, пріоритети життєвих цінностей хворого. По-друге, при прийнятті клінічного рішення необхідно враховувати дані достовірних клінічних досліджень.

Згідно з вимогами науково обґрунтованої практики (НОП), прийняття рішення, що стосується надання медичної допомоги, повинно ґрунтуватись на найбільш актуальній, достовірній та значимій науковій інформації. Це рішення повинно прийматись пацієнтом виходячи з інформації, яка надана йому лікарем на основі знань, якими він володіє, з урахуванням існуючих ресурсів.

Спеціаліст, який не користується в своїй діяльності існуючими доказовими даними, втрачає серйозні можливості допомогти пацієнту та навіть ризикує нанести шкоду його здоров'ю. В

кожній країні надання науково обґрунтованої медичної допомоги вважається важливою складовою роботи лікаря незалежно від його спеціальності.

У відповідності до резюме Сицилійської декларації з питань надання пацієнтам оптимальної медичної допомоги нині загально визнана необхідність обов'язкового володіння спеціалістами принципами і методами доказової медицини. І нині в більшості країн світу клінічна епідеміологія і доказова медицина стали невід'ємною частиною підготовки лікарів.

Згідно резюме Сицилійської декларації курс навчання, який забезпечує оволодіння НОП, повинен базуватися на п'яти етапній моделі (табл. 1).

Табл.1. Приклади доказових даних для деяких аспектів навчання НОП та оцінки результатів.

Результати навчання	Приклади методів навчання	Приклади методів оцінки
Формулювання невизначеності у вигляді конкретного питання. В ході практичної діяльності студент з'ясовує те, чого він не знає та формулює питання. Питання повинно бути сформульоване так, щоб зробити пошук та оцінку доказових даних на послідовних етапах максимально ефективним.	Наводяться клінічні випадки або студентам пропонується прийняти участь у веденні хворого. Чітко формулюються питання в структурованому форматі. Пропонується декілька форматів: що складається з трьох (хворий – втручання – результат), чотирьох (хворий – втручання – порівняння – результат) та п'яти (хворий – втручання – порівняння – результат - час) ланок.	Навички можна оцінити, приводячи приклади з клінічних випадків/ситуацій, щоб студент чітко формулював питання.
Систематичний пошук та знаходження доказових даних. Студент складає стратегію пошуку та здійснює її. Стратегія повинна бути повною та ефективною, щоб було можливо отримати всю доказову інформацію по даному питанню. Студент розуміє переваги і недоліки різних джерел інформації.	Теоретичне навчання, яке підкріплене на контрольованому практичному занятті з онлайнним зв'язком з джерелом інформації [39]. Показуються різні бази даних, наприклад, Кокранівська бібліотека, Медлайн, CINAHL, Evidance-Based Medicine, SumSearch, tripdatabase.com, та обговорюються їх порівняльні характеристики.	Для перевірки вміння студентів формулювати питання та здійснювати пошук доказових даних проводиться комп'ютеризований клінічний екзамін в стандартизованих умовах.
Оцінка достовірності доказових даних та їх клінічної значущості. Студент може оцінити достовірність дослідження. Ця оцінка включає: відповідність типу дослідження, аналіз результатів. Студент може оцінити значення результатів та перевести їх у важливі в клінічному відношенні статистичні показники, напр., число хворих, яких необхідно лікувати.	Навчанню цієї навички приділяється найбільша увага та час.	Тести для перевірки вміння критично оцінювати достовірність інформації.
Використання результатів на практиці. Студент оцінює, наскільки одержана інформація вирішує проблему, через яку виникло питання. Студент може з'ясувати позицію пацієнта та	Приклади включають використання підібраної з даного питання наукової інформації. Це потребує вивчення можливості екстраполяції цієї інформації на даний клінічний випадок та конкретизації результа-	Об'єктивне структуроване клінічне дослідження та взаємодія з хворим після прочитання наданих матеріалів.

оцінити застосовність відповіді.	тів у відповідності до ризиків у даного пацієнта.	
Оцінка виконаної роботи. Студент формулює конкретні питання, шукає джерела наукової інформації, оцінює її або використовує вже перевірену та застосовує на практиці. Студент оцінює, наскільки успішно він діяв на кожному етапі.	Рольова гра під керівництвом викладачів НОП.	Знання студентом відношення до проблеми та поведінка.

Найбільш відома методика навчання доказовим підходам розроблена в центрі доказової медицини в Оксфорді під керівництвом Девіда Саклета. Розроблені ним базові аспекти навчання принципам доказової медицини включають:

- постійну орієнтацію на пацієнта – навчання буде найбільш ефективним, якщо воно орієнтовано на захворювання пацієнтів самих студентів;
- постійну увагу до студентів з використанням різноманітних тактичних підходів та врахуванням всіх можливих обставин;
- активність та інтерактивність з формуванням у студентів особистої оцінки матеріалу, що вивчається та інтеграції його зі своїми знаннями та професійними навичками: взаємодія студентів між собою і викладачем підсилює активний процес, підтримує індивідуальний підхід до навчання;
- орієнтацію на існуючі клінічні ситуації і обставини: наприклад, тактика навчання в поліклініці буде значно відрізнятися від такої у відділенні інтенсивної терапії;
- навчання як шлях оволодіння азами експертної медицини, необхідність сприйняття студентами доказовості як центрального і необхідного елементу рутинної роботи в клініці;
- багато стадійність навчання: інформація сприймається краще, якщо вона надається невеликими порціями, з частими повторами; невеликі перерви в навчанні дають можливість більш ефективного сприйняття пройденого матеріалу, формування нових питань, відбору найбільш необхідних проблем для вивчення.

Відповідно до принципів доказової медицини надійність досліджень базується на методологічній якості їх проведення, величині і точності ефекту, відтворюваності. Достовірність отриманих в ході дослідження результатів і можливість їх подальшого використання на практиці визначається в першу чергу методологією проведення дослідження.

Розрізняють два основні види досліджень: обсерваційні – проводяться методом спостереження без попереднього втручання і експериментальні – порівняльні дослідження впливу якого-небудь втручання із застосуванням клінічного випробування.

Перевагою обсерваційних спостережень є відносна простота проведення, а недоліком – можливість наявності відмінностей в досліджуваних групах, які приводять до систематичних помилок і недостовірних висновків. До обсерваційних досліджень відносяться когортні дослідження, поперечні і дослідження випадок-контроль. Вибір дизайну залежить від області клінічного дослідження (табл. 2).

При проведенні когортного дослідження формуються дві або більше групи пацієнтів, які розрізняються за дією визначеного агента. Надалі, ці групи спостерігають, відзначаючи, у якій групі розвивається певний результат. В початкові групи повинні включатися пацієнти в однаковій фазі хвороби. Основними критеріями якості такого роду досліджень є: формування груп пацієнтів на основі чітких критеріїв, повне відстеження пацієнтів, об'єктивні критерії результату.

Табл. 2. Вибір дизайну залежно від області клінічного дослідження.

Область клінічного дослідження	Мета дослідження	Дизайн дослідження
Лікування	Перевірка ефективності лікарських препаратів, хірургічних втручань, альтернативних методів лікування та інших втручань	Рандомізоване контрольоване випробування
Діагностика	З'ясування достовірності (чи можна йому довіряти) і надійності (отримали б ми такі ж результати при повторних дослідженнях) нового діагностичного тесту	Поперечне дослідження, при якому проводять як новий тест, так і тест, що служить "золотим стандартом"
Скринінг	З'ясування цінності тестів, які застосовуються до великих груп людей, що дозволяють виявити захворювання на ранній (безсимптомній) стадії	Поперечне дослідження
Прогноз	Визначення того, що може ймовірно відбутися з пацієнтом, у якого хвороба діагностовано на ранніх стадіях	Лонгітудіальне когортне дослідження
Етіологія	Визначення залежності між гіпотетичним шкідливим чинником і розвитком захворювання	Когортне дослідження або дослідження "випадок-контроль" залежно від поширеності захворювання, описи окремих випадків

В дослідженні «випадок-контроль» порівнюються дві групи популяцій: група «випадки» (формується з людей, у яких спостерігаються захворювання або результати, що вивчаються) і контрольна група (захворювання або результати, що вивчаються, відсутні). Частота дії чинника ризику, що вивчається, в обох групах оцінюється ретроспективно, що дозволяє розрахувати відносний ризик розвитку захворювання у зв'язку з чинником ризику, що вивчається.

Якщо метою дослідження є вивчення нового методу діагностики, необхідно з'ясувати достовірність і надійність нового діагностичного тесту. Для цього проводять поперечне дослідження, при якому вивчають новий тест порівняно з тестом - "золотим стандартом", що служить (найнадійнішим на момент дослідження) методом для діагностики даного захворювання.

До експериментальних видів дослідження відносяться рандомізовані контрольні дослідження (РКД), які є "золотим стандартом" методології клінічних досліджень. Перевагою РКД є висока методологічна якість, яка зумовлює мінімізацію систематичних помилок і підвищує надійність дослідження, що досягається застосуванням основних принципів РКД рандомізації та маскування. В РКД дія чинника встановлюється за допомогою формування експериментальної і контрольної груп з подальшим порівнянням результатів, які спостерігаються в цих групах. Рандомізація – це розподіл пацієнтів на групи (експериментальну і контрольну) випадковим способом з використанням спеціальних комп'ютерних програм. Застосування рандомізації забезпечує однорідність груп за основними параметрами, що впливають на ефективність технологій, що вивчаються. Маскування ("сліпий метод") може бути простим - коли інформація про те, до якої групи (експериментальної або контрольної) віднесений кожний випробовуваний, відсутня тільки у пацієнта; подвійним - ця інформація відсутня як у пацієнта, так і у дослідника; і потрійним - недоступна пацієнту, досліднику, а також особам, які здійснюють статистичну обробку результатів дослідження.

Первинні дослідження можуть об'єднуватись в систематичні огляди (СО). СО – це по суті наукові дослідження, де об'єктом вивчення служать результати декількох оригінальних досліджень. СО синтезують результати цих досліджень з використанням підходів, що зменшують вірогідність систематичних і випадкових похибок. Ці підходи включають всебічний пошук публікацій згідно визначеного питання і використання точних критеріїв відбору публікацій для огляду. В подальшому здійснюється оцінка структури і особливостей досліджень, узагальнення даних і інтерпретація отриманих результатів. Проведення СО дозволяє підвищити надійність і точність первинних досліджень і значно звузити пошук необхідних даних.

Основними характеристиками якісного клінічного дослідження є: надійність дослідження, величина ефекту, її точність і відтворюваність. Надійність дослідження характеризується методологічною якістю - якою мірою дослідження мінімізує систематичні помилки. Величина ефекту, спостережувана в конкретному дослідженні, називається точковою оцінкою ефекту. Мірою точності (ступені достовірності випадкових помилок) дослідження є довірчий інтервал (ДІ). Відтворюваність характеризується можливістю використання результатів дослідження для конкретної категорії пацієнтів.

Для кожного виду дослідження наразі сформульовані вимоги до його проведення, специфічні стандарти якості, обробки і представлення даних.

Аналіз і оцінку даних досліджень можна здійснювати, використовуючи критерії, запропоновані D. Sackett та співавтори, залежно від проблеми, що вивчається.

Діагностика:

- Чи було незалежне порівняння з «золотим стандартом» діагностики?
- Чи оцінювався діагностичний тест на адекватній групі пацієнтів (такої ж, з якою доводиться стикатися на практиці)?
- Чи проводилося порівняння із стандартом незалежно від результату тесту?
- Чи був тест перевірений на іншій групі пацієнтів?

Етіологія:

- Чи були проаналізовані групи аналогічно у всьому, окрім впливу що нас цікавить (етіологічного агента)?
- Чи вимірювалися дії та їх результати однаково в обох групах?
- Чи було спостереження за пацієнтами достатньо тривалим, а втрати при спостереженні мінімальними?
- Чи може вважатися етіологічний агент причиною захворювання?
- Чи росте ризик розвитку
- Чи є дані, що при видаленні агента ризик захворювання знижується?
- Чи підтверджуються дані іншими дослідженнями?
- Чи можна описати патологічну дію даного агента?

Дослідження побічних ефектів лікарських засобів оцінюються так само, як і дослідження етіології.

Терапія:

- Чи була група контролю?
- Чи був відбір пацієнтів в групи лікування і контролю випадковим (рандомізація)?

- Чи було спостереження достатньо тривалим, а втрати при спостереженні зведені до мінімуму?
- Чи всі пацієнти аналізувалися в тих групах, до яких вони були спочатку віднесені?
- Чи знали пацієнти і медичний персонал про те, в яку групу включений пацієнт (маскування)?
- Чи одержували групи однакове лікування (за винятком препарату, що вивчається)?
- Чи були групи однаковими на початку дослідження?

Прогноз:

- Чи була репрезентативна група пацієнтів відібрана незабаром після початку захворювання?
- Чи було спостереження достатньо тривалим, а втрати при спостереженні зведені до мінімуму?
- Чи застосовувалися об'єктивні критерії оцінки результату?
- Якщо були виявлені підгрупи з прогнозом, що розрізняється, чи проводилася корекція за основними чинниками ризику?
- Чи проводилася перевірка отриманих даних на іншій групі пацієнтів?

Для оцінки досліджень з ефективності терапії застосовуються наступні показники: відносний ризик (ВР), відношення шансів (ВШ), зниження відносного ризику (ЗВР), зниження абсолютного ризику (ЗАР). Найочевидніша міра ефективності лікування при його порівнянні з іншими методами лікування - число хворих, яких необхідно лікувати (ЧХНЛ, NNT). Навіть за наявності достатньої величини терапевтичного ефекту необхідна впевненість в достовірності величини цього ефекту, її статистичної значимості, яка визначається показником «р». Проте, величина «р» дозволяє судити лише про статистичну достовірність, клінічна значимість визначається за довірчим інтервалом (ДІ). Звичайно використовують 95% ДІ, який вказує на те, що у 95% випадків істина величина знаходиться в межах діапазону значень, що приводиться. Значення ДІ відношення шансів або відносного ризику більше 1 означає негативний ефект, менше 1 – позитивний ефект. При діапазоні ДІ відносних величин, що включає 1 (наприклад, 0,65–1,45), клінічна значимість ефекту сумнівна, оскільки застосування експериментального лікування може давати і позитивні і негативні результати. Чим вужче довірчий інтервал, тим ближче точкова оцінка ефекту до істинної величини. Точність оцінки прямо пропорційна розміру вибірки.

Оцінка точності досліджень стосовно діагностики хвороб включає аналіз основних характеристик діагностичного тесту – чутливості та специфічності, а також показників прогностичної цінності позитивного і негативного результатів тесту (чим вище показник, тим більша вірогідність наявності захворювання при позитивному результаті тесту або відсутності хвороби при негативному результаті) та відношення правдоподібності позитивного і негативного результатів тесту (при величинах тесту більше 10 для позитивного результату тесту і менше 0,1 для негативного результату можна приймати майже остаточне рішення стосовно наявності шуканого захворювання).

Враховуючи обмеження, притаманні несистематичним клінічним дослідженням, експерти доказової медицини пропонують розділяти всі дослідження в залежності від рівня доказовості.

Критерієм розподілу є критичний аналіз методології досліджень. Найбільш надійним джерелом інформації щодо ефекту технології є систематичні огляди. Використовують наступні критерії оцінки достовірності клінічних доказів (шкала рівнів доказовості досліджень):

A (I) – систематичний огляд або високоякісний мета-аналіз РКД, окреме високоякісне РКД. Рекомендації цього рівня є найбільш вірогідними і науково обґрунтованими.

B (II-III) – високоякісний систематичний огляд когортних досліджень або досліджень „випадок-контроль”, високоякісне когортне дослідження або дослідження „випадок-контроль”. Ре-

комендації цього рівня мають високий рівень вірогідності та можуть бути підґрунтям для прийняття клінічного рішення.

С (IV) – дослідження серії випадків. Рекомендації цього рівня використовуються для обґрунтування певних клінічних рішень за відсутності доказів рівня А (I) і В (II-III).

D (V) – експериментальні дослідження або думка експертів. Рекомендації цього рівня використовуються для прийняття клінічних рішень, якщо дослідження рівнів А (I), В (II-III), С (IV) не проводилися з етичних або інших причин.

Наведена класифікація достовірності досліджень спрощує дії лікаря при вирішенні тієї чи іншої проблеми: він повинен шукати і застосовувати на практиці самі достовірні із наявних даних. Сама концепція ієрархії достовірності клінічних доказів свідчить про те, що дані про ефективність чи неефективність втручань завжди є. Такі дані можуть бути малопереконливими, але повинні враховуватись.

При формуванні клінічної стратегії на державному і регіональному рівні потрібно враховувати значно більше коло факторів, ніж для лікування конкретного пацієнта. Принципи доказової медицини на рівні клінічної стратегії застосовуються при розробці державних нормативів (стандартів) надання медичної допомоги та клінічних керівництв (протоколів).

Розділ 2. Структура і організація роботи акушерської служби

Організація акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні базується на принципі єдності здоров'я матері та дитини, а удосконалення первинної медико-санітарної допомоги вагітним, жінкам, дівчаткам має пріоритетне значення.

Організація акушерсько-гінекологічної допомоги складається із основних трьох етапів:

1. організації служби планування сім'ї як основи формування та збереження репродуктивного здоров'я;
2. організації акушерської допомоги на основі принципів безпечного материнства;
3. організації гінекологічної допомоги, заснованої на принципах реабілітації репродуктивного здоров'я як основного фактора профілактики онко-гінекологічних захворювань.

Система планування сім'ї (ПС) України відноситься до однієї з наймолодших підсистем галузі охорони здоров'я України.

Спеціально розроблена за світовим взірцем система ПС, яка включає комплекс медико-організаційної роботи, спрямованої на формування у населення безпечної статевої поведінки, зацікавленості у збереженні і поліпшенні особистого здоров'я та основ відповідального батьківства, стала основою для формування репродуктивної функції підростаючого покоління та збереження репродуктивного здоров'я у дорослого населення. Тобто в основу діяльності служби ПС покладається перш за все цілеспрямована робота з формування у молоді статевої культури та підготовки її до створення здорової сім'ї.

Організація діяльності структурних підрозділів системи ПС здійснюється відповідно рівня надання консультативно-медичної допомоги з питань ПС.

До I рівня віднесені – фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, дільничні лікарні, лікарські амбулаторії та амбулаторії сімейного лікаря, а також громадські організації населених пунктів.

На цьому рівні сімейні та дільничні лікарі, фельдшери, акушерки забезпечують наступні послуги з ПС:

- проведення санітарно-освітньої роботи з питань здорового способу життя,
- статевого виховання,
- профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом;
- організація профілактичних оглядів жіночого населення з одночасним індивідуальним консультуванням або підбором методу запобігання небажаної вагітності;
- організацію і проведення навчання сімей сучасним методам планування сім'ї відповідно до рекомендацій ВООЗ;
- своєчасне виявлення вагітних жінок та проведення динамічного нагляду за ними у співпраці з лікарем-акушером-гінекологом;
- своєчасне виявлення жінок з патологією важкого ступеня, яким вагітність загрожує здоров'ю або життю, з метою скерування їх на більш високий рівень надання допомоги

Надання медичної допомоги з питань ПС на II рівні забезпечують кабінети ПС у районних та центральних районних лікарнях, міські кабінети ПС, жіночі консультації, пологові будинки, акушерські та гінекологічні відділення, служби дитячої та підліткової гінекології, дитячі поліклініки, відділення/кабінет медико-соціальної допомоги дітям та молоді „Клініка, дружня до молоді”, зацікавлені громадські об'єднання.

Другий рівень надання медичної допомоги з питань ПС потребує нормативного визначення відповідального спеціаліста з питань ПС, на якого покладається організаційно-методичне керівництво щодо попередження ІПСШ та не планованої вагітності:

- забезпечення населення інформацією та надання послуг з ПС;
- створення системи забезпечення контрацептивами населення;
- створення умов доступності до послуг з ПС для населення регіону;
- формування реєстру жінок з екстрагенітальною патологією важкого ступеня, яким вагітність загрожує здоров'ю або життю з метою безоплатного забезпечення їх сучасними ефективними видами контрацепції;
- співпраця з громадськими організаціями, закладами освіти, правоохоронними органами та закладами опіки у впровадженні інформаційного компоненту ПС у навчальних закладах з питань статевого виховання, здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я,
- проведення післяабортного, післяпологового консультування з питань ПС та індивідуального підбору методу контрацепції

На III рівні послуги з ПС надають Український державний центр планування сім'ї з консультативно-діагностичним, інформаційно-аналітичним відділеннями та навчальним центром, навчальні заклади III-IV рівня акредитації, громадські об'єднання, обласні центри планування сім'ї з консультативно-діагностичним, стаціонарним (стаціонаром денного перебування), інформаційно-аналітичним відділеннями та навчальним центром, центри профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД, здоров'я, медичної генетики, обласні шкірно-венерологічні та наркологічні диспансери, громадські об'єднання.

Український державний центр планування сім'ї організовує методичну, консультативну, навчальну, високоспеціалізовану медичну допомогу.

Структурні підрозділи служби ПС III рівня забезпечують:

- надання консультативної і лікувально-діагностичної допомоги з питань, пов'язаних з охороною репродуктивного здоров'я сімей, планування сім'ї;
- профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ);
- андрологічну допомогу населенню,
- профілактику, діагностику та лікування безплідності;
- організацію санітарно-просвітницької роботи серед населення та навчальної роботи серед медичних фахівців, соціальних спеціалістів, психологів та педагогів щодо основ планування сім'ї, дитячої гінекології, сексології, андрології;
- аналіз демографічної ситуації у регіоні та стану репродуктивного здоров'я населення, дослідження епідеміології репродуктивних втрат та медичних факторів, що порушують репродуктивне здоров'я населення, а також розроблення заходів і конкретних регіональних рекомендацій щодо вирішення проблем планування сім'ї та репродукції людини на основі сучасних досягнень медичної науки і практики;
- організаційно-методичну роботу служби планування сім'ї та інших лікувально-профілактичних акушерсько-гінекологічних лікувальних закладів регіону;
- впровадження сучасних методів профілактики, діагностики лікування розладів і порушень репродуктивної функції;
- підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей та середніх медичних спеціалістів з даних проблем;
- співпрацю з органами місцевої влади, соціального захисту населення, службою сім'ї та молоді, органами та установами освіти, державними органами реєстрації актів цивільного стану, правоохоронними та іншими органами, засобами масової інформації, організаціями, релігійними конфесіями з питань медико-соціального захисту інтересів і прав сімей та їх членів, репродуктивного здоров'я населення, а також визначення потреб регіону у різних засобах та методах контрацепції;

- співпрацю з обласними дерматовенерологічними, наркологічними диспансерами, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ, центрами здоров'я, соціальними службами для молоді для інтеграції послуг з питань ПС.

Організація діяльності служби ПС в Україні з питань формування репродуктивного здоров'я здійснюється спільно із службами освіти на будь-якому структурно-організаційному рівні шляхом створення та затвердження спільних програм відповідно до вікової категорії дітей.

Організація акушерсько-гінекологічної допомоги

Організація акушерської допомоги за сучасними підходами розглядається як організація перинатальної допомоги, основними складовими якої є:

- підготовка сім'ї до народження дитини сьогодні розглядається як спільна відповідальність за народження дитини усієї родини, особливо майбутніх батьків у відповідності рекомендацій ВООЗ щодо залучення родини до народження дитини. Реорганізація «Школи материнства» у «Школи відповідального батьківства» передбачає через нові комунікаційні технології підготовку вагітної та її членів родини до партнерських пологів як вагального психологічного заходу профілактики ускладнень у пологах, зменшення застосування медикаментів, зменшення кількості пологів шляхом кесаревого розтину і як результату поліпшення здоров'я новонароджених;
- формування та підтримка грудного вигодовування малюків дає надзвичайно важливі позитивні результати у зменшенні випадків інфекційних розладів у новонароджених та породіль, а також хвороб органів травлення та шлунково-кишкового тракту у новонароджених;
- профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ. Удосконалені технології у відповідності рекомендацій ВООЗ щодо 4-компонентного підходу, а саме: профілактики ВІЛ серед жіночого населення, профілактики небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок, медикаментозної профілактики ВІЛ у новонароджених та соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей і їх сімей;
- медико-генетична допомога спрямована на профілактику вродженої та спадкової патології. Нормативи надання медико-генетичної допомоги визначають спільну діяльність спеціалістів з медичної генетики та акушерства і гінекології з питань впровадження прекоцепційної підготовки до вагітності і пологів, своєчасної діагностики генетичної патології для її попередження у новонароджених.

В Україні створена 3-рівнева система акушерсько-гінекологічної допомоги.

Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога.

Сучасна організація амбулаторної гінекологічної допомоги передбачає проведення заходів з питань профілактики виникнення гінекологічних захворювань, раннього їх виявлення та надання лікувальної та реабілітаційної допомоги.

Значущою ланкою залишаються профілактичні огляди. Зокрема, допомогою в оглядових кабінетах забезпечуються всі жінки (за їх поінформованою згодою), які звернулися вперше в поточному році до поліклініки.

Основними принципами організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги є етапність (рівні) надання медичної допомоги; за узагальненими нормативами (стандартами) надання медичної допомоги;- систематичний, кваліфікований, в рівній мірі доступний в селах і містах лікарський, фельдшерський, сестринський профілактичний нагляд за жінками.

На I етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу жінки отримують на ФАПах, у лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на I етапі, в основному, має профілактичний характер з метою попередження ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань.

На II етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним і гінекологічним хворим здійснює медичний персонал сільської амбулаторії та ДЛ, лікар акушер-гінеколог РЛ і ЦРЛ. У лікувальних закладах II етапу спостерігаються вагітні без ускладненого перебігу вагітності.

На III етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень. У ЛПЗ III етапу забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим. За необхідності проводиться консультативне обстеження іншими спеціалістами.

Стаціонарна медична акушерсько-гінекологічна допомога

До I рівня відносяться районні, центральні районні та міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології й інтенсивної терапії. Забезпечується цілодобове чергування анестезіолога (чергування вдома). Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних з низьким ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень, надання медичної допомоги гінекологічним хворим.

До II рівня відносяться районні лікарні, центральні районні лікарні і акушерські відділення міських лікарень, міські пологові будинки, у яких є відділення анестезіології й інтенсивної терапії, а також черговий неонатолог цілодобово. Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних низького і високого (за сукупністю факторів) ступеня акушерського та перинатального ризику, а також виконують усі функції установ I рівня, в тому числі надання кваліфікованої допомоги гінекологічним хворим, окрім спеціалізованої гінекологічної допомоги.

До III рівня відносяться міські, обласні пологові відділення, перинатальні центри та центри репродуктивного здоров'я, які є клінічними базами кафедр акушерства і гінекології III-IV рівня акредитації, а також пологові відділення обласних лікарень, які мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених; інститут ПАГ АМН України.

Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня акушерського та перинатального ризику, з тяжкою екстрагенітальною патологією, надання спеціалізованої допомоги гінекологічним хворим.

Організація роботи пологових будинків або пологових відділень будується за єдиним принципом відповідно до діючого законодавства.

Основні завдання акушерського стаціонару:

- надання кваліфікованої медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, основної на доказовій медицині;
- впровадження в практику сучасних безпечних методів ведення пологів та періоду новонародженості;
- проведення профілактичних заходів щодо ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду та інфекційних захворювань серед матерів і дітей;
- проведення інформаційної роботи серед вагітних, роділь та їх сімей.

Структура акушерського стаціонару:

- акушерське приймально-оглядове відділення;
- акушерське відділення з індивідуальними пологовими залами, індивідуальними та сімейними пологовими палатами, післяпологовими палатами для спільного перебування матері і новонародженого;
- відділення патології вагітних;
- операційний блок;

- анестезіологічне відділення (палати) з ліжками інтенсивної терапії для жінок;
- відділення (палати) інтенсивної терапії новонароджених;
- відділення (палата) для неонатального догляду;
- маніпуляційна;
- палата із санвузлом (не менше однієї в залежності від потужності пологового стаціонару - 2-3) з окремим входом для госпіталізації роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів;
- приміщення для дезінфекції та передстерилізаційної очистки інструментарію;
- санвузол для персоналу, санвузли та душові кімнати для жінок;
- приміщення для прибирального інвентарю;
- група приміщень для медичного персоналу;

Для прийняття та госпіталізації гінекологічних хворих необхідно мати окреме приміщення.

Медична допомога в акушерському стаціонарі надається у відповідності до Нормативів надання амбулаторної та стаціонарної акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги.

Основний принцип застосування "Нормативів" – це орієнтація на оптимальний обсяг обстеження та лікування конкретної пацієнтки. Якщо той чи інший лікувальний заклад не може забезпечити необхідний обсяг допомоги, пацієнтка повинна бути поінформована щодо необхідного обсягу і скерована на вищий рівень організації діагностично-лікувального процесу.

На виконання нормативів (стандартів) розроблені на основі науково-доказової медицини клінічні протоколи з лікування найбільш поширених видів акушерської, гінекологічної та неонатологічної патології, затверджених наказами МОЗ України. Виконання вимог клінічних протоколів є обов'язковим для медичних спеціалістів на основі юридичних відносин із пацієнткою.

Організація акушерських стаціонарів передбачає створення індивідуальних пологових палат у відповідності вимог Цивільного кодексу щодо конфіденційності стану здоров'я пацієнта, забезпечення комфортних умов спільного перебування матері та новонародженого в індивідуальній палаті з метою забезпечення дотримання «теплого ланцюжка» та профілактики інфекційних захворювань у породіль та новонароджених.

Індивідуальні пологові палати оснащуються функціональним ліжком або ліжком-трансформером для приймання пологів та перебування на ньому породіллі під час усього періоду госпіталізації, засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок), сповивальним столиком. Після пологів мати й дитина спільно перебувають до виписки із стаціонару.

Палата для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів оснащується функціональним ліжком або ліжком-трансформером для приймання пологів та перебування на ньому породіллі під час всього періоду госпіталізації, необхідним медичним обладнанням та засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок).

Медичний персонал акушерського стаціонару дозволяє присутність партнера не більше 2 осіб (чоловіка, членів родини, близьких) на пологах відповідно до порядку, затвердженого головним лікарем ЗОЗ з урахуванням бажання роділлі. Додаткове медичне обстеження родичів не проводиться. Присутність членів родини за наявності в них туберкульозу або гострих проявів інфекційного захворювання в акушерському стаціонарі не допускається. Особи, присутні при пологах, повинні бути в чистому домашньому одязі та змінному взутті.

Дозволяються відвідування матері (з урахуванням її бажання) і дитини в акушерському стаціонарі близькими родичами (не більше 2 осіб одночасно) та їх допомога в догляді за новонародженим і породіллею. Можливість відвідування породіллі членами родини до 14 років вирішується головним лікарем стаціонару.

Виписка з акушерського стаціонару за умови фізіологічного перебігу пологів та післяпологового періоду здійснюється на 3-тю добу після пологів.

Профілактичні та протиепідемічні заходи

Введення інфекційного контролю в акушерських стаціонарів з метою профілактики внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ) через впровадження сучасних перинатальних технологій, епідеміологічного стеження дає можливість попередити не лише спалахи ВЛІ, а й індивідуальні випадки гострих запальних захворювань пацієнтів в акушерських стаціонарах.

Профілактика ВЛІ у новонароджених та породіль включає впровадження ефективних акушерських технологій, заснованих на даних науково-доказової медицини, ведення пологів і післяпологового періоду, грудного вигодовування новонароджених, принципів інфекційного контролю, використання епідемічно безпечних алгоритмів виконання медичних маніпуляцій.

Нормальні пологи визначаються як чиста (не стерильна) процедура:

- для роділлі, а також для партнера у пологах, присутнього на пологах, дозволяється використання чистого домашнього одягу, домашньої постільної білизни;
- до профілактичних та протиепідемічних заходів належить дотримання вимог ведення пологів, післяпологового періоду та догляду за новонародженим клінічних протоколів, затверджених наказами МОЗ;
- використання стерильного інструментарію та перев'язувального матеріалу для пологів.

Профілактика гіпотермії новонароджених є найважливішою умовою профілактики інфекційних ускладнень у них. Для дотримання теплового ланцюжка необхідно забезпечення таких вимог:

- в індивідуальному пологовому залі, пологових, сімейних пологових палатах, операційній повітря повинно бути чистим і теплим, без протягів. Оптимальна температура навколишнього середовища 25о С, при передчасних пологах - 28° С;
- за умови задовільного стану плода при народженні, відразу після пологів (до перетинання пуповини) акушерка викладає дитину на живіт матері, обсушує тіло та голову новонародженого стерильною, сухою або чистою випрасуваною домашньою, попередньо підігрітою пелюшкою;
- з метою колонізації новонародженого материнською мікрофлорою контакт «шкіра до шкіри» проводиться у пологовій/сімейній палаті (залі) не менше 2 годин за умови задовільного стану матері і дитини, після висушування акушерка одягає на дитину чисті шапочку і шкарпетки та вкриває дитину сухою, попередньо підігрітою чистою пелюшкою і ковдрою;
- вимірювання температури тіла новонародженого в аксілярній ділянці продезінфікованим електронним термометром через 30 хвилин після народження;
- профілактику офтальмії проводять із застосуванням рекомендованих препаратів із антибіотиками з дотриманням правил асептики та антисептики. Перевага надається використанню індивідуальних туб;
- у разі ведення пологів в індивідуальному пологовому залі новонародженого разом з матір'ю переводять до індивідуальної післяпологової палати спільного перебування матері і дитини з дотриманням теплового ланцюжка;
- при переведенні дитини до іншого відділення (палати) необхідно забезпечити умови транспортування, які виключають виникнення гіпотермії;
- грудне вигодовування новонароджених за виключенням випадків протипоказань, встановлених діючими нормативними актами.
- проведення реанімації новонародженого в теплих умовах.

Мінімізація методів інвазивного втручання дозволяє значно знизити ризик внутрішньолікарняного інфікування як пацієнтів, так і медперсоналу. З цією метою дотримуються таких вимог:

- гоління волосся на лобку вагітної, випорожнюючі клізми рутинно не застосовуються;
- кількість внутрішніх акушерських досліджень повинна бути оптимально обмеженою згідно з партограмою;
- обмеження показань для медикаментозного знеболювання, чому сприяють партнерські пологи;
- кесарів розтин за показаннями відповідно до діючого клінічного протоколу;
- слиз з ротової порожнини новонародженого відразу після народження видаляється лише за необхідності одноразовими стерильною грушею або катетером з електровідсмоктувачем;
- перевірка прохідності стравоходу у здорових новонароджених рутинно не проводиться;
- катетеризація сечового міхура породіллі проводиться лише за показаннями;
- обробка швів на промежині спеціальними розчинами не проводиться, достатньо дотримання жінкою правил особистої гігієни;
- виконання вимог клінічних протоколів проведення лікувально-діагностичних процедур.

Профілактика маститів у породіль та формування нормальної мікрофлори кишечника новонародженого здійснюється шляхом активної підтримки правил грудного вигодовування.

За умови перебування дитини у відділенні (палаті) інтенсивної терапії (окремо від матері) її годування здійснюють грудним материнським молоком із стерильних чашечки, ріжка, ложечки або через зонд одноразового використання. Матері дозволяється відвідувати дитину або перебувати разом з нею та здійснювати можливі види догляду за нею для психологічної підтримки одужування новонародженого.

Одним з найважливіших факторів попередження виникнення ВЛІ є індивідуально спільне перебування матері і дитини (мати-дитина в окремій палаті), а також мінімальне втручання медперсоналу в процес догляду за новонародженим. Якщо жінка не може самотійно доглядати дитину, їй можуть допомагати члени родини, медичний персонал. Дотримання правил гігієни рук є обов'язковим.

Абсолютними протипоказаннями для спільного перебування матері та новонародженого є відкрита форма туберкульозу та психічні захворювання матері.

Медична сестра післяпологового відділення навчає матір та членів родини, які здійснюють догляд за новонародженим, елементам догляду, техніці миття рук, а також контролює їх виконання.

Термін виписки з акушерського стаціонару при ускладнених пологах визначається станом здоров'я матері та дитини.

Санітарно-протиепідемічні заходи

У приймальному відділенні нагадують жінці та партнеру в пологах про необхідність дотримання сучасних підходів до пологів (партнерські пологи виконують не спостережну функцію, а психологічну підтримку роділлі, породіллі та новонародженого), переваги грудного вигодовування. У відділенні розміщують яскраві інформаційні матеріали.

У приймальному відділенні створюють умови для переодягання жінки на пологи, а також збору та зберігання одягу. Вагітна одягає чистий домашній одяг та взуття. В акушерських стаціонарах дозволяється користуватися дитячими підгузниками і жіночими гігієнічними пакетами промислового виробництва.

За відсутності домашнього одягу вагітну забезпечують рушником, чистою натільною білизною, халатом, взуттям, яке піддається дезінфекції. Під час прийому вагітної акушерка працює в одноразових рукавичках.

Партнер на пологи переодягається в чистий домашній одяг та змінне взуття. Можливо застосування халатів, бахіл одноразового використання.

Персонал приймального відділення візуально оцінює придатність домашньої білизни та одягу для жінки, новонародженого і партнера для використання під час пологів, післяпологового перебування.

Після опитування вагітної жінки або роділлі акушерка вимірює їй температуру тіла, вагу, оглядає шкіру та зів на наявність запалення, волосся на голові на наявність педикульозу.

Огляд вагітної здійснюють на тапчані, застеленому клейонкою та індивідуальною (лікарняною чи особистою) пелюшкою. Після огляду кожної жінки пелюшку замінюють, а клейонку знезаражують. Термометри та одноразові шпатель після використання занурюють у ємкості з дезрозчином. Поверхні після контакту з кожною пацієнткою обробляють дезінфекційними засобами, призначеними для обробки поверхонь.

Усі пацієнтки приймають душ, використовуючи індивідуальні: мило, мочалку, рушник.

При виявленні педикульозу застосовують протипедикульозні засоби, що зареєстровані в Україні.

Роділь із відділення патології вагітності переводять для пологів безпосередньо до індивідуальної/сімейної пологової палати, залу, операційної.

Профілактика ВЛІ у медичного персоналу

Відповідальність за наявність умов та здійснення заходів щодо охорони здоров'я медичного персоналу несе головний лікар стаціонару.

При прийомі на роботу медичний персонал інформується про фактори ризику при виконанні своїх професійних обов'язків, дотримання правил попередження професійних захворювань. У подальшому не менш 1 разу на 6 місяців весь медичний персонал повинен проходити інструктаж з питань профілактики ВЛІ у медперсоналу та безпеки праці, 1 раз на місяць – навчання за розробленою у стаціонарі програмою.

В акушерському стаціонарі розробляється програма охорони здоров'я медичного персоналу, яка має визначити критерії щодо профілактики професійного зараження, методи виявлення та реєстрації випадків професійних захворювань, підходи щодо їх запобігання, критерії відсторонення від роботи або обмеження професійної діяльності.

Проводиться скринінг медичного персоналу на наявність захворювань згідно діючих нормативних документів.

Профілактика професійних заражень передбачає використання універсальних заходів безпеки при проведенні інвазивних процедур, імунізацію та післяконтактну профілактику.

Універсальні заходи безпеки передбачають:

- використання індивідуальних засобів захисту (халати, шапочки, гумові рукавички, маски, окуляри, або захисні екрани, взуття, що піддається дезінфекції) під час проведення всіх медичних маніпуляцій, які пов'язані з контактом з кров'ю або іншими біологічними рідинами пацієнтів;
- дотримання правил безпеки при роботі, зборі, дезінфекції, предстерилізаційній очистці або видаленні з відділення гострого та різучого медичного інструментарію;
- дотримання правил і техніки миття та антисептики рук.

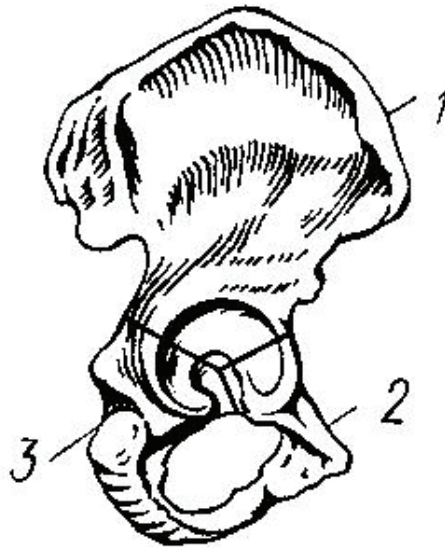
Персонал щоденно перед початком роботи одягає робочий чистий одяг (халат або костюм, взуття, що піддається дезінфекції).

Розділ 3. Пологові шляхи жінки. Плід як об'єкт пологів

Пологові шляхи жінки.

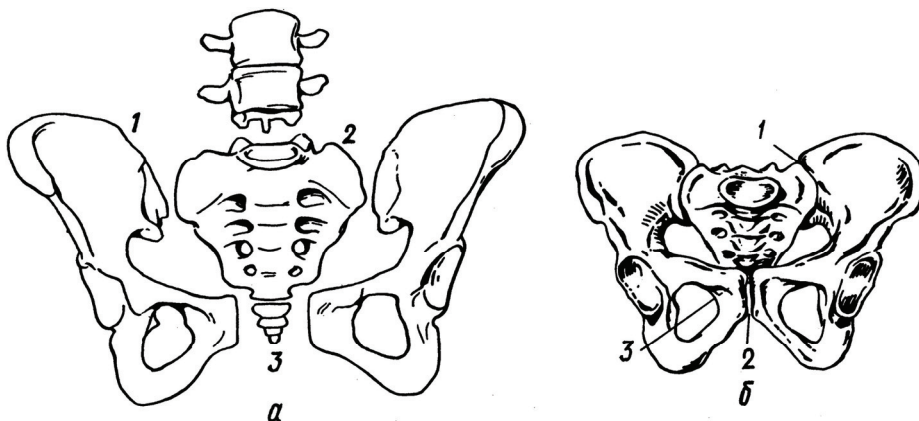
Пологові шляхи жінки поділяються на кісткову і м'яку частини. До кісткової частини належить малий таз, до м'якої - шийка матки, вагіна, м'язово - фасціальна система тазового дна.

Таз утворюється двома тазовими кістками, крижами і куприком. Тазова кістка складається з клубової, сідничної, та лобкової кісток (Мал. 1)



Мал. 1. Тазова кістка:
1 – клубова кістка; 2 – лобкова кістка;
3 – сіднична кістка.

Жіночий таз з акушерських міркувань розділяють на 2 відділи: великий і малий таз. Межа між ними проходить по безіменній лінії (*linea innominata*). Великий таз обмежений з боків крилами клубових кісток, ззаду - хребтом, спереду - стінки не має. Малий таз утворюється спереду гілками лобкових кісток і симфізом, з боків - частинами кісток, що складають кульшову западину, тілами та буграми сідничних кісток, ззаду - крижовою кісткою та куприком. (Мал. 2)



Мал. 2. Кістки таза
(а: 1 – безіменна кістка; 2 – крижі, 3 – куприк) та його з'єднання б: 1 – крижово-клубовий суглоб; 2 – лобковий симфіз; 3 – крижово-куприковий суглоб

Під час пологів малий таз, як щільний кістковий тунель обмежує й визначає розміри, фор-

му і напрямом пологового каналу, по якому плід проходить, і до якого має пристосуватися, змінюючи конфігурацію голівки.

В акушерській практиці велике значення мають розміри малого таза, від яких залежать перебіг та завершення пологів для матері і плода. Але більшість розмірів малого таза не може бути виміряна безпосередньо.

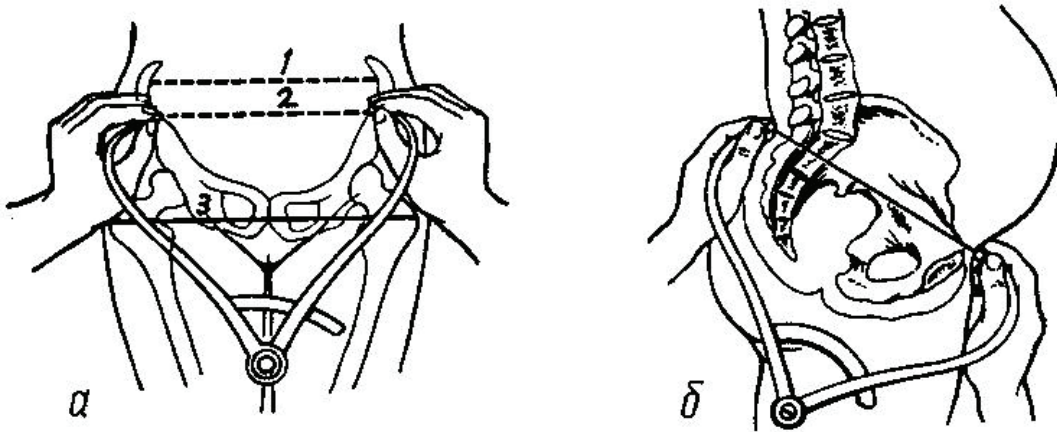
Великий таз для народження дитини суттєвого значення не має, але по його розмірам можливо опосередковано судити о формі та величині малого таза.

Вимірювання таза проводять тазоміром.

Розміри великого таза

Звичайно вимірюють чотири *основні розміри таза*: три поперечні і один прямий.

Distantia spinarum — відстань між передньо-верхніми остями клубових кісток. Цей розмір дорівнює 25 см; *Distantia cristarum* — відстань між найбільш віддаленими точками гребенів клубових кісток. В середньому вона дорівнює 28 см. *Distantia trochanterica* — відстань між великими вертлюгами стегнових кісток. Цей розмір дорівнює 31 см. (Мал. 3)



Мал. 3. Зовнішні розміри таза:

а – поперечні розміри таза: 1 – *distantia cristarum*; 2 – *spinarum*; 3 – *trochanterica*; *б* – *conjugata externa*

Conjugata exsterna (зовнішня кон'югата) — прямий розмір таза. Жінку вкладають на бік; ногу, що лежить знизу, згинають у тазо-стегновому та колінному суглобах, другу витягують. Один кінець тазоміру встановлюють на середину верхньо-зовнішнього краю симфізу, другий кінець - притискають до надкрижової ямки, яка міститься між остистими відростками п'ятого поперекового хребця і першого крижового хребців. Зовнішня кон'югата дорівнює 20 см. (Мал. 3 - б)

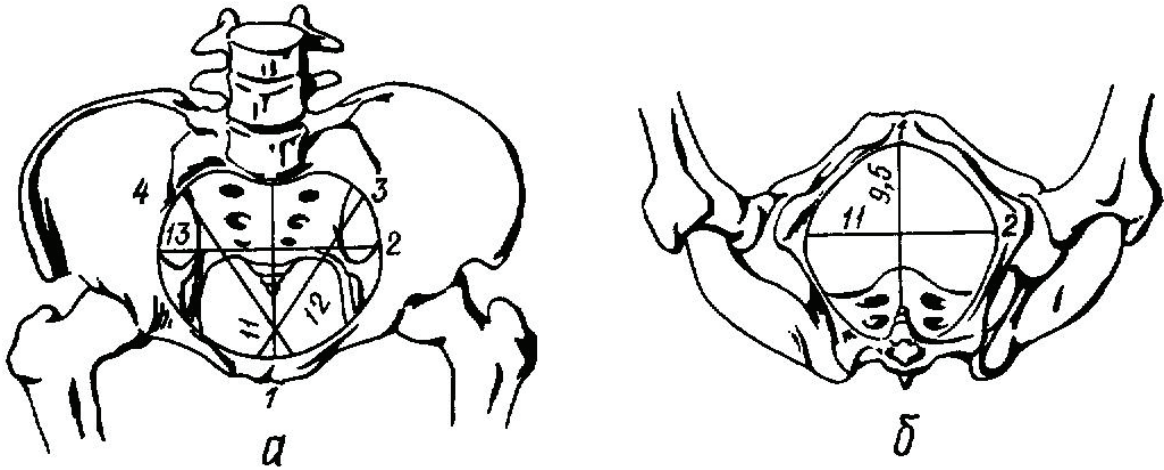
Площини малого таза та їх розміри

Порожниною малого таза є простір між його стінками, який зверху та знизу обмежений площинами входу та виходу таза. Вона має вигляд циліндру, який усічений спереду назад так, що передня частина (яка звернена до лона) майже в 3 рази нижче задньої (яка звернена до крижової кістки).

В порожнині малого таза розрізняють чотири площини: входу, широкої та вузької частин і виходу.

Площини малого таза та їх розміри:

а) площина входу в малий таз обмежена ззаду мисом крижової кістки, з боків - пограничними (дугоподібними) лініями клубових кісток, спереду - верхнім краєм лобкової кістки та симфізу. Розрізняють чотири розміри. (Мал. 4)



Мал. 4. Розміри площин малого таза

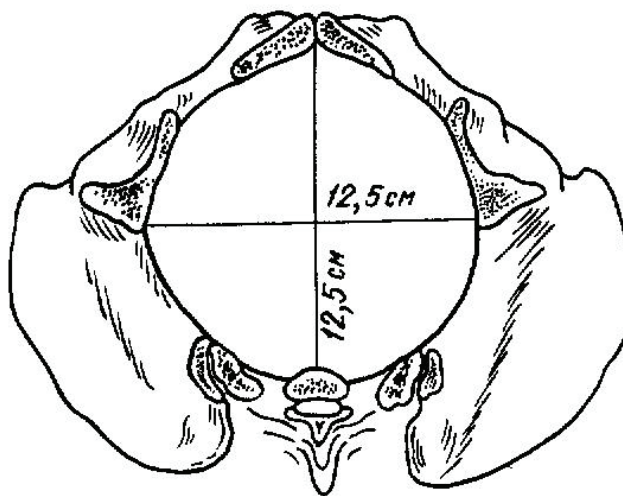
(1 – прямий; 2 – поперечний; 3, 4 – правий і лівий косий): а – площа входу в малий таз, б – площа виходу з малого таза (розміри наведено у сантиметрах)

Прямий розмір – відстань від мису крижової кістки до найбільш виступаючої точки верхньо-внутрішнього краю симфізу, вона називається також *істинною, або акушерською кон'югатою (conjugata vera)*, дорівнює 11 см. Розрізняють також анатомічну кон'югату (*conjugata anatomica*) - відстань від мису крижової кістки до верхнього краю симфізу, вона на 0.3 см більша від акушерської.

Поперечний розмір – відстань між найвіддаленішими точками дугоподібних ліній клубових кісток (*linea innominata*); дорівнює 13 см.

Косий розмір (лівий і правий) – відстань від лівого крижово-клубового зчленування (*articulatio sacroiliaca*) до правого клубово-лобкового вивищення (*eminentia ileopubica*) і навпаки; дорівнює 12 см.

б) площина широкої частини порожнини малого таза обмежена ззаду з'єднанням II і III крижових хребців, з боків – серединою кульшових западин, спереду – серединою внутрішньої поверхні симфізу. У площині широкої частини малого таза розрізняють два розміри – прямий і поперечний. (Мал. 5)



Мал. 5. Розміри площини широкої частини малого таза

(прямий – від середини внутрішньої поверхні симфізу до рівня з'єднання II і III крижових хребців; поперечний – між серединами кульшових западин)

Прямий розмір – від проекції з'єднання II і III крижових хребців до середини внутрішньої поверхні симфізу; дорівнює 12,5 см.

Поперечний розмір – між серединами кульшових западин; дорівнює 12,5 см.

в) площина вузької частини малого таза обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду – крижово-куприковим з'єднанням, з боків – остями сідничних кісток. Розрізняють два розміри площини вузької частини малого таза: прямий і поперечний.

Прямий розмір – від крижово-куприкового з'єднання до середини нижнього краю лобкового симфізу; дорівнює 11 см.

Поперечний розмір – між внутрішніми поверхнями остей сідничних кісток; дорівнює 10,5 см.

г) площина виходу з малого таза обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду – верхівкою куприка, з боків – внутрішніми поверхнями сідничних бугрів.

Розміри площини виходу з малого таза: прямий і поперечний. (Мал. 4 б)

Прямий розмір – це відстань від середини нижнього краю симфізу до верхівки куприка; дорівнює 9,5 см (під час пологів, коли народжується голівка, куприк відхиляється на 1,5 см назад і прямий розмір збільшується до 11 см).

Поперечний розмір – відстань між внутрішніми поверхнями сідничних бугрів, дорівнює 11 см.

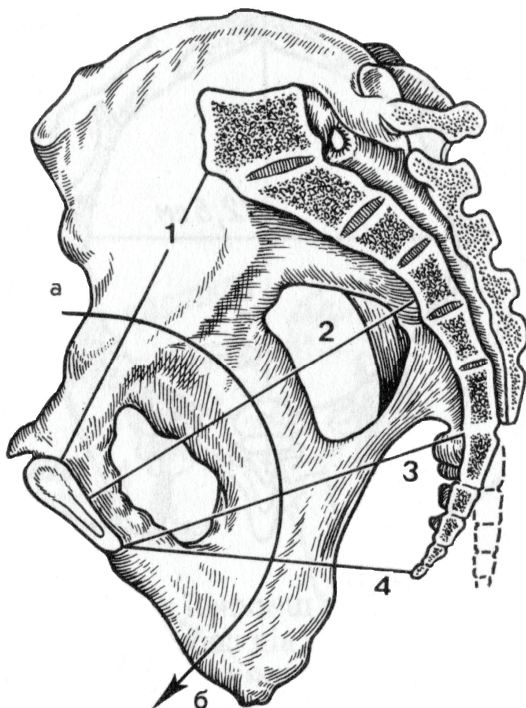
Розміри виходу з малого таза можуть бути виміряні безпосередньо. Для цього вагітну укладають на спину, ноги зігнуті у кульшових і колінних суглобах, розведені в сторони і підтягнуті до живота. Вимірювання виконують сантиметровою стрічкою або спеціальним тазоміром. Прямий розмір вимірюється між наведеними вище орієнтирами. При вимірюванні поперечного розміру треба до одержаного відстані між внутрішніми поверхнями сідничних бугрів (9,5 см) додати 1,5 см, враховуючи товщину м'яких тканин.

Лінія, що проходить посередині всіх прямих розмірів площин, називається провідною віссю таза. (Мал. 6)

Лобковий кут дорівнює 90-100°, кут нахилу таза - 55-60°. Висота симфізу вимірюється при вагінальному обстеженні і дорівнює 3,5-4 см.

Найважливішим розміром для оцінки таза є істинна кон'югата, яка не може бути виміряна безпосередньо. Тому її вираховують із доступних для вимірювання розмірів: зовнішньої кон'югати та діагональної кон'югати.

Для визначення *істинної кон'югати* з розміру зовнішньої кон'югати треба відняти 8 см при обводі променево-зап'ястного суглоба < 14 см; 9 см - при обводі променево-зап'ястного суглоба 14-16 см; та 10 см - при обводі променево-зап'ястного суглоба > 16 см. Наприклад: 20 см - 9 см = 11 см.

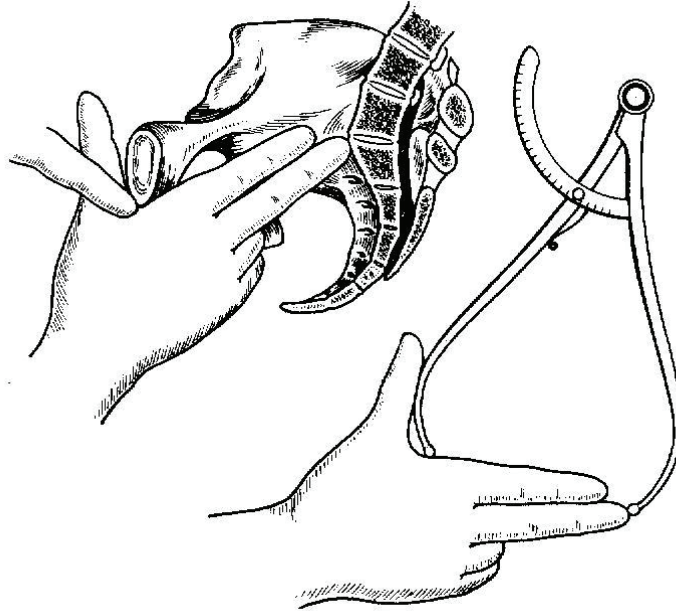


Мал. 6. Прямі розміри чотирьох площин малого таза:

(1 – вхід у малий таз (*істинна кон'югата*); 2 – широка частина порожнини малого таза; 3 – вузька частина порожнини малого таза; 4 – вихід із малого таза; а - б – провідна вісь

Діагональна кон'югата – відстань від нижнього краю симфізу до найбільш виступаючої точки мису крижової кістки. Діагональна кон'югата вимірюється шляхом вагінального дослідження.

При введенні в вагіну вказівний та середній пальці рухаються крижовою западиною до мису крижів, кінчик середнього пальця фіксується на його верхівці, а ребро долоні впирається у нижній край симфізу. Місце, де рука лікаря торкається нижнього краю симфізу, відзначають пальцем другої руки. Після того як пальці вийняті із піхви, тазоміром або сантиметровою стрічкою вимірюють відстань від верхівки середнього пальця до відзначеної точки зіткнення ребра долоні з нижнім краєм симфізу. (Мал. 7)



Мал. 7. Вимірювання діагональної кон'югати

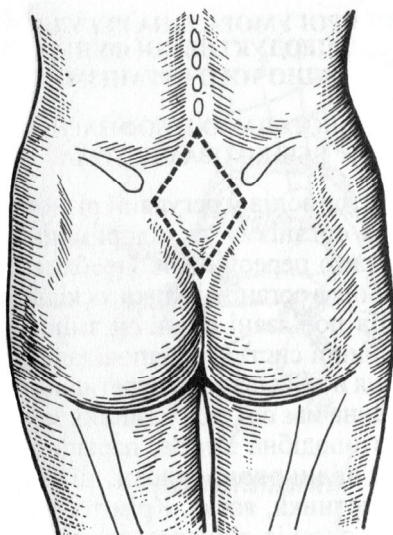
Діагональна кон'югата дорівнює в середньому 13 см. Якщо кінцем витягнутого пальця мис крижової кістки досягнути не вдається, то вважається, що розмір діагональної кон'югати близький до норми.

Для встановлення істинної кон'югати з розміру діагональної кон'югати треба відняти 1,5—2 см, в залежності від обводу променево-зап'ястного суглоба: при обводі 15 см — 1,5 см, а при 16 см і більше - 2 см.

Основні зовнішні розміри таза і діагональну кон'югату вимірюють у всіх без винятку вагітних і роділь.

Якщо при дослідженні основні розміри не відповідають нормі і виникає підозра на звужений таз, проводять додаткові вимірювання.

Додаткові розміри таза



Попереково-крижовий ромб (ромб Міхаеліса) являє собою площину на задній поверхні крижів, верхній кут якої складає поглиблення під остистим відростком п'ятого поперекового хребця, бокові кути відповідають задньо-верхнім вістям клубових кісток; нижній – верхівці крижів; зверху і зовні ромб обмежується виступами великих спинних м'язів, знизу і зовні – виступами сідничних м'язів. Ромб Міхаеліса має два розміри: поздовжній - між верхнім і нижнім його кутами (11 см), поперечний - між бічними кутами (9 см). Сума поперечного та поздовжнього розмірів ромба Міхаеліса відповідає розміру зовнішньої кон'югати. (Мал. 8)

Мал. 8. Попереково-крижовий ромб Міхаеліса

Бічна кон'югата вимірюється тазоміром від передньо-верхньої до задньо-верхньої ості клубової кістки одноіменного боку, дорівнює 14,5 см.

Косі розміри таза вимірюються для визначення його асиметрії. Для цього порівнюють відстань між такими точками:

1) від середини верхнього краю симфізу до задньо-верхньої ості гребня клубових кісток справа і зліва; ці розміри дорівнюють по 17 см з обох сторін;

2) від передньо-верхньої ості однієї сторони до задньо-верхньої ості протилежної сторони і навпаки. Цей розмір дорівнює 21 см;

3) від остистого відростка п'ятого поперекового хребця до передньо-верхньої ості правої і лівої клубових кісток. Цей розмір дорівнює 18 см.

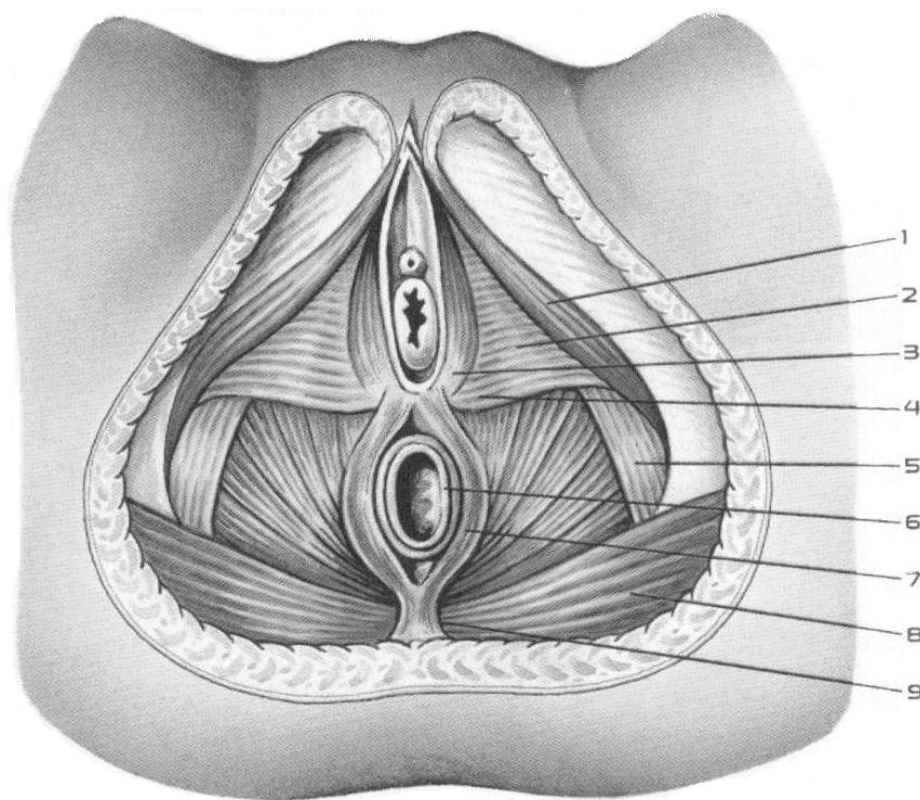
У симетричному тазі всі косі розміри однакові. Різниця між косими розмірами однієї сторони до косих розмірів протилежної сторони більша за 1,5 см свідчить за асиметрію таза.

Жіноча промежина

Промежина (perineum) утворює дно таза, закриваючи вихід з нього. В акушерстві поняття промежини більш вузьке ніж в анатомії, зокрема промежиною називають проміжок між задньою спайкою статевих губів і переднім краєм заднього проходу.

В утворенні дна малого таза приймає участь дві діафрагми - тазова і сечостатева.

М'язи тазового дна складаються з трьох шарів. (Мал. 8)



Мал. 8. М'язи жіночої промежини:

1 – сіднично-печеристий м'яз; 2 – сечово-статева діафрагма; 3 – цибулино-губчастий м'яз; 4 – поверхневий поперечний м'яз промежини; 5 – внутрішній затульний м'яз; 6 – пряма кишка; 7 – зовнішній сфінктер заднього проходу; 8 – великий сідничний м'яз; 9 – задньопрохідно-куприкова зв'язка

Поверхневий (зовнішній) шар складають такі м'язи: сіднично-печеристий (m.ischio-cavernosus) - починається від сідничного бугра і вплітається в тканини клітора; цибулино-губчастий (m.bulbocavernosus) - починається від сухожильного центру промежини і прикріплюється до стінок піхви; зовнішній м'яз, що стискає задній прохід (m.sphincter ani externus) - починається в ділянці верхівки куприка, охоплює задньопрохідний отвір і вплітається в сухожильний центр промежини; поверхневий поперечний м'яз промежини (m.transversus perinei superficialis) - починається від сідничного бугра і закінчується у сухожильному центрі промежини

Середній шар м'язів тазового дна складається з сечостатевої діафрагми, яка у вигляді трикутника розташована між лобковим зчленуванням, лобковими і сідничними кістками. Вона утворена м'язом, що стискає сечовивідний канал (m.sphincter uretrae internum) і глибоким поперечним м'язом промежини (m.transversus perinei profundus).

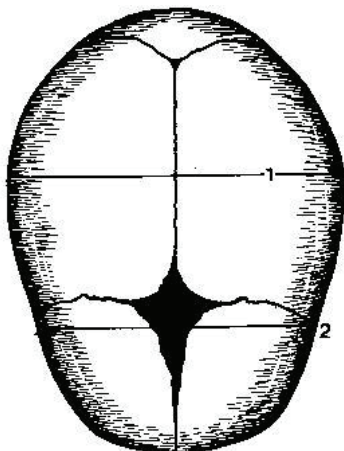
Внутрішній шар м'язів тазового дна називається діафрагмою таза. Це міцний парний м'яз, що піднімає задній прохід (m. levator ani), який складається з м'язових пучків: лобково-куприкового (m.pubococcygeus) та клубово-куприкового (m.iliosoccygeus). Куприковий м'яз (m.ischiococcygeus) є рудиментарним, починається від сідничних остей і прикріплюється до нижніх хребців крижової кістки та куприка.

Плід як об'єкт пологів

Ознаки зрілості плода.

- 1) Зріст зрілого плода більше 47 см.
- 2) Маса тіла зрілого плода більше 2500 г.
- 3) Пупкове кільце розташоване на середині між лоном та мечоподібним відростком.
- 4) Шкіра рожева, здорова, розвинута. Сироподібна змазка знаходиться тільки в пахових та пахвинних складках шкіри.
- 5) Нігті прикривають кінці фалангів пальців.
- 6) Довжина волосся на голівці досягає 2 см.
- 7) Хрящі вух і носа тугі.
- 8) У хлопчиків яєчка опущені в мошонку, у дівчаток малі статеві губи й клітор прикриті великими статевими губами.

Будова голівки зрілого плода На голівці плода розрізняють шви:(лобний, стрілоподібний, вінцевий, ламбдоподібний) та тім'ячка (велике, мале і по два бічних з кожного боку).



Лобний шов знаходиться між лобними кістками, стрілоподібний (сагітальний) – між тім'яними. Вінцевий – між обома лобними та обома тім'яними, а ламбдоподібний – між двома тім'яними та потиличною кістками.

Велике тім'ячко (переднє) знаходиться між задніми частинами обох лобних та передніми частинами обох тім'яних кісток і являє собою сполучнотканинну пластинку ромбоподібної форми. Мале тім'ячко (заднє) має форму трикутника і знаходиться між задніми частинами обох тім'яних кісток та потиличної.

Велике і мале тім'ячко з'єднує стрілоподібний шов. (Мал. 9)

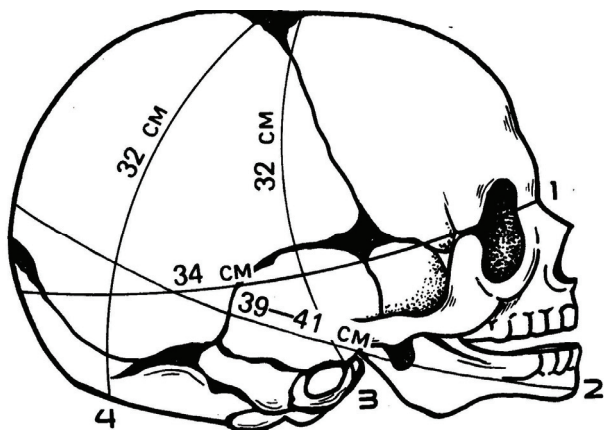
Мал. 9. Череп новонародженого (вигляд згори):
1 – великий, 2 – малий поперечні розміри голівки

Бокові тім'ячка знаходяться: передні – між лобною та скроневою і клиноподібною кістками, заднє – між скроневою, тім'яною та потиличною кістками. У зрілого плода вони закриті.

На голівці плода розрізняють *розміри і відповідні їм обводи*: (Мал. 10)

Прямий розмір (d.fronto-occipitalis) від перенісся до найбільш виступаючої точки потилиці, дорівнює 12 см, обвід голівки *circumferencia fronto-occipitalis* дорівнює 35 см.

Великий косий розмір (d.mentooccipitalis) від підборіддя до найбільш віддаленої точки потилиці дорівнює 13,5 см. Відповідний йому обвід дорівнює 41 см.



Малий косий розмір (d.suboccipito-bregmaticus) від підпотиличної ямки до середини великого тім'ячка дорівнює 9,5 см. Відповідний обвід дорівнює 32 см.

Середній косий розмір (d.suboccipito-frontalis) від потиличної ямки до межі волосистої частини лоба дорівнює 10 см. Відповідний обвід дорівнює 33 см.

Вертикальний розмір (d.sublingva-bregmaticus) від середини великого тім'ячка до під'язикової кістки дорівнює 9,5 см; обвід голівки при цьому дорівнює 33 см.

Мал. 10. Окружності голівки новонародженої дитини відповідно до її розмірів: 1 – прямий, 2 – великий косий, 3 – вертикальний, 4 – малий косий розміри

Великий поперечний розмір (d.biparietalis) між найбільш віддаленими точками тім'яних горбиків дорівнює 9,5 см.

Малий поперечний розмір (d.bitemporalis) між найбільш віддаленими точками вінцевого шва дорівнює 8 см.

Поперечник тазової ділянки (d.intertrochanterica) дорівнює 9,5 см. Відповідний обвід дорівнює 28 см.

Поперечник плечового пояса (d. biacromialis) дорівнює 12 см. Обвід цього розміру 35 см.

Контрольні запитання

1. Яка будова жіночого таза?
2. Які межі великого таза, його значення в акушерстві?
3. Які межі і площини малого таза, їх форма і розміри?
4. Які основні зовнішні та внутрішні розміри таза?
5. Які додаткові вимірювання таза.?
6. Які існують методи визначення істинної кон'югати?
7. Скільки шарів м'язів в структурі жіночої промежини?
8. Які м'язи тазового дна?
9. Яка будова черепа зрілого плода?
10. Як взаєморозміщення швів та тім'ячок на голівці плода ?
11. Які розміри голівки зрілого плода?
12. Які розміри плечиків, сідниць зрілого плода?
13. Які маса і довжина зрілого плода?
14. Які інші ознаки зрілості плода?

Розділ 4. Фізіологічні зміни в організмі матері під час вагітності

Вагітність є додатковим навантаженням на організм жінки. Для забезпечення життєдіяльності, росту і розвитку ембріона та плода в організмі матері відбуваються суттєві зміни, які стосуються практично всіх систем організму. Компенсаторні зміни в органах і системах організму вагітної призводять гомеостаз у стан нестійкої напруженої рівноваги. Порушення цієї рівноваги можуть спричинити зміни гомеостазу та реалізацію тієї чи іншої акушерської чи екстрагенітальної патології, про що треба знати лікарям всіх спеціальностей.

Під час вагітності в організмі жінки відбуваються суттєві зміни, які стосуються практично всіх систем організму.

Психологічний стан

Зміни психологічного стану проявляються у вигляді емоційних відчуттів: дратливість, депресія та ін. На розвиток психологічних порушень під час вагітності впливають наступні фактори:

- гормональні і фізіологічні зміни;
- особисті властивості;
- соціально-економічний статус;
- відношення у сім'ї;
- невирішені конфлікти;
- генетична схильність (наприклад, до депресії);
- фізичні і психічні захворювання;
- вживання алкоголю та наркотиків.

Емоційні і фізичні відчуття майбутніх матерів лікарям необхідно враховувати під час нагляду за перебігом вагітності, у пологах і в післяпологовому періоді.

Дискомфортні стани

Під час вагітності доволі часто виникають типові дискомфортні стани, які не мають серйозних наслідків, але призводять до значного дискомфорту і неприємних відчуттів у вагітної. До таких станів слід відносити: втома, ранкова нудота/блювота, печія, закрепи, болі у спині, геморой, набряки ніг. Своєчасне роз'яснення вагітній про суть таких відчуттів і професійні поради лікаря значно покращують якість життя вагітної.

Імунна система

- **пригнічуються** фактори місцевого та загального імунітету в материнському організмі. Реакції обумовлені дією ХГЛ, плацентарного лактогену, глюкокортикоїдів, естрогенів, прогестерону, альфа-фетопротеїну, альфа-2-глікопротеїну, трофобласт-специфічного глобуліну;
- **формується** імунологічна толерантність між материнським організмом і плодом.

Ендокринна система

- **гіпоталамус:** супраоптичні та паравентрикулярні ядра посилюють утворення окситоцину та вазопресину, вони також беруть участь у регулюванні секреції аденогіпофізом фолі-, лютропіну, кортикотропіну й тиротропіну;

- **гіпофіз:** збільшення передньої долі гіпофізу за рахунок гіперплазії та гіпертрофії його клітин, зростає секреція гонадотропних гормонів, збільшується продукція пролактину, пригнічується продукція СТГ;
- **щитоподібна залоза:** збільшується у розмірах (у 35-40% вагітних), функція її збільшується, але залишається еутиреоїдною, підсилюється продукція тироксину зв'язувального глобуліну (дія естрогенів), підвищуються рівні загального T_3 та T_4 , рівень вільного T_4 залишається в межах норми;
- **паращитоподібні залози** функціонують з підвищеною активністю, у разі зниження їх функції розвивається гіпокальціємія, що проявляється судомими, спазмами пілоричного відділу шлунку, астматичними явищами;
- **наднирники** підсилюють продукцію глюкокортикоїдів, що регулюють вуглеводний та білковий обмін і мінералокортикоїдів, що регулюють мінеральний обмін;
- **підвищується** інсулінорезистентність (чутливість до інсуліну знижується на 50-80%), знижується вживання тканинами глюкози, знижується рівень глюкози в крові;
- **яєчники:** утворюється нова залоза внутрішньої секреції – жовте тіло, що продукує прогестерон (знижує збудливість і скоротливу здатність матки, створює умови для імплантації плідного яйця та правильного розвитку вагітності), функціонує перші 3,5-4 місяці вагітності;
- **плацента:** з 7 доби вагітності відзначається зростання концентрацій *хоріонічного гонадотропіну людини (бета-ХГЛ)* та *прогестерону*, *естрогени* синтезуються переважно комплексом плацента-плід з метаболітів холестерину матері, а їхня продукція в нормі неухильно збільшується, що забезпечує ріст і розвиток матки, регуляцію біохімічних процесів у міометрії, збільшення активності ферментних систем, підвищення енергетичного обміну, накопичення глікогену та АТФ. *Плацентарний лактоген (ПЛ)* – утворюється синцитіотрофобластом плаценти з 5-6 тижня вагітності (90% ПЛ перебуває у плазмі вагітної і 10% – в амніотичній рідині) і його максимальна концентрація визначається на 36-37 тижні вагітності, потім його рівень стабілізується і починає знижуватись з 40-41 тижня вагітності. Концентрація ПЛ прямо корелює з масою плода і різко зростає у разі захворювання нирок у матері.

Центральна нервова система

- **збуджуваність кори головного мозку** знижується до 3-4 місяця, а потім поступове підвищення збуджуваності (пов'язано з формуванням у корі головного мозку вогнища підвищеної збудливості – гестаційної домінанти, що проявляється певною загальмованістю вагітної та спрямуванням її інтересів на виношування вагітності);
- **знижена збуджуваність** відділів ЦНС, які знаходяться нижче, а також рефлекторного апарату матки. Напередодні пологів збуджуваність спинного мозку і нервових елементів матки збільшується;
- **змінюється тонус вегетативної нервової системи**, що зумовлює на ранніх термінах вагітності такі симптоми, як сонливість, підвищену дратівливість, плаксивість, запаморочення.

Серцево-судинна система

- **відзначається:** зниження адаптації до фізичних навантажень; збільшення кровонаповнення яремних вен, набряклість периферичних тканин;
- **серце:** систолічний шум (95%) та систолічний ритм галоу (90%);
- **центральна гемодинаміка:** збільшення об'єму крові, що циркулює (ОЦК) починається з 6 тижня вагітності, швидко збільшується до 20-24 тижнів і у 36 тижнів збіль-

шення становить 35-45%. Збільшення ОЦК відбувається за рахунок збільшення об'єму плазми, що циркулює (ОЦП);

- **серцевий викид чи хвилинний об'єм серця (ХОС):** підвищується на 30-40% починаючи з ранніх термінів вагітності і досягаючи максимуму у 20-24 тижні вагітності. У першій половині вагітності серцевий викид збільшується за рахунок зростання ударного об'єму серця (на 30 – 40%). У другій половині вагітності переважно за рахунок підвищення частоти серцевих скорочень (ЧСС) на 15%. Зростання ХОС пояснюють дією на міокард плацентарних гормонів (естрогени і прогестерон) і частково як наслідок формування матково-плацентарного кола кровообігу;
- **зниження систолічного і діастолічного АТ** з початку вагітності до 24 тижня вагітності (на 5-15 мм рт.ст. від вихідного); зниження системного судинного опору на 21%; зниження опору легеневих судин на 35% (пояснюється судинорозширювальною дією прогестерону);
- **периферичний судинний опір** знижується (релаксивна дія на судинну стінку ХГЛ, естрогенів, прогестерону і формування матково-плацентарного кола кровообігу, який має низький судинний опір);
- **центральний венозний тиск (ЦВТ)** у III триместрі дорівнює у середньому 8 (4-12) см вод. ст., у невагітних 3,6 (2-5) см вод.ст.;
- **збільшення венозного тиску** (7-10 мм рт.ст.) у нижніх кінцівках (обумовлено механічним тиском матки на нижню порожнину і вени тазу більш ніж у 10 разів зростаючим матковим кровоплином під час вагітності), розслаблюючою дією прогестерону на судинну стінку, зниженням осмотичного тиску крові, підвищеною проникненістю капілярів (дія прогестерону та альдостерону), зростанням внутрішньотканинного тиску (утримання натрію), що пояснює схильність до набряків, варикозного розширення вен та геморою;
- **зміщення позиції серця** ближче до горизонтальної і зменшення кута дуги аорти, що пов'язано з підняттям діафрагми і призводить до збільшення навантаження на лівий шлуночок серця;
- **ЕКГ** – зміщення електричної осі серця вліво.

Система крові

- **об'єм плазми** зростає з 2600 мл на 45% (1250 мл – перша вагітність, та 1500 мл під час наступних вагітностей) і становить 3900-4000 мл;
- **загальний об'єм еритроцитів** збільшується від 1400 мл на 33%, що пояснюється дією еритропоєтину, хоріонічного гонадотропіну або плацентарного лактогену;
- **фізіологічна гіперплазмія** характеризується зниженням гематокритного числа до 30% , гемоглобіну з 135-140 до 110-120 г/л. і необхідна для потреб матері і плода, захищає від синдрому нижньої порожнинної вени, компенсує крововтрату під час пологів, знижує в'язкість крові і тим самим знижує периферійний опір;
- **рівень гематокриту та альбуміну** знижується на 25% (результат гемодилуції);
- **рівень гемоглобіну** змінюється і в середньому він становить до 12 тижнів вагітності 122 г/л, до 28 тижня – 118 г/л, до 40 тижня 129 г/л;
- **кількість лейкоцитів** збільшується у периферичній крові і в першому триместрі вагітності їх кількість становить 3000-15000/мм³, у другому та третьому триместрах 6000-16000/мм³, під час пологів кількість лейкоцитів може сягати 20000-30000/мм³;
- **кількість тромбоцитів** перебуває у межах нормальних (для вагітних) значень, але з прогресуванням вагітності має місце поступове зниження їх рівня;

- **система гемостазу:** притаманний стан гіперкоагуляції (протягом усієї вагітності постійно прогресує збільшення рівню фібриногену (I фактор) у 2 рази (до 600 мг%) та факторів VII-X, фібринолітична активність крові знижується;
- **ШОЕ** збільшується до 40 – 50 мм/год;
- **зниження** pCO_2 крові (на 15-20%), що сприяє переходу вуглекислоти через плаценту;
- **підвищується** pO_2 ;
- **збільшується** доставка кисню до тканин та плаценти;
- **підвищується** екскреція бікарбонатів.

Дихальна система

- **відзначається:** поява задишки (65% жінок), набряки слизової носа, носові кровотечі, збільшення окружності грудної клітки, купол діафрагми підіймається на 4 см, розширюється нижня апертура грудної клітки;
- **підвищується:** потреба в кисні, тиск кисню, дихальний об'єм (30-40%), ємкість вдиху (5%), життєва ємкість легень, хвилинний об'єм (на 40%), тиск кисню;
- **знижується** – функціональний залишковий об'єм і об'єм видиху приблизно на 20%, загальна ємкість легень (на 5%), вміст вуглекислого газу (помірний дихальний алкалоз)

Шлунково-кишковий тракт

- **апетит** збільшується, іноді з незвичними смаковими пристрастями;
- **відзначається:** ранкова нудота (майже у 70% вагітних), частота якої максимально припадає на 8-10 тижні вагітності і припиняється між 14 і 16 тижнями (пояснюється підвищенням прогестерону, ХГЛ, розслабленням гладких м'язів шлунку);
- **підвищується частота гінгівітів**, можуть виникати рясно васкуляризовані пухлини, які регресують після родів;
- **знижується** вірогідність виникнення виразкової хвороби шлунку (пов'язують із підсиленням секреції муцину слизовою оболонкою шлунку та зниженням секреції соляної кислоти);
- **збільшується ризик гастроезофагального рефлюксу**, що обумовлено гіпотонією стравоходу, зниженням тонушу шлунково-стравохідного сфінктера та анатомічним зміщенням шлунку;
- **зростає частота (до 30%) закрепів** (обумовлено зниженням перистальтики кишківника та розширенням гемороїдальних вен за рахунок підвищення центрального венозного тиску й дії прогестерону);
- **підвищується** ризик утворення жовчного камення за рахунок розширення і погіршення евакуації жовчі з жовчного міхура та підвищення вмісту холестерину в крові;
- **печінка:** підсилюється кровообіг, розміри печінки не збільшуються, підвищується вміст лужної фосфатази (за рахунок додаткового утворення у плаценті), збільшується активність аспартатамінотрансферази (АСТ), знижується продукція альбумінів і підвищується концентрація глобулінів, відбувається підвищення синтетичної функції печінки (ліпідемія з високим рівнем холестерину та його ефірів), знижується антитоксична функція печінки;
- **збільшується частота геморою** – результат закрепів, підвищеного венозного тиску і розслаблюючої дії прогестерону на судинну стінку.

Обмін речовин

- **основний обмін** збільшується на 20%;
- **збільшується** потреба у кілокалоріях у середньому до 2000 – 3200 ккал у день (150 ккал/день у I триместрі і 350 ккал/день у II та III триместрах вагітності);
- **підсилюються** пластичні процеси (перевага процесів анаболізму над процесами катаболізму);
- **посилюється** синтез РНК, що призводить до підвищення синтезу білків у рибосомах;
- **жировий обмін** – підвищується асиміляція жирів, знижується процес їх окислення, що призводить до накопичення в крові кетонових тіл, γ-аміномасляної та ацетоуксусної кислот, збільшується відкладання жиру у різних органах та тканинах (наднирники, плацента, шкіра, молочні залози та ін.);
- **вуглеводний обмін** – лабільний вміст цукру в крові (деяке перевищення норми) і періодичне появлення цукру у сечі;
- **обмін вітамінів і мікроелементів** збільшується за рахунок значної активізації процесів клітинного метаболізму в організмі матері і плода.

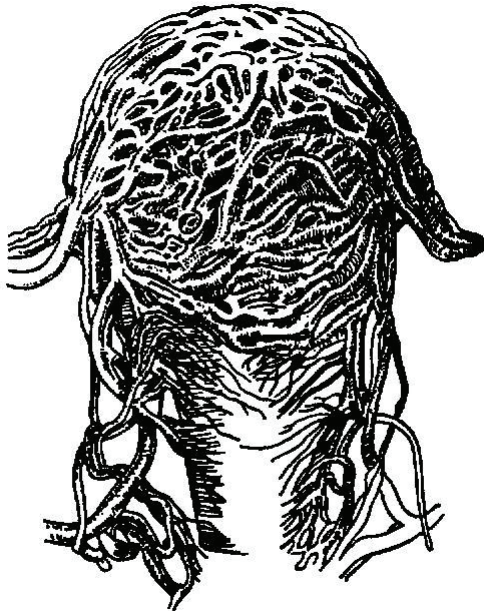
Нирки

- **анатомічні зміни:** збільшення розміру нирок (у середньому на 1-1,5 см), розширення чашково-мискової системи (на 15 мм у правій та на 5 мм у лівій нирці), збільшення діаметру сечівників на 2 см (частіше правого сечівника за рахунок повороту та зміщення матки вправо і притиснення сечівника до термінальної лінії тазу), обумовлюють підвищений ризик захворювання пієлонефритом. Дилатація сечових шляхів починається у I і досягає максимуму у II та III триместрах вагітності (пояснюється дією плацентарного прогестерону та меншою мірою стисненням сечових шляхів маткою);
- **функціональні зміни:** змінюється фільтраційна здатність нирок – до 16 тижня вагітності нирковий кровоплин зростає на 75%, клубочкова фільтрація підвищується вже з 10 доби вагітності до 50% (пов'язано з артеріодилатацією і вторинною затримкою Na та води в організмі). У II та III триместрах вагітності клубочкова фільтрація зменшується, а канальцева реабсорбція залишається незмінною, що спричиняє до збільшення загальної кількості рідини в організмі вагітної (до 7 літрів). Кліренс креатиніну збільшується на 40%, збільшується екскреція глюкози, фільтрація білків не змінюється. Іноді може бути фізіологічна (ортостатична) альбумінурія (сліди білка) та глюкозурія, що пов'язано з підвищенням проникності капілярів.

Геніталії

- **розміри матки** збільшуються, об'єм зростає в 1000 разів, вага матки збільшується з 50–60 г у невагітному стані до 1000 г у кінці вагітності (збільшення за рахунок переважно гіпертрофії клітин міометрію);
- **форма** матки подовжена, куляста на 8 тижні і знов подовжена на 16 тижні вагітності;
- **позиція матки** - матка виходить з порожнини тазу, повертається і нахиляється вправо;
- **консистенція** матки прогресивно пом'якшується, що зумовлено підвищеною васкуляризацією та наявністю амніотичної рідини;
- **шийка матки** розм'якчується і стає ціанотичною;
- **межа між ендо- і екзоцервіксом** – межа перехідного епітелію зміщується назовні і формується ектопія циліндричного епітелію, яку не можна розглядати як “ерозію”;

- **скорочення** матки з першого триместру нерегулярні і безболісні (перейми Брекстон-Гіксона), але в пізніх термінах це спричиняє дискомфорт і може бути причиною хибного пологового болю;
- **ємкість** матки зростає з 4-8 мл у невагітному стані до 5000 мл у кінці вагітності;
- **міометрій** відбувається гіпертрофія (ефект естрогенів), гіперплазія (ефект прогестерону), окремі м'язові волокна подовжуються у 15 разів;
- **кровоносні судини матки** розширюються, подовжуються, особливо венозні, утворюються нові судини, за рахунок чого матковий кровоплин зростає більш ніж у 10 разів (до вагітності він становить 2 - 3% хвилинного об'єму серця (ХОС), а в пізні терміни вагітності 20-30% ХОС – 500-700 мл/хв). Утворюється маткове коло кровообігу – “друге серце”, яке тісно пов'язане з плацентарним і плодовим кровоплином; (Мал. 11)



- **нервові елементи матки** – збільшується кількість чутливих, баро-, осмо-, хемо- та інших рецепторів;

Мал. 11. Судинна система матки під час вагітності

- **біохімічні зміни** – значне зростання кількості актоміозину, креатинфосфату і глікогену, зростає активність ферментних систем (АТФаза актоміозину та ін.), накопичуються високоенергетичні сполуки (глікоген, макроергічні фосфати), м'язові білки та електrolіти (іони кальцію, натрію, калію, магнію, хлору та ін.);
- **маткові труби** – потовщуються, кровообіг в них значно посилюється;
- **яєчники** – дещо збільшуються, але циклічні процеси в них припиняються. Жовте тіло після 16 тижня вагітності зазнає інволюції;
- **зв'язки матки** – значно потовщуються і подовжуються, особливо круглі і крижово-маткові;
- **ціаноз вульви** – результат підвищеного кровопостачання, утруднення відтоку крові по венах, які стискаються збільшеною маткою, і зниження тону судин;
- **гіперпігментація шкіри вульви і промежини** – пояснюється підвищенням концентрації естрогенів та меланостимулюючого гормону;
- **збільшення кількості піхвових виділень і зниження їх рН (4,5-5,0)** результат гіперплазії піхвового епітелію, збільшення кровообігу і транссудації;

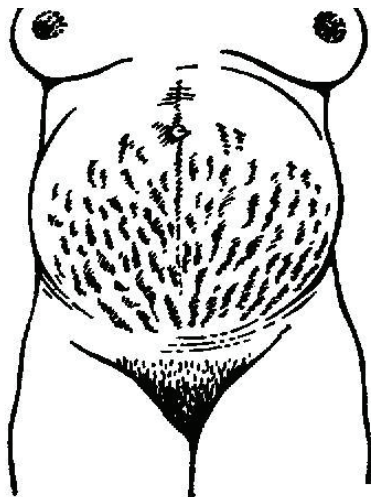
Маса тіла

- середня прибавка 10 – 12 кг і залежить від конституції;
- зростання маси відбувається в основному в другому та третьому триместрах (350 – 400 г/тиждень);

- з набраної маси трохи більше половини іде в тканини матері (кров, матка, жир, груди), а решта на плід (3000-3500 г), плаценту (650 г), навколоплідні води (800 г) та матку (900 г).

Шкіра

- **судинні зірочки** – на обличчі, руках, верхній половині тулуба;
- **долонна еритема** – зумовлена збільшенням на 20% загального обміну речовин і на 16% кількості капілярів, які раніше не функціонували;
- **смуги розтягнення (*striae gravidarum*)** – на нижніх ділянках живота, молочних залозах і стегнах, які мають спочатку рожевий або багровий колір (пов'язано з розтягненням сполучно-тканинних і еластичних волокон шкіри); (Мал. 12)



- **гіперпігментація** – у ділянці пупка, ореоли молочних залоз, білої лінії живота, шкіра вульви і промежини, може з'являтися “маска вагітності”, чи хлоазма (мелазма);
- **пупок** – згладжується у другій половині і випинається наприкінці вагітності;
- **невуси** – збільшуються у розмірах і стають більш пігментованими (різке збільшення потребує консультації спеціаліста);

Мал. 12. Смуги розтягнення вагітних у ділянці живота

- **потові і сальні залози** – гіперпродукція іноді призводить до появи акне;
- **волосся** – іноді на шкірі обличчя, живота і стегон відзначається ріст волосся, що зумовлено підвищеною продукцією андрогенів наднирниками і частково плацентою. Має місце значне випадіння у перші 2 – 4 місяці і поновлення нормального росту волосся через 6 – 12 місяців після пологів.

Молочні залози

- **відчуття поколювання і розпирання** – пов'язано із значним збільшенням кровопостачання молочних залоз;
- **розвиток** вивідних протоків (вплив естрогенів) і альвеол (вплив прогестерона);
- **активація** гладких м'язів сосків і збільшення монгомерових фолікулів і маленьких горбиків біля ореоли;
- **збільшення маси** – з 150-250 г (до вагітності) до 400-500 г (наприкінці її);
- **продукується молозиво** – частіше у жінок, які народжували (сумісна дія естрогенів, прогестерону, пролактину, плацентарного лактогену, кортизолу й інсуліну).

Кістково-м'язова система

- **збільшення компенсаторного люмбального лордоза**, що проявляється болями у нижніх відділах попереку;
- **розвиток відносної слабкості зв'язок** – дія релаксину і прогестерону. Лонне зчленування стає рухливим і розходиться на 0,5-0,6 см приблизно у 28-30 тижнів, що призводить до нестійкої ходи, (сімфізопатія);
- **збільшення** нижньої апертури грудної клітини;
- **обмін кальцію** – концентрація іонізованої форми кальцію в сироватці крові не змінюється за рахунок збільшення продукції паратиреоїдного гормону, знижується загальна кількість кальцію за рахунок його мобілізації на потреби плода. За фізіологічного перебігу вагітності обмін солей у кістках збільшується (вплив кальцитоніну), але щільність кісток не втрачається;
- **збільшення гризових дефектів**, особливо у ділянці пупка та по середній лінії – діастаз прямих м'язів (результат збільшення матки і її тиснення на передню черевну стінку зсередини).

Контрольні запитання

1. Які зміни психологічного стану та в ЦНС спостерігаються у вагітних?
2. Які зміни в ендокринній системі спостерігаються у вагітних?
3. Які зміни в геніталіях та молочних залозах спостерігаються у вагітних?
4. Які зміни в серцево-судинній системі та системі крові спостерігаються у вагітних?
5. Які зміни в дихальній системі спостерігаються у вагітних?
6. Які зміни в шлунково-кишковому тракті спостерігаються у вагітних?
7. Які зміни в нирках спостерігаються у вагітних?
8. Які зміни в обміні речовин спостерігаються у вагітних?
9. Які зміни з боку шкіри спостерігаються у вагітних?
10. Які зміни в кістково-м'язовій системі спостерігаються у вагітних?

Розділ 5. Діагностика вагітності в ранні строки

Профілактичний напрямок сучасного акушерства, динамічне спостереження за вагітною у жіночій консультації є головним завданням етапу поліклінічного обслуговування жіночого населення.

Діагностика вагітності у ранні строки (до 12 тижнів) важлива у загальній підготовці лікаря будь-якого фаху, оскільки раннє виявлення вагітності дозволяє своєчасно діагностувати акушерську та екстрагенітальну патологію і вирішувати питання щодо доцільності подальшого виношування вагітності. Лише такий підхід є запорукою сприятливого завершення вагітності для матері та плода.

Вагітність раннього строку визначають за сукупністю анамнестичних даних, певних суб'єктивних і об'єктивних ознак, даних гінекологічного огляду, апаратних та лабораторних методів дослідження.

Ознаки вагітності розподіляються на 3 групи.

1. *Сумнівні ознаки* - це різного роду суб'єктивні відчуття, а також об'єктивно визначені зміни в організмі, крім змін у внутрішніх статевих органах:

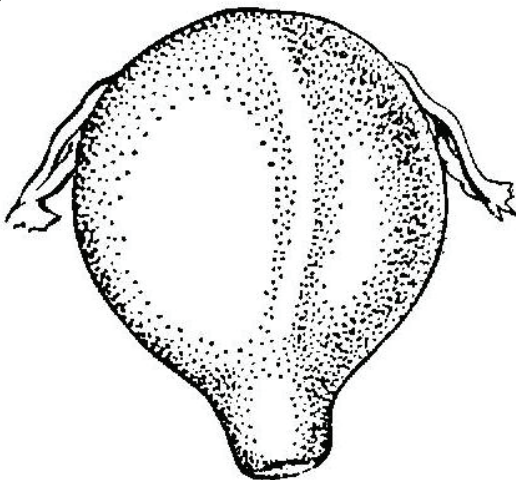
- а) суб'єктивні явища — нудота, блювота, втрата чи посилення апетиту, смакові прихили (пристрасть до солоної чи кислої їжі, до крейди і т.п.), зміни нюхових відчуттів (огода до запаху м'ясної їжі, тютюнового диму тощо), легка стомлюваність, сонливість.
- б) об'єктивні явища — пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, зовнішніх статевих органів, посилення пігментації сосків та навколо них.

2. *Імовірні ознаки* - це об'єктивні ознаки, які визначаються з боку статевих органів, молочних залоз, а також за допомогою імунологічних реакцій на вагітність. Вони характерні для вагітності, хоча іноді можуть виникати і з інших причин. Це такі ознаки як припинення менструацій у дітородному віці жінки, збільшення молочних залоз і виділення з сосків молозива чи молока.

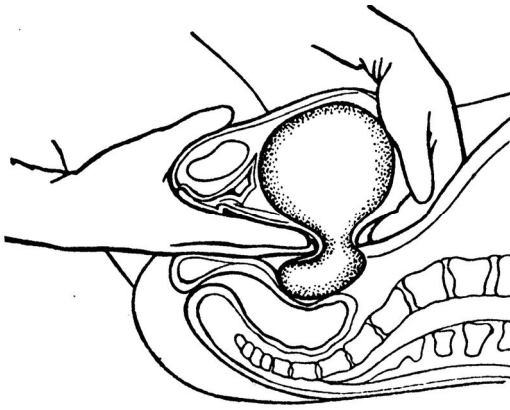
До імовірних ознак також відносять дані гінекологічного обстеження: огляду зовнішніх статевих органів, огляду шийки матки в дзеркалах, бімануального гінекологічного обстеження. При цьому можна спостерігати розпушення і ціаноз присінку вагіни, самої вагіни і шийки матки; збільшення і розм'якшення матки, зміну її форми; підвищення скоротливої здатності матки (короткочасне ущільнення розм'якшеної матки).

Із ознак, які спостерігаються при дослідженні вагітної матки, найважливішими є такі.

Ознака Гентера: при вагінальному дослідженні у ранні строки вагітності на передній поверхні матки, точно по середній лінії її, знаходять гребенястий виступ, який не поширюється ні на дно, ні на задню поверхню матки, ні на шийку. (Мал. 13)

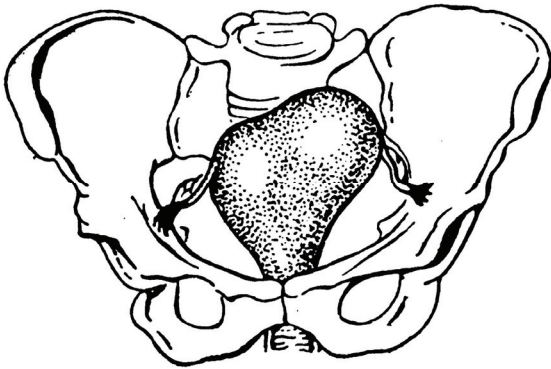


Мал. 13. Ознака Гентера



Мал. 14. Ознака Горвіца-Гегара

Ознака Горвіца-Гегара: при вагінальному дослідженні виявляється розм'якшення в ділянці перешийка, внаслідок чого тут легко сходяться пальці внутрішньої і зовнішньої руки. Шийка відчувається як більш щільне тіло. (Мал. 14)



Мал. 15. Ознака Піскачека – зовнішнє випинання правого кута матки, якщо термін вагітності близько 12 тижнів

Ознака Піскачека: при вагінальному дослідженні контури дна матки і ділянки її кутів виявляються неправильними. Той кут, який відповідає місцю імплантації яйця, виступає значно більше за протилежний. Вся матка виявляється несиметричною. (Мал. 15)

Ознака Снегірьова: при вагінальному дослідженні вагітної матки вона, внаслідок механічного подразнення, починає під пальцями скорочуватися і стає більш щільною.

До імовірних ознак вагітності належать імунологічні реакції на вагітність, які базуються на визначенні в сечі чи в плазмі крові хоріонічного гонадотропіну (ХГЛ). ХГЛ виділяється трофобластом, потім хоріоном, плацентою. Цей гормон складається з альфа- та бета-субодиниць. Виділення починається з 7-8 дня після запліднення, тому лабораторна діагностика можлива після цього строку. Для дослідження треба брати ранкову сечу, в якій спостерігається найбільша концентрація гормону, оскільки метод має поріг чутливості. Визначення бета-ХГЛ в плазмі є більш достовірним. Треба підкреслити, що хоча ХГЛ продукується трофобластом, реакція належить лише до імовірних ознак, тому що при такому патологічному стані, як хоріонепітеліома, також спостерігається позитивні реакції на ХГЛ. Крім того, після переривання вагітності реакції залишаються позитивними протягом 7-10 днів, а при патологічних станах (хвороби трофобласту) - 2-4 місяці. Нижня межа чутливості методу - 5 МЕ/л.

3. *Вірогідні ознаки* є переконливим доказом наявності вагітності в обстежуваної жінки. Всі ознаки цієї групи мають тільки об'єктивний характер і походять тільки від плода. До них належать ознаки, що виявляються при інтравагінальному ультразвуковому дослідженні.

Необхідно звернути увагу на те, що застосування кольорового імпульсного Доплеру заборонено до закінчення критичного періоду органогенезу. Це пов'язане з тим, що використання новітніх доплеровських технологій при трансвагінальних ехографіях у строки вагітності до 10 тижнів має потенційну загрозу тератогенного термічного ефекту внаслідок нагрівання ембріона.

Інші вірогідні ознаки виявляються з 20 тижнів вагітності і не належать до ознак вагітності раннього строку. Це такі ознаки: ворухіння плода, які визначаються рукою чи при вислуховуванні (а не такі, що відчуває сама вагітна); вислуховування серцевих тонів плода; промацування частин плода (голівки, ніжок, сідниць, ручок); визначення серцебиття плода за допомогою кардіотокографії.

В теперішній час *стандартом діагностики вагітності в ранні строки* є поєднання двох методів:

- Визначення бета-ХГЛ в сечі або в плазмі крові;
- Трансвагінальне ультразвукове дослідження.

Розмір матки протягом перших 3 місяців вагітності, коли вона перебуває ще в порожнині малого таза, визначається при дворучному гінекологічному дослідженні, надалі при пальпації живота - за висотою стояння дна матки.

При встановленні терміну вагітності точність залежить від раннього звертання жінки до жіночої консультації. Рекомендується при первинному огляді обстежувати жінку двом спеціалістам-акушерам. Зважаючи на труднощі визначення строку запліднення, діагноз вагітності встановлюється з інтервалом в тиждень (наприклад: вагітність 8-9 тижнів). Більш достовірно термін вагітності визначається на підставі вимірювання параметрів ембріона і плода методом ультразвукового дослідження.

Сучасні наукові докази дають підставу рекомендувати ультразвукове дослідження всім жінкам наприкінці першого триместру для більш точного визначення терміну вагітності (особливо у разі, якщо неможливо точно визначити перший день останньої менструації) та виявлення багатоплідної вагітності. Правильне визначення терміну вагітності підвищує достовірність деяких скринінгових тестів (тести на наявність синдрому Дауна), та знижує частоту індукції пологів після 41 тижня вагітності. **[A]**

Для найбільш точного визначення гестаційного віку ультразвукове дослідження повинно проводитись в терміні 10-13 тижнів вагітності.

Контрольні запитання

1. Які сумнівні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?
2. Які імовірні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?
3. Які вірогідні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?
4. Як встановити діагноз вагітності у ранні строки методом основного гінекологічного обстеження?
5. Які зміни тіла матки спостерігають у ранні строки вагітності?
6. Які існують апаратні методи діагностики вагітності у ранні строки?
7. Які протипоказання до апаратних методів дослідження у ранні строки вагітності?
8. Які лабораторні (імунологічні) методи діагностики вагітності у ранні строки?
9. Який гормон виявляється при лабораторних методах діагностики вагітності ранніх строків?
10. Якими структурами плідного яйця виробляються гонадотропні гормони?

Розділ 6. Методи дослідження вагітних пізніх строків

Знання сучасних методів обстеження вагітних є базисом для адекватної роботи лікаря акушер-гінеколога, допомагає своєчасно виявити та попередити розвиток різних ускладнень з боку матері та дитини, обрати відповідну тактику ведення вагітності, результатом якої є зниження материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

Акушерське дослідження вагітних пізніх строків проводиться для того, щоб:

- Уточнити або визначити термін вагітності
- Визначити стан пологових шляхів
- Визначити розміри, положення та стан плода
- Визначити стан плаценти та навколоплідних вод

До методів дослідження вагітних пізніх строків відносяться: загальний огляд вагітної чи роділлі, зовнішні вимірювання матки та тазу жінки, зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження, вислуховування серцебиття плода, допоміжні інструментальні та апаратні методи дослідження стану плода (кардіотокографія, УЗД, доплерометрія кровоплину у пуповинній артерії тощо).

Діагностика вагітності пізніх строків

Для уточнення або визначення строку вагітності в пізньому терміні використовують аналіз анамнестичних та об'єктивних даних.

- *анамнестичні дані* - вираховування строку вагітності у тижнях за допомогою акушерського календаря з дати останньої менструації та з дати перших рухів плода (у першовагітних перші рухи плода відчуються звичайно з 20 тижнів вагітності, у повторно-вагітних – з 18 тижнів). Для того щоб обчислити термін пологів за датою останньої менструації, треба від неї відрахувати 3 місяці і додати до одержаної дати 7 днів.
- *результати об'єктивного дослідження* – висота стояння дна матки над лоном при вимірі сантиметровою стрічкою у співвідношенні до стандартної гравідограми, зовнішнє акушерське дослідження (прийоми Леопольда), вислуховування серцебиття плода (з 20 тижнів), дані ультразвукової фетометрії

Розташування плода в порожнині матки

Розташування плода в порожнині матки в останні місяці вагітності має велике значення, оскільки від цього в значній мірі залежить перебіг пологів. Для наочного уявлення розташування плода в порожнині матки існують акушерські поняття: положення, позиція, вид та передлежання плода

- *Положення плода* - відношення поздовжньої осі плода до поздовжньої осі матки. Розрізняють такі положення плода:
 - поздовжнє - поздовжня ось плода і поздовжня ось матки збігаються;
 - поперечне - поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під прямим кутом;
 - косе - поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під гострим кутом;
- *Позиція плода* - відношення спинки плода до правої і лівої сторін матки. Розрізняють дві позиції:
 - перша - спинка плода повернена ліворуч;
 - друга - спинка плода повернена праворуч.

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

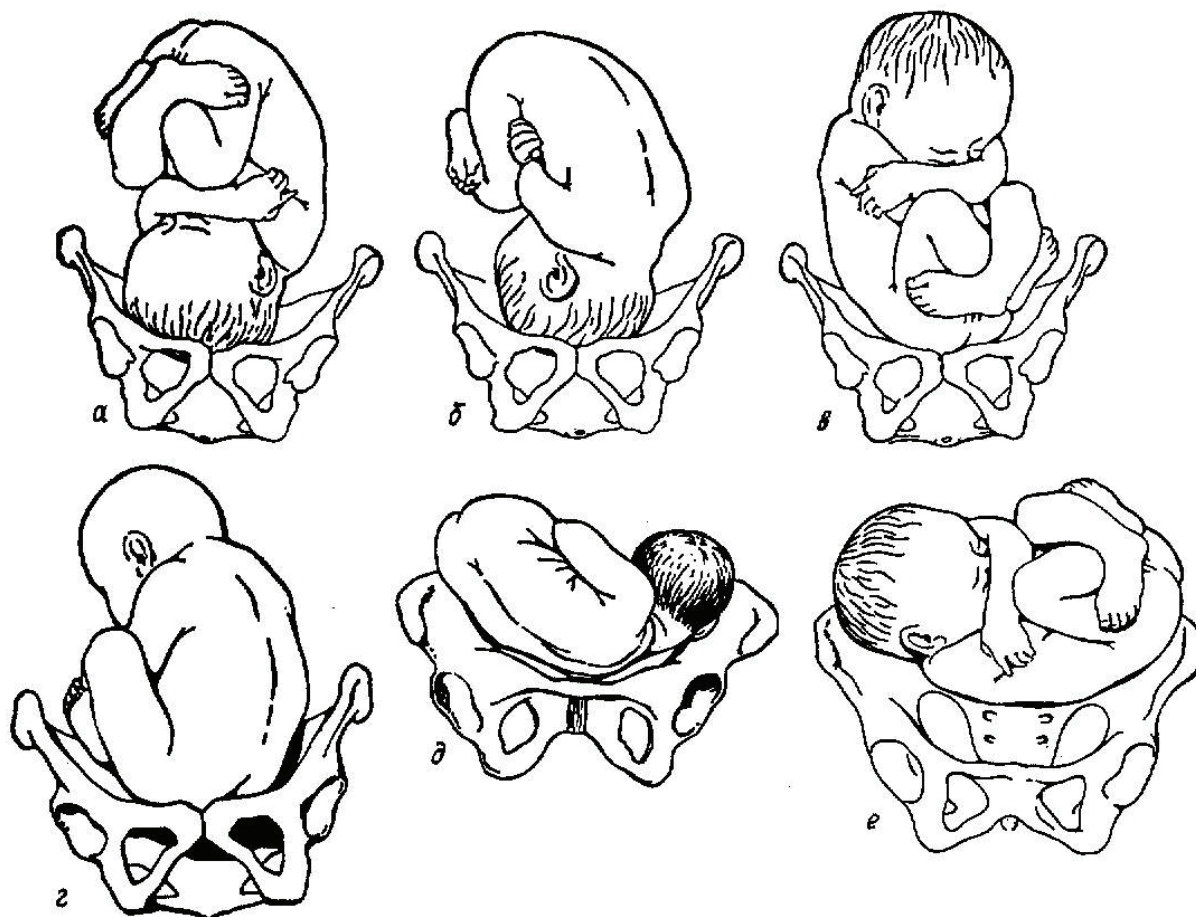
Вид позиції - відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки. Розрізняють два види:

- передній - спинка плода повернена наперед;
- задній - спинка плода повернена назад.
- *Передлежання* - відношення великої частини плода (голівки або таза) до входу в малий таз. Розрізняють головне і тазове передлежання. Передлежачою частиною називають ту частину плода, що знаходиться ближче до входу в малий таз і першою проходить пологовими шляхами. При зігнутій голівці плода найнижче розташованою її частиною є потилиця. Таке передлежання називається потиличним і трапляється найчастіше.

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

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

Різні варіанти розташування плода надані на Мал. 16.



Мал. 16. Положення плода в матці:

а – потиличне передлежання, перша позиція, задній вид; б – потиличне передлежання, перша позиція, передній вид; в – сідничне передлежання, друга позиція, задній вид; г – сідничне передлежання, перша позиція, передній вид; д – поперечне положення, перша позиція, передній вид; е – поперечне положення, друга позиція, задній вид;

Для оцінки етапів просування голівки родовими шляхами велике значення мають поняття великого і малого сегментів голівки плода.

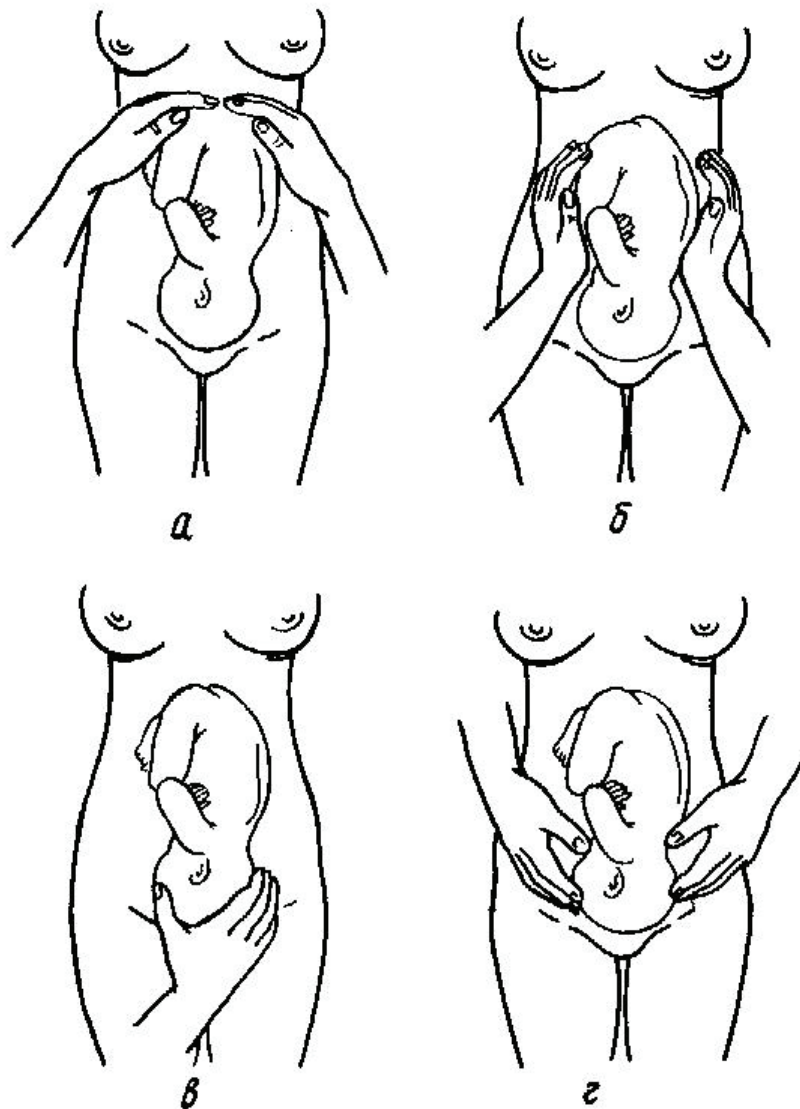
Під *великим сегментом голівки* умовно мають на увазі окружність найбільшого розміру голівки, яким вона проходить через площини малого таза при даному її вставленні. При потиличному передлежанні, коли голівка вставляється в таз у зігнутому положенні, найбільшою окружністю буде та, котра відповідає окружності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

Під *малим сегментом голівки* умовно мають на увазі меншу за великий сегмент частину голівки, якою вона проходить через площини малого таза.

Зовнішнє акушерське обстеження

Прийоми зовнішнього акушерського обстеження. (прийоми Леопольда)

При зовнішньому акушерському обстеженні для визначення розташування плода в порожнині матки використовують пальпацію прийомами Леопольда (Мал. 17). Дослідження проводиться у положенні вагітної на спині.



Мал. 17. Прийоми зовнішнього акушерського дослідження:

а – перший; б – другий; в – третій; г – четвертий прийоми Леопольда

Перший прийом. Мета – визначення висоти стояння дна матки та частини плода, яка знаходиться в дні матки. Для цього лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї, долоні обох рук кладе на дно матки, визначає висоту її стояння над лоном та частину плода, розташовану в дні матки.

Другий прийом. Мета - визначення позиції і виду позиції плода. Обидві долоні переміщують з дна матки і по чергово, то правою, то лівою рукою пальпують частини плода, звернені до бічних стінок матки. При цьому знаходять спинку плода, дрібні частини. При неправильному положенні до однієї з бокових стінок матки прилежить голівка.

Третій прийом. Мета - визначити характер передлеглої частини плода (передлежання). Однією рукою, звичайно правою, що лежить трохи вище від лобка, охоплюють передлежачу частину плода, після чого обережно роблять рухи цією рукою вправо і вліво. При головному передлежанні визначається щільна, куляста частина, що має чіткі контури. Якщо голівка плода ще не вставилася в площину входу до малого таза, вона легко переміщується ("балотує") між великим і рештою пальців. При тазовому передлежанні визначається об'ємна, м'якувата частина, вона не кругла за формою і не здатна "балотувати".

Четвертий прийом. Мета - визначити рівень стояння передлеглої частини (зокрема голівки) щодо площини входу в малий таз, і ступінь її вставлення. Лікар стає праворуч, обличчям до нижніх кінцівок вагітної, обидві руки кладе долонями вниз на бічні відділи нижнього сегмента матки і пальпує доступні ділянки передлежачої частини плода, намагаючись проникнути кінчиками пальців між передлежачою частиною і бічними відділами входу в малий таз.

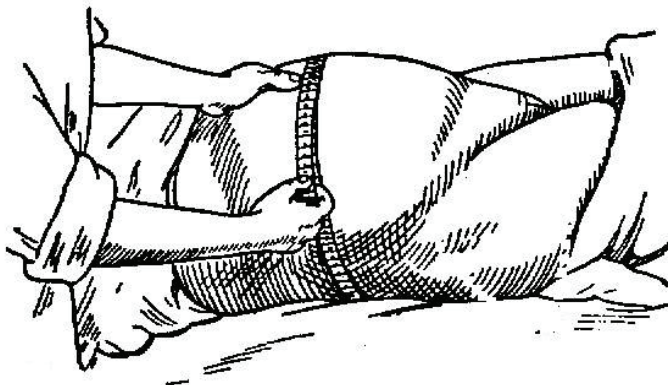
Методом зовнішнього дослідження IV прийомом Леопольда отримують такі дані:

- *Голівка рухома над входом в малий таз* - якщо пальці рук можна підвести під голівку
- *Голівка притиснена до входу в малий таз* - кінці пальців рук не сходяться під голівкою, проте потилиця і вся лицева частина пальпується над входом в малий таз.
- *Голівка малим сегментом у вході в малий таз* - потилична частина голівки виступає над входом в малий таз на два пальці, а лицева частина – повністю.
- *Голівка великим сегментом у вході в малий таз* - потилична частина голівки не пальпується над входом у малий таз, а лицева виступає на два-три пальці
- *Голівка у порожнині таза* - пропальповується лише підборіддя або зовсім не визначається частини голівки плода.

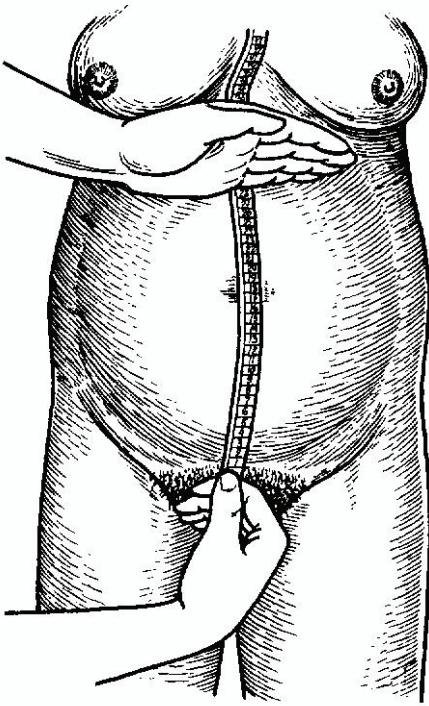
До зовнішніх методів дослідження належить **вимірювання зовнішніх розмірів тазу**. Проводиться при першому огляді вагітної в жіночій консультації і в пологовому будинку. При необхідності вимірювання тазу повторюють в пологах. Методи вимірювання тазу надані в розділі 3.

Вимірювання окружності живота та висоти стояння дна матки.

Окружність живота (ОЖ) вимірюють сантиметровою стрічкою, що проходить спереду через пупок, ззаду - через середину поперекової ділянки. (Мал. 18)



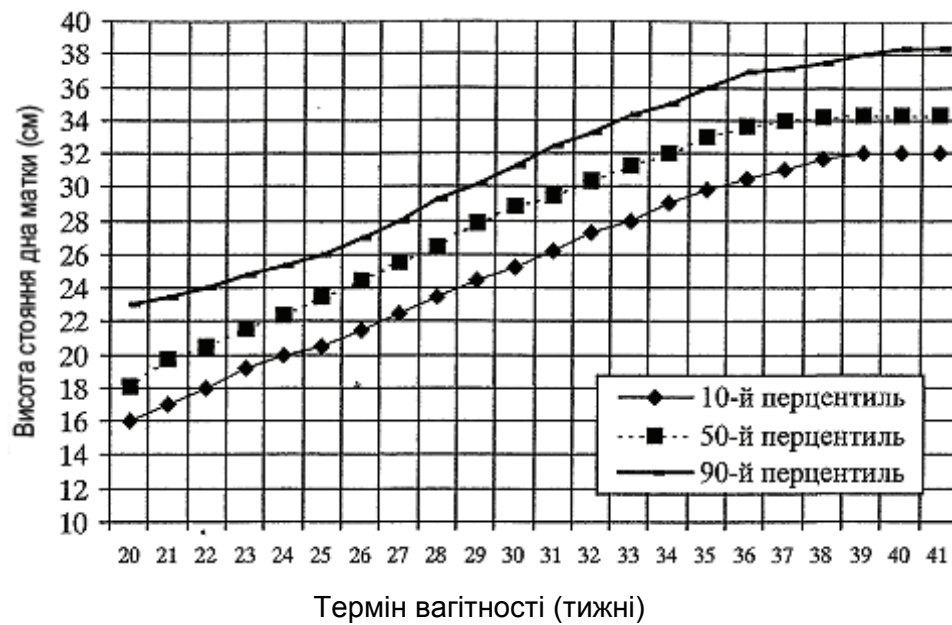
Мал. 18. Вимірювання окружності живота



Висота стояння дна матки (ВДМ) вимірюють сантиметровою стрічкою від верхнього краю симфізу до найбільш виступаючої точки дна матки. (Мал. 19)

Мал. 19. Вимірювання висоти стояння дна матки

Результати вимірювання ВДМ порівнюють з стандартною гравідограмою. (Мал. 20)



Мал. 20. Гравідограма

Підрахування передбачуваної маси плода.

Передбачувану масу плода (МП) орієнтовно вираховують за наступною формулою:

$$\text{МП (г)} = \text{ОЖ} \times \text{ВДМ}$$

Більш достовірно масу плода визначають методом ультразвукового дослідження.

Визначення терміну отримання допологової відпустки (ознаки 30-тижневої вагітності)

- дно матки знаходиться на середині між пупком і мечоподібним відростком;
- висота стояння дна матки над лоном при вимірі сантиметровою стрічкою 25-28 см (у середньому 26 см); окружність живота - 83-85 см.
- голівка плоду в першовагітних рухлива над входом у малий таз;
- піхвова частина шийки матки не скорочена;
- результати ультразвукового виміру: біпаріетальний розмір голівки плоду в середньому 75-76 мм; середній діаметр грудної клітини - 77-78 мм; середній діаметр живота - 79-80 мм; довжина стегна – 57-58 мм.

Внутрішнє акушерське дослідження

При фізіологічному перебігу вагітності внутрішнє (вагінальне) акушерське дослідження виконується при першому огляді пацієнтки в жіночій консультації в ранніх термінах вагітності та в останні тижні для з'ясування ступеня зрілості шийки матки.

В разі наявності показань (відхилення від нормального перебігу вагітності) внутрішнє дослідження виконується в будь-якому терміні, але в більшості випадків з початком пологів і в пологах.

Після деконтамінації рук лікаря (обробка спиртовим антисептиком або миття водою з милом) одягаються стерильні гумові рукавички. Вульва та передсінок піхви обробляються антисептиками, які не містять спирту. Огляд проводиться на гінекологічному кріслі або у акушерському ліжку.

Внутрішнє акушерське дослідження надає інформацію про особливості м'яких тканин пологового каналу (еластичність, здатність до розтягнення, а щодо шийки матки – про форму, довжину, ступінь розкриття), плодовий міхур, передлеглу частину і розміщення основних її орієнтирів відносно таза, про кістковий таз (екзостози, деформації, досяжність мису).

При виконанні внутрішнього акушерського дослідження проводиться визначення:

- стану зовнішніх статевих органів, їх розвиток;
- ширини входу, просвіту та розтягання стінок піхви, наявність рубців, запальних змін, пухлини, стан промежини, наповнення ампули прямої кишки та сечового міхура;
- форми та глибини склепінь;
- положення піхвової частини шийки матки, її форма, величина, консистенція, наявність рубців та розривів;
- стану внутрішнього та зовнішнього зіву, їх прохідність (розкриття в сантиметрах), вкорочення або згладженість шийки, визначення відношення піхвової частини шийки матки до довжини каналу шийки матки;
- наявності плодового міхура, його форми та щільності; його стан поза і під час перейми: наливається тільки під час перейми, залишається налитим і поза переймами, надмірно напружений, слабшає або зовсім не наливається під час переймів (плоский міхур) та ін.;

- характеру передлеглої частини (голівка, сідниці), розташування її пізнавальних точок, встановлення відношення передлеглої частини до тієї або іншої площини малого таза (над входом у малий таз, у вході в малий таз малим або великим сегментом, в широкій частині малого таза, у вузькій частині або у виході таза); чи не визначаються в межах вічка петлі пуповини, плацентарна тканина, дрібні частини плоду й ін.;
- ємкості таза, наявності екзостозів і величини діагональної кон'югати;
- характеру піхвових виділень.

При піхвовому дослідженні під час вагітності визначається *ступінь "зрілості" шийки матки*.

Розрізняють наступні поняття: шийка матки незріла, недостатньо зріла або зріла.

Для визначення готовності організму жінки до пологів за даними оцінки "зрілості" шийки матки оцінюється консистенція шийки матки, довжина її піхвової частини, прохідність каналу шийки матки, положення шийки стосовно провідної осі таза за шкалою Бішоп (табл.1).

Таблиця 1

Оцінка ступеня "зрілості" шийки матки за шкалою Бішоп

Ознака	Ступінь «зрілості»		
	0 балів	1 бал	2 бали
Положення шийки	Відхилена назад	Відхилена вперед	Серединне
Довжина шийки (см)	≥ 2	1-2	$1 \leq$
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Стан зовнішнього вічка (см)	Закритий	Відкритий на 1см	Відкритий на ≥ 2 см
Місце знаходження передлеглої частини плоду	Рухома над входом в малий таз	Притиснена до входу у малий таз	Притиснена або фіксована у вході в малий таз

0-2 бала – шийка «незріла»

3-5 балів – шийка «недостатньо зріла»

≥ 6 балів – шийка «зріла»

Методи дослідження стану плода

Ультразвукова фетометрія плода є інформативною з 20 тижня вагітності і включає визначення розмірів голівки, окружності живота та довжини стегна. При визначенні невідповідності одного або декількох основних фотометричних показників терміну вагітності проводиться розширена фетометрія та вираховуються співвідношення лобно-потиличного розміру до біпаріетального, окружності голівки до окружності живота, біпаріетального розміру до довжини стегна, довжини стегна до окружності живота. Найбільш цінним показником є прогнозована маса плода.

Підставою для проведення ультразвукової фетометрії у пізні строки вагітності є підозра на затримку росту плода за даними зовнішнього вимірювання висоти стояння дна матки та об'єму живота вагітної при відомому терміні вагітності, а також, у окремих випадках, для визначення строку вагітності за спеціальними таблицями, якщо її строк важко встановити за анамнестичними даними та методами стандартного обстеження.

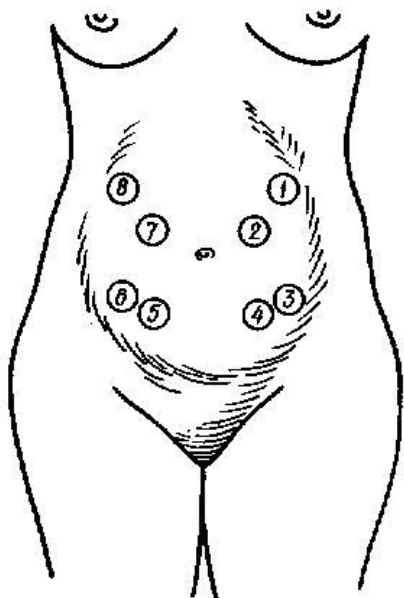
Аускультацию тонів серця плода проводять з 20 тижнів вагітності за допомогою акушерського стетоскопа з визначенням частоти серцевих скорочень за одну хвилину.

- Фізіологічний норматив – 110-170 уд./хв.

- Частота серцевих скорочень вище 170 уд./хв. та нижче 110 уд./хв. свідчить про порушення стану плода.

Для вислуховування серцебиття плода користуються наступними правилами:

1. При потиличному передлежанні серцебиття плода вислуховують нижче пупка вагітної на тій стороні, куди звернена спинка. При задніх видах - збоку живота по передній пахвовій лінії.



2. При лицевому передлежанні - нижче пупка з тієї сторони, де знаходиться грудка плода (при першій позиції - праворуч, при другій - ліворуч).

3. При поперечному положенні - біля пупка, ближче до голівки плода.

4. При передлежанні тазовим кінцем - вище пупка, поблизу голівки плода на тій стороні, куди звернена спинка. Мал. 21.

Мал. 21. Точки вислуховування найголосніших тонів серця плода при різних його передлежаннях і позиціях:

- 1 – тазове передлежання, перша позиція, задній вид;
- 2 – тазове передлежання, перша позиція, передній вид;
- 3 – потиличне передлежання, перша позиція, задній вид;
- 4 – потиличне передлежання, перша позиція, передній вид;
- 5 – потиличне передлежання, друга позиція, передній вид;
- 6 – потиличне передлежання, друга позиція, задній вид;
- 7 – тазове передлежання, друга позиція, передній вид;
- 8 – тазове передлежання, друга позиція, задній вид;

Кардіотокографія (КТГ) – синхронний запис серцевого ритму плода і маткових скорочень у продовж 10-15 хвилин за допомогою апарата – кардіотокографа.

Кардіотокограф одночасно записує криву пульсових ударів плода та скоротливу діяльність матки. Під час вагітності виконують запис тільки серцевих скорочень плода, мінімальний час запису яких повинен складати 30 хвилин при положенні вагітної на лівому боці. Вивчення реакції серцево-судинної системи плода у відповідь на його рухи під час такого запису називається *нестресовим тестом*.

При аналізі КТГ оцінюють такі параметри: базальна частота серцевих скорочень (БЧСС), варіабельність ЧСС, наявність і тип тимчасових змін БЧСС у вигляді прискорення (акцелерація) чи уповільнення (децелерація) серцевого ритму.

Базальна частота серцевих скорочень - це середня величина між миттєвими значеннями частоти скорочень серця плода, при цьому не враховують акселерації та децелерації.

При характеристиці БЧСС враховують його варіабельність – частоту та амплітуду миттєвих змін частоти серцевих скорочень (миттєвих осциляцій). Амплітуду осциляцій визначають за величиною відхилення від БЧСС, частоту – за кількістю осциляцій за 1 хв. Підрахунок цих показників виконують кожні 10 хвилин.

Діагностичні критерії:

- При нормальному стані плода для КТГ характерно: БЧСС у межах від 110 до 170 уд./хв. (нормокардія), варіабельність (ширина запису) – 10-25 уд./хв. з частотою осциляцій 3-6 цикл./хв. (хвилеподібний тип), наявність акцелерацій ЧСС та відсутність децелерацій.

Біофізичний профіль плода (БПП) (з 30 тижнів вагітності) - оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплідних вод) (табл. 2)

Таблиця 2

Оцінка результатів визначення показників біофізичного профілю плода

Параметри	Бали		
	2	1	0
Нестресовий тест (реактивність серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ)	5 і більше акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	2-4 акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	1 акцелерація або відсутність її за 20 хв. спостереження
Дихальні рухи плода (ДРП)	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю 60 с. і більш за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 с. за 30 хв. спостереження	ДРП тривалістю менше 30 с. або їх відсутність за 3 хв. спостереження
Рухова активність плода	Не менше 3 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	1 або 2 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	Відсутність генералізованих рухів
Тонус плода	Один епізод і більше розгинань із поверненням у згинальне положення хребта та кінцівок за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду розгинання із поверненням у згинальне положення за 30 хв. спостереження	Кінцівки в розгинальному положенні
Об'єм навколоплідних вод	Води визначаються у матці, вертикальний діаметр вільної ділянки вод 2 см і більше	Вертикальний розмір вільної ділянки вод більше 1 см, але не менше 2 см	Тісне розташування дрібних частин плода, вертикальний діаметр вільної ділянки менше 1 см
Оцінка БПП	7-10 б. – задовільний стан плода; 5-6 б. – сумнівний тест (повторити через 2-3 дні) 4 б. і нижче – патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове розродження)		

Доплерометрія швидкості кровоплину у артерії пуповини відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці.

Для цього застосовують спеціальну доплерометричну ультразвукову апаратуру, яка дозволяє оцінювати кровообіг в судинах плода, плаценти, матки. Найбільше практичне значення має дослідження кровообігу в артеріях пуповини та матки.

Якісну оцінку гемодинамічних показників в системі "мати - плацента - плід" проводять за кривими швидкостей кровоплину в маткових артеріях та артерії пупкового канатика. Оцінюють максимальну і мінімальну систолічну швидкість кровоплину. В ході аналізу доплерограм вираховують систоло-діастолічне відношення (СДВ), що характеризує периферичну судинну резистентність, а також індекс резистентності (ІР). Ці показники вираховували за спеціальними формулами.

Діагностичні критерії нормального кровоплину: високий діастолічний компонент на доплерограмі в артерії пуповини по відношенню до ізолінії, співвідношення амплітуди систоли до діастолі ставить не більше 3.

Ультразвукова томографія плода та органів малого тазу у пізні строки вагітності проводиться за показаннями для діагностики багатопліддя, членорозположення плода у матці, деяких вад розвитку плода, маловоддя та багатоводдя, патології розташування плаценти або часткового її відшарування, аномалій розвитку та пухлин матки або інших органів малого тазу тощо.

Методи дослідження стану плаценти

Ультразвукова плацентографія дозволяє встановити локалізацію плаценти, її товщину, структуру (стан хоріальної мембрани, паренхіми). Метод дозволяє визначити ступінь дозрівання плаценти.

При неускладненій вагітності с 26 тижня реєструють I стадію дозрівання, з 32 тижня – II стадію, з 36 тижня – III. Поява ультразвукових ознак різних ступенів структурності плаценти раніше встановлених строків оцінюється як передчасне "старіння" плаценти.

Важливим методом дослідження функціонального стану плаценти є оцінка її **гормональної функції**. Найбільше практичне значення має дослідження рівня прогестерону і естріолу. Рівень прогестерону залежить від строку вагітності і постійно підвищується до 37-38 тижня. Секреція естріолу залежить переважно від андрогенних попередників, що продукуються наднирниками плода. Рівень цього гормону в крові вагітної відображає не тільки стан плаценти, а також і плода.

Методи дослідження навколоплідних вод

Під час **ультразвукового дослідження** оцінюють об'єм навколоплідних вод (див. біофізичний профіль плода), можлива також оцінка їх структури.

Амніоцентез – отримання навколоплідних вод методом пункції амніотичної порожнини через черевну стінку (трансабдомінальний доступ), або через вагіну (трансвагінальний). Після 20 тижня вагітності застосовують трансабдомінальний доступ під ультразвуковим контролем, обираючи місце для пункції, де нема плаценти. Отримують навколоплідні води для біохімічного, гормонального, імунологічного, цитологічного, генетичного дослідження, в залежності від мети амніоцентезу.

Контрольні запитання

1. Як визначають термін вагітності і строк пологів за анамнестичними даними?
2. Як розташований плід в порожнині матки (положення, позиція, вид, передлежання) ?
3. Яка мета і правила виконань прийомів Леопольда?
4. Які розрізняють ступені вставлення голівки плода?
5. Як складається гравідограма?
6. Які методи вирахування передбачуваної маси плода?
7. Які методи діагностики 30-тижневої вагітності?
8. Які правила проведення внутрішнього акушерського дослідження?
9. Які ступені "зрілості" шийки матки?
10. Які правила аускультатії плода?
11. В чому полягає ультразвукова фетометрія?
12. В чому полягає кардіотокографія?
13. Як оцінюють біофізичний профіль плода?
14. В чому полягає метод доплерометрії швидкості кровоплину в судинах плода?
15. Які методи дослідження стану плаценти?
16. Які методи дослідження навколоплідних вод?

Розділ 7. Біомеханізм пологів при передньому і задньому видах потиличного передлежання

Біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання є важливою темою при вивченні курсу акушерства. Оскільки біомеханізм пологів є основним компонентом пологового акту, при передньому та задньому видах потиличного передлежання він визначає прогноз пологів як для матері, так і для плода. Достеменно знання біомеханізму пологів дозволяє своєчасно проводити профілактичні чи лікувальні заходи, що, зрештою, веде до зниження материнської та перинатальної смертності при пологах.

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

Пристаючи до вивчення біомеханізму пологів, треба відзначити такі особливості в положенні голівки плода при потиличному передлежанні:

- 1) положення голівки до початку пологів трохи зігнуте, тобто потилиця і мале тім'ячко нижче за велике;
- 2) стрілоподібний шов розміщується трохи в косому розмірі у вході до малого таза, оскільки поперечний розмір входу до таза проходить близько до крижової кістки, і м'язи дещо звужують задньобічні відділи тазу.

Біомеханізм пологів залежить також від структури кістково-тазового кільця (звуження його в задньобічних відділах за рахунок м'язів) і від здатності голівки до конфігурації.

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання

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

Перший момент - згинання голівки та опускання її в площину входу до малого таза. Це поворот голівки навколо своєї поперечної осі. Внаслідок згинання голівки, мале тім'ячко розміщується на нижньому полюсі передлеглої частини, наближаючись до провідної осі таза, і стає "ведучою точкою". Внаслідок цього згинання голівки проходить через таз найменшою окружністю, яка проходить через малий косий розмір і дорівнює 32 см.

Згинання голівки найбільш просто пояснюється законом двоплечової підойми. Поступальні рухи голівки тривають безперервно, аж до народження дитини. Протягом цього моменту голівка конфігурується.

При згинанні голівки провідна вісь голівки і тазу співпадають, при цьому стрілоподібний шов знаходиться на рівній відстані від лона і мису крижів. Таке вставлення голівки називається синклітичним. При відхиленні сагітального шва від провідної вісі тазу (ближче до мису, або до лона) виникає асинклітичне вставлення, яке є патологічним.

Другий момент - внутрішній поворот голівки; він здійснюється при переході її з широкої у вузьку частину малого таза. Голівка поволі повертається навколо своєї осі так, що потилиця напружена до симфізу, і обличчя - до крижової кістки. При цьому стрілоподібний шов поступово змінює своє положення, переходячи з поперечного розміру у косий, потім з косого - у прямий розмір виходу тазу.

При першій позиції стрілоподібний шов проходить через правий косий розмір, при другій - через лівий косий розмір тазу.

Внутрішній поворот голівки плода є наслідком пристосування найменших її розмірів до найбільших розмірів тазу, а також опору поступальному рухові голівки з боку м'язового апарату тазу.

Третій момент - розгинання голівки в площині виходу. Стрілоподібний шов збігається з прямим розміром виходу тазу. Точка фіксації утворюється між серединою нижнього краю лобкового зчленування і підпотиличною ямкою. Навколо цієї точки здійснюється розгинання голівки, а клінічно це супроводжується народженням лоба, обличчя, підборіддя.

Четвертий момент - внутрішній поворот плічок і зовнішній поворот голівки. Під час врізування та прорізування голівки тулуб просувається до малого тазу, причому поперечний розмір плічок вступає в один з косих розмірів входу до малого тазу. При першій позиції плічка займають лівий косий розмір входу, при другій - правий косий розмір входу до малого тазу.

На тазовому дні плічка здійснюють внутрішній поворот, подібно до повороту голівки плода. Закінчивши поворот, плічка встановлюються прямим розміром в прямому розмірі площини виходу тазу. Цей поворот плічок передається голівці, яка народилася, що відповідає четвертому моменту біомеханізму пологів. Голівка при цьому обертається обличчям до стегна матері: при першій позиції - до правого, при другій - до лівого.

Переднє плічко вступає під лобкову дугу, фіксується біля нижнього краю симфізу. Точка фіксації - місце прикріплення дельтоподібного м'яза до плечової кістки. Навколо точки фіксації відбувається згинання тулуба в грудному відділі і першим народжується заднє плічко, потім задня ручка. Після народження плечового поясу відбувається поява інших частин плода, народження яких не має спеціального біомеханізму, оскільки їх розміри значно менші за голівку і плічка.

Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання

Перший момент — згинання і опускання голівки плода (не відрізняється від переднього виду потиличного передлежання).

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

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

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

П'ятий момент не відрізняється від четвертого моменту біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання.

Конфігурація голівки при задньому виді потиличного передлежання доліхоцефалічна.

До етіологічних моментів утворення заднього виду потиличного передлежання належать зміни форми і розмірів тазу, а також голівки плода. Часто цей варіант спостерігається при малих, недоношених чи мертвих плодах.

Особливості клініки перебігу пологів при потиличному передлежанні заднього виду: більша тривалість пологового акту, ніж при передньому виді потиличного передлежання; більша витрата пологових сил для надмірного згинання голівки; найчастіше виникають розриви промежини, повторна слабкість пологової діяльності, дистрес плода тощо.

Прогноз пологів взагалі задовільний. Ведення пологів вичікувальне, однак завжди необхідно бути готовим до надання акушерської допомоги чи операції.

Контрольні запитання

1. Що таке біомеханізму пологів?
2. Що таке ведуча точка?
3. Яка ведуча точка при передньому виді потиличного передлежання.?
4. Який перший момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
5. Який другий момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
6. Який третій момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
7. Який четвертий момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
8. Який біомеханізм народження плечиків?
9. Які теорії причинності окремих моментів біомеханізму пологів?
10. Які особливості біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання?
11. Які фактори сприяють утворенню заднього виду потиличного передлежання?.
12. Які особливості клінічного перебігу пологів при задньому виді потиличного передлежання.?

Розділ 8. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів

Нормальні (фізіологічні) пологи – це пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у вагітної низького ступеня ризику у терміні вагітності 37-42 тижні, потиличному передлежанні плода, при задовільному стані матері та новонародженого після пологів.

Початку пологів передують період передвісників (прелімінарний). Передвісники пологів характеризуються наступними ознаками: опущення дна матки, через що полегшується дихання вагітної; підвищення реакції матки на механічні подразники; виходження із каналу шийки матки слизової пробки. Основною ознакою готовності до родів є «зріла» шийка матки.

З початком пологової діяльності вагітну називають роділлею.

Періоди пологів

Пологи поділяють на три періоди:

- Перший - період розкриття шийки матки
- Другий - вигнання плода
- Третій - послідовий.

Перший період (період розкриття) відліковують від початку регулярних перейм до повного розкриття шийки матки (10см).

Діагностика і підтвердження початку пологів:

- у вагітної після 37 тижня з'являються переймоподібні болі внизу живота та крижах з появою слизово-кров'янистих або водянистих (у разі вилиття навколоплідних вод) виділень із піхви;
- наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15 – 20 секунд;
- зміна форми шийки матки (прогресивне її укорочення і згладжування) та розкриття;
- поступове опускання голівки плода до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження), або відносно lin. interspinalis (при внутрішньому акушерському дослідженні).

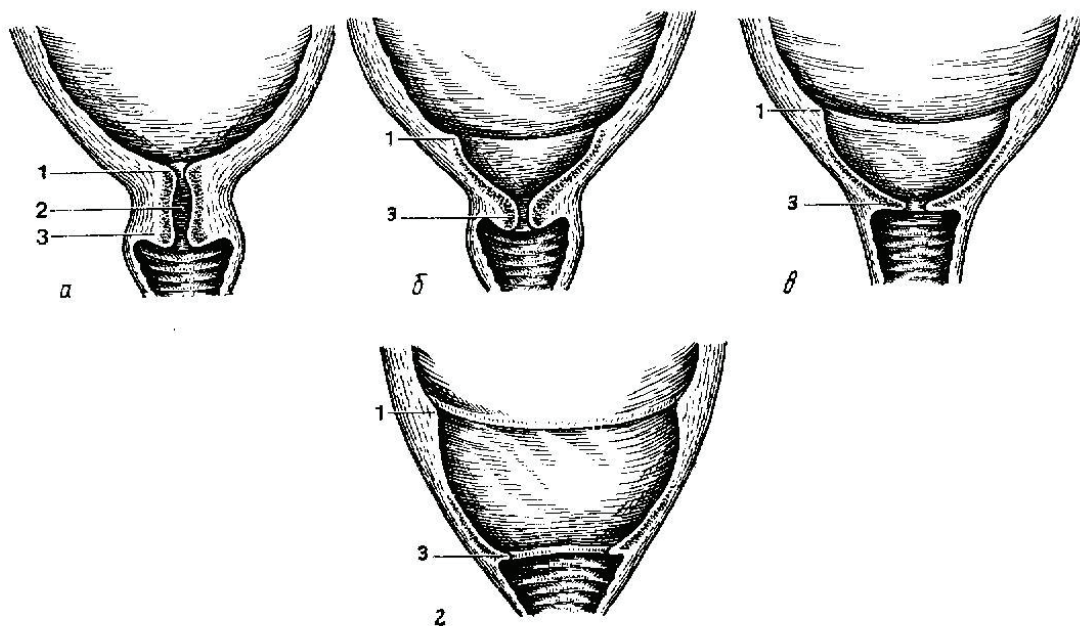
Перейми - це мимовільні скорочення м'язів матки. Проміжки між переймами називають паузою. Регулярна пологова діяльність – це така скоротлива діяльність, яка приводить до структурних змін шийки матки – її згладжування та розкриття.

Згладжування шийки - це зменшення довжини її каналу внаслідок пересування м'язових волокон внутрішнього вічка до нижнього маткового сегмента.

Розкриття (дилатація) шийки характеризується збільшенням діаметру цервікального каналу до 10 см, що забезпечує можливість просування плода. Розкриття шийки матки здійснюється головним чином за рахунок скорочення (контракції) та переміщення (ретракції) одне щодо одного м'язових волокон тіла і дна матки, а також за рахунок розтягнення (дистракції) м'язів шийки та частково нижнього сегмента матки. В паузах між переймами контракція матки зникає цілком, а ретракція - частково.

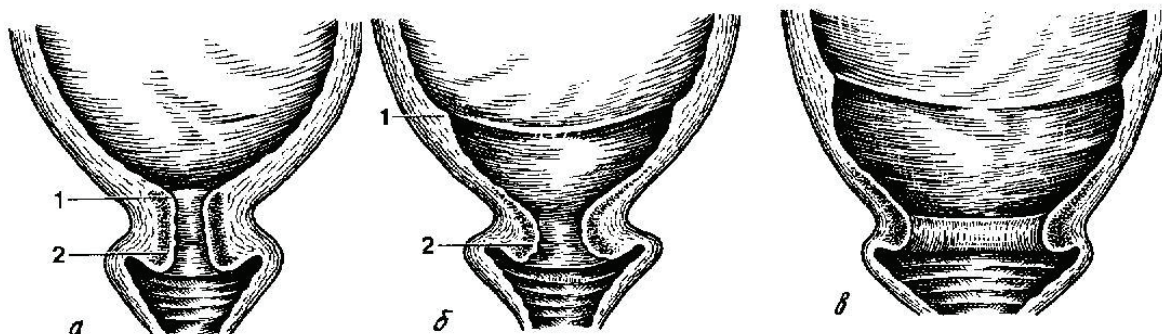
Під час кожної перейми підвищення внутришньоматкового тиску передається на плідні оболонки, навколоплідні води і плід. Навколоплідні води під впливом внутрішньоматкового тиску переміщуються вниз до виходу з матки, внаслідок чого плідний міхур втискується в канал шийки матки. Передлежача частина (голівка) фіксується у вході в малий таз і утворює внутрішній пояс прилягання. Навколоплідні води при цьому поділяються на передні і задні. Між стінками таза та нижнім матковим сегментом утворюється зовнішній пояс прилягання.

Згладжування і розкриття шийки матки у першо- і повторнороділь відбувається по-різному. У першороділь спочатку відбувається згладжування, а потім розкриття шийки матки (Мал. 22.), у повторнороділь ці процеси відбуваються одночасно (Мал. 23.).



Мал. 22. Шийка матки жінки, яка народжує вперше:

а – до початку пологів; б – початок періоду розкриття шийки матки (вкорочення шийки матки); в – перший період пологів (згладжування шийки матки); г – кінець першого періоду пологів (повне розкриття шийки матки): 1 – внутрішнє вічко; 2 – канал шийки матки; 3 – зовнішнє вічко



Мал. 23. Шийка матки жінки, яка народжує повторно:

а – початок періоду розкриття шийки матки; б – одночасне розкриття внутрішнього (1) та зовнішнього (2) вічка; в – повне розкриття шийки матки

При фізіологічних пологах в кінці першого періоду розривається плідний міхур та виливаються навколоплідні води. Таке вилиття навколоплідних вод називають своєчасним. Вилиття амніотичної рідини до початку пологової діяльності називають передчасним, а вилиття її до розкриття шийки матки на 5 см - раннім.

Перший період пологів поділяється на дві послідовні фази:

- **Латентна (прихована) фаза** – проміжок часу від початку регулярної пологової діяльності до повного згладжування шийки матки з розкриттям до 3 см у перших пологах або до 4 см у всіх наступних. Зазвичай на цю фазу припадає, відповідно, 6-8 годин (у жінок, які народжують вперше) та 4-5 годин (у жінок, які народжують повторно).

- *Активна фаза* – розкриття шийки матки від 3-4 см включно до 10 см. Мінімальна швидкість розкриття шийки матки в активну фазу, що вважається нормою становить 1 см/год як у перших так і у наступних пологах. Зазвичай швидкість розкриття у жінок, що народжують вдруге чи втретє більше, ніж у таких, що народжують вперше.

Активна фаза розділяється в свою чергу на три підфази: прискорення, максимального підйому та уповільнення. Підфаза *прискорення* у першонароджуючих продовжується до 2 годин, у повторнонароджуючих - до 1 години. Підфаза *максимального підйому* триває стільки ж годин відповідно. Підфаза *уповільнення* у першонароджуючих продовжується 1-2 години, у повторнонароджуючих - 0,5-1 годину. Уповільнення в кінці першого періоду пологів пояснюється сповзанням шийки матки з голівки плода, що просувається.

Висновок щодо ефективності перейм ґрунтується на їх силі, тривалості та частоті, на розкритті шийки матки в динаміці та ознаках просування голівки відносно площини входу в малий таз. Але найбільш об'єктивним критерієм ефективності пологової діяльності в I періоді є розкриття шийки матки.

В активній фазі першого періоду пологів ефективна скоротлива активність матки має відповідати наступним характеристикам: 3-4 перейми за 10 хвилин, кожна тривалістю більш ніж 40 секунд.

Другий період (період вигнання) триває від моменту повного розкриття шийки матки до народження дитини. Важливо відрізнити ранню фазу другого періоду – від повного розкриття до початку потуг, та активну – безпосередньо фазу потуг.

Важливими поняттями другого періоду пологів є:

- *потуги (натуги)* – ритмічне поєднання скорочення маткової мускулатури, черевного пресу, діафрагми та тазового дна;
- *врізування голівки* – поява голівки з вульварного кільця лише під час потуги;
- *прорізування голівки* – голівка зберігає положення у вульварному кільці після припинення потуги.

Максимально припустима тривалість другого періоду у жінок, що народжують вперше та повторно, відповідно, 2 та 1 година без застосування епідуральної анестезії, та 3 й 2 години з епідуральною анестезією. Більшість цього часу складає саме рання фаза, коли голівка поступово просувається по пологовому каналу до тазового дна спочатку без приєднання потуг, а потім з поступовою появою та посиленням потужного компонента під час перейми.

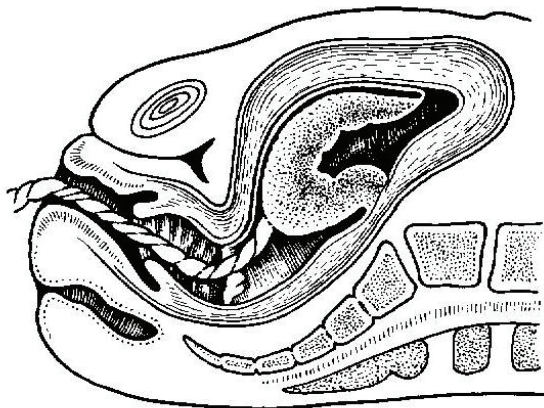
Підчас ранньої фази другого періоду не слід примушувати жінку натужуватися. Організація потуг під час ранньої фази за наявності нормального стану плода та матері зазвичай швидко призводить до втоми жінки, порушення процесу внутрішнього повороту голівки плода, травмування пологових шляхів та голівки плода, порушення серцевої діяльності плода та зайвим медичним втручанням.

Повноцінна (спонтанна та активна) потужна діяльність з'являється лише коли голівка знаходиться на тазовому дні (активна фаза).

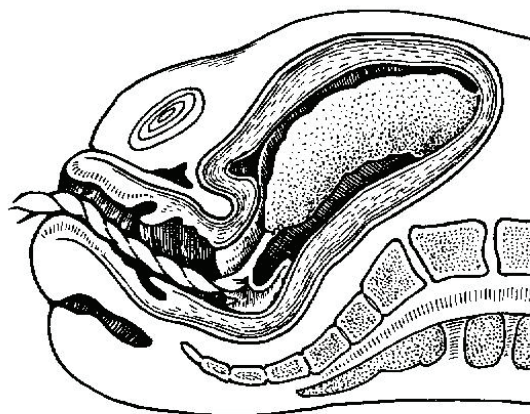
Третій період (послідовий) продовжується від народження плода до виділення плаценти з оболонками. За відсутності ознак кровотечі його тривалість не повинна перевищувати 30 хвилин.

Механізми відшарування нормально розміщеної плаценти можуть бути різними. Відокремлення плаценти з центру, з формуванням ретроплацентарної гематоми та народженням плодовою поверхнею назовні називається механізмом по Шультце (Мал. 24). Якщо плацента відшаровується не з центру, а з краю, такий механізм відшарування називається по Дункану (Мал. 25).

Цілість посліду, що народився визначають візуально.



Мал. 24. Центральне відділення плаценти (варіант Шультце): ретроплацентарна гематома



Мал. 25. Відділення плаценти з краю (варіант Дункана)

Крововтрата у послідовому періоді, що становить 0,5% маси роділлі, але не перевищує 500 мл вважається фізіологічною. Єдиним об'єктивним методом обліку крововтрати є її вимірювання.

Методи обстеження роділь в пологах

Зовнішній метод оцінки ступеню розкриття шийки матки

Зовнішніми методами оцінити ступінь розкриття шийки матки можливо тільки приблизно. Орієнтовно про ступінь розкриття шийки матки в родах судять по висоті стояння контракційного кільця (границя між порожнім мускулом, що скорочується, і нижнім сегментом матки, що розтягується). Шийка матки при пологах звичайно буває розкрита на стільки, на скільки поперечних пальців контракційне кільце розташоване вище лонної дуги.

Внутрішній метод оцінки ступеню розкриття шийки матки

З метою визначення динаміки розкриття шийки матки та розташування голівки плода в пологах проводиться внутрішнє акушерське дослідження, яке виконують при надходженні жінки до пологового відділення, через кожні 4 години під час першого періоду пологів та після вилиття навколоплідних вод (для своєчасної діагностики можливого випадання з плином амніотичної рідини пуповини та дрібних частин плода).

Через зростання ризику висхідного інфікування пологового каналу додаткові внутрішні акушерські дослідження у першому періоді пологів припустимі лише за показаннями: патологічна частота серцебиття плода для з'ясування причин порушення його стану (наприклад - випадіння пуповини) та вирішення питання щодо способу розродження (кесарів розтин, вакуум-екстракція акушерські щипці); при багатоплідній вагітності після народження першого плода; неправильне положення плода, або підозра на вставлення голівки плода у вході до малого тазу у стані розгинання; затримка прогресу пологів у зв'язку з неефективністю маткових скорочень (для амніотомії та перед стимуляцією окситоцином); необхідність оперативного вагінального розродження; кровотеча після 22 тижнів вагітності (в умовах операційної).

Ступінь опускання голівки плода також може визначатися зовнішніми і внутрішніми методами.

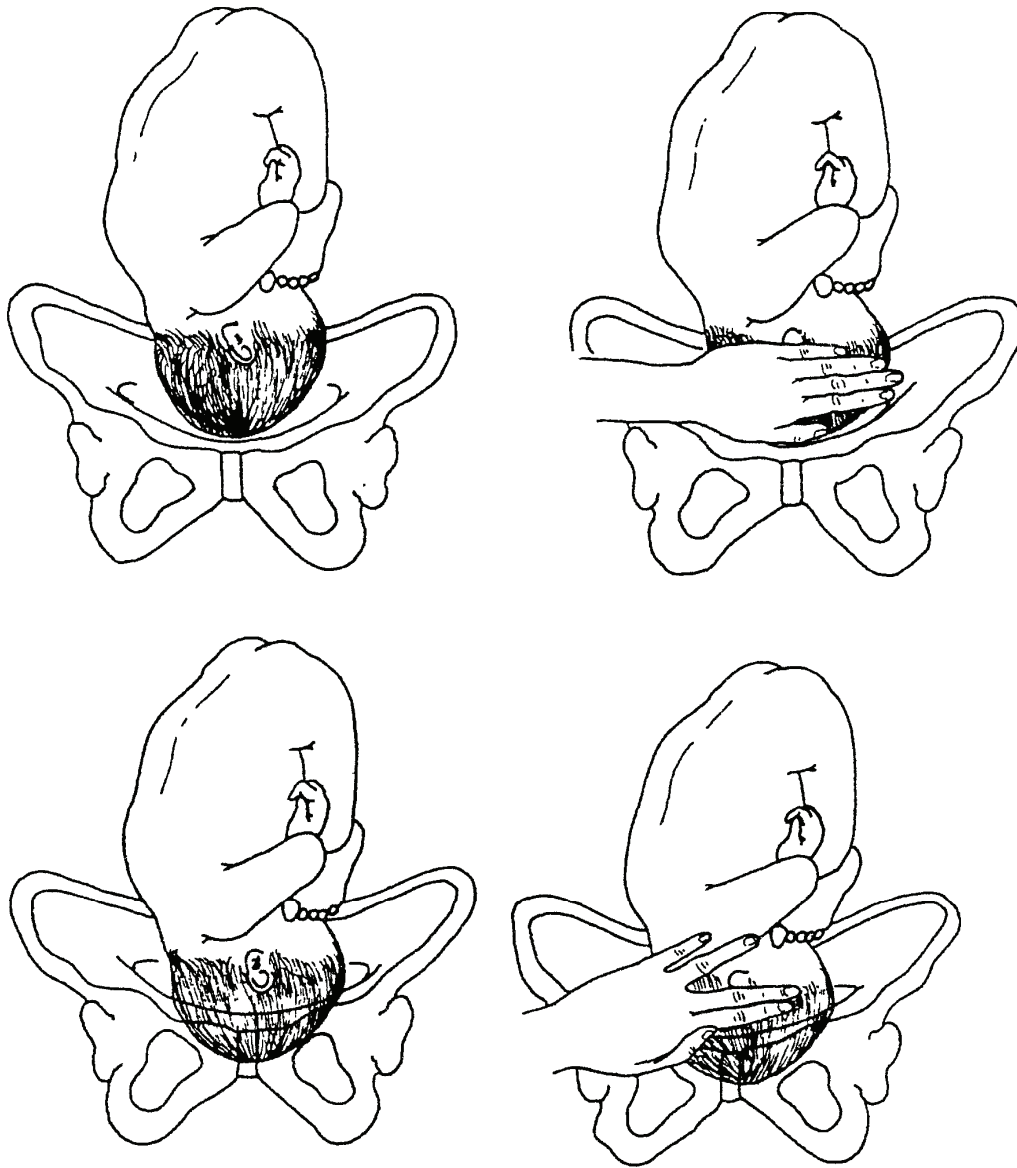
Визначення ступеню опускання голівки зовнішніми методами

Ступінь опускання голівки відносно площини входу в малий таз можна визначити за допомогою IV-го прийому Леопольда (див. розділ. 6).

Рекомендований також метод абдомінальної пальпації, яким визначається висота стояння голівки плода на кількість поперечників пальців над симфізом (Мал. 26):

5/5 – голівка плода розташована над симфізом на ширину 5 пальців, голівка плода знаходиться над входом до малого тазу;

- 4/5 – ширина 4 пальців, голівка притиснута до входу в малий таз;
3/5 – ширина 3 пальців, голівка малим сегментом у вході до малого тазу;
2/5 – ширина 2 пальців, голівка великим сегментом у вході до малого тазу;
1/5 - 0/5 – ширина 1 пальця або голівка не визначається, голівка знаходиться у порожнині тазу.

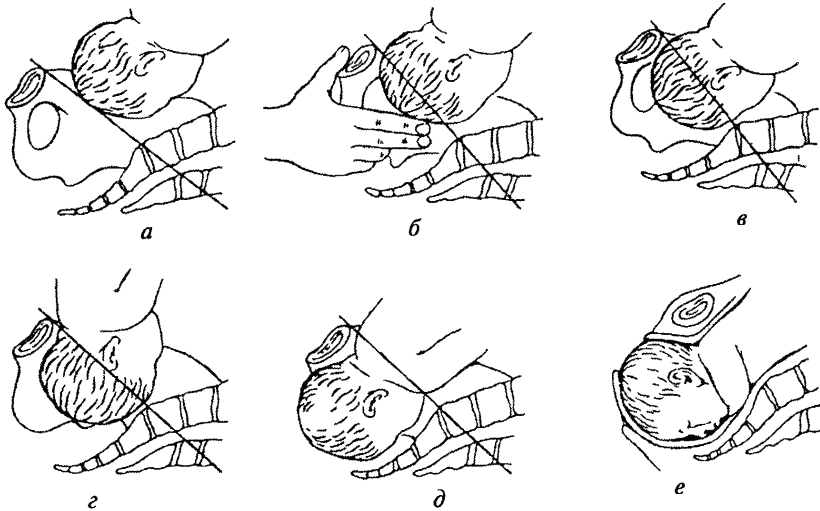


Мал. 26. Визначення ступеню опускання голівки у порожнину тазу
методом абдомінальної пальпації.

Зовнішня пальпація голівки має здійснюватися безпосередньо перед внутрішнім акушерським дослідженням. Це надає можливість запобігти помилок у визначенні положення голівки у разі формування великого набряку передлеглої частини голівки плода.

Визначення ступеню опускання голівки методом внутрішнього акушерського дослідження (Мал.27)

- **Голівка над входом у малий таз.** Таз вільний, голівка розташована високо, вона не перешкоджає пальпації безіменної лінії таза, мису; стрілоподібний шов знаходиться в поперечному розмірі на однаковій відстані від симфізу і мису, велике і мале тім'ячко - на одному рівні.
- **Голівка малим сегментом у вході в малий таз.** Крижова западина вільна, до мису можна підійти зігнутим пальцем (якщо він досяжний). Внутрішня поверхня симфізу доступна дослідженню, мале тім'ячко нижче великого. Стрілоподібний шов розташований в злегка косому розмірі.
- **Голівка великим сегментом у вході в малий таз.** Голівка займає верхню третину симфізу і крижів. Мис недосяжний, сідничні ості пальпуються легко. Голівка зігнута, мале тім'ячко нижче великого, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів.
- **Голівка в широкій частині малого таза.** Голівка найбільшою окружністю пройшла площину широкої частини малого таза. Дві третини внутрішньої поверхні лонного зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Вільно пальпуються IV і V крижові хребці і сідничні ості. Стрілоподібний шов розташований в одному з косих розмірів, мале тім'ячко нижче великого.
- **Голівка у вузькій частині малого таза.** Дві верхні третини крижової западини і уся внутрішня поверхня лонного зчленування зайняті голівкою. Сідничні ості важко досягаються. Голівка знаходиться близько до дна таза, внутрішній поворот її ще не закінчений, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів, близько до прямого. Мале тім'ячко у лона нижче великого.



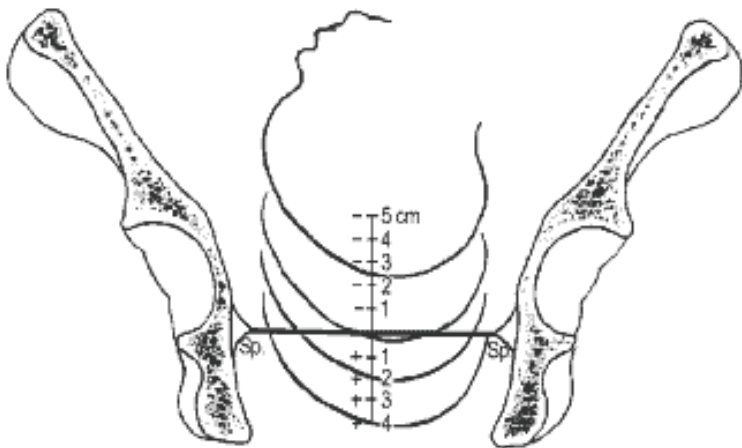
- **Голівка у виході таза.** Крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, стрілоподібний шов розташований в прямому розмірі виходу з малого таза. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

Мал.27 Положення голівки плода при просуванні попологовим шляхам:

а – над входом у малий таз, **б** – притиснута до входу у малий таз, **в** – малим сегментом у вході до малого таза, **г** – великим сегментом у вході до малого таза, **д** – у порожнині малого таза, **е** – у виході з малого таза.

Положення голівки плода при внутрішньому дослідженні можна також з'ясовувати по відношенню до рівня сідничних остей - *linia interspinalis* (положення "0"). Відстань від сідничних остей до площини входу в малий таз дорівнює такій від остей до площини виходу таза. Знак "-" означає, що голівка знаходиться вище сідничних остей (ближче до входу в малий таз). Знак "+" означає, що голівка плода розміщується нижче сідничних остей (ближче до виходу таза).

Положення голівки визначається таким чином (Мал. 28) :



- 3 - голівка над входом в таз;
- 2 - голівка притиснута до входу в малий таз;
- 1 - голівка малим сегментом у вході в малий таз,
- 0 - голівка великим сегментом у вході в малий таз,
- +1- голівка в широкій частині малого тазу;
- +2 - голівка у вузькій частині малого тазу,
- +3 - голівка у виході з малого тазу.

Мал.28 Визначення положення голівки плоду при внутрішньому дослідженні

Оцінка стану плода в пологах

Стан плода визначають за показниками серцебиття, кольору навколоплідних вод та конфігурації голівки.

Серцебиття плода реєструють шляхом періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора або, за показаннями, фетального моніторингу (кардіотокографії) (див. розділ 6).

Періодична аускультатія здійснюється згідно наступних правил:

- вагітна знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається негайно після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми;
- аускультатія триває протягом 60 секунд.

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

У разі появи частоти серцевих скорочень плода, що виходять за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультатію, дотримуючись вище описаної методики

За наявності стійких аускультативних порушень серцебиття плода проводять кардіотокографічне (КТГ) дослідження (див. розділ 6). Слід зазначити, що рутинне застосування КТГ всім роділлям не доцільне через високий відсоток хибнопозитивних результатів та збільшення частоти акушерських втручань, в тому числі і оперативних пологів [А]

Колір **навколоплідних вод** визначається під час їх вилиття та під час кожного внутрішнього акушерського дослідження. В нормі навколоплідні води є прозорими. Поява свіжого та густого меконію у навколоплідних водах свідчить про погіршення стану плода, особливо у поєднанні з порушенням частоти серцевих скорочень плода.

Конфігурація голівки плода це процес пристосування її до пологових шляхів жінки. Завдяки наявності швів та тім'ячок кістки черепа плода мають здатність зближуватись та знаходити одна на одну за рахунок чого об'єм голівки плода зменшується. Відрізняють три ступені конфігурації голівки плода

- Перша – кістки черепа зближені, торкаються одна одної
- Друга – кістки помірно знаходять одна на одну
- Третя – кістки значно знаходять одна на одну

Третя ступінь конфігурації голівки у поєднанні з відсутністю просування голівки по пологовому каналу за наявності активної пологової діяльності є ознакою невідповідності між розмірами голівки плода та тазу матері (клінічно вузький таз) та потребує розродження шляхом кесарева розтину.

Контроль за станом жінки здійснюють шляхом реєстрації наступних показників: пульс та артеріальний тиск (кожні 2 години), температура (кожні 4 години), сеча: об'єм – під час кожного сечовипускання, але не рідше ніж кожні 4 години; наявність білка або ацетону – за показаннями.

Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів

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

- ретельного моніторингу стану матері, плода та прогресування пологів;
- створення умов для надання невідкладної допомоги роділлі/породіллі та новонародженому;
- проведення заходів, що спрямовані на попередження інфекційних та гнійно-запальних ускладнень;
- впровадження та суворе дотримання принципів „теплого ланцюжка”.

Клінічний перебіг та ведення першого періоду пологів

Спостереження за перебігом першого періоду пологів, станом матері та плода здійснюється за допомогою *партограми* (Див. додаток „Використання партограми”).

Особливості ведення партограми.

Відносно часової осі на партограмі графічно відображають наступні показники:

1. Перебіг пологів:
 - Швидкість розкриття шийки матки, визначену методом внутрішнього акушерського дослідження (кожні 4 години)
 - Опускання голівки плода, визначене за допомогою абдомінальної пальпації (кожні 4 години)
 - Частоту (за 10 хвилин) та тривалість (в секундах) перейм (кожні 30 хвилин),
2. Стан плода:
 - Частоту серцебиття плода, оцінену методом аускультативної або ручного доплерівського аналізатора (кожні 15 хвилин)
 - Ступінь конфігурації голівки плода (кожні 4 години),
 - Стан плідного міхура та навколоплідних вод (кожні 4 години)
3. Стан роділлі:
 - Пульс та артеріальний тиск (кожні 2 години),
 - Температура (кожні 4 години)
 - Сеча: об'єм під час кожного сечовипускання, але не рідше ніж кожні 4 години; наявність білка або ацетону – за показаннями.

Партограма представлена на Мал.29

Партограма (вкладиш до історії пологів № _____)

ПІБ	Вагітність	Кількість пологів в анамнезі
Дата госпіталізації	Час госпіталізації	Тривалість безводного проміжку
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>Частота серцевих скорочень плода</p> <p>Навколоплідні води</p> <p>Конфігурація голівки плода</p> </div> <div style="width: 80%;"> </div> </div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>Розкриття шийки матки (см) [позначки X]</p> <p>Опускання голівки плода [позначки O]</p> <p>Година</p> <p>Час</p> </div> <div style="width: 80%;"> </div> </div>		
<p>Перейми за 10 хв.</p>		
<p>Окситоцин ОД/Л</p> <p>Кількість крапель/хв</p>		
<p>Призначені препарати</p>		
<p>Пульс</p> <p>та</p> <p>АТ</p>		
<p>Температура °C</p>		
<p>Сеча</p> <p>білок</p> <p>ацетон</p> <p>об'єм</p>		

Діагноз:

Мал.29 Партограма

Переваги партограми:

- Ефективне спостереження за перебігом пологів
- Своєчасне виявлення відхилення пологів від нормального перебігу
- Допомога під час прийняття рішення щодо необхідності втручання

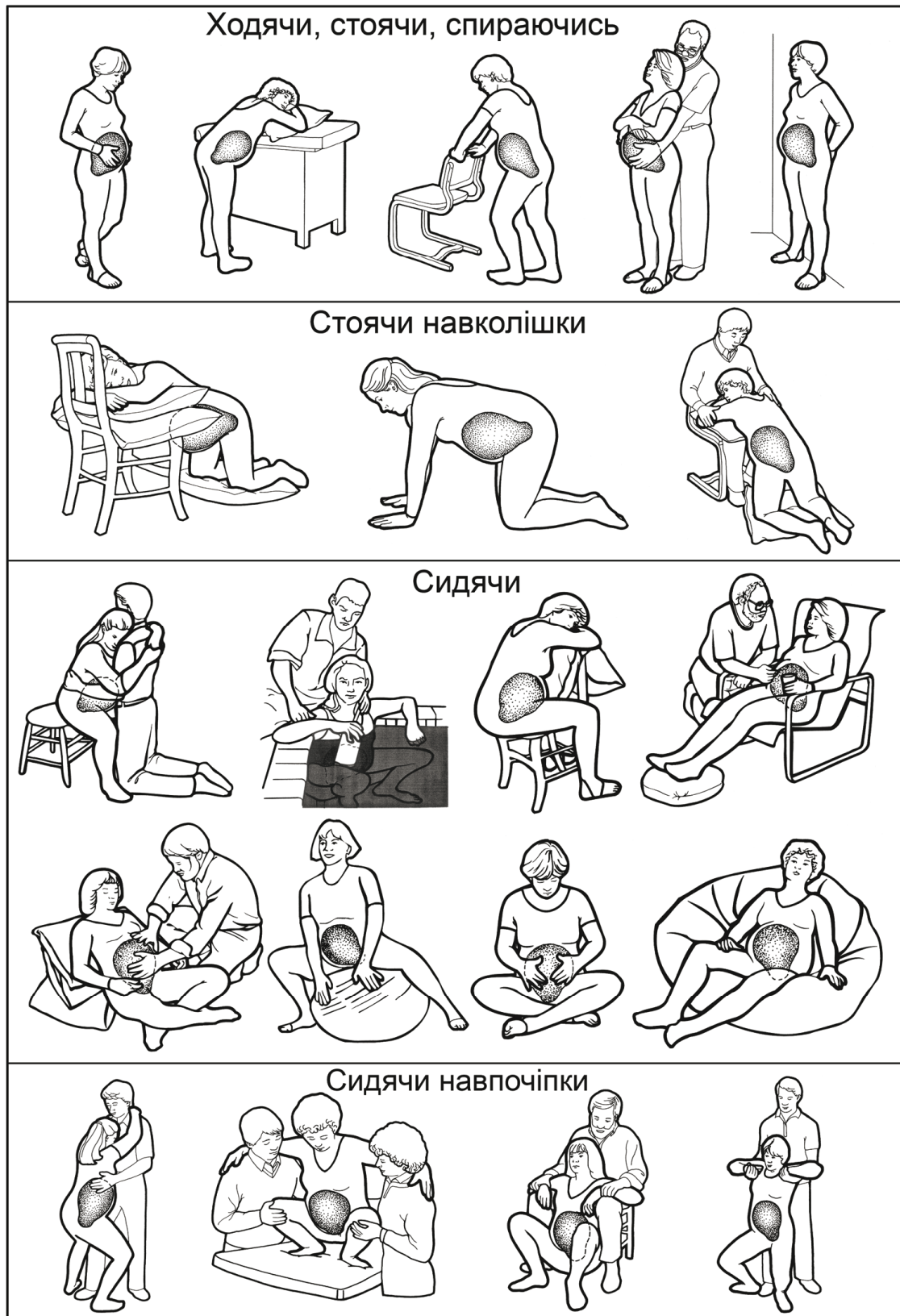
Особливу увагу слід звернути на принципи ведення першого періоду пологів, які передбачають заходи, спрямовані на психологічну підтримку роділлі – партнерські пологи (присутність чоловіка або членів сім'ї, а в окремих випадках близьких друзів), профілактику стомлення роділлі, порушення стану плода, уникнення материнського та дитячого травматизму у пологах. Обов'язковим при веденні пологів є вільний вибір жінкою положення (сидячи, стоячи, з нахилом уперед, лежачи на боці тощо) (Мал.30); небажаною вважається позиція жінки у пологах на спині, що сприяє виникненню аорто-кавальної компресії, порушенню кровообігу у матці, негативно впливає на загальний стан роділлі, призводить до різкого зниження артеріального тиску й погіршення стану плода. Крім того, положення на спині зменшує інтенсивність маткових скорочень і негативно впливає на перебіг та тривалість пологів. Найбільш виправданим у першому періоді пологів є активна поведінка жінки, що прискорює процес розкриття шийки матки, зменшує болючість перейм, знижує частоту порушень серцевої діяльності плода.

Окремо слід наголосити на необхідності правильного режиму дихання роділлі – швидкий вдих через ніс та повільний видих через рот. Такий спосіб дихання сприяє як знеболюванню переймів, так і покращанню центральної та матково-плацентарної гемодинаміки. Серед немедикаментозних методів, що зменшують больові відчуття під час першого періоду пологів, може використовуватися музикотерапія, а також інші нефармакологічні засоби зняття болю (душ, ванна, джакузі, масаж).

Застосування цих методик викликає подразнення специфічних аферентних периферичних нервових рецепторів, що призводить до зростання рівня ендорфінів у спинномозковій рідині, які є ендогенними знеболюючими речовинами.

Застосування фармакологічних знеболюючих засобів у пологах проводиться тільки за наявності клінічних показань.

Вільні позиції в пологах



Мал.30 Різноманітність вільного вибору позицій у пологах.

Клінічний перебіг та ведення другого періоду пологів

Ведення другого періоду пологів вимагає:

- вимірювання артеріального тиску, пульсу у роділлі кожні 10 хвилин;
- контролю серцевої діяльності плода кожні 5 хвилин під час ранньої фази, та після кожної потуги під час активної фази;
- контролю за просуванням голівки плода по родовому каналу, який здійснюється за допомогою внутрішнього акушерського дослідження кожен годину.

Окремо слід звернути увагу на те, що тривале стояння голівки плода в певній площі малого тазу без динаміки просування може призвести до формування ректо- і урвагінальних нориць.

Через зростання ризику висхідного інфікування пологового каналу додаткові внутрішні акушерські дослідження у другому періоді пологів припустимі лише за показаннями:

- Проведення амніотомії, якщо не відбувається своєчасного вилиття навколоплідних вод
- При багатоплідній вагітності після народження першого плода
- При прийнятті рішення оперативного вагінального розродження (акушерські щипці, вакуум-екстракція, екстракція плода за тазовий кінець)

Народження голівки плода потребує обережного надання ручної допомоги, метою якої є не тільки збереження цілісності промежини жінки, але й попередження внутрішньочерепної, спинальної та інших травм плода.

Захист промежини складається з п'яти прийомів:

1. Запобігання передчасному розгинанню голівки плода - долоня лівої кисті упирається в лобок, пальцями стримують стрімке просування голівки, обережно натискаючи на неї.
2. Зменшення напруження тканини промежини - долонна поверхня правої кисті розташовується на промежині, пальцями зсувають тканини великих статевих губ у бік промежини.
3. Виведення голівки плода із статевої щілини - після утворення точки фіксації, поза потугою, обережно знімаючи бічні краї вульварного кільця з голівки, дають їй можливість розігнутись.
4. Допомога під час внутрішнього повороту плечиків і зовнішнього повороту голівки - голівку, що народилася, захоплюють обома руками так, щоб долоні лягли на ділянку вух; голівку обережно відтягують донизу доти, поки переднє плічко не підійде під лобкову дугу.
5. Вивільнення плечового поясу - голівку захоплюють лівою рукою і відводять до лона, правою рукою обережно знімають тканину промежини з заднього плічка.

Після народження плечового поясу тулуб дитини охоплюють обома руками, кінці пальців мають перебувати у пахвових ямках. Тулуб спрямовують угору і виймають плід.

Існує тактика ведення другого періоду пологів без захисту промежини. Надання вільного положення жінки під час потуг сприяє більш динамічному проходженню плода через пологові шляхи, при цьому найбільш ефективними є позиції сидячи навпочіпки, сидячи на стільці, стаючи, підтягуючись на дробинці, лежачи на боці (Мал.30).

Важливо підкреслити, що тільки при необхідності під час періоду вигнання, може бути проведений допоміжний розтин промежини (перінео- та епізіотомія).

Показаннями до проведення розтину промежини є:

- Ускладнені вагінальні пологи (вакуум-екстракція, акушерські щипці, сідничне передлежання)

- Наявність рубцевих змін промежини після розтину у попередніх пологах, особливо після поганого загоєння
- Дистрес плода у другому періоді пологів

Слід зазначити, що використання епізіотомії за показанням "загроза розриву промежини" не завжди є обґрунтованим. Відсутність чітких об'єктивних критеріїв „загрози розриву промежини” є підґрунтям для більш широкого використання епізіотомії, яка є не чим іншим ніж ятрогенним розривом промежини другого ступеню. У більшості випадків, коли за наявності так званої „загрози розриву промежини” розтин промежини не проводиться, відбувається спонтанний розрив лише шкіри промежини та слизової оболонки піхви, без ураження м'язів тазового дна (розрив першого ступеню).

Слід також визнати, що у поодиноких випадках промежина дійсно може бути суттєвою перешкодою для народження, і її розтин є необхідним заходом запобігання розривів тяжкого ступеню.

Згідно з сучасним науковими доказами існують наступні рекомендації щодо використання розтину промежини в пологах:

- Використання епізіотомії має бути обмежено показаннями [A];
- Перінеотомія супроводжується більшою частотою глибоких розривів піхви з ураженням прямої кишки та анального сфінктеру у порівнянні з епізіотомією. [A];
- Рутинне проведення епізіотомії не призводить до зменшення частоти глибоких розривів піхви з ураженням прямої кишки та анального сфінктеру. [B];
- У разі необхідності проведення розтину промежини слід надавати перевагу епізіотомії, а не перінеотомії. [B].

У будь-якому випадку рішення про проведення операції повинно бути клінічно обґрунтованим і доведеним до жінки, з отриманням від неї згоди. Операцію слід проводити після попереднього місцевого знеболення.

Оцінка стану новонародженого

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

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

Стан новонародженого оцінюють за шкалою Апгар через 1, 5 та 10 хвилин після народження. Шкала передбачає оцінку за десятибальною системою п'яти показників (0-2 бали за показник): серцевий ритм, дихання, шкіряні покриви, тонус м'язів, рефлекс. Хорошим показником вважають стан новонародженого при оцінці не нижчій 8 балів, задовільним – не нижче 7, нижчі оцінки свідчать про можливу асфіксію різного ступеня тяжкості.

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину, за умови задовільного стану дитини залишає дитину на грудях матері.

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

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

Після проведення контакту матері і дитини «очі в очі» (але не пізніше першої години життя дитини) акушерка після обробки рук проводить новонародженому профілактику офтальмії із застосуванням 0.5% еритроміцинової або 1% тетрациклінової мазі відповідно до інструкції застосування одноразово.

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

Після завершення контакту "шкіра-до-шкіри" акушерка, перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клеювання пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітини, зважування, одягає дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички (дитина не сповивається!). Дозволяється використовувати чистий домашній одяг

Дитина, разом з матір'ю накривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

Тепловий ланцюжок.

Тепловий ланцюжок – це комплекс заходів, які впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Недотримання теплового ланцюжка підвищує ризик розвитку у новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

Десять кроків теплового ланцюжка:

1) Тепла пологова кімната (операційна). [В].

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

2) Негайне обсушування дитини [В].

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками. Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою. Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

3) Контакт "шкіра –до –шкіри" [С].

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

З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксілярній ділянці електронним термометром. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5°C-37,5°C при вимірюванні в аксілярній ділянці.

4) Грудне вигодовування. [А].

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

5) *Відкласти зважування та купання. [В].*

Купання та зважування новонародженого відразу після народження приводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти. Кров та меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома. Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту “шкіра-до-шкіри” перед переведенням в палату спільного перебування.

6) *Правильно одягнути та загорнути дитину. [А].*

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи. У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

7) *Цілодобове спільне перебування матері та дитини [А]*

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

8) *Транспортування в теплих умовах. [В]*

Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення, (палату) медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю. При народженні дитини шляхом кесарського розтину, новонароджений транспортується в куветі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9) *Реанімація в теплих умовах.*

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

10) *Підвищення рівня підготовки та знань.*

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

Клінічний перебіг та ведення третього періоду пологів

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів активна та очікувальна.

Активне ведення третього періоду пологів

Завдяки низки переваг активне ведення третього періоду пологів є найбільш розповсюдженою тактикою у світі та рекомендовано Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я, Міжнародною Федерацією Акушерів – Гінекологів та Міжнародною Конфедерацією Акушерок.

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

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків:
- народження посліду шляхом контрольованих тракцій за пуповину при відведенні матки долонею від лона;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Правила введення утеротоніків: протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності - ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. (Мал. 31. Крок 1) Під час вибору утеротоніку слід надавати перевагу окситоцину, оскільки його ефект проявляється вже через 2-3 хвилини, він може бути використаний у всіх жінок.

Якщо в наявності немає окситоцину можна використати – ергометрин – 0,2 мг в/м.

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

Неможна використовувати ергометрин жінкам з преєклампсією, еклампсією та гіпертензією.

Контрольовані тракції за пуповину:

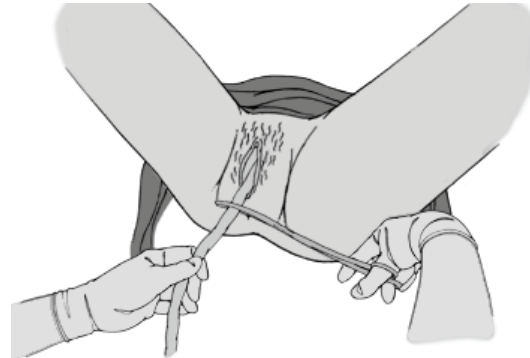
- перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці; (Мал. 31. Крок 2)
- покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона. Утримувати пуповину у стані легкого натягнення та дочекатися сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину); (Мал. 31. Крок 3)
- одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти, одночасно при цьому продовжувати проводити другою рукою контртракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхуючи матку від лона). (Мал. 31. Крок 4)
- якщо плацента не опускається (тобто не народжується) протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, слід зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натягнення; друга рука залишається над лоном, утримуючи матку.
- дочекатися поки матка знову добре скоротиться та повторити контрольовану тракцію за пуповину з контртракцією на матку.

Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки від лона. Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки.

Крок 1 Внутрішньом'язове введення окситоцину



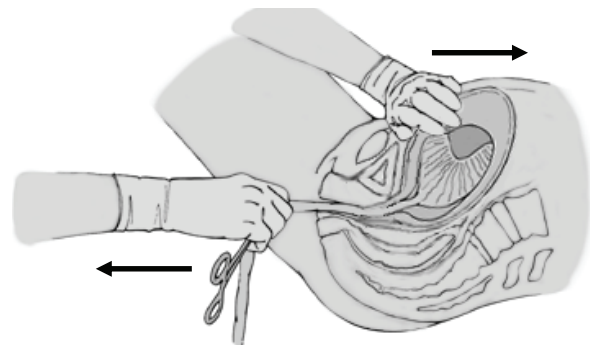
Крок 2 Накладання затискача на пуповину біля промежини



Крок 3 Розташування рук – підготовка до контрольованої тракції



Крок 4 Народження плаценти шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку



Крок 5 Народження оболонок шляхом „скручування”



Крок 6 Масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду



Мал. 31. Активне ведення третього періоду пологів

Після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, викручуючи оболонки, повільно підтягують плаценту вниз для закінчення пологів. (Мал. 31. Крок 5)

У разі обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичках. У разі виявлення оболонок використовують вікончатий затискач для видалення її залишків.

Уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо ділянка материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, є привід запідозрити затримку ділянок плаценти та розпочати необхідні заходи.

Масаж матки: після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною. (Мал. 31. Крок 6)

В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х год., щоб бути впевненому в тому, що після масажу матка не розслабляється, а залишається щільною. При необхідності проводять повторний масаж.

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

Активне ведення III періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці, оскільки воно понижує частоту післяпологових кровотеч, виникаючих внаслідок атонії матки.

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

Очікувальне ведення третього періоду пологів

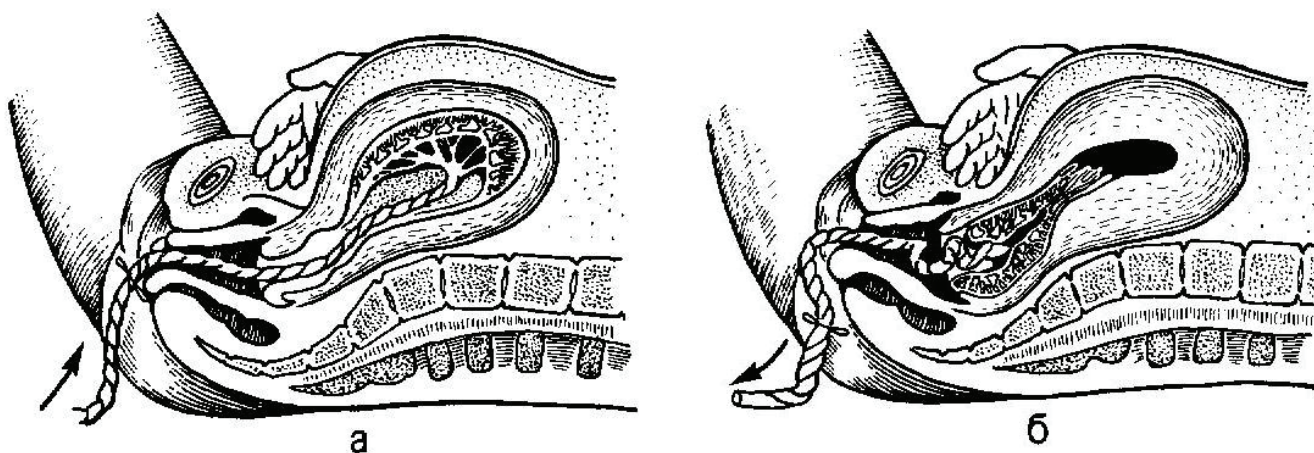
Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1хв. після народження дитини, перетискається та перетинається пуповина. Проводиться ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відшарування плаценти, кількістю кров'яних виділень.

При появі ознак відшарування плаценти – необхідно запропонувати жінці «натужитись», що призведе до народження посліду.

Ознаками відшарування плаценти є:

Ознака Шредера : якщо плацента відокремилась та спустилась в нижній сегмент чи у вагіну, дно матки піднімається вгору і розташовується вище та вправо від пупка; матка набирає вигляду пісочного годинника.

Ознака Чукалова - Кюстнера: при натисканні ребром долоні на надлобкову ділянку в разі відокремлення плаценти матка підіймається вгору, пуповина не втягується у піхву. (Мал. 32.)



Мал. 32. Ознака Чукалова-Кюстнера:
а – плацента не відділилася; б – плацента відділилася

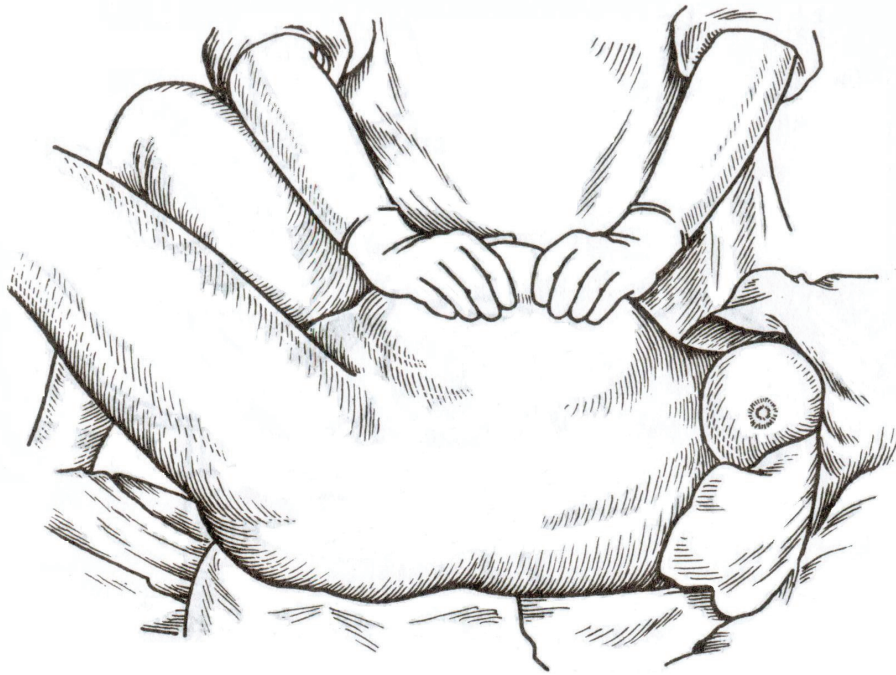
Ознака Альфельда: лігатура, яка знаходиться на пуповині у статевій щілині роділлі, при відокремленні плаценти спускається на 8 – 10 см і нижче від вульварного кільця.

Ознака Довженка: жінці пропонується глибоко дихати: якщо при видихові пуповина не втягується у вагіну, то плацента відокремилась.

Ознака Клейна: роділлі пропонується потужитись, якщо при цьому пуповина не втягується у вагіну, то плацента відокремилась.

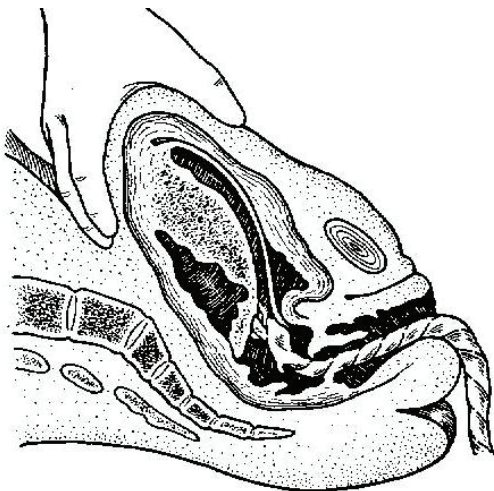
Для видалення посліду, який відокремився користуються зовнішніми методами.

Спосіб Абуладзе. Після випорожнення сечового міхура передня черевна стінка береться обома руками у складку таким чином, щоб щільно захватити прямі м'язи живота. Після цього пропонується роділлі потужитися. Послід при цьому легко народжується завдяки значному зменшенню об'єму черевної порожнини. (Мал. 33)



Мал. 33. Метод Абуладзе

Спосіб Креде – Лазаровича. Виконується в наступній послідовності:



- 1) випорожняють сечовий міхур;
- 2) приводять дно матки в середнє положення;
- 3) проводять легеньке погладження матки з метою її скорочення;
- 4) обхвачують дно матки рукою з таким розрахунком, щоб долонні поверхні чотирьох її пальців розташовувалися на задній стінці матки, долоня на дні матки, а великий палець – на передній її стінці (Мал. 34);

Мал. 34. Метод Креде-Лазаровича

- 5) одномоментно надавлюють на матку всією кистю у двох напрямленнях (пальцями – спереду назад, долонею – зверху вниз) у напрямку до лобка до того часу, доки послід не народиться із вагіни.

За відсутності ознак відшарування плаценти і зовнішньої кровотечі протягом 30 хвилин після народження плода - проводиться ручне відокремлення і виділення посліду.

В разі виникнення кровотечі - ручне відокремлення та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

Після виділення плаценти є необхідним її ретельний огляд (переконання у цілісності плаценти з оболонками).

Огляд пологових шляхів після пологів (за допомогою вагінальних дзеркал) виконується тільки за наявності кровотечі, після оперативних вагінальних пологів або при невпевненості лікаря за цілісністю пологових шляхів (стрімкі пологи, пологи поза лікарняним закладом).

Контрольні запитання

1. Які розрізняють періоди пологів?
2. Які об'єктивні ознаки пологової діяльності та її ефективності у I періоді пологів?
3. Які особливості механізму розкриття шийки матки у жінки, що народжує вперше та у жінки, що народжує повторно?
4. Які розрізняють фази у I періоді пологів?
5. В чому полягає перевага вільної позиції роділлі під час пологів?
6. Які особливості ведення I періоду пологів?
7. Як визначається ступінь розкриття шийки матки?
8. Яка частота вагінальних досліджень необхідна в I періоді пологів, чим вона обґрунтована?
9. Які показання до внутрішнього акушерського обстеження?
10. Яку об'єктивну інформацію необхідно отримати під час вагінального дослідження в I періоді пологів?
11. Як визначається передчасне, раннє, своєчасне та запізніле вилиття навколоплідних вод?
12. Які сучасні принципи та способи контролю стану плода під час пологів?
13. Які сучасні принципи та способи контролю стану роділлі?
14. Що таке партограма?
15. Чим характеризується II період пологів, його максимально припустима тривалість?
16. Які об'єктивні ознаки пологової діяльності та її ефективності у II періоді пологів?
17. Які особливості ведення II періоду пологів?
18. Як визначають динаміку просування голівки плода?
19. Яка максимально допустима тривалість стояння голівки в одній площині малого тазу, чим вона обґрунтована?
20. Чим характеризується III період пологів, його тривалість?
21. Які механізми відшарування плаценти від стінки матки?
22. В чому полягає активна тактика ведення III періоду пологів?
23. В чому полягає очікувальна тактика ведення III періоду пологів?
24. Який об'єм фізіологічної крововтрати у пологах та методи його контролю?
25. Які сучасні методи знеболювання фізіологічних пологів?
26. Які принципи оцінки стану новонародженого?
27. Який сучасний підхід до проведення первинного туалету новонародженого?
28. В чому полягає необхідність забезпечення «теплого ланцюжка» та який алгоритм його виконання?

Тема 9. Фізіологічний післяпологовий період

Незважаючи на те, що післяпологовий період є фізіологічним процесом, він потребує від лікаря знання усіх його етапів і особливостей, а саме: процесів інволюції в органах та системах жінки після пологів, лактації, що дозволяє своєчасно виявити початкові ознаки захворювань та ускладнень, які можуть виникати у породіллі.

Післяпологовий період (puerperium) – починається відразу після закінчення пологів і триває протягом 6 тижнів. Протягом цього часу органи репродуктивної системи жінки повертається до стану, що існував до вагітності.

Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній.

Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 2 години. В цей період породілля знаходиться у пологовій кімнаті під наглядом лікаря, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем жінки після великого навантаження під час вагітності і, особливо, пологів.

Пізній післяпологовий період триває з моменту переведення породіллі у післяпологове відділення (через 2 години після закінчення пологів) продовж 8 тижнів. Під час цього періоду відбувається зворотній розвиток (інволюція) всіх органів і систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами. Слід підкреслити, що виняток становлять молочні залози, функція яких активується саме у післяпологовий період. Також треба відмітити, що темп інволюційних процесів є максимальним у перші 8-12 днів та найбільш виразними є у статевих органах, насамперед, у матці.

Зміни в організмі жінки у післяпологовому періоді.

Матка. Відразу після народження посліду, матка починає швидко скорочуватися та набуває округлої форми. Відкриті судини плацентарної ділянки стискаються. Негайно після народження плаценти тіло матки скорочується і дно її знаходиться на серединній відстані між лобком і пупком, потім трохи піднімається. Передня і задня стінки матки мають товщину 4-5 см і прилягають одна до одної; порожнину матки вистеляє децидуальна оболонка. Протягом наступних двох днів дно матки знаходиться трохи нижче пупка; через 2 тижні після пологів матка опускається нижче симфізу. До попередніх розмірів матка повертається звичайно через 6 тижнів. Інволюція матки відбувається за рахунок зворотного розвитку частини м'язів шляхом гіалінового та жирового переродження.

Протягом 2-3 днів після пологів децидуальна оболонка залишається в матці і розділяється на два шари. Поверхневий шар некротизується і виділяється з лохіями (післяпологовими виділеннями). Базальний шар, прилеглий до ендометрію, який містить ендометріальні залози, залишається інтактним і стає основою для регенерації нового ендометрію.

Регенерація ендометрію проходить протягом трьох тижнів, за виключенням плацентарної ділянки. Повна регенерація епітелію в ділянці прикріплення плаценти триває 6 тижнів. При порушенні регенерації в плацентарній ділянці можуть виникати післяпологові кровотечі та інфікування.

Шийка матки. Через 10-12 годин після пологів канал шийки матки має ліycopодібну форму, внутрішнє вічко пропускає 2-3 пальці, а на 3 добу – один палець. На 8-10 день після пологів шийка матки сформована, внутрішнє вічко закрите.

Вагіна. На протязі 3 тижнів після пологів стінки вагіни залишаються з набряками, які остаточно зникають до кінця післяпологового періоду. Дрібні пошкодження слизової оболонки вагіни регенерують за 5-7 діб. Статева щілина змикається, поступово відновлюється тонус м'язів тазового дна.

Яєчники. В післяпологовому періоді починається дозрівання фолікулів. Характерним є ановуляторний цикл, на фоні якого відбувається перша менструація після пологів. В подальшому овуляторні цикли відновлюються. Завдяки виділенню великої кількості пролактину у жінок при грудному годуванні, менструації відсутні кілька місяців, або на протязі всього періоду годування малюка груддю.

Абдомінальна стінка і тазове дно. Внаслідок розриву еластичних волокон шкіри і тривалого розтягнення вагітною маткою, передня черевна стінка деякий час залишається м'якою і обвислою та повертається до нормальної структури за декілька тижнів. За виключенням стрій, звичайно абдомінальна стінка повертається до попереднього стану, але при атонії м'язів може залишатися в'ялою і слабкою. Інколи спостерігається діастаз прямих м'язів живота. М'язи тазового дна також поступово відновлюють свій тонус, але наявність травми під час пологів може привести до послаблення мускулатури і сприяти виникненню генітальних гриж (проляпсів).

Молочні залози. Функція молочних залоз після пологів досягає найвищого розвитку. Естрогени і прогестерон протягом вагітності стимулюють ріст протоків і альвеолярної системи молочних залоз. Під впливом пролактину відбувається посилений приплив крові до молочних залоз, їх нагубання, яке є найбільш виразним на третю добу післяпологового періоду.

Секреція молока відбувається в результаті складних рефлекторних і гормональних дій. Утворення молока регулюється нервовою системою та гормоном аденогіпофіза - пролактином. Крім того, оптимальний рівень інсуліну, тиреоїдних та адреналових гормонів відіграє вторинну роль у становленні лактації. Ссання стимулює періодичну секрецію пролактину і, рефлекторно, окситоцину; останній стимулює виділення молока з альвеол у проток молочних залоз. Треба відмітити, що цей процес також посилює скорочення післяпологової матки.

У період до 3 доби після пологів молочні залози виробляють молозиво (colostrum). Молозиво має високу концентрацію білків, переважно глобулінів, і мінералів й меншу – цукру і жиру. Білки молозива за амінокислотним складом займають перехідний стан між білковими фракціями грудного молока та сироваткою крові, що, очевидно, полегшує організму новонародженого у період переходу від плацентарного харчування до годування молоком матері. Молозиво містить високий рівень імуноглобулінів А, G, M, D, а також Т- і В-лімфоцити. Це має велике значення у перші дні життя новонародженого, коли функції його органів та систем ще незрілі, а імунітет знаходиться у стадії становлення.

Молозиво проходить конверсію у зріле молоко протягом 5 днів. Головними компонентами молока є білки (альбуміни, глобуліни, казеїн), лактоза, вода, жир.

Дихальна система. У зв'язку із опусканням діафрагми після пологів збільшується ємкість легенів, що є підставою зниження кількості дихальних рухів до 14-16 за хвилину.

Серцево-судинна система та система кровотворення. Після пологів виникають зміни в гемодинаміці, пов'язані з ліквідацією матково-плацентарного кровообігу і виділенням із організму матері деякої кількості рідини. Серце займає свій звичайний стан у зв'язку із опусканням діафрагми. Відразу після пологів відмічається лабільність пульсу зі схильністю до брадикардії, при цьому артеріальний тиск у перші дні після пологів може бути зниженим, а далі – досягає нормальних показників. У кінці першого тижня після пологів об'єм циркулюючої крові знижується до звичайного. Показники крові найчастіше не відрізняються від нормальних, однак, в ранній післяпологовий період має місце значний лейкоцитоз – до $30 \times 10^9/\text{л}$ – з перевагою гранулоцитів. Має місце підвищений рівень фібриногену в плазмі, що обов'язково треба урахувати при профілактиці розвитку флебітів нижніх кінцівок.

Система сечовиділення. Функція нирок у здорових породіль не порушена; діурез нормальний, у перші дні після пологів може бути трохи підвищеним. Функція сечового міхура достатньо часто порушена, що пов'язано з перезбудженням симпатичної іннервації сфінктера та зниженням тонусу м'язів сечового міхура з виникненням набряку та дрібних крововиливів у шийку сечового міхура, внаслідок його здавлення між голівкою плоду та стінкою таза під час пологів.

Органи травлення та обмін речовин. Система травлення після пологів функціонує нормально. Інколи спостерігається атонія кишечника з виникненням закрепів. Обмін речовин у перші тижні після пологів зазвичай підвищений, а далі, до 3-4 тижня – нормалізується.

Нервова система. Після закінчення пологів звичайно має місце прояв психоемоційного напруження різного ступеня, що нормалізується протягом 1-2 діб. Породілля в цей період потребує психологічної підтримки близьких та медичного персоналу.

Ведення післяпологового періоду.

Фізіологічний післяпологовий період характеризується задовільним станом породіллі, нормальною температурою та частотою пульсу, закономірною інволюцією матки, наявністю нормальної кількості та якості лохій, достатньою лактацією.

Перші дві години після пологів жінка знаходиться у індивідуальному пологовому залі під наглядом акушерки, лікаря акушера-гінеколога; при цьому може бути також присутній чоловік або хтось з родичів за бажанням жінки.

Цей проміжок часу є дуже важливим, протягом якого відбуваються фізіологічні процеси пристосування материнського організму до нових умов існування, тому необхідним є створення найбільш комфортних умов, які б сприяли ефективній адаптації після пологів. Цьому безперечно сприяє знаходження дитини поряд із матір'ю у контакті «шкіра-до-шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, що у свою чергу забезпечує становлення грудного годування, тепловий захист малюка, профілактику інфекцій і розвиток емоційного зв'язку між дитиною та матір'ю.

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

Під час перебування породіллі у пологовому залі лікар акушер-гінеколог повинен стежити за її пульсом, артеріальним тиском, контролювати стан матки: визначає її консистенцію, розмір, висоту стояння дна матки у відношенні до симфізу та пупку (кожні 15 хвилин протягом перших двох годин), спостерігає за кількістю кров'янистих виділень з пологових шляхів. Слід зазначити, що оцінювання крововтрати в ранньому післяпологовому періоді є обов'язковим. Вимірювання крововтрати проводиться за допомогою будь-якої мірної склянки. Середня крововтрата у послідовий та ранній післяпологовий періоди дорівнюється 250-300 мл чи 0,5% від маси тіла жінки, але не більше 500 мл.

У ранньому післяпологовому періоді виконують огляд зовнішніх статевих органів, лонного зчленування, промежини. Огляд шийки матки та вагіни проводиться за допомогою дзеркал за показаннями. Якщо проводилася епісіотомія або мала місце травма пологових шляхів, обов'язковим є відновлення цілісності пологових шляхів із застосуванням місцевого знеболювання.

Через дві години після пологів породіллю з малюком переводять до післяпологового відділення, де проводиться подальший нагляд за нею. Необхідним є вимірювання температури тіла 2 рази на добу, вранці та ввечері, огляд шкіри та слизових оболонок, визначення характеру та частоти пульсу вимірювання артеріального тиску. Особливу увагу звертають на молочні залози – визначають їх форму, стан сосків, наявність тріщин та можливе набухання залози. При лактастазі проводять зціджування. Орієнтують жінку на ретельний щоденний огляд молочних залоз, виявлення затверділостей; проводять бесіду щодо профілактики маститів. Новонародженого годують залежно від його вимог.

Щоденно необхідно проводити пальпацію живота породіллі з визначенням висоти стояння дна матки, її консистенції. Висота стояння дна матки вимірюється в см по відношенню до лонного зчленування. В першу добу після пологів дно матки розташоване вище лобкового зчленування на 13-16 см, в другу добу – 10-12 см, 3 доба – 7-9 см. Швидкість репаративних процесів в порожнині матки визначається також за післяпологовими виділеннями – лохіями. Лохії мікроскопічно складаються з еритроцитів, уривків децидуальної оболонки, епітеліальних клітин, бактерій; мають нейтральну або лужну реакцію. В перші дні присутність крові надає їх червоному кольору (lochia rubra), на 3-4 день після пологів – стають світлішими (lochia serosa), а на 8-10 день, завдяки переважній присутності лейкоцитів, лохії стають жовтувато-білими (lochia alba).

При відсутності відхилення від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породіллі з новонародженим виписується на 3 добу додому під нагляд лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації та дільничного педіатра.

Виписка породіллі зі стаціонару проводиться за наступних умов:

- Задовільнений стан матері:
 - відсутність скарг
 - стабільні показники гемодинаміки
 - відсутність кровотечі
 - відсутність ознак інфекції
- Мати навчена догляду та нагляду за дитиною;
- Мати проконсультована з питань вигодування новонародженого, післяпологової контрацепції, профілактики синдрому раптової дитячої смерті;
- Мати знає основні загрозливі симптоми післяпологового періоду, у разі появи яких слід негайно звернутися до лікарні;

Загрозливі симптоми в післяпологовому періоді:

Загрозливі симптоми у жінок:

- вагінальна кровоте-
ча(використання 2-3 прокладок за
30 хв.);
- підвищення температури тіла;
- утруднення дихання;
- біль у животі;
- біль у молочних залозах та трі-
щини сосків;
- біль у промежині;
- нетримання сечі, біль / утруднен-
ня при сечовиділенні;
- гнійні / з неприємним запахом
виділення з піхви;

Загрозливі стани дитини:

- дитина погано смокче груди;
- дитина млява або збудлива;
- у дитини виникли судоми;
- у дитини порушення дихання;
- у дитини гіпертермія, або гіпоте-
рмія;
- визначається набряк, гіперемія
або нагноювання пупкової ранки;
- у дитини блювота або діарея;

Через 3-4 тижні після пологів жінка повинна пройти стандартне обстеження в жіночій консу-
льтації, де всебічно оцінюється стан її здоров'я, обговорюються питання подальшого перебігу
післяпологового періоду та даються рекомендації щодо планування сім'ї.

Контрольні запитання

1. Скільки триває післяпологовий період?
2. Яке визначення раннього та пізнього післяпологового періоду?
3. Чому необхідна психологічна підтримка породіллі в ранньому післяпологовому періоді?
4. Як відбувається інволюція матки та інших статевих органів після пологів?
5. Що таке лохії, їх характеристика та фізіологічна роль?
6. Як змінюються розміри матки після пологів?
7. Як проводиться нагляд за статевими органами після пологів?
8. Які зміни відбуваються в молочних залозах після родів?
9. Який склад молока та молозива?
10. Як проводиться нагляд за молочними залозами в післяпологовий період?
11. Який режим годування новонародженого?
12. Які зміни відбуваються в інших, крім статевих, органах в післяпологовому періоді?
13. Які умови виписки жінки з післяпологового відділення?
14. Які загрозливі симптоми післяпологового періоду?

Додаткова інформація для студентів

Використання партограми

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

Результати проведеного ВООЗ мультицентрового дослідження ефективності партограми для ведення пологів (1990 – 1991 роки), у якому прийняли участь більш ніж 35 000 жінок, надали можливість зробити наступні висновки:

Впровадження та правильне використання партограми значно покращує якість спостереження за роділлем та дозволяє:

- рано виявити незадовільний прогрес у пологах;
- попередити розвиток тривалих пологів (більше 16 годин);
- рано виявити тазо-головну диспропорцію (клінічно вузький таз);
- своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів;
- визначити обсяг необхідних втручань;
- знизити частоту кесарського розтину та полого-підсилення окситоцином;
- зменшити частоту інтранатальної загибелі плода
- Використання партограми не є коштовним та є обов'язковим на всіх рівнях надання акушерської допомоги.
- Ведення партограми виключає одночасні записи в історії пологів

Правила використання партограми

Дотримання наступних правил є абсолютно необхідним для правильного та ефективного використання партограми.

- Партограма використовується під час першого періоду пологів.
- Ведення партограми слід розпочати за наявності наступних умов:
 - дві або більше перейми протягом 10 хвилин, кожна тривалістю 20 секунд або більше, якщо роділля знаходиться в латентній фазі першого періоду пологів;
 - Одна або більше перейми протягом 10 хвилин, кожна тривалістю 20 секунд або більше, якщо роділля знаходиться в активній фазі першого періоду пологів;
 - Відсутні ускладнення вагітності та пологів які вимагають термінових лікувальних заходів або екстреного розродження.
- Партограма заповнюється під час пологів, а не після їх закінчення.
- Партограма має знаходитись у пологовій кімнаті;
- Заповнення та інтерпретацію партограми здійснює навчений медичний персонал (лікар або акушерка)
- Ведення партограми припиняється, якщо виникли ускладнення, що потребують негайного розродження і подальші записи ведуть в історії пологів.

Складові частини партограми

Партограма складається з трьох основних компонентів:

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

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

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

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

Шкала „Час” відображає реальний час (годин / хвилин) з моменту надходження до пологової зали та протягом пологів.

Кожна з 24 клітин представляє собою проміжок часу в 1 годину.

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

Відповідно до цієї шкали здійснюються всі записи на партограмі у графах, що розташовані вище та нижче шкали „Час” (дивись Рис 2).

Шкала „Година” відображає кількість годин з моменту надходження до пологової зали та протягом пологів.

Кожна з 24 клітин представляє собою проміжок часу в 1 годину.

Порядковий номер години відображається між двома вертикалями реального часу (дивись Рис 2).

I - Стан плода

Частота серцевих скорочень

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

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

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

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

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

Навколоплідні води

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв.

Стан плідного міхура оцінюється та записується під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

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

Запис здійснюється наступним чином:

- Якщо плідний міхур цілий – літера „Ц” (Цілий);
- Навколоплідні води прозорі – літера „П” (Прозорі);
- Меконіальне забарвлення вод – літера „М” (Меконій);
- Води, забарвлені кров’ю – літера „К” (Кров)

Слід пам’ятати, що літера має бути вписана у клітину, що розташована справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню реального часу шкали „Час” (Рис 2)

Конфігурація голівки плода

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв.

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

Запис здійснюють наступним чином:

- Кістки черепа роз’єднані сполучною тканиною, шви легко пальпуються конфігурація голівки плода відсутня „0”
- Кістки стикаються одна з одною, шви не визначаються (конфігурація I ст.) „+”;
- Кістки знаходять одна на другу (конфігурація II ст.) „++” або „2+”;
- Кістки значно знаходять одна на другу (конфігурація III ст.) „+++” або „3+”

Слід пам’ятати, що позначка має бути вписана у клітину, що розташована справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню реального часу шкали „Час” (Рис 2).

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

II - Перебіг пологів

Розкриття шийки матки

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

Графа розподілена на латентну та активну фази.

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

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

В нормі тривалість латентної фази не повинна перевищувати 8 годин.

Активна фаза – це період розкриття шийки матки від 3 до 9 сантиметрів. Тривалість активної фази залежить від темпу розкриття шийки матки.

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

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

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

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

Лінія дії – проходить паралельно лінії уваги, відступи від неї на 4 години вправо.

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

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

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

Особливості нанесення розкриття шийки матки

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

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

Можливі наступні варіанти:

Варіант 1:

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

Варіант 2:

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

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

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

Для цього знайдіть місце, у якому перехрещуються горизонтальна лінія, що відповідає значенню розкриття шийки матки, та Лінія уваги. На це місце слід поставити X. З'єднайте обидва X, що

знаходяться на одній горизонталі дугоподібною переривистою лінією, яка символізує перенос (Рис 2).

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

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

Запис показників подальшого моніторингу надалі здійснюється від часу який перенесено (Рис.2)

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

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

Інтерпретація

- Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться зліва від Лінії уваги це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки більше 1 см/год. Такий перебіг першого періоду пологів вважається нормальним. Проводиться спостереження.
- Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться безпосередньо на Лінії уваги, це свідчить про те що темп розкриття шийки матки дорівнює 1 см/год. Слід пам'ятати, що це мінімальна нормальна швидкість розкриття шийки матки в активній фазі першого періоду пологів як для жінок, які народжують вперше, так і для жінок, які народжували. Проводиться ретельне спостереження, втручання у перебіг пологів не показані.
- Якщо графік розкриття шийки матки заходить вправо за Лінію уваги, але не досягає Лінії дії, це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки менш ніж 1 см/год.

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

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

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

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

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

Опускання голівки плода

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

На партограмі відмічається опускання голівки, визначене шляхом абдомінальної пальпації.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Позначка (О) та позначка (Х) завжди знаходяться на одній вертикалі.

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

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

Перейми за 10 хвилин

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

Кількість та тривалість перейм підраховують протягом 10 хвилин.

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



- менше 20 секунд



- від 20 до 40 секунд



- більше 40 секунд

Кількість та тривалість перейм визначають та відмічають на партограмі щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі.

Штриховка завжди здійснюється справа від вертикалі яка відповідає певному значенню часу (Рис 2).

III - Стан жінки

Пульс та артеріальний тиск

Вертикальна вісь граfi одночасно відображає артеріальний тиск та частоту пульсу.

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

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

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

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

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

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

Білок та ацетон сечі визначаються за показаннями.

Окситоцин

Заповнюють у разі стимуляції пологової діяльності.

Верхній рядок граfi призначений для запису дози окситоцину, у розрахунку на 1 літр фізіологічного розчину.

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

Призначені ліки

Заповнюють у разі застосування медикаментів.

Рисунок 1. Визначення опускання голівки плода шляхом абдомінальної пальпації

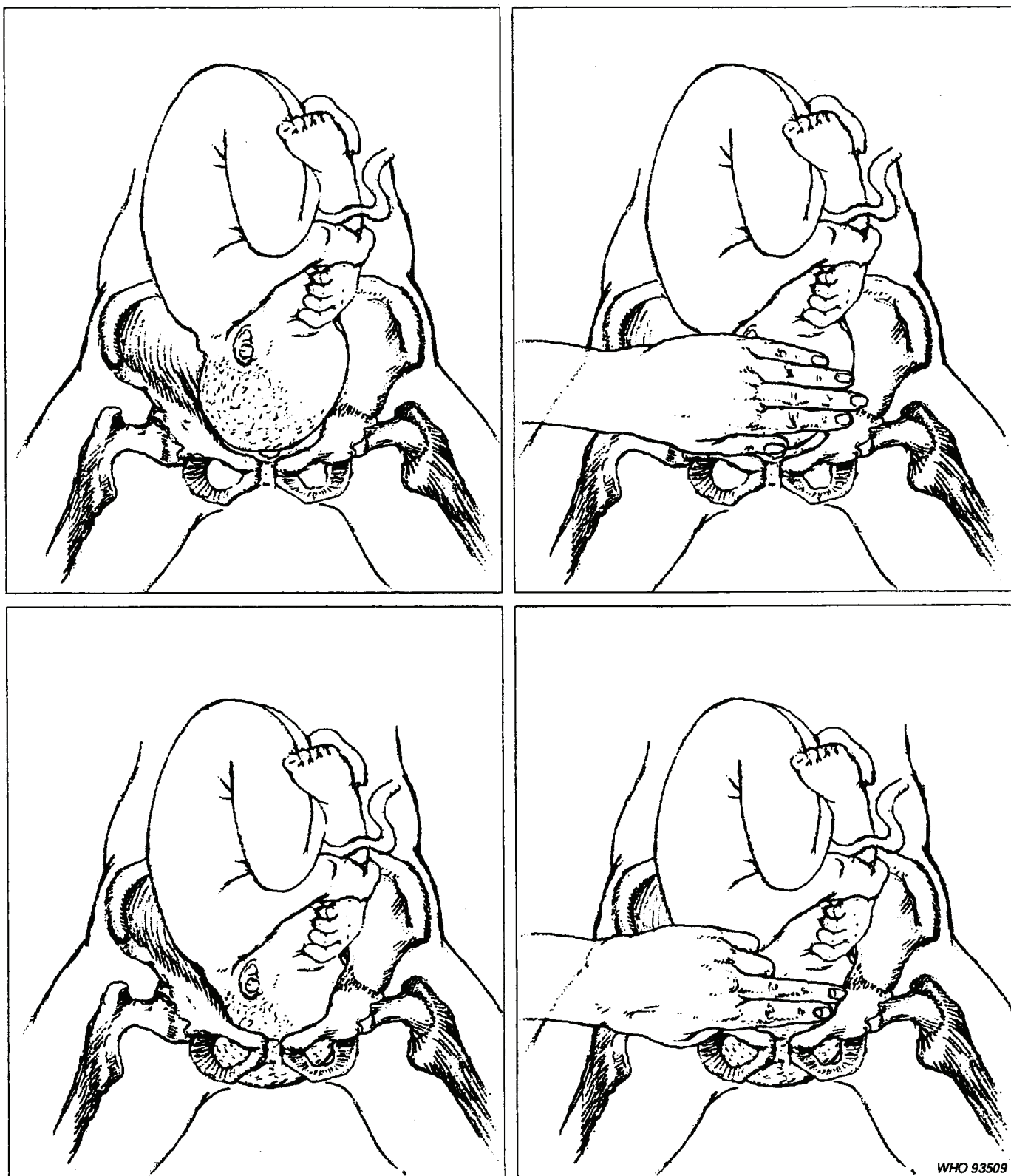
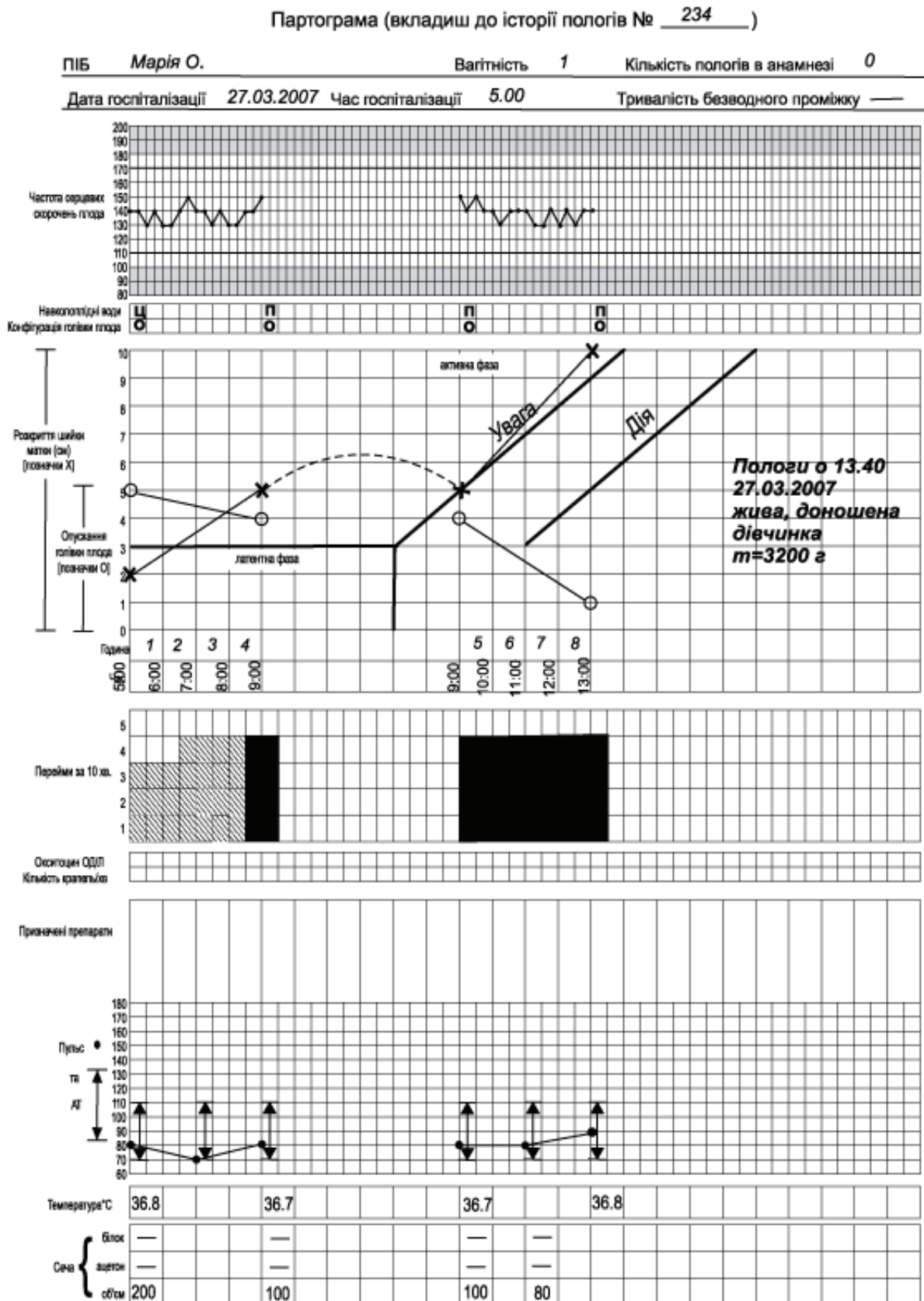


Рисунок 2. Приклад відображення на партограмі показників пологів



Діагноз:

Партограма (вкладиш до історії пологів № _____)

ПІБ		Вагітність	Кількість пологів в анамнезі
Дата госпіталізації	Час госпіталізації	Тривалість безводного проміжку	
<div> <div>Частота серцевих скорочень плода</div> <div>200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80</div> </div>			
<div> <div>Навколоплідні води</div> <div>Конфігурація голівки плода</div> </div>			
<div> <div> <div>Розкриття шийки матки (см)</div> <div>[позначки X]</div> </div> <div> <div>Опускання голівки плода</div> <div>[позначки O]</div> </div> <div> <div>Година</div> <div>Час</div> </div> </div>			
<div> <div>активна фаза</div> <div>Увага</div> <div>Дія</div> <div>латентна фаза</div> </div>			
<div> <div>Перейми за 10 хв.</div> <div>5 4 3 2 1</div> </div>			
<div> <div>Окситоцин ОД/Л</div> <div>Кількість крапель/хв</div> </div>			
<div> <div>Призначені препарати</div> </div>			
<div> <div>Пульс</div> <div>та</div> <div>АТ</div> <div>180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60</div> </div>			
<div> <div>Температура °C</div> </div>			
<div> <div>Сеча</div> <div>білок</div> <div>ацетон</div> <div>об'єм</div> </div>			

Діагноз:

Рекомендована література

1. Акушерство (під ред. акад. Грищенко В.І.) — Харків: Основа, 2000 р.
2. Запорожан В.М. Акушерська патологія: Атлас: Навч. посібник/ В.М.Запорожан, В.П.Міщенко.- Одеса: Одеський медуніверситет, 2005.- 292 с.
3. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка (Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др., перевод с английского) - С.-Пб.: Петрополис, 2003 г.
4. Степанківська Г. К., Михайленко О. Т.. Акушерство. — К.: Здоров'я, 2000р.
5. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 1.
6. Bloom Steven L.; Casey Brian M.; Schaffer Joseph I.; McIntire Donald D.; Leveno Kenneth J. Coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labour: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2002, 99(6), 1031-5.
7. Breastfeeding counselling: Training course. WHO, UNICEF, 1993.
8. Care in normal birth: A practical guide. Report of a technical working group. WHO, 1997.
9. Carolli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, Issue 4.
10. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 1.
11. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO EURO, Copenhagen, 2002.
12. Essential newborn Care and Breastfeeding. WHO EURO, 2002
13. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 1.
14. Hodnett, E. D.; Gates, S.; Hofmeyr, G. J.; Sakala, C. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, Issue 1.
15. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Joint statement management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. The Hague: ICM, London, FIGO, 2003.
16. Leah L. Albers, Kay D. Sedler; Edward J. Bedric, Dusty Teaf, Patricia Peralta. Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. Journal of Midwifery & Women's Health, 2005, 51(5), 365-372.
17. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva: WHO, 2000.
18. McCandlish R, Bowler U, van Asten H et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. Br J Obstet Gynaecol, 1998, 105(12), 1262-72.
19. Menticoglou SM et al. Perinatal outcome in relation to second-stage duration. Am J Obstet Gynecol. 1995, 173(3 Pt 1), 906-12.
20. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. WHO, 1995.
21. Muir Gray JA. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone, 1997.
22. Neilson JP Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review) In: The Reproductive Health Library, Issue 8, 2005
23. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO, Geneva, 2006.

24. Prendiville WJ et al. Active versus expectant management in the third stage of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2000.
25. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, Issue 1.
26. Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings. Joint Statement. International Confederation of Midwives (ICM) International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), 2006.
27. RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists The Use of Electronic Fetal Monitoring - The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance Evidence-based Clinical Guideline Number 8 – 2001
28. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 1996, 312, 71-72.
29. Thacker SB et al. Continuous electronic heart rate monitoring for foetal assessment during labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, Issue 1.
30. What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report 2005

Авторський колектив

Венцківський Б.М.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, чл.-кор. АМН України
Камінський В.В.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. Шупіка, головний акушер-гінеколог МОЗ України
Грищенко В.І.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 Харківського державного медичного університету, академік АМН України
Жилка Н. Я.	начальник відділу охорони репродуктивного здоров'я Управління материнства, дитинства та санаторної справи МОЗ України
Сенчук А.Я.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства та гінекології Інституту української асоціації народної медицини
Астахов В.М.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства та гінекології №2 Донецького державного медичного університету, професор кафедри психології Донецького Інституту Психології та Підприємництва
Бесєдін В.М.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедрою акушерства та гінекології Львівського державного медичного університету
Бурка О.А.	к.м.н., асистент кафедри акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
Гнатко О.П.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології №2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
Гордєєва Г.Д.	к.м.н., доцент кафедри акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
Громова А.М.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології Полтавської стоматологічної академії
Дудіна О.О.	к.м.н., с.н.с., зав. відділом охорони здоров'я матері та дитини Українського Інституту стратегічних досліджень МОЗ України
Єщенко О.Г.	асистент кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМА-ПО ім.Шупіка
Зелінський О.О.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології №2 Одеського державного медичного університету
Іркіна Т.К.	заступник директора Проекту „Здоров'я матері та дитини”
Круть Ю.Я.	доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медичного університету

Лазуренко В.В	доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології №1 Харківського державного медичного університету
Мерцалова О.В.	доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології №1 Харківського державного медичного університету
Міщенко В.П.	професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського державного медичного університету
Потапов В.О.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства та гінекології Дніпропетровського державного медичного університету
Сімрок В.В.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології та дерматовенерології Луганського державного медичного університету
Чернов А.В.	асистент з клінічних питань Проекту „Здоров’я матері та дитини”