

КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«ВОЛИНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ»
ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

Ігор Неділько
Тетяна Гащишин
Світлана Самусь

АКУШЕРСТВО

АЛГОРИТМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК

Навчально-методичний посібник

Луцьк 2022

Рекомендовано до друку науково-методичною комісією Комунального закладу вищої освіти «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради (протокол № 6 від 04.01.2022)

Рецензенти:

Валецький Ю. М. – д-р. мед. н., проф., завідувач кафедри медсестринства КЗВО «Волинський медичний інститут»

Неділько І. М., Гащишин Т. К., Самусь С. О.

Акушерство. Алгоритми практичних навичок : навч.-метод. посіб. / КЗВО «Волинський медичний інститут». Луцьк, 2022. 102 с.

Навчально-методичний посібник «Акушерство. Алгоритми практичних навичок» містить розроблені алгоритми практичних навичок з акушерства з урахуванням сучасних вимог до надання акушерської допомоги для здобувачів фахової передвищої освіти спеціальності 223 Медсестринство за освітньо-професійною програмою Сестринська справа.

Рекомендовано педагогічним працівникам медичних закладів фахової передвищої освіти та студентам спеціальності 223 Медсестринство.

Навчальне видання

**Неділько Ігор Микорайович,
Гащишин Тетяна Кирилівна,
Самусь Світлана Олександрівна**

АКУШЕРСТВО

АЛГОРИТМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК

Навчально-методичний посібник

Редактор та коректор *І. М. Неділько*
Технічний редактор *Т. В. Холодюк*

Редакція, видавець і виготовлювач –
КЗВО «Волинський медичний інститут»
(м. Луцьк, вул. Лесі Українки, 2, тел. (0332) 72-36-55).

ЗМІСТ

1.	Заповнення паспортної частини «Індивідуальна карта вагітної і породіллі (форма № 111/о)»	4
2.	Заповнення паспортної частини обмінної карти вагітної ф-113/о	5
3.	Підготовка рук перед приймання пологів	8
4.	Збирання анамнезу вагітної	9
5.	Зовнішній огляд вагітної	11
6.	Вимірювання артеріального тиску у вагітної	13
7.	Вимірювання висоти стояння дна матки та обводу живота	15
8.	Проведення зовнішнього акушерського дослідження (чотири прийоми)	17
9.	Вислуховування серцебиття плода	19
10.	Вимірювання зовнішніх розмірів таза	21
11.	Вимірювання індексу Соловйова	23
12.	Вимірювання діагональної кон'югати	24
13.	Вимірювання ромба Міхаеліса	26
14.	Визначення істинної кон'югати	27
15.	Вимірювання додаткових розмірів таза	28
16.	Огляд шийки матки за допомогою двостулкового дзеркала Куско	32
17.	Бімануальне піхвове дослідження	34
18.	Визначення передбачуваної дати пологів	36
19.	Визначення тривалості перейм і пауз між ними	37
20.	Заповнення партограми	38
21.	Підготовка набору медичних інструментів для ведення пологів	41
22.	Підготовка акушерки до приймання пологів	42
23.	Акушерська ручна допомога при головному передлежанні	43
24.	Активне ведення третього періоду	46
25.	Визначення ознак відшарування плаценти	49
26.	Огляд плаценти після пологів	51
27.	Визначення крововтрати під час пологів	53
28.	Бімануальна компресія матки	56
29.	Ручне відшарування плаценти та видалення	

посліду	58
30. Ручна ревзія стінок порожнини матки	61
31. Визначення ознаки Вастена	63
32. Ручна допомога при чисто сідничному передлежанні за методом Цов`янова I	65
33. Ручна допомога при ніжному передлежанні за методом Цов`янова II	67
34. Класична ручна допомога при тазових передлежаннях	69
35. Огляд пологових шляхів після пологів	71
36. Підготовка медичних інструментів для накладання швів на промежину у разі розриву I-II ступеня	73
37. «Перинеотомія» «Епізіотомія»	76
38. Амніотомія	78
39. Невідкладна долікарська медична допомога при задавненому поперечному положенні плода	80
40. Надання невідкладної медичної допомоги при гіпотонії матки	82
41. Надання невідкладної медичної допомоги при нападі еклампсії	85
42. Надання невідкладної медичної допомоги при пreekлампсії тяжкого ступеня	87
43. Надання невідкладної медичної допомоги в разі розриву матки	88
44. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання	91
45. Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання	93
46. Біомеханізм пологів при чисто сідничному передлежанні	94
47. Біомеханізм пологів при поперечно звуженому тазі	96
48. Біомеханізм пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі	97
49. Біомеханізми пологів при простому плоскому тазі	98
50. Біомеханізми пологів при плоскорухітичному	

тазі	99
51. Біомеханізми пологів при передньоголовному передлежанні	100
52. Біомеханізм пологів при лобному передлежанні	101
53. Біомеханізм пологів при лицевому передлежанні	102
54. Використані джерела	103

**ЗАПОВНЕННЯ ПАСПОРТНОЇ ЧАСТИНИ
«ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА ВАГІТНОЇ
І ПОРОДІЛЛІ (ФОРМА № 111/О)»**

«Індивідуальна карта вагітної і породіллі» (форма № 111/о) заповнюється на кожну вагітну, що звернулась в жіночу консультацію з метою збереження вагітності. У карту заносяться: паспортні дані, анамнез акушерський та гінекологічний, дані про стан здоров'я жінки до звернення в консультацію, результати загального і спеціального акушерського обстеження, висновок інших спеціалістів про стан здоров'я вагітної. При повторних відвідуваннях – скарги, дані об'єктивного дослідження і призначення записуються в спеціальний розділ карти. У карті є спеціальний листок для підклейки аналізів та інших документів. Остання сторінка карти служить для запису відомостей про перебіг і результати пологів (на підставі талону № 2 обмінної карти – форма № 113/о), а також протягом післяпологового періоду після виписки породіллі із стаціонару.

Після зняття жінки з диспансерного нагляду карта за підписом лікуючого лікаря і завідуючого консультацією поступає в архів жіночої консультації (пологового будинку).

ЗАПОВНЕННЯ ПАСПОРТНОЇ ЧАСТИНИ ОБМІННОЇ КАРТИ ВАГІТНОЇ Ф-113/О

Обмінна карта складається з трьох талонів: «Відомості жіночої консультації про вагітну» (талон 1), «Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про породілля» (талон 2), «Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про новонародженого» (талон 3) та призначається для здійснення послідовності нагляду за жінкою та її дитиною жіночої консультації, акушерського стаціонару і дитячої поліклініки. Обмінна карта видається жіночою консультацією на руки кожній вагітній з моменту становлення на облік.

При заповненні талона 1 «Відомості жіночої консультації про вагітну» докладно записують про особливості перебігу попередніх вагітностей, пологів, післяродового періоду і тих особливостей перебігу даної вагітності і стан вагітної, які мають важливе значення для лікаря, який вестиме пологи у даної жінки.

При відвідуванні жіночої консультації вагітна приносить обмінну карту для записів до неї даних наступних оглядів і досліджень. При госпіталізації в стаціонар (на пологи або у відділення патології вагітності) вагітна повинна пред'явити обмінну карту. Талон 1 зберігається в «Історії пологів» (форма №096/о).

Талон 2 «Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про

породілля» заповнюється в акушерському стаціонарі перед випискою породіллі і видається їй для передачі в жіночу консультацію. В особливих випадках талон направляється в жіночу консультацію поштою або нарочним.

Лікар акушерського стаціонару при заповненні талона 2 детально записує відомості про ті особливості перебігу пологів, післяпологового періоду і стану породіллі, які потребують необхідність спеціального нагляду за нею з наданням їй післяпологової відпустки тривалістю 70 календарних днів.

Талон 2 зберігається в «Індивідуальній карті вагітної та породіллі» (форма №111/о).

Талон 3 «Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про

новонародженого» заповнюється перед випискою новонародженого і видається матері для передачі його в дитячу поліклініку. Це не звільняє акушерський стаціонар від необхідності повідомлення в дитячу поліклініку про виписку новонародженого (у день виписки). Лікарі акушерського стаціонару (акушер і педіатр) при заповненні талона 3 детально вписують в нього відомості про особливості пологів і стану новонародженого, що потребують спеціального нагляду за ним після виписки із стаціонару.

Талон 3 зберігається в «Історії розвитку дитини» (форма №112/о).

ПІДГОТОВКА РУК ПЕРЕД ПРИЙМАННЯ ПОЛОГІВ

Показання:

нормальні пологи – це чиста (не стерильна) процедура.

Обладнання, оснащення:

- рідке мило та одноразові рушники,
- стерильні гумові рукавички,
- розчин антисептика для шкіри.

Місце проведення:

- пологовий зал,
- пологовий зал сімейного типу,
- індивідуальна пологова палата.

Перед прийманням пологів

- Проведіть гігієнічне миття рук використовуючи рідке мило, не менше 30 секунд.
- Ретельно змийте мило під проточною водою.
- Насухо витріть руки одноразовим паперовим рушником (серветкою).
- одягніть чистий халат, маску, окуляри (щиток), шапочку,
- Проведіть гігієнічну антисептику рук.
- Одягніть стерильні гумові рукавички.

ЗБИРАННЯ АНАМНЕЗУ ВАГІТНОЇ

Мета:

- отримати дані про стан здоров'я вагітної,
- виявити фактори ризику перинатального періоду,
- дані про перебіг попередніх вагітностей,
- виявити професійні шкідливості, спадкові захворювання та ін.

Місце проведення:

- жіноча консультація, акушерський стаціонар.

Створіть сприятливі умови для спілкування:

- створіть доброзичливу атмосферу для спілкування із пацієнткою,
- попросіть сторонніх осіб вийти,
- звертайтеся до пацієнтки із повагою на ім'я або ім'я та по-батькові,
- не використовуйте при опитуванні незрозумілі для пацієнтки терміни,
- при необхідності використовуйте навідні запитання.

Послідовність збирання акушерсько-гінекологічний анамнезу:

I. Менструальна функція.

1. У якому віці почалися менструації?
2. Чи одразу вони стали регулярними?
3. Скільки днів триває менструація?
4. Через скільки днів повторюється?
5. Яку кількість крові Ви втрачаєте під час менструації?
6. Чи регулярні менструації?
7. Чи супроводжується менструація неприємними відчуттями?
8. Коли була остання менструація?
9. Чи змінився характер менструальної функції під час цього захворювання?

II. Статева функція.

1. В якому віці почали статеве життя?
2. Чи використовуєте протизаплідні засоби? Які саме? Яка їхня ефективність?
3. Чи змінився характер статевої функції під час цього захворювання?

III. Генеративна функція.

1. Скільки було вагітностей?
2. Як перебігала кожна з них, чи були ускладнення? Чим закінчилася кожна вагітність?
3. Скільки було пологів? Як вони перебігали? Чи були ускладнення?
4. Як проходили післяпологові періоди?
5. Скільки було викиднів? У якому терміні вагітності вони відбувались?
6. Скільки було штучних абортів?

IV. Секреторна функція.

1. Чи є виділення із статевих шляхів?
 2. Який характер виділень? Колір? Запах?
 3. Чи змінюється характер виділень впродовж менструального циклу?
 4. Чи змінилась секреторна функція під час даного захворювання?
- Записуємо відповідні дані медичну документацію.

ЗОВНІШНІЙ ОГЛЯД ВАГІТНОЇ

Мета:

- отримати об'єктивні дані про стан здоров'я пацієнтки на даний момент,
- виявити фактори ризику патологічного перебігу вагітності та пологів,
- виявити перенесені та спадкові захворювання та ін.

Місце проведення:

- жіноча консультація, акушерський стаціонар.

Створіть сприятливі умови для спілкування:

- створіть доброзичливу атмосферу для спілкування із пацієнткою,
- попросіть сторонніх осіб вийти,
- звертайтеся до пацієнтки із повагою на ім'я або ім'я та по-батькові,
- використовуйте під час огляду денне світло, тепле приміщення.

Послідовність дій:

1. Загальний стан пацієнтки, враховують фізичну активність, поведінку, притомність, стан свідомості.
2. Психічний статус: ясна свідомість, ступор, сопор, кома.
3. Положення тіла вагітної: активне, пасивне, вимушене.
4. Постава і хода.
5. Будова тіла. Визначають конституцію, зріст, масу тіла, розвиток підшкірно жирової клітковини, м'язів.
6. Огляд форми живота.
7. Огляд грудних залоз та сосків (нормальні, плоскі, втягнуті).
8. Огляд шкіри і видимих слизових: забарвлення, еластичність, вологість, наявність висипки, розчухів, рубців, тип росту волосся (по білій лінії живота, навколо сосків).
 - в нормі на животі можуть з'явитись смуги розтягнення (striae gravidarum) рожевого, ціанотичного забарвлення,

- при гіперандрогенії виявляють ріст волосся по серединній лінії живота та навколососковій ділянці,
- в нормі під час вагітності з'являється пігментація серединної лінії живота, сосків, ареол грудних залоз, пігментні плями на обличчі,
- на ногах варикозне розширення вен нижніх кінцівок (патологічний стан потребує консультації судинного хірурга).

9. Стан кісток і суглобів: ознаки перенесених захворювань, травм.

Після закінчення огляду отримані дані вносяться в медичну документацію.

ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ВАГІТНОЇ

Показання:

- вимірювання АТ проводиться всім вагітним при кожному відвідуванні на обох руках.

Мета: оцінка стану серцево-судинної системи та загального стану вагітної.

Оснащення: тонометр, фонендоскоп.

Підготовка пацієнтки:

- Попередити пацієнтку про майбутню процедуру.
- Пояснити пацієнтці мету, хід процедури і отримати згоду на її проведення.
- Пацієнтка лежить на спині або сидить за столом.
- Рука пацієнтки розігнута в лікті, долонею догори, м'язи розслаблені, під ліктем валик.

Послідовність дій:

1. Посадити або укласти вагітну в залежності від її стану.
2. Оголити руку вагітної, розташувачи її долонею вгору, на рівні серця.
3. Підкласти валик або кулак під лікоть.
4. Накласти манжету тонометра на плече вагітної на 2-3 см вище ліктьового згину (між манжетою і рукою повинен вільно проходити палець).
5. Знайти пальпаторно на ліктьовій артерії пульсацію.
6. З'єднати манжету з тонометром.
7. Нагнітати поступово повітря балоном до зникнення пульсації + 20-30 мм ртутного стовпа вище.
8. За допомогою вентиля балона знижувати поступово тис в манжеті, відкривши вентиль великим і вказівним пальцями правої руки проти годинникової стрілки.
9. Запам'ятати за шкалою на тонометрі появу першого тону - це систолічний тиск.
10. Відзначити за шкалою на тонометрі припинення останнього гучного тону, при поступовому зниженні тиску - це діастолічний тиск.

11. Для отримання точних результатів виміряти тиск два рази на різних руках.
12. Зафіксувати отримані дані в індивідуальну карту вагітної.
13. Повідомити пацієнтці результати вимірювання.
14. Результат вимірювання занести до медичної документації
15. Провести дезінфекцію. Двічі протерти манжетку і мембрану фонендоскопа розчином антисептика.

ВИМІРЮВАННЯ ВИСОТИ СТОЯННЯ ДНА МАТКИ ТА ОБВОДУ ЖИВОТА

Мета - визначення відповідності висоти стояння дна матки та обводу живота терміну вагітності.

Місце проведення - жіноча консультація, пологове відділення.

Оснащення: кушетка, сантиметрова стрічка.

Підготовка до обстеження:

1. Психологічно підготуємо вагітну та пропонуємо застелити індивідуальну пелюшку або чисте домашнє полотенце на кушетку.

2. Проводимо гігієнічну обробку рук (руки повинні бути сухі, чисті та теплі).

3. Допомогаємо вагітній лягти на кушетку на спину, дещо повернутися на лівий бік.

Послідовність дій:

1. Просимо оголити живіт та поперекову ділянку, ноги звести разом та випрямити.

2. Беремо сантиметрову стрічку, підходимо до кушетки та стаємо праворуч від вагітної.

3. Тримавчи початок сантиметрової стрічки великим і вказівним пальцями правої руки, пальпуємо середину верхньо-зовнішнього краю симфізу і притискаємо до нього нульову позначку.

4. Лівою рукою розгортаємо сантиметрову стрічку так, щоб вона розмістилася по середній лінії живота.

5. Ребром долоні лівої руки відшукуємо дно матки, обережно натискаючи на живіт.

8. Обережно натискаємо лівою рукою на дно матки, притискаючи плід до входу в малий таз.

9. Визначаємо висоту стояння дна матки над лобком та запам'ятовуємо.

10. Беремо сантиметрову стрічку в ліву руку.

12. Просимо жінку підняти таз.

13. Сантиметрову стрічку протягуємо під спиною вагітної, фіксуючи її ззаду на рівні задньо-верхніх остей клубових кісток, спереду на рівні пупка. Вимірюємо обвід живота, запам'ятовуємо.

14. Допомагаємо пацієнтці підвестися..

23. Продезінфікуємо використане обладнання.

24. Проводимо гігієнічну антисептику рук.

25. Записуємо дані у медичній документації.

ПРОВЕДЕННЯ ЗОВНІШНЬОГО АКУШЕРСЬКОГО ДОСЛІДЖЕННЯ (ЧОТИРИ ПРИЙОМИ)

Мета - визначення положення, позиції, виду позиції плода, передлежання, відношення голівки плода до площини входу в малий таз.

Місце проведення:

- жіноча консультація, пологове відділення.

Оснащення: кушетка, пеленка.

Підготовка:

1. Психологічно підготуйте пацієнтку та запропонуйте застелити індивідуальну пеленку.

2. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.

3. Допоможіть пацієнтці лягти на кушетку на спину та дещо повернутися на лівий бік. попросіть оголити живіт, ноги дещо зігнути у колінних та кульшових суглобах.

Послідовність дій:

1. Станьте біля кушетки праворуч від вагітної, обличчям до неї.

2. I прийом Леопольда. Визначають дно матки та частину плода, що знаходиться в дні матки. Долоні обох рук кладемо на дно матки, обережно натискуємо на дно і визначаємо дно матки та частину плода в дні матки. При головному передлженні в дні матки пальпується тазовий кінець (м'яка, неправильної форми, з нечіткими контурами частина плода, що не балотує). При тазовому палькується голівка (тверда, щільна, округла, з чіткими контурами частина плода, що балотує).

3. II прийом Леопольда. Визначаємо позицію та вид позиції плода. Переводимо руки із дна матки на бічні поверхні живота на рівні пупка. Почергово пальпуємо частини плода, що знаходяться зліва та справа. При I позиції зліва пальпуємо спинку плода (щільну, гладеньку, плескату

частину), справа дрібні частини плода. При II позиції справа спинку, зліва дрібні частини плода .

4. III прийом Леопольда. Визначаємо передлеглу частину плода. Праву руку кладемо вище лобкового зчленування та охоплюємо передлеглу частину плода так, щоб великий палець знаходився на одній стороні, а 4 інших — на другій стороні нижнього сегмента матки. При головному передлежанні пальпується голівка, при тазовому – тазовий кінець плода.

5. IV прийом Леопольда. Визначаємо відношення передлеглої частини плода до площини входу в малий таз. Стаємо праворуч від вагітної обличчям до її ніг. Долоні обох рук кладуть на бокові поверхні нижнього сегмента матки і обережно кінчиками пальців намагаються проникнути між прилеглою частиною і боковими відділами входу в малий таз:

- 1) Голівка рухома над входом в малий таз – якщо пальці рук можна підвести під голівку.
- 2) Голівка притиснута до входу в малий таз – кінці пальців рук не сходяться під голівкою, проте потилиця і вся лицева частина пальпується над входом в малий таз.
- 3) Голівка малим сегментом у вході в малий таз – потилична частина голівки виступає над входом в малий таз на два пальці, а лицева частина - повністю.
- 4) Голівка великим сегментом у вході в малий таз – потилична частина голівки не
- 5) пальпується над входом у малий таз, а лицева виступає на два-три пальці.
- 6) Голівка у порожнині таза – голівка плода не визначається.
- 7) Запам'ятовуємо положення плода в порожнині матки.
- 8) Допомогаємо вагітній підвестися.
- 9) Дезінфікуємо використане обладнання.
- 10) Проводимо гігієнічну антисептику рук.
- 11) Робимо запис у медичній документації.

ВИСЛУХОВУВАННЯ СЕРЦЕБИТТЯ ПЛОДА

Мета:

- визначення функціонального стану плода,
- діагностика дистресу плода під час вагітності та пологів.

Місце проведення:

- жіноча консультація, ФАП, пологове відділення.

Оснащення:

Кушетка, індивідуальна пеленка, акушерський стетоскоп, секундомір або годинник із секундною стрілкою.

1. Психологічно підготуйте пацієнтку та запропонуйте застелити індивідуальну пеленку.

2. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.

3. Допоможіть пацієнтці лягти на кушетку на спину і попросіть оголити живіт, ноги трохи зігнути у кульшових та колінних суглобах, руки покласти вздовж тулуба.

4. Поруч з вагітною розмістіть акушерський стетоскоп та секундомір.

5. Підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки, обличчям до її обличчя.

6. За допомогою II та III прийомів Леопольда визначте положення, позицію, вид позиції та передлежання плода для з'ясування розташування плода в порожнині матки.

7. У праву руку візьміть стетоскоп, у ліву руку секундомір.

8. Поставте стетоскоп кінцем з більш широким отвором перпендикулярно до передньої черевної стінки у місце ймовірного вислуховування серцебиття плода.

Місце найкращого вислуховування серцевих тонів залежить від положення, передлежання, виду й позиції плода. Найкраще серцебиття вислухувати з боку спинки, а при лицевому передлежанні - з боку грудей плода. При першій позиції серцебиття краще вислухувати ліворуч, при другій - праворуч; при головному передлежанні - нижче пупка, тазовому - вище пупка.

9. До іншого кінця щільно притисніть вушну раковину і, пересуваючи стетоскоп, знайдіть місце найбільш чіткого вислуховування серцебиття плода.

10. Визначте ясність та ритмічність серцевих тонів плода та, використовуючи секундомір або годинник із секундною стрілкою, підрахуйте частоту серцевих скорочень протягом 1 хв.

Примітка.

У момент вислуховування стетоскоп рукою не тримати.

Характеристика серцевих скорочень плода в нормі:

- частота - 110-170 уд/хв.
- тони серця подвійні,
- звучні, ритмічні,
- не збігаються з пульсом вагітної.

11. Допоможіть пацієнтці підвестися.

12. Продезінфікуйте використане обладнання.

13. Здійсніть гігієнічну антисептику рук.

14. Зробіть запис у медичній документації.

ВИМІРЮВАННЯ ЗОВНІШНІХ РОЗМІРІВ ТАЗА

Показання, місце проведення:

- вимірювання проводять усім жінкам при взятті на облік з приводу вагітності (жіноча консультація, ФАП, лікарська амбулаторія),
- у пологовому відділенні для уточнення акушерської ситуації.

Мета:

- діагностика анатомічно вузького тазу,
- визначення ступеня звуження та форми вузького тазу.

Оснащення: кушетка, індивідуальна пелюшка, тазомір.

1. Психологічно підготуйте пацієнтку і запропонуйте застелити індивідуальну пелюшку на кушетку.

2. Здійсніть гігієнічне миття рук.

3. Допоможіть вагітній лягти на кушетку на спину і попросіть оголити живіт та поперекову ділянку, ноги звести разом і простягнути.

4. Візьміть тазомір, підійдіть до кушетки і станьте праворуч від пацієнтки, обличчям до її обличчя.

5. Великими і вказівними пальцями обох рук візьміть тазомір за гудзики таким чином, щоб шкала була повернена доверху, а гілки тазоміра знаходилися поверх великих пальців, розведіть гілки.

6. *Distantia spinarum*. Вказівними або середніми пальцями обох рук пропальпуйте передньоверхні ості клубових кісток і притисніть до них гудзики тазоміра.

7. Подивіться на шкалу, визначте і запам'ятайте виміряну величину.

8. *Distantia cristarum*. Після вимірювання *Distantia spinarum* гудзики тазоміра пересувайте з остей по зовнішньому краю гребнів клубових кісток до тих пір, поки за шкалою не визначите найбільшу відстань. Запам'ятайте виміряну величину.

9. *Distantia trochanterica*. Вказівними або середніми пальцями обох рук пропальпуйте найбільш випнуті точки великих вертлюгів стегнових кісток і притисніть до них гудзики тазоміра.

10. Подивитися на шкалу, визначте і запам'ятайте виміряну величину.

Примітка.

Якщо пальпації вказаних анатомічних орієнтирів заважає сильно виражена

підшкірно-жирова клітковина, запропонуйте пацієнтці декілька раз повернути стопи обох ніг назовні та досередини. Одночасно з рухами, які здійснює пацієнтка, вказівними або середніми пальцями обох рук визначте великі вертлюги і притисніть до них гудзики тазоміра.

11. *Conjugata externa*. Допоможіть пацієнтці лягти на лівий бік(спиною до вас) і запропонуйте ліву руку підкласти під голову.

12. Попросіть її зігнути нижню (ліву) ногу в кульшовому та колінному суглобах, а верхню (праву) випростати.

13. Вказівним або середнім пальцем правої руки знайдіть середину верхньо-зовнішнього краю симфізу і встановіть на ньому гудзик тазоміра.

14. Вказівним або середнім пальцем лівої руки пропальпуйте надкрижову ямку (вона збігається з верхнім кутом попереково-крижового ромба Міхаеліса) і притисніть до неї другий гудзик тазоміра.

15. Подивитися на шкалу, визначте і запам'ятайте виміряну величину.

16. Допоможіть пацієнтці підвестися, якщо далі не проводиться інше дослідження.

17. Продезінфікуйте використане обладнання.

18. Вимийте і висушіть руки.

19. Запишіть отримані дані в медичну документацію.

20. Проінформуйте пацієнтку про отримані дані.

ВИМІРЮВАННЯ ІНДЕКСУ СОЛОВЙОВА

Мета:

- визначення товщини кісток пацієнтки та врахування цієї характеристики при обчисленні істинної кон'югати.

Показання:

- обчислення істинної кон'югати у пацієнток із зменшеними зовнішніми розмірами таза,
- визначення ступеня та форми анатомічно вузького таза.

Місце проведення:

жіноча консультація, ФАП, акушерський стаціонар, лікарська амбулаторія.

Оснащення: сантиметрова стрічка, кушетка.

Послідовність дій:

1. Здійсніть гігієнічне миття рук.
2. Психологічно підготуйте пацієнтку і запропонуйте їй сісти на кушетку, зігнути руку в ліктьовому згині і оголити ділянку променево-зап'ясткового суглоба.
3. Візьміть у руки сантиметрову стрічку, підійдіть до пацієнтки з правого боку і станьте до неї обличчям.
4. Трохи розгорніть сантиметрову стрічку так, щоб початок її знаходився в лівій руці, а продовження в правій.
5. Обведіть праву руку пацієнтки сантиметровою стрічкою на рівні променево-зап'ясткового суглоба.
6. Зіставте частини сантиметрової стрічки так, щоб вони перехрестилися
7. Прийміть ліву руку, а правою тримайте сантиметрову стрічку, щільно притиснувши її до руки пацієнтки.
8. Подивіться на шкалу сантиметрової стрічки і визначте цифру, яка збіглася з нульовою позначкою, запам'ятайте її.
9. Звільніть руку пацієнтки від сантиметрової стрічки.
10. Запропонуйте пацієнтці підвестися, якщо далі не проводиться інше дослідження.
11. Продезінфікуйте використане обладнання.
12. Вимийте і висушіть руки.
13. Визначте індекс Соловйова.
14. Зробіть запис у медичній документації.

ВИМІРЮВАННЯ ДІАГОНАЛЬНОЇ КОН'ЮГАТИ

Показання:

- зменшені зовнішні розміри таза.

Мета:

- діагностика анатомічно вузького таза,
- визначення ступеня звуження та форми вузького таза.

Місце проведення:

- жіноча консультація,
- пологовий будинок.

Оснащення: гінекологічне крісло, індивідуальна пелюшка, тазомір, сантиметрова стрічка, стерильні гумові рукавички, ватні і марлеві кульки, розчини антисептиків.

1. Підготуйте пацієнтку до піхвової маніпуляції (пояснить суть маніпуляції, отримайте згоду на проведення).

2. Запропонуйте пацієнтці роздягнутися нижче пояса.

3. Допоможіть пацієнтці лягти на гінекологічне крісло застелене індивідуальною пелюшкою.

4. Підготуйте руки до маніпуляції (проведіть гігієнічне миття, гігієнічну антисептику), одягніть стерильні гумові рукавички.

5. Підійдіть до гінекологічного крісла і станьте біля ніг жінки.

6. Обробіть, при потребі, зовнішні статеві органи, промежину розчином антисептика.

7. Розведіть статеву щілину великим і вказівним пальцями лівої руки.

8. Введіть в піхву II і III пальці правої руки під кутом нахилу таза.

9. Спробуйте досягнути III пальцем найбільш виступаючу точку крижового мису, а верхнє ребро долоні притисніть до нижнього краю симфізу.

Примітка:

Якщо мис не досягається діагональну слід вважати нормальною – 12,5 см.

10. Зафіксуйте вказівним пальцем лівої руки точку дотикання ребра правої долоні до нижнього краю лобкового симфізу.

11. Виведіть праву руку, не віднімаючи лівого вказівного пальця від зазначеної точки.

12. Попросіть асистента, тазоміром або сантиметровою стрічкою виміряти відстань від кінчика III пальця до точки дотикання на ребрі долоні, що торкнулася нижнього краю симфізу.

13. Оцініть результат. Повідомте пацієнтці результат обстеження.

14. Продезінфікуйте використане оснащення.

15. Вимийте і висушіть руки.

16. Запишіть отримані дані в медичну документацію.

ВИМІРЮВАННЯ РОМБА МІХАЕЛІСА

Показання:

- зменшені зовнішні розміри таза.

Мета:

- діагностика анатомічно вузького таза,
- визначення форми звуження таза,
- визначення величини істинної кон'югати.

Місце проведення:

- жіноча консультація,
- пологовий будинок.

Оснащення: сантиметрова стрічка.

1. Підготуйте пацієнтку маніпуляції (поясніть суть маніпуляції, отримайте згоду на проведення).

2. Підготуйте руки до маніпуляції (проведіть гігієнічне миття, гігієнічну антисептику).

3. Запропонуйте пацієнтці звільнити поперекову ділянку від одягу.

4. Огляньте ділянку ромба Міхаеліса.

Вершини ромба Міхаеліса: зверху – над крижова западина, знизу – верхівка куприка, з боків – задньо-верхні ості клубових кісток.

В нормі ромб симетричний, правильної будови, верхній умовний трикутник дещо менший за нижній. Поздовжній розмір ромба становить 11 см і співпадає із величиною істинної кон'югати – Трідондані, поперечний розмір – 10 см.

Ромб Міхаеліса при патології:

- при плоских тазах – верхній трикутник сплюснений і поздовжній розмір зменшений,
- при поперечнозвуженому тазі зменшений його поперечний розмір,
- при загальнорівномірнорозвуженому тазі – ромб симетрично зменшений в усіх напрямках,
- при косозміщених тазах – ромб асиметричний

5. Оцініть результат та повідомте пацієнтці.

6. Вимийте і висушіть руки.

7. Запишіть отримані дані в медичну документацію.

ВИЗНАЧЕННЯ ІСТИННОЇ КОН'ЮГАТИ

Мета:

- діагностика
- анатомічновузького таза,
- ступеня звуження таза,
- формизвуження таза.

Місце проведення:

- жіноча консультація,
- пологовий будинок.

Оснащення: підготуйте кушетку, гінекологічне крісло, продезінфіковані тазомір, сантиметрову стрічку, простирадло, підкладну церату, стерильні гумові рукавички, ватні і марлеві кульки, розчини антисептиків.

1. Підготуйте пацієнтку психологічно.
2. Підготуйте руки до маніпуляції.

I спосіб

- виміряйте зовнішню кон'югату;
- виміряйте індекс Соловйова;
- відніміть від величини зовнішньої кон'югати умовне число 8, 9 або 10, враховуючи індекс Соловйова.

II спосіб

- виміряйте діагональну кон'югату;
- виміряйте індекс Соловйова;
- відніміть від величини діагональної кон'югати 1,5 або 2 см, враховуючи індекс Соловйова.

III спосіб

- виміряйте вертикальний розмір ромба Міхаеліса;
 - висота попереково-крижового ромба дорівнює справжній акушерській кон'югаті.
3. Оцініть отримані результати.
 4. Занесіть дані в медичну документацію.
 5. Прозезінфікуйте використане обладнання.

ВИМІРЮВАННЯ ДОДАТКОВИХ РОЗМІРІВ ТАЗА

Показання:

- зменшені зовнішні розміри тазу.

Мета:

- діагностика анатомічно вузького тазу,
- визначення ступеня звуження та форми вузького тазу.

Місце проведення: жіноча консультація, пологовий будинок.

Оснащення: гінекологічне крісло, індивідуальна пелюшка, тазомір, сантиметрова стрічка, стерильні гумові рукавички, ватні і марлеві кульки, розчини антисептиків.

Підготовка пацієнтки: поясніть суть маніпуляції, отримайте згоду на проведення.

Перед маніпуляцією порекомендуйте жінці звільнити сечовий міхур, пряму кишку.

Вимірювання бічної кон'югати Кернера

Запропонуйте пацієнтці звільнити поперекову ділянку від одягу та лягти на кушетку на лівий бік. Тазоміром виміряйте відстань між передньо-верхньою та задньо-верхньою остю правого крила клубової кістки.

Запропонуйте пацієнтці лягти на правий бік і виміряйте бічну кон'югату Кернера зліва. Отримані дані запам'ятайте або продиктуйте асистенту для запису в медичну документацію. Допоможіть пацієнтці встати. Використане обладнання продезінфікуйте.

Примітка.

В нормі бічна кон'югата однакова з обох боків і становить 14,5-15 см,

Вимірювання розмірів площини виходу з малого тазу

Підготовчий етап.

Запропонуйте пацієнтці зайти за ширму й роздягнутися нижче пояса. Допоможіть пацієнтці лягти на гінекологічне крісло застелене індивідуальною пелюшкою.

Підготуйте руки до маніпуляції (проведіть гігієнічне миття, гігієнічну антисептику).

Одягніть гумові рукавички.

Підійдіть до гінекологічного крісла і станьте біля ніг жінки.

Обробіть, при потребі, зовнішні статеві органи, промежину розчином антисептика.

Вимірювання прямого розміру площини виходу з малого таза

Візьміть продезінфіковану сантиметрову стрічку й початок прикладіть до нижнього краю лобкового симфізу. Випряміть стрічку донизу і виміряйте відстань до куприка.

Примітка.

В нормі прямий розмір площини виходу становить 9,5 см. Під час пологів розмір збільшується на 1,5 см, за рахунок відхилення куприка до заду під час проходження голівки $9,5+1,5=11$ см.

Вимірювання поперечного розміру площини виходу з малого таза

Великими пальцями обох рук пропальпуйте сідничні горби. Сантиметровою стрічкою виміряйте відстань від зовнішнього краю правого сідничного горба до зовнішнього краю лівого сідничного горба.

Примітка.

В нормі отримують величину 9-9,5 см (без врахування товщини тканин). Для визначення справжньої величини цього розміру додають 1,5 см на товщину тканин ($9,5+1,5=11$ см).

Отримані дані запам'ятайте або продиктуйте асистенту для запису в медичну документацію. Використане обладнання продезінфікуйте.

Вимірювання лобкового кута

Підготовчий етап.

Запропонуйте пацієнтці зайти за ширму й роздягнутися нижче пояса.

Допоможіть пацієнтці лягти на гінекологічне крісло застелене індивідуальною пелюшкою. Підготуйте руки до маніпуляції (проведіть гігієнічне миття, гігієнічну антисептику). Одягніть гумові рукавички. Підійдіть до

гінекологічного крісла і станьте біля ніг жінки. Обробіть, при потребі, зовнішні статеві органи, промежину розчином антисептика.

Методика проведення

Пропальпуйте нижній край лобкового симфізу та гілки лобкових кісток.

Великі пальці обох рук долонною поверхнею розташуйте паралельно гілкам лобкових кісток таким чином, щоб кінчики великих пальців дотикались.

Оцініть кут, котрий утворився між великими пальцями.

Примітка.

В нормі величина лобкового кута становить 90-100°.

Отримані дані запам'ятайте або продиктуйте асистенту для запису в медичну документацію.

Використане обладнання продезінфікуйте.

Вимірювання висоти лобкового симфізу

Підготовчий етап.

Запропонуйте пацієнтці зайти за ширму й роздягнутися нижче пояса.

Допоможіть пацієнтці лягти на гінекологічне крісло застелене індивідуальною пелюшкою.

Підготуйте руки до маніпуляції (проведіть гігієнічне миття, гігієнічну антисептику).

Одягніть стерильні гумові рукавички.

Підійдіть до гінекологічного крісла і станьте біля ніг жінки.

Обробіть, при потребі, зовнішні статеві органи, промежину розчином антисептика.

Методика проведення

1. Розведіть статеву щілину великим і вказівним пальцями лівої руки.

2. Введіть в піхву II та III палець правої руки і підведіть їх під лобковий симфіз.

Примітка. Долонна поверхня пальців обернена до симфізу.

3. Пропальпуйте верхньо-внутрішній край лобкового-симфізу III пальцем.

4. Вказівним пальцем лівої (зовнішньої) руки зафіксуйте точку на III пальці, котра відповідає нижньому краю лобкового симфізу.

5. Виведіть II та III пальці із піхви, не віднімаючи палець від позначеної точки.

6. Попросіть асистента виміряти сантиметровою стрічкою відстань від кінчика III пальця до точки, що відповідає нижньому краю симфіза.

Отримані дані запам'ятайте або продиктуйте асистенту для запису в медичну документацію.

Використане обладнання продезінфікуйте.

ОГЛЯД ШИЙКИ МАТКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ДВОСТУЛКОВОГО ДЗЕРКАЛА КУСКО

Мета. Проводиться як один з етапів діагностичних та лікувальних маніпуляцій чи процедур.

З метою діагностики :

- запальних захворювань внутрішніх статевих органів,
- фонових, передракових та злоякісних захворювань шийки матки та піхви,
- випадіння та опущення матки, стінок піхви,
- визначення ймовірних ознак вагітності.

Місце проведення: жіноча консультація, оглядовий кабінет, гінекологічне відділення.

Матеріальне забезпечення:

- продезинфіковане гінекологічне крісло,
- підкладна церата або індивідуальна пелюшка, рушник,
- стерильні дзеркало Куско,
- гумові рукавички.

Підготовка та положення пацієнтки

- перед проведенням маніпуляції запропонуйте жінці спорожнити сечовий міхур та пряму кишку;
- пацієнтка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами;
- проведіть туалет зовнішніх статевих органів.
- обстеження проводять на гінекологічному кріслі.

Підготовка акушерки: проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук, одягніть стерильні гумові рукавички.

Послідовність дій

1. розведіть соромітні губи великим та вказівним пальцями лівої руки.

2. візьміть в праву руку двостулкове дзеркало Куско так, щоб замок лежав на долоні, а стулки дзеркала зафіксуйте між вказівним та середнім пальцями (двостулкове дзеркало вводять у піхву в зімкнутому стані).

3. натисніть нижнім краєм дзеркала на задню злуку промежини і введіть його на 1/3 в піхву, паралельно статевій щілині, натискаючи на леватори, щоб уникнути болю від натискання дзеркалом на уретру.

4. поверніть дзеркало так, щоб одна стулка розміщувалась під передньою стінкою піхви, а нижня стулка – на задній стінці піхви, а вагінальна частина шийки була між стулками.

5. розведіть стулки дзеркала і зафіксуйте їх за допомогою замка.

За допомогою дзеркал оглядають:

- шийку матки (величина, форма - циліндрична, конічна, форма зовнішнього вічка цервікального каналу - кругла в жінок, що не народжували, щілоноподібна в тих, що народжували);
- характер слизової оболонки шийки матки (ціаноз, гіперемія), наявність ерозій, розривів, виворотів, кондилом, гіперемії навколо зовнішнього вічка цервікального каналу;
 - виділення: кількість, характер виділень (слизові, водянисті, пінисті, сирністі),
 - джерело - цервікальний канал, заднє склепіння,
 - консистенція виділень (рідкі, густі),
 - забарвлення (кров'яністі, жовто-зелені, гнійні), запах.
- стінки піхви оглядають при виведенні дзеркал - стан слизової оболонки (гіперемія, набряк, ціаноз, виразки, пухлини).

Після закінчення огляду за допомогою дзеркал проводять бімануальне дослідження.

Дезінфекція використаного обладнання:

- Усі використані інструменти, матеріал та рукавички покладіть дезінфікуючий розчин.
- Пелюшку покладіть у мішок з брудною білизною.
- Гінекологічне крісло протріть дезінфікуючим розчином.

Проведіть відповідний запис у медичну документацію про отримані дані.

БІМАНУАЛЬНЕ ПІХВОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета

діагностика:

- запальних захворювань внутрішніх статевих органів,
- вагітності (маткової та позаматкової),
- пухлин та пухлинних процесів органів малого тазу,
- аномалій розвитку, аномалій положення внутрішніх статевих органів.

Місце проведення

- жіноча консультація, ФАП,
- оглядовий кабінет, кабінет онкопрофоглядів,
- гінекологічне відділення

Матеріальне забезпечення

- продезинфіковане гінекологічне крісло,
- підкладна церата або індивідуальна пелюшка, рушник,
- стерильні гумові рукавички.

Підготовка та положення пацієнтки

- перед проведенням маніпуляції запропонуйте жінці спорожнити сечовий міхур та пряму кишку;
- запропонуйте зайти за ширму і роздягнутися нижче пояса, лягти на гінекологічне крісло застелене індивідуальною пелюшкою,
- пацієнтка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами;
- при необхідності проведіть туалет зовнішніх статевих органів.

Підготовка акушерки

- проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук;
- одягніть стерильні гумові рукавички.

Послідовність дій

- великим та вказівними пальцями лівої руки розведіть статеві губи у нижній третині,
- середній та вказівний пальці правої руки введіть у піхву, безіменний палець та мізинець притисніть до долоні, великий — поверніть до лобка,
- натисніть на задню злуку промежини вказівним та середнім пальцями правої руки,

- введіть пальці правої руки спочатку в заднє склепіння визначте його стан (болючість, нависання, сплюснення),
- пропальпуйте шийку матки (величина, консистенція, болючість при зміщенні, її рухомість та прохідність цервікального каналу),
- перемістіть пальці в переднє склепіння, шийку матки відтисніть назад, уникаючи тиску на чутливу лонну дугу,

Примітка: якщо матка відхилена назад, то внутрішні пальці розмішують у задньому склепінні.

- натисніть обережно всією долонною поверхнею пальців лівої руки на передню черевну стінку в напрямі до порожнини малого таза, назустріч пальцям правої руки, таким чином матка буде знаходитись між пальцями зовнішньої та внутрішньої рук, та пропальпуйте матку (визначте: величину, форму, консистенцію, болючість, рухомість, характер поверхні, положення в малому тазі),
- перемістіть пальці правої руки в праве та ліве бокові склепіння (пропальпуйте придатки матки: труби в нормі не пальпуються, яєчники вдається пропальпувати у вигляді еластичних не болючих утворів, зв'язки матки та яєчників в нормі не визначаються, параметрії не болючі, оцініть стан м'язів тазового дна).

Пальпуючи властивості стінок піхви визначте: ширину, довжину, особливості стінок, складчастість, болючість склепінь, наявність пухлин.

Дезінфекція обладнання

1. Усі використані інструменти, матеріал та рукавички покладіть у дезінфікуючий розчин.
2. Пелюшку покладіть у мішок з брудною білизною.
3. Гінекологічне крісло протріть дезінфікуючим розчином.

Проведіть відповідний запис у медичну документацію про отримані дані.

ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРЕДБАЧУВАНОЇ ДАТИ ПОЛОГІВ

Мета:

- визначення передбачуваної дати пологів,
- визначення дати видачі лікарняного листка з приводу вагітності та пологів,
- діагностика переношування,
- діагностика передчасних пологів.

Оснащення:

- календар на рік,
- акушерський календар,
- індивідуальна карта вагітної та породіллі,
- історія пологів.

Метод 1. За останньою менструацією:

- відніміть від 1-го дня останньої менструації 3 попередні місяці і додайте 7 днів (формула Негеле), або
- додайте до 1-го дня останньої менструації 280 днів.

Метод 2. За першими рухами плода:

- додайте до дати перших рухів плода 20 тижнів (при I вагітності), 22 тижні (при повторній вагітності, якщо в анамнезі були пологи).

Метод 3. За допомогою акушерського календаря:

- зазначте стрілкою на диску акушерського календаря 1-ий день останньої менструації, визначте термін вагітності на даний момент та передбачувану дату пологів (відповідає позначці 40 тиж.),
- зазначте стрілкою на диску акушерського календаря перші рухи плода, відповідає 20 або 18 тиж. та визначте передбачувану дату пологів (відповідає позначці 40 тиж.).

Метод 4. За першим зверненням до лікаря: до встановленого терміну вагітності (у тижнях) додайте різницю між даним терміном і 40 тижнями. Для визначення дати видачі лікарняного листка з приводу вагітності, від передбачуваної дати пологів відрахуйте 10 тижнів.

Занесіть отримані дані в медичну документацію.

Повідомте дану інформацію вагітній, дайте відповідні рекомендації.

ВИЗНАЧЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ПЕРЕЙМ І ПАУЗ МІЖ НИМИ

Мета: визначення характеру пологової діяльності, діагностика аномалій пологової діяльності, клінічно вузького таза, загрози розриву матки, регулярної пологової діяльності, початку пологів.

Показання: оцінка частоти та тривалості перейм проводиться щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі.

Місце проведення: пологова палата сімейного типу, передпологова палата.

Підготовка роділлі: психологічно підготуйте пацієнтку, отримайте згоду на проведення маніпуляції, порекомендуйте роділлі зайняти зручне положення, уникайте положення на спині.

Підготовка акушерки: проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук.

Обладнання: секундомір, ручка, партограма.

Методика проведення. Присядьте на стілець біля ліжка роділлі, покладіть руку на матку в ділянці її дна. За допомогою секундоміра відмітьте початок та кінець перейми. Зачекайте до початку наступної перейми. За секундоміром відмітьте тривалість паузи. Визначте кількість перейм за 10 хвилин та їх тривалість. Результат повідомте лікарю, отримані дані занесіть до партограми.

Примітка. Кількість та тривалість перейм визначають та відмічають на партограмі щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі. Записується у вигляді заштрихованих квадратиків, котрі відповідають кількості перейм за 10 хвилин. - менше 20 секунд - від 20 до 40 секунд - більше 40 секунд

Примітка. У жінок з ожирінням для більш точного визначення початку перейми можна враховувати їх суб'єктивні відчуття. В нормі нормальна пологова діяльність має наступні параметри: в латентній фазі 2 перейми за 10 хвилин, тривалістю не менше 15-20 секунд, в активній фазі - 3-5 перейм за 10 хвилин, тривалістю не менше 40 секунд.

ЗАПОВНЕННЯ 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. Використання партограми є обов'язковим на всіх рівнях надання допомоги.

Мета:

- вчасно виявити незадовільний прогрес у пологах;
- попередити розвиток тривалих пологів (більше 16 годин);
- вчасно 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.

Правила використання партограми

- ведення партограми розпочнеться якщо виникає 2 або більше перейми за 10 хвилин, кожна тривалістю 20 секунд або більше
- партограма заповнюється під час пологів, а не після їх закінчення
- партограма ведеться при відсутні показання до екстреного розродження
- партограма використовується під час I періоду пологів
- партограма має знаходитись у пологовій кімнаті
- заповнення та інтерпретацію партограми здійснює навчений медичний персонал (лікар або акушерка)
- припинити ведення партограми, якщо виникли ускладнення, що потребують негайного розродження і подальші записи ведуть в історії пологів.

Заповніть паспортну частину: П.І.П., вагітність, кількість пологів, дату та час поступлення, № історії пологів. Заповніть частину яка відображає стан плода

Визначаєте частоту серцевих скорочень плода і записуйте дані кожні 15 хвилин у вигляді позначки

Всі позначки з'єднайте лініями, формуючи графік.

Стан плодового міхура оцінюється та записується під час кожного внутрішнього акушерського дослідження (кожні 4 години): літера «Ц» (Цілий), «П» (Прозорі), «М» (Меконій), «К» (Кров). Літера вписує у клітину, що розташована справа від вертикалі. Ступінь конфігурації голівки плода оцініть та запишіть під час кожного внутрішнього акушерського дослідження. Заповніть частину яка відображає перебіг пологів

Розкриття шийки матки визначають (при кожному В.А.Д.) та позначають в сантиметрах від 0 до 10 і відмічають позначкою (Х), які з'єднують безперервною лінією.

Примітка. Графа латентна фаза – це період, коли розкриття становить менш, ніж 3 см. В нормі тривалість її не повинна перевищувати 8 годин. Активна фаза – це період розкриття від 3 до 9 сантиметрів. Лінія уваги відповідає темпу розкриття шийки матки 1 см/год. Опускання голівки плода визначено шляхом абдомінальної пальпації використовуючи ширину 5 пальців відмічайте на партограмі позначками (О), з'єднайте їх безперервною лінією, створюючи графік опускання голівки плода. Кількість та тривалість перейм визначають та відмічають на партограмі щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі. Записується у вигляді заштрихованих квадратиків, котрі відповідають кількості перейм за 10 хвилин. - менше 20 секунд - від 20 до 40 секунд - більше 40 секунд Заповніть частину яка відображає стан жінки

АТ та частоту пульсу визначають та відмічають на партограмі кожні 2 години. АТ записують у вигляді двобічної стрілки справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу. Частоту пульсу відмічають позначкою (•). Температуру тіла визначають та відмічають на партограмі кожні 4 години (або частіше у разі наявності показань). Об'єм виділеної сечі

визначають та відмічають на партограмі після кожного сечовипускання (нагадуйте жінці про необхідність сечовипускань кожні 2-4 години). Білок та ацетон сечі визначаються за показаннями.

Окситоцин заповнюють у разі стимуляції пологової діяльності, кількість крапель за хвилину записується кожні 30 хвилин. Призначені ліки заповнюють у разі застосування медикаментів.

ПІДГОТОВКА НАБОРУ МЕДИЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ ДЛЯ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ

Мета. Підібрати інструменти та обладнання для: дотримання правил асептики в пологах першого туалету новонародженого ведення ІІІ та раннього післяпологового періоду огляду пологових шляхів та відновлення їх цілісності обробки пуповини.

Місце проведення:

- пологовий зал, пологовий зал сімейного типу.

Підготовчий етап

Перевірте перед початком пологів температуру залу (при нормальних пологах повинна становити 25°C, при передчасних 28°C), закрийте вікна та двері, для попередження утворення протягу. Перевірте наявність реанімаційного обладнання (мішок, маска, ларингоскоп, медикаменти), наявність централізованої подачі кисню, годинника із секундною стрілкою, клейончастого фартуха.

Підбір основного обладнання та інструментів для ведення пологів

Підготуйте стерильний столик дотримуючись правил асептики і розкладіть на ньому стерильні інструменти: затискачі 3 шт., ножиці, широкі післяпологові дзеркала 2 шт., підймачі 2 шт., голкотримачі 2 шт., вікончасті затискачі 3 шт., ниркоподібний лоток, м'який катетер, перев'язувальний матеріал (ватномарлеві кульки, марлеві серветки), гумова груша для видалення слизу.

Підготуйте столик з обладнанням і розмістіть на ньому:

флакон із потрійним розчином та корнцангом, флакон із йодонатом, флакон із флакон із голками, шприц 2 мл та голки, окситоцин 1-2 ампули по 5 МО, одяг для новонародженого (шапочка, носочки), пелюшки 2-3 шт., цифровий термометр, тетрациклінова мазь 1%, великий прямокутний лоток.

Підготуйте сповивальний столик, завчасно увімкніть джерело променевого світла і розмістіть на ньому: клею на пуповину, стерильні ножиці, стерильні рукавички, пелюшки 2-3 шт., одяг для новонародженого (шапочка, повзунки, сорочечка, теплі пелюшки), стерильна стрічка для вимірювання зросту. Перевірте працездатність електронної ваги.

ПІДГОТОВКА АКУШЕРКИ ДО ПРИЙМАННЯ ПОЛОГІВ

Мета:

- дотримання правил асептики та антисептики,
- попередження внутрішньо-лікарняного інфікування роділлі, новонародженого,
- попередження передачі інфекцій від пацієнтки до медичного персоналу,

Показання: нормальні пологи – це чиста (не стерильна) процедура.

Обладнання, оснащення:

- рідке мило та одноразові рушники,
- хірургічний костюм та продезінфікований гумовий фартух,
- шапочка, маска, окуляри або щиток,
- чистий халат (одноразовий халат з водовідштовхуючого матеріалу),
- стерильні гумові рукавички,
- розчин антисептика для шкіри рук.

Місце проведення:

- пологовий зал,
- пологовий зал сімейного типу,
- індивідуальна пологова палата.

Перед прийманням пологів

- проведіть гігієнічне миття рук,
- одягніть чистий халат, маску, окуляри (щиток), шапочку,
- проведіть гігієнічну антисептику рук,
- одягніть стерильні гумові рукавички.

АКУШЕРСЬКА РУЧНА ДОПОМОГА ПРИ ГОЛОВНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

Мета:

- запобігти розриву промежини;
- обережно вивести плід з пологових шляхів, не травмувавши його.

Місце проведення: індивідуальна пологова палата, пологовий зал.

Умова: приступають з моменту прорізування голівки.

Підготовка роділлі та акушерки:

Підберіть стерильний набір для пологів.

Підготуйтеся до пологів.

Підготуйте роділлю до пологів.

Обробіть шкіру зовнішніх статевих органів та внутрішніх поверхонь стегон розчином йодонату.

Підстеліть під таз роділлі стерильну пелюшку.

З моменту прорізування голівки приступайте до надання акушерської допомоги, ставши праворуч від роділлі обличчям до пологових шляхів.

Техніка проведення.

Акушерська ручна допомога складається з моментів:

1. Попередження передчасного розгинання та швидкого просування голівки.

Чим більш зігнута голівка плода, тим меншим обводом вона прорізується, тим менше розтягує промежину і тим менше сама стискається половим каналом. Акушерка розміщує ліву руку на лобку роділлі і долонною поверхнею пальців лівої руки під час потуги обережно притримує голівку плода, згинаючи її в бік

промежини та не даючи їй швидко просуватись.

2. Виведення голівки зі статевої щілини поза потугою.

В паузах між потугами акушерка розтягує вульварне кільце над голівкою. В момент початку нової потуги розтягування вульварного кільця припиняють і знову затримують швидке просування голівки та згинають її у бік

промежини. Ці два моменти акушерської допомоги чергують до появи тім'яних горбів у виході з таза.

3. Зменшення напруження промежини (запозичення тканин).

Мета — зменшити силу тиску циркулярних м'язів та м'яких тканин пологового каналу на голівку та покращити умови кровопостачання промежини, таким чином збільшивши її опірність до розриву.

Під час розгинання голівки акушерка через стерильну пелюшку захоплює правою рукою тканини промежини так, щоб чотири пальці правої руки знаходились в ділянці лівої статевої губи, а великий палець — у ділянці правої, і намагається утворити складку на промежині, стягуючи м'які тканини з верхніх відділів статевих губ, де вони розтягуються менше, в бік промежини, де розтягнення максимальне, і зменшуючи тим самим напруження тканин в ділянці промежини.

4. Регулювання потуг.

У момент розгинання голівки роділля не повинна тужитися, для цього

акушерка просить її глибоко дихати відкритим ротом. Виключивши або значно послабивши потугу, акушерка лівою рукою захоплює голівку за тім'яні горби, піднімає її вгору, одночасно розгинаючи, а правою знімає м'які тканини з личка плода. Якщо при цьому необхідна потуга, роділлі пропонують потужитися з силою, що необхідна для обережного виведення голівки.

5. Звільнення плечового пояса та народження тулуба плода.

Після народження голівки роділлі пропонують потужитися. При цьому відбувається останній момент біомеханізму пологів — внутрішній поворот плечиків та зовнішній поворот голівки. Голівка обертається обличчям до правого (при першій позиції) або до лівого (при другій позиції) стегна матері.

Акушерка захоплює голівку плода за скронево-щічні ділянки долонями обох рук і відтягує голівку донизу, поки під симфіз не підійде переднє плічко.

Щойно фіксація переднього плічка відбудеться, лівою рукою захоплюють голівку у такий спосіб, аби її долоня знаходилася на нижній (задній) щоглі плода. Піднімаючи цією рукою голівку угору, правою знімають тканини промежини з заднього плічка плода, намагаючись не пошкодити його ключиці та не завдати травми тканинам пологового каналу. Після звільнення плечового пояса вказівні пальці обох рук вводять з боку спинки під пахви плода і спрямовують його тулуб догори, що сприяє швидкому народженню.

АКТИВНЕ ВЕДЕННЯ ТРЕТЬОГО ПЕРІОДУ

Мета:

- видалити послід із порожнини матки,
- зменшити об'єм післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.
- знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки.

Показання. Активне ведення третього періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці під час вагінальних пологів.

Ускладнення: виворіт матки, обрив пуповини .

Оснащення: великий лоток, гумові рукавички, шприц 2 мл та голки для в/м ін'єкцій, окситоцин 5- 10 МО (1-2 ампули).

Місце проведення: пологовий зал.

Підготовка акушерки:

- проведіть гігієнічну антисептику рук,
- одягніть стерильні гумові рукавички.

Підготовка роділлі:

- поінформуйте роділлю про активне ведення III періоду пологів, препарати та можливі побічні ефекти, роділля надає добровільну письмову згоду .
- запропонуйте роділлі спорожнити сечовий міхур або проведіть катетеризацію.

Стандартні компоненти активного ведення III періоду:

- введення утеротоніків;
- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Примітка. Відсутність одного з компонентів виключає активне ведення III періоду пологів.

Методика проведення

- протягом першої хвилини після народження дитини пропальпуйте матку для виключення наявності в ній другого плода,
- введіть 10 ОД окситоцину в/м або ергометрину 0,2 мг в/м (протипоказання артеріальна гіпертензія, преєклампсія).

Примітка. При відсутності утеротоніків не використовуйте активне ведення, ведіть ІІІ період очікувально.

- накладіть на пуповину затискач ближче до промежини,
- захопіть пуповину за затискачі утримуйте її у стані легкого натягнення,
- покладіть другу руку над лобком і утримуйте матку відводячи її від лона,
- дочекавшись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину) запропонуйте роділлі потужитись і дуже обережно потягніть (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти,
- під час тракції другою рукою відштовхуйте матку від лона (контртракція) у протилежному напрямку.

Примітка. Не тягніть за пуповину до початку скорочення матки, просто утримуйте пуповину в стані легкого натягнення.

Примітка. Ніколи не проводьте тракцію за пуповину без застосування контртракції добре скороченої матки над лоном! Може призвести до вивороту матки.

- якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупиніть тракцію, але продовжуйте обережно утримувати пуповину в стані легкого натягнення, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку,
- з наступним сильним скороченням матки повторіть тракцію,

-під час народження плаценти утримуйте її двома руками і обережно обертайте, щоб скрутити оболонки, повільно підтягніть плаценту вниз. У разі обриву оболонок, обережно обстежте піхву і шийку матки в стерильних рукавичка та видаліть їх залишки.

- уважно огляньте плаценту та переконайтесь в її цілісності. Якщо частина материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, проведіть ручне обстеження стінок порожнини матки,

- при відсутності народження плаценти протягом 30 хвилин після народження плода під адекватним знеболенням проведіть ручне відділення плаценти і виділення посліду.

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

- після народження посліду відразу проведіть масаж матки через передню черевну стінку, доки вона не стане щільною.

- в подальшому масаж матки проводьте кожні 15 хв. протягом перших 2-х годин, щоб бути впевненому в тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.

Обережно проведіть огляд нижніх відділів пологових шляхів проводять за допомогою тампонів після пологів.

Примітка. Показанням до огляду за допомогою вагінальних дзеркал є наявність кровотечі, оперативних вагінальних пологів, стрімких пологів, або пологів поза лікарняним закладом.

Продезінфікуйте використане обладнання.

Зніміть гумові рукавички, проведіть гігієнічне миття та антисептику рук.

Проведіть відповідні записи про виконані маніпуляції в медичну документацію.

ВИЗНАЧЕННЯ ОЗНАК ВІДШАРУВАННЯ ПЛАЦЕНТИ

Мета:

- вчасно діагностувати патологію III періоду пологів (щільне прикріплення, прирощення плаценти, затримка та защемлення посліду),
- попередити розвиток гіпотонічної маткової кровотечі.

Оснащення: стерильний затискач або лігатура, прямокутний лоток, стерильні гумові рукавички.

Підготовка акушерки: акушерка підготовлена для приймання пологів відповідно до вимог.

Положення роділлі: ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені.

1. Спостерігайте за появою ознак, які свідчать про відшарування плаценти від стінок матки.

2. Про відокремлення плаценти зазвичай роблять висновок не по одній, а за сукупністю ознак.

3. Найбільш надійними є ознаки Шредера, Альфельда, Кюстнера-Чукалова.

Ознака Шредера

- спостерігайте за зміною форми і висоти стояння дна матки.

Якщо матка змінила форму (з округлої стала більш плоскою і витягнутою у напрямку до правого підребер'я) і її дно знаходиться вищепупка, отже ознака позитивна і свідчить про відокремлення плаценти від стінки матки.

Ознака Альфельда Після відокремлення дитини на материнський залишок пуповини одразу біля статевої щілини накладають затискач або лігатуру.

При відшаруванні плаценти від стінок матки материнський залишок пуповини подовжується і затискач або лігатура опускаються на 10-12 см від статевої щілини, ознака позитивна.

Ознака Кюстнера-Чукалова натисніть ребром долоні на надлобкову ділянку і простежте за материнським залишком

пуповини. За умов відшарування плаценти материнський залишок пуповини не буде втягуватися у статеву щілину, ознака позитивна.

Примітка. За наявності позитивних ознак відшарування плаценти запропонуйте роділлі потужитися, захопіть послід та обертайте його за годинниковою стрілкою (для скручування та народження всіх навколоплідних оболонок).

Запам'ятайте! Необхідно стежити за кількістю крові, яку втрачає роділля у послідовий період до народження посліду. Якщо крововтрата перевищила фізіологічну, то негайно приступайте до видалення посліду з порожнини матки.

Продезінфікуйте використане обладнання.

Зніміть гумові рукавички, проведіть гігієнічне миття та антисептику рук.

Проведіть відповідні записи про виконані маніпуляції в медичну документацію.

ОГЛЯД ПЛАЦЕНТИ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

Мета: діагностика аномалії розвитку плаценти, дефекти плацентарної тканини, затримка в порожнині матки додаткових часточок плаценти та оболонок, аномалії розвитку пуповини.

Місце проведення: пологовий зал, пологова палата сімейного типу.

Оснащення: гумові рукавички, ватні кульки, великий лоток, сантиметрова стрічка, вага, посуд для транспортування посліду в лабораторію.

Підготовка акушерки:

Одягніть гумові рукавички.

1. Послід покладіть на великий лоток материнською поверхнею догори.
2. Розірвіть плодові оболонки руками, щоб материнська поверхня стала доступною для дослідження.
3. За допомогою ватних кульок або серветок протріть материнську поверхню плаценти від кров'яних згустків.
4. Уважно огляньте плацентарну тканину одну часточку за другою на наявність усіх часточок плаценти і відсутність їх дефектів.

Примітка. Зверніть увагу на наявність вапняних плям (петрифікатів) на плаценті.

5. Для більшої впевненості у цілості плацентарної тканини плаценту трохи стисніть з країв до центру, щоб її часточки стулилися одна до одної.

6. Переверніть послід плодовою поверхнею догори, ретельно огляньте краї плаценти, в нормі вони гладкі і не мають обірваних судин.

7. Для огляду оболонок, візьміть послід за пуповину і підніміть угору.

8. Тримавши послід за пуповину лівою рукою, праву введіть в отвір у плодових оболонках, розправте їх.

9. Зверніть увагу на кількість оболонок та на можливу наявність між оболонками обірваних судин, які відходять від плаценти.

Примітка. Наявність таких судин вказує на додаткову часточку.

10. Оглядаючи оболонки, з'ясуйте відношення плаценти до місця розриву оболонок.

Примітка. Чим ближче до краю плаценти знаходиться місце розриву оболонок, тим нижче плацента розташовувалася у матці.

11. Оцініть колір посліду.

Примітка. У нормі плодова поверхня посліду блакитного кольору.

12. Огляньте місце прикріплення пуповини (центральне, бокове, крайове, оболонкове).

13. При огляді пуповини, з'ясуйте наявність вузлів (справжні, несправжні), довжину пуповини (коротка, нормальна, довга).

14. Виміряйте плаценту сантиметровою стрічкою у двох перпендикулярних напрямках.

15. Проведіть зважування посліду на вазі.

16. Підготуйте послід до відправлення до лабораторії або для утилізації.

Продезінфікуйте використане обладнання.

Зніміть гумові рукавички, руки вимийте та проведіть їх гігієнічну антисептику.

Запишіть дані в історію пологів та оформіть направлення в лабораторію.

ВИЗНАЧЕННЯ КРОВОВТРАТИ ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

Пояснення

- об'єм крововтрати завжди недооцінюється, особливо у випадку хвилеподібної кровотечі невеликими порціями та в разі крововтрати за рахунок розривів пологових шляхів,
- найбільш доцільним є оцінка крововтрати за допомогою об'ємно-вагового методу,
- візуальний метод визначення крововтрати дає приблизні величини, варто використовувати для швидкої оцінки при невідкладних ситуаціях.

Виконавець

- послідовий та ранній післяпологовий період проводить медичний працівник, який приймав пологи і підготовлений відповідно до вимог.

Мета

- діагностика патологічної крововтрати,
- адекватне планування допомоги,
- діагностика гіпотонічної та атонічної маткової кровотечі,
- діагностика геморагічного шоку, порушень згортання крові (ДВЗ-синдрому).

Місце проведення

- пологовий зал, пологова палата сімейного типу.

Обладнання

- ниркоподібний лоток з поміткою, яка відповідає фізіологічній крововтраті,
- градуйований посуд,
- вага,
- перев'язувальний матеріал

Методика проведення об'ємно-вагового методу визначення крововтрати

1. Після народження дитини й виконання перших кроків первинного туалету новонародженого, під таз жінки покладіть ниркоподібний лоток.

Запропонуйте роділлі спорожнити сечовий міхур або проведіть катетеризацію м'яким катетером. Ведіть III період пологів згідно складеного плану (активно або вичікувально).

2. Стежте за наповненням ниркоподібного лотка (або періодично переливайте кров у мірний посуд).

Основний етап

3. Визначте кількість втраченої крові.

а) перелийте кров із ниркоподібного лотка у мірний посуд, запам'ятайте отриману величину,

б) після закінчення пологів усі пелюшки та ватні кульки, просякнуті кров'ю зважте на вазі. Відніміть від отриманої величини вагу такої самої кількості сухих пелюшок та перев'язувального матеріалу,

в) до отриманої величини крововтрати додайте масу крові у мірному посуді (враховуючи, що 100 мл крові важать 120 г) і отримайте загальний об'єм крововтрати в пологах.

4. Вирахуйте фізіологічно допустиму крововтрату (ФДК), у кожному випадку враховуючи індивідуальну вагу пацієнтки ФДК становить 0,5% від маси тіла.

5. Порівняйте фактичну крововтрату та обраховану. Зробіть висновок щодо об'єму крововтрати.

6. При виявленні відхилень (патологічний об'єм, нездатність крові до згортання, швидке руйнування згортків крові) повідомте лікаря.

7. Для попередження гіпотонічної маткової кровотечі проведіть профілактичні заходи (окситоцин в/м 10 МО, зовнішній масаж матки).

Заклучний етап.

Продезінфікуйте використане обладнання.

Проведіть відповідний запис у історії прологів.

Продовжуйте стежити за породіллем, виділеннями зі статевих шляхів у послідовому та протягом раннього післяпологового періоду (перші 2 год після народження посліду).

Методика проведення візуальної оцінки об'єму крововтрати

Пояснення. Протягом пологів контролюйте ситуацію щодо кількості кров'янистих виділень. Особливо це стосується третього періоду пологів, раннього післяпологового періоду (ушивання розривів пологових шляхів). Візуальна оцінка крововтрати дозволяє швидко оцінити ситуацію, проте методика досить неточна.

В разі візуально оціненої крововтрати більше 500 мл доцільним є множення отриманого показника на 2-3 для адекватного планування допомоги.

Принцип проведення

1. Огляньте всі пелюшки, простирадло, матрац, перев'язувальний матеріал (ватні кульки, марлеві серветки).
2. Зверніть увагу на колір, ступінь просочення кров'ю, площу, наявність згортків.
3. Порівняйте виявлену картину із малюнком наведеним нижче.
4. Зробіть висновок щодо об'єму крововтрати.
5. При виявленні відхилень (патологічний об'єм, нездатність крові до згортання, швидке руйнування згортків крові) повідомте лікаря.
6. Для попередження гіпотонічної маткової кровотечі проведіть профілактичні заходи (окситоцин в/м 10 МО, зовнішній масаж матки).

БІМАНУАЛЬНА КОМПРЕСІЯ МАТКИ

Мета: зменшення крововтрати при підготовці до операції при гіпотонічній, атонічній матковій кровотечі, при гіпо-, атонічній матковій кровотечі, яка становить 1,5% від маси тіла (≥ 1000 мл).

Пояснення: запобігає продовженню післяпологової кровотечі за рахунок підвищення тону матки, дає можливість значно зменшити крововтрату, дозволяє видалити згортки крові з порожнини матки, встановити наявність ознак вивороту матки, дає можливість прийняти рішення щодо необхідності ручної ревізії порожнини матки.

Переваги: не потрібна анестезія, відсутній викид тромбопластину в кровоносне русло, відсутній ризик інфекції, матка порожня, місце кровотечі стиснене.

Недоліки: не можна перевірити порожнину матки стосовно залишків плацентарної тканини.

Виконавець: акушерка, фельдшер, медична сестра в разі ургентної ситуації повинні вміти виконувати дану маніпуляцію, асистент (при наявності).

Місце проведення: пологовий зал, операційна, в місці надання допомоги.

Оснащення: «стерильний» столик для пологів, утеротонік (окситоцин) в ампулах, одноразові шприци по 2 мл з голками, система для в/в введення розчинів, інфузійні розчини (фізіологічний розчин натрію хлориду 500 мл, розчин Рінгера-лактату 500 мл), стерильні гумові рукавички, розчин антисептика (йодонат), перев'язувальний матеріал (марлеві серветки, ватні кульки), корнцанг, лоток.

Техніка проведення.

Підготовчий етап.

Підготовка роділлі.

Психологічно підготуйте роділлю, поясніть необхідність даної маніпуляції, отримайте згоду на проведення маніпуляції.

Положення роділлі: ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені, таз роділлі на краю ліжка.

Обробіть розчином антисептика зовнішні статеві органи, промежину, внутрішні поверхні стегон. Проведіть катетеризацію сечового міхура.

Покладіть стерильну пелюшку на живіт роділлі.

Підготовка акушерки. Акушерка одягнена як для приймання пологів: шапочка, маска, окуляри або щиток, клейончастий фартух або халат із водовідштовхуючого матеріалу. Після проведення захисту промежини зніміть брудні рукавички і покладіть їх у кошик для подальшої дезінфекції.

Проведіть гігієнічне миття рук та хірургічну антисептику рук. Одягніть стерильний хірургічний халат. Одягніть стерильні гумові рукавички і обробіть розчином антисептика.

Основний етап

1. Великим і вказівним пальцями лівої руки розведіть статеві губи роділлі.

2. Праву руку складіть у вигляді конуса, введіть в піхву. У передньому склепінні складіть праву руку в кулак й притисніть до передньої стінки матки.

3. Одночасно, зовнішньою (лівою) рукою через передню черевну стінку натисніть на задню стінку матки по напрямку до внутрішньої руки й стисніть матку між руками.

4. Продовжуйте стискати доки кровотеча не зупиниться і матка не почне скорочуватись, або до початку операції.

Заключний етап.

При зупинці кровотечі із використанням консервативних методів: продовжуйте ретельне спостереження та догляд за пацієнткою: АТ, пульс, виділення зі статевих шляхів, тонус матки, виконуйте призначення лікаря: продовжуйте введення інфузійних розчинів, проведіть огляд пологових шляхів, на розриви накладіть шви.

Продезінфікуйте використане обладнання.

Зніміть рукавички. Проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук.

Оформіть відповідну медичну документацію.

РУЧНЕ ВІДШАРУВАННЯ ПЛАЦЕНТИ ТА ВИДАЛЕННЯ ПОСЛІДУ

Показання:

- масивна кровотеча в III періоді (більше 300мл за короткий проміжок часу);
- негативні ознаки відшарування плаценти більше 30 хв. (у вагітних групи ризику 15 хв);
- при активному веденні III періоду плацента не виділяється протягом 30 хвилин після народження плода;
- при защемленні посліду, якщо зовнішній масаж матки та зовнішні прийоми видалення посліду неефективні;
- після оперативних втручань (акушерські щипці, екстракція плода за тазовий кінець, внутрішній акушерський поворот, плодоруйнуючі операції);
- при розродженні через природні пологові шляхи при неповному передлежанні плаценти, передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти.

Місце проведення: пологовий зал.

Оснащення: стерильний столик підготовлені до приймання пологів, знеболюючі та скорочуючі засоби в ампулах, одноразовий шприц з голкою, інфузійні розчини (фіз. розчин натрію хлориду, розчин Рінгер-лактат), стерильні гумові рукавички, розчин антисептика, перев'яз. матеріал, корнцанг, лоток.

Техніка проведення.

Підготовка роділлі.

Психологічно підготуйте роділлю, поясніть необхідність даної операції, отримайте згоду на проведення.

Примітка. Ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені.

Обробіть розчином антисептика зовнішні статеві органи, промежину, внутрішні поверхні стегон за допомогою ватної кульки, затиснутої на корнцангу.

Проведіть катетеризацію сечового міхура.

Покладіть стерильну пелюшку на живіт роділлі.

Підготовка акушерки.

Проведіть хірургічну антисептику рук. Одягніть стерильні гумові рукавички із довгими рукавами.

Основний етап.

1. Великим і вказівним пальцями лівої руки розведіть статеві губи розділі.

2. Праву руку складіть у вигляді конуса, захопіть материнський залишок пуповини. По пуповині введіть руку в піхву, обернувши тильною поверхнею до крижів.

3. У момент введення правої руки в матку через маткове вічко ліву руку покладіть на дно матки і допомагайте внутрішній руці, обережно натискаючи на дно матки.

4. Правою рукою досягніть місця прикріплення пуповини до плаценти. Відшукайте край плаценти, який може вже бути відшарований.

5. Руку введіть між плацентою і стінкою матки так, щоб долонна поверхня руки була повернута до плаценти, а тильна до стінки матки. Складіть пальці разом, пиляючими рухами ребра долоні поступово проведіть відокремлення плаценти.

6. Після відокремлення послід зведіть до нижнього сегмента матки, не витягаючи руки із порожнини матки.

7. Зовнішньою рукою за пуповину видаліть послід із пологових шляхів, покладіть на лоток для огляду асистентом.

8. Внутрішньою рукою проведіть ревізію стінок порожнини матки, одночасно допомагайте зовнішньою рукою розташованою на дні матки (при наявності згортків крові та додаткових дольок плаценти видаліть їх).

9. Після проведення ревізії порожнини матки, виведіть руку повернувши тильною поверхнею до крижів. При виведенні руки, зовнішньою створюйте тиск на дно матки в протилежному напрямку, це попередить виворіт матки.

Зніміть рукавички. Проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук. Одягніть нову пару рукавичок.

Ведіть ранній післяпологовий період відповідно до вимог:

- розпочніть або продовжуйте в/в введення інфузійного розчину із утеротоніком,
- контролюйте АТ, пульс, колір шкірних покривів, свідомість пацієнтки,

- проведіть зовнішній масаж матки та повторюйте кожні 15 хв протягом наступних 2 годин,
- проведіть огляд пологових шляхів, на розриви накладіть шви.

Продезінфікуйте використане обладнання.

Зніміть рукавички. Проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук.

Оформіть відповідну медичну документацію.

За призначенням лікаря введіть антибіотик.

РУЧНА РЕВІЗІЯ СТІНОК ПОРОЖНИНИ МАТКИ

Показання:

- кровотеча в ранньому післяпологовому періоді,
- затримка в порожнині матки додаткової дольки плаценти,
- дефект тканини плаценти,
- після ручного відшарування та видалення посліду,
- підозра на неповний розрив матки в нижньому сегменті,
- розрив шийки матки III ступеня.

Місце проведення: пологовий зал.

Оснащення: стерильний пересувний столик, підготовлені для приймання пологів відповідно до вимог, знеболюючі та скорочуючі засоби в ампулах, одноразовий шприц з голкою, інфузійні розчини (фіз. розчин натрію хлориду, розчин Рінгер-лактат), стерильні гумові рукавички, розчин антисептика, перев'яз. матеріал, корнцанг, лоток.

Техніка проведення.

1. Психологічно підготуйте роділлю, поясніть необхідність даної операції, отримайте згоду на проведення.

Примітка. Ноги зігнуті у кульшових та колінних суглобах, максимально розведені.

2. Обробіть розчином антисептика зовнішні статеві органи, промежину, внутрішні поверхні стегон за допомогою ватної кульки, затиснутої на корнцангу.

4. Покладіть стерильну пелюшку на живіт роділлі.

5. Проведіть хірургічну антисептику рук.

6. Одягніть довгі стерильні гумові рукавички і обробіть розчином антисептика.

7. Проведіть катетеризацію сечового міхура.

9. Великим і вказівним пальцями лівої руки розведіть статеві губи роділлі.

10. Праву руку складіть у вигляді конуса, уведіть у піхву, обернувши тильною поверхнею до крижів.

11. У момент введення правої руки в матку через маткове вічко ліву руку покладіть на дно матки і допомагайте внутрішній руці, обережно натискаючи на дно матки.

12. Правою рукою поступово обстежте всю внутрішню поверхню матки (нижню стінку, праву, передню, ліву), враховуючи, що стінки матки гладенькі, а залишки плаценти шорсткі.

13. Переконайтеся у цілості стінок матки.

14. Якщо при обстеженні виявили залишки плаценти, оболонки, згортки крові захопіть їх у долоню.

15. Виведіть руку повернувши тильною поверхнею до крижів. При виведенні руки, зовнішньою створюйте тиск на дно матки в протилежному напрямку, це попередить виворіт матки.

16. Огляньте вміст, що отримали під час ручної ревізії.

17. Зніміть рукавички.

18. Проведіть ранній післяпологовий період відповідно до вимог:

- розпочніть або продовжуйте в/в введення інфузійного розчину із утеротоніком (20 ОД окситоцину на 1000 мл фіз. розчину із швидкістю 60 крап/хв.),
- контролюйте АТ, пульс, колір шкірних покривів, свідомість пацієнтки,
- проведіть зовнішній масаж матки та повторюйте кожні 15 хв протягом наступних 2 годин,
- проведіть огляд пологових шляхів, на розриви накладіть шви.

Продезінфікуйте використане обладнання.

Зніміть рукавички.

Проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук.

Оформіть відповідну медичну документацію.

За призначенням лікаря введіть антибіотик.

ВИЗНАЧЕННЯ ОЗНАКИ ВАСТЕНА

Мета: визначення відповідності розмірів таза та розмірів голівки плода.

Обладнання: гумові рукавички, тазомір.

Показання: діагностика клінічно вузького таза, діагностика загрози розриву матки.

Знати:

- акушерську ситуацію необхідну для визначення ознаки Вастена,
- місце проведення,
- техніку проведення маніпуляції,
- показання.

Вміти:

- підготувати роділлю;
- оцінити отримані дані.

Місце проведення: передпологова палата.

Підготовка роділлі до проведення маніпуляції .

1. Привітайтеся з роділлею.
2. Назвіть себе.
3. Запитайте як її звати.
4. Поясніть доцільність проведення маніпуляції.
5. Отримайте згоду на її виконання.
6. Допоможіть роділлі лягти на ліжко в передпологовій палаті, з оголеним животом та зведеними й випрямленими ногами.

Оцінка акушерської ситуації.

1. З'ясуйте чи відходили навколоплодові води.
2. Оцініть характер пологової діяльності.
3. Проведіть прийоми Леопольда-Левицького і визначте відношення голівки до площини входу в малий таз.

Примітка: ознаку Вастена проводять при регулярній пологовій діяльності, після відходження навколоплодових вод та притиснутій голівці до площини входу в малий таз.

Підготовка акушерки до проведення маніпуляції .

1. Проведіть гігієнічну антисептику рук.
2. Одягніть гумові рукавички.

Техніка проведення.

1. Станьте з правого боку від роділлі.
2. Випряміть долоню правої кисті руки.
3. Покладіть долоню на лобковий симфіз.
4. Зробіть долонею ковзаючий рух ввєрх у напрямку передлеглої частини плода.
5. Оцініть отримані дані.
6. Дайте рекомендації роділлі в залежності від отриманих даних.

Дезінфекція обладнання.

1. Рукавички зніміть та занурте у дезінфікуючий розчин.
2. Проведіть гігієнічну антисептику рук.

Оцінка отриманих даних

Ознака Вастена позитивна — передня поверхня голівки розміщена вище площини лобкового симфізу, пологи живим плодом через природні пологові шляхи самостійно завершитися не можуть.

Пологорозрішення необхідно провести шляхом кесаревого розтину.

Ознака Вастена врівень — передня поверхня голівки розміщена на одному рівні з лобковим симфізом. Якщо пологова діяльність енергійна і голівка добре конфігурує, пологи через природні пологові шляхи можливі. У разі слабкої пологової діяльності, а також при великій голівці, аномаліях передлежання і вставлення самостійні пологи неможливі.

Ознака Вастена негативна – передня поверхня голівки лежить нижче від площини лобкового симфізу, в цьому випадку є повна відповідність між тазом і голівкою плода. Пологи через природні пологові шляхи завершуються самостійно.

РУЧНА ДОПОМОГА ПРИ ЧИСТО СІДНИЧНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ЗА МЕТОДОМ ЦОВ'ЯНОВА І

Мета:

- підготувати пологові шляхи до проходження голівки,
- попередити закидання ручок і розгинання голівки шляхом збереження правильного членорозміщення плода.

Місце проведення: пологовий зал.

Пояснення.

Пологи при тазових передлежаннях веде досвідчений лікар, і він же надає ручну допомогу за методом Цов'янова.

Пологи ведуть у присутності анестезіолога та неонатолога.

Акушерка ситуації асистує лікарю.

Оснащення: стерильний столик для приймання пологів, тупокінцеві ножиці, шприц 20 мл, голки, ватні кульки, пелюшки, окситоцин, фіз. розчин натрію хлориду.

Підготуйтеся до приймання пологів відповідно до вимог.

Підготовка роділлі:

- мобілізуйте периферичну вену та налагодьте в/в введення 5 ОД окситоцину у 500мл фізіологічного розчину натрію хлориду (швидкість введення 20 крап/хв),
- за показаннями проведіть адекватне знеболення.
- за показаннями проведіть епізіотомію.

Підготуйте стерильний столик для пологів.

Допомогу надають з моменту прорізування сідниць.

1. Розмістіть після прорізування сідниць великі пальці обох рук на притиснутих до живота ніжках плода, а інші пальці рук на – поверхні крижів, направляючи тулуб плода по осі пологового каналу.

2. При поступовому народженні тулуба руки просують у напрямку до статевої щілини, обережно притискуючи ніжки до грудей, щоб вони не народились раніше плечового поясу.

3. Після народження нижнього кута передньої лопатки сідниці направляють вниз у бік стегна роділлі (до якого

повернулась спинка плода), що полегшує народження передньої ручки.

4. Для народження задньої ручки і голівки тулуб плода спрямовують догори, на живіт роділлі.

5. Після завершення внутрішнього повороту голівка народжується самостійно, при цьому лікар піднімає тулуб вгору, до лона роділлі.

6. Якщо за 2 потуги вивести плечовий пояс і голівку за методом Цов'янова не вдається, то плечовий пояс та голівку виводять, використовуючи прийоми класичної ручної допомоги. Після нагородження дитини, залежно від загального стану, покладіть новонародженого на груди матері і проведіть перший туалет або розпочніть реанімаційні заходи.

Після закінчення пологів використане обладнання продезінфікуйте.

Поведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук.

Проведіть відповідні записи в медичну документацію.

РУЧНА ДОПОМОГА ПРИ НІЖНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ЗА МЕТОДОМ ЦОВ'ЯНОВА II

Пояснення. Затримування ніжок призводить до переведення ніжного передлежання у змішане сідничне, а це сприяє повному розкриттю маткового вічка. Пологи при тазових передлежаннях веде досвідчений лікар, і він же надає ручну допомогу за методом Цов'янова. Акушерка в даній ситуації асистує лікарю.

Мета:

- підготувати пологові шляхи для проходження голівки, шляхом затримки народження ніжок до повного розкриття маткового вічка;
- не допустити народження ніжок плода до повного розкриття маткового вічка.

Місце проведення: пологовий зал.

Пояснення. Пологи при тазових передлежаннях веде досвідчений лікар, і він же надає ручну допомогу за методом Цов'янова. Пологи ведуть у присутності анестезіолога та неонатолога. Акушерка ситуації асистує лікарю.

Оснащення: стерильний столик для приймання пологів, тупокінцеві ножиці, шприц 20 мл, голки, ватні кульки, пелюшки, окситоцин, фіз. розчин натрію хлориду.

Підготуйтеся до приймання пологів розчини відповідно до вимог.

Підготовка роділлі:

- мобілізуйте периферичну вену та налагодьте в/в введення 5 ОД окситоцину у 500мл фізіологічного розчину натрію хлориду (швидкість введення 20 крап/хв),
- за показаннями проведіть адекватне знеболення.
- за показаннями проведіть епізіотомію.

Допомогу надають з моменту опускання ніжок у піхву, що стає можливим при відходженні навколоплідних вод і відкритті шийки матки на 6-7 см.

Техніка проведення.

1. Стерильну пелюшку покладіть на промежину роділлі.
2. Долонною поверхнею правої руки через пелюшку перешкоджайте передчасному народженню ніжок. У паузах між потугами акушер може присісти на крісло (даний етап може тривати 1-2 години).
3. При появі ознак повного розкриття шийки матки, припиніть протидію народженню ніжок. Ніжки, сідниці і тулуб плода народжуються самостійно, не зустрічаючи перешкод.

Примітка. Ознаки повного розкриття маткового вічка при змішаному сідничному передлежанні:

- сильне випинання промежини,
- зяяння відхідника,
- часті, сильні потуги,
- висота стояння контракційного кільця на 5 поперечних пальців (на 6—7,5 см) вище верхнього краю лобкового симфізу,
- ніжки випинають з-під руки акушера.

4. При народженні тулуба до нижніх кутів лопаток плід обережно підтримують за стегна, щоб він не звисав донизу.

5. Після народження плода до нижнього кута передньої лопатки приступають до класичної ручної допомоги.

Після народження дитини, залежно від загального стану, покладіть новонародженого на груди матері і проведіть перший туалет або розпочніть реанімаційні заходи.

Після закінчення пологів використане обладнання продезінфікуйте.

Поведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук.

Проведіть відповідні записи в медичну документацію.

КЛАСИЧНА РУЧНА ДОПОМОГА ПРИ ТАЗОВИХ ПЕРЕДЛЕЖАННЯХ

Мета: звільнення ручок і голівки плода, який народжується у змішаному сідничному передлежанні.

Показання: закидання ручок, труднощі при народженні голівки.

Місце проведення: пологовий зал.

Пологи при тазових передлежаннях веде досвідчений лікар, і він же надає ручну допомогу. Другий період пологів ведуть у присутності анестезіолога, неонатолога. Акушерка асистує лікарю.

Оснащення: стерильний набір для приймання пологів, тупокінцеві ножиці, шприц 20 мл, голки, ватні кульки, пелюшки.

Підготуйтеся до приймання пологів відповідно до вимог.

Підготуйте стерильний столик для пологів.

Підготовка роділлі:

- у II періоді пологів підключіть в/в крап. 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину NaCl (до 20 крапель за хвилину),

- при необхідності проведіть епізіотомію.

Класична ручна допомогу надають після народження плода до нижнього кута передньої лопатки.

Техніка проведення

Перший момент – звільнення задньої ручки

Захопіть ніжки плода за гомілково-ступневі суглоби і відведіть до стегна матері (до протилежного спинці) і дещо вверх. Якщо задня (нижня) ручка при цьому самостійно не народилася, звільніть її однойменною рукою зі сторони крижової западини. Праву ручку звільняють правою рукою, ліву ручку — лівою.

II та III палець введіть в піхву з боку спинки плода, ковзаючи по лопатці, плечу до ліктьового згину і верхньої третини передпліччя.

Ручку виведіть вниз, не відводячи її від тулуба, вона повинна ковзати по личку і грудній клітці донизу, роблячи вмивальний рух.

Другий момент – переведення передньої ручки у ділянку крижової западини

Двома руками захопіть плід так, щоб великі пальці розташовувались вздовж хребта, а решта на грудній клітці. Звільнену ручку обережно притисніть до бічної поверхні грудної клітки.

Поверніть плід навколо його осі на 180° так, щоб потилиця пройшла під симфізом. Повертаючи плід, не тягніть його вниз, на себе.

Третій момент – звільнення другої ручки. Після закінчення повороту плода і переведення передньої ручки в ділянку крижової западини захопіть ніжки, відведіть їх вгору і в бік до стегна роділлі та звільніть другу ручку так само, як і першу.

Четвертий момент – звільнення голівки плода способом Морісо-Левре-Ляшапель

У піхву введіть кисть руки, яка останньою виводила ручку. Покладіть плід «верхи» на передпліччя цієї руки, вказівний палець введіть у ротик плода,

утримуючи голівку у зігнутому положенні. Зовнішню руку вилоподібно розмістіть на плечовому поясі плода. II і III пальці зовнішньої руки згинають і вилоподібно розміщують по боках шиї, кінці пальців не повинні натискати на ключиці й надключичні ямки. Зовнішньою рукою проводьте тягнучі рухи – тракції: спочатку на себе і донизу, при утворенні точки фіксації – вгору, із наступним викладанням плода на передню черевну стінку роділлі.

Примітка. Виведення голівки полегшується, якщо помічник натискає на голівку ззовні, з боку черевної стінки над лобком.

ОГЛЯД ПОЛОГОВИХ ШЛЯХІВ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

Мета. Виявити пологові травми: розриви промежини, шийки матки, стінок піхви.

Показання: Огляд пологових шляхів із використанням дзеркал проводять при появі кров'янистих виділень зі статевих шляхів, після оперативних вагінальних пологів, стрімких пологів або пологів поза лікарняним закладом.

Обладнання: стерильні гумові рукавички, широкі післяпологові дзеркала, вікончасті затискачі, корнцанг, перев'язувальний матеріал (ватні кульки, марлеві серветки, ватно-марлеві тампони)

Місце проведення: пологовий зал.

Підготовка породіллі до проведення маніпуляції .

1. Поясніть доцільність проведення маніпуляції.
2. Отримайте згоду на її виконання.
3. Проведіть обробку зовнішніх статевих органів та внутрішніх поверхонь стегон розчином антисептика (йодонат).

Підготовка акушерки до проведення маніпуляції.

Одягніть шапочку, маску.

Здійсніть обробку рук:

- проведіть гігієнічне миття і обсушіть одноразовим рушником;
- проведіть гігієнічну обробку.

Одягніть стерильний халат. Одягніть стерильні хірургічні рукавички на сухі руки.

Техніка проведення огляду пологових шляхів.

1. Лівою рукою розведіть великі та малі статеві губи.
2. Правою рукою введіть широке дзеркало у заднє склепіння піхви, передайте рукоятку асистенту.
3. Введіть підймач Отта у переднє склепіння піхви і передайте його рукоятку асистенту.
4. Захопіть вікончастими затискачами передню губу шийки матки і підтягніть її до низу. Якщо шийка матки у

достатній мірі доступна огляду, то виведіть підіймач Отта із переднього склепіння піхви.

5. Шляхом переміщення вікончастих затискачів по краю шийки матки проведіть її огляд в одному напрямку, наприклад за годинниковою стрілкою. Під час огляду затискачі розведіть та відведіть в протилежний бік ймовірного розриву та огляньте частину шийки, що знаходиться між ними.

Примітка. Відстань між затискачами повинна становити близько 2 см.

6. Накладіть на розриви шийки матки окремі вузлові кетгутові шви.

7. Проведіть огляд склепінь піхви. Повільно виводячи підйомник, по чергово оглядають стінки піхви. Накладений на задню губу вікончастий затискач відведіть до переду, попросіть асистента поступово виводити широке нижнє дзеркало. Одночасно огляньте задню стінку піхви, протираючи її ватно-марлевим тампоном від кров'янистих виділень.

8. Огляньте малі статеві губи, ділянку клітора, задньої злуки на наявність розривів, гематом, розводячи тканини пальцями. На розриви слизової накладіть шви із матеріалу, що розсмоктується, а на шкіру промежини – шовний матеріал із шовку.

Примітка. Невеликі розриви не вимагають накладання швів.

9. Після огляду проведіть туалет зовнішніх статевих органів розчином антисептика, оцініть крововтрату, на зовнішні статеві органи покладіть стерильну підкладну пелюшку та порекомендуйте породіллі випрямити ноги.

Дезінфекція обладнання.

1. Усі використані інструменти та обладнання занурте у дезінфікуючий розчин.

2. Рукавички зніміть та занурте у дезінфікуючий розчин.

3. Обробіть руки антисептиком двічі по 30 сек.

4. Проведіть відповідні записи в медичну документацію.

ПІДГОТОВКА МЕДИЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ ТА НАКЛАДАННЯ ШВІВ НА ПРОМЕЖИНУ У РАЗІ РОЗРИВУ І-ІІ СТУПЕНЯ

Мета: відновлення цілісності тканин промежини, попередження інфікування рани промежини, відновлення функції тазового дна, попередження опущення та випадіння органів малого таза.

Показання: ушивання епізіотомної, перинеотомної рани, розривів промежини І-ІІ ст.

Примітка: розриви промежини ІІІ ступеня зашиває лікар під загальним знеболенням.

Обладнання: корнцанг, стерильні гумові рукавички, стерильні серветки, стерильні ватні кульки, пінцети хірургічні, стерильні тупокінцеві ножиці, голкотримач, голки різного калібру, шовний матеріал (полігліколева нитка, кетгут, шовк), місцевий анестетик (новокаїн 0,25%), шприц 10 мл, голки.

Місце проведення: пологовий зал.

Підготовка породіллі до проведення маніпуляції.

1. Поясніть доцільність проведення маніпуляції.
2. Отримайте згоду на її виконання.
3. Положення породіллі на ліжку Рахманова з розведеними й зігнутими ногами у колінних і кульшових суглобах.
4. Проведіть обробку зовнішніх статевих органів та внутрішніх поверхонь стегон розчином йодонату.
5. Проведіть знеболення – місцеву інфільтраційну анестезію травмованих тканин промежини розчином новокаїну 0,25-0,5%.

Підготовка акушерки до проведення маніпуляції.

1. Одягніть шапочку, маску.
2. Здійсніть хірургічну обробку рук:

- проведіть звичайне миття і обсушіть одноразовим рушником;
- проведіть хірургічну антисептику рук із застосуванням спиртового антисептика шляхом втирання в кисті та передпліччя.

3. Одягніть стерильний халат. 4. Одягніть стерильні хірургічні рукавички на сухі руки. Техніка накладання швів на розрив промежини.

I етап. Відновлення цілісності стінки піхви.

1. Лівою рукою розведіть краї рани.
2. Правою рукою осушіть рану від кров'янистих виділень за допомогою стерильного перев'язувального матеріалу (марлеві серветки).
3. Ретельно огляньте розтин чи розрив, при потребі тупокінцевими ножицями вирівняйте краї рани.
4. У напрямку зверху вниз накладіть безперервний або окремі вузлові шви із кетгуту чи полігліколевої нитки.

Перший шов накладіть дещо вище верхнього кута рани.

Проведіть ретельне співставлення країв рани в місці переходу слизової піхви в шкіру промежини (слизова до слизової, шкіра до шкіри).

II етап. Відновлення цілісності м'язів промежини.

Використовуючи хромований кетгут, вікріл, накладіть на м'язи окремі вузлові шви (3-4), що занурюються в рану. Шви не повинні захоплювати ні шкіри, ні слизової.

III етап. Відновлення цілісності шкіри промежини.

Накладіть на шкіру 3-4 вузлові шви із шовку або безперервний підшкірний шов із кетгуту. Кінці шовкових лігатур зріжте на 1,5 см вище від вузлів.

Примітка: вузли швів із шовку повинні розташовуватися по один бік (латерально від лінії рани).

Обробіть шви розчином антисептика (йодонат).

Дезінфекція обладнання.

1. Усі використані інструменти та обладнання занурте у дезінфікуючий розчин.

2. Рукавички зніміть та занурте у дезінфікуючий розчин.

3. Обробіть руки двічі по 30 сек. антисептиком.

Порекомендуйте породіллі на протязі 2-3 тижнів не сідати, щоб попередити розходження швів; тримати ділянку промежини сухою та чистою; обробляти шви розчинами антисептиків не обов'язково.

ПЕРИНЕОТОМІЯ. ЕПІЗІОТОМІЯ

Мета: хірургічна профілактика травматичного розриву промежини, збільшення розмірів вульварного кільця.

Обладнання: корнцанг, стерильні тупокінцеві ножиці, стерильні гумові рукавички, стерильні серветки, стерильні ватні кульки, розчин антисептика, розчин новокаїну 0,25-0,5%.

Показання:

- загроза розриву промежини;
- дистрес плода в II періоді пологів (з метою найшвидшого розродження);
- висока, ригідна, рубцевозмінена промежина;
- пологи в тазовому передлежанні плода,
- оперативне розродження (накладання акушерських щипців).

Місце проведення: пологовий зал.

Підготовка роділлі до проведення маніпуляції.

1. Поясніть доцільність проведення маніпуляції.
2. Отримайте згоду на її виконання.
3. Положення роділлі: на спині, із зігнутими в колінних і кульшових суглобах ногами, ступні на ноготримачах.

Підготовка акушерки до проведення маніпуляції.

Одягніть шапочку, маску.

Здійсніть хірургічну обробку рук:

- проведіть звичайне миття і обсушіть одноразовим рушником;
- проведіть хірургічну антисептику рук із застосуванням спиртового антисептика шляхом втирання в кисті та передпліччя.

Одягніть стерильний халат.

Одягніть стерильні хірургічні рукавички на сухі руки.

Техніка проведення перинеотомії та епізіотомії.

І. Обробіть зовнішні статеві органи та внутрішні поверхні стегон дезінфікуючим розчином.

1. Візьміть корнцангом I ватну кульку і змочіть її розчином йодонату, протріть шкіру промежини та внутрішні поверхні стегон в напрямку зверху донизу.

2. Змочіть II ватну кульку розчином йодонату, протріть шкіру промежини та внутрішні поверхні стегон в напрямку зверху донизу (анальний отвір обробіть останнім).

3. Змочіть III ватну кульку розчином етилового спирту та обробіть місце передбачуваного розтину.

II. Проведіть знеболення

– місцеву інфільтраційну анестезію розчином новокаїну 0,25-0,5%.

III. Основний етап маніпуляції.

1. Поза потугою ведіть два пальці лівої руки між голівкою та задньою злукою промежини.

2. Введіть між II та III пальцями браншу тупокінцевих ножиць, між передлеглою частиною плода та стінкою піхви.

3. Коли потуга досягне найбільшої сили й промежина максимально розтягнеться, зробіть ножицями розтин.

При перинеотомії(серединна епізіотомія) розтин від задньої злуки по середній лінії в напрямку до відхідника до довжину до 2,5-3 см (існує небезпека продовження розтину у розрив III ст.).

Присерединно-латеральній епізіотомії від задньої злуки на 3-4 см, у напрямку до сідничного горба під кутом 30-40°, довжиною не менше 3 см.

Розтин слід проводити праворуч через особливості кровопостачання та розташування великої залози присінка піхви.

Після народження дитини і поспіду проведіть огляд пологових шляхів та накладіть шви на рану.

Дезінфекція обладнання.

1. Усі використані інструменти та обладнання занурте у дезінфікуючий розчин.

2. Рукавички зніміть та занурте у дезінфікуючий розчин.

3. Проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук.

4. Проведіть відповідні записи в медичну документацію:

АМНІОТОМІЯ

Амніотомія – штучний розтин плодового міхура. Рання амніотомія – проводиться у першому періоді пологів при розкритті шийки матки до 7 см. Рішення про проведення ранньої амніотомії приймає лікар.

Показання до проведення ранньої амніотомії:

- маловоддя та плоский плодовий міхур, багатоводдя,
- неповне передлежання плаценти,
- індукція пологів (при переношеній вагітності);
- захворювання серцево-судинної системи, гіпертензивний синдром при пізньому гестозі,
- перед розроджувочими операціями.

Вчасна амніотомія – проводиться при розкритті шийки матки на 7 і більше сантиметрів.

Запізніла – проводиться, коли води не відходять після повного розкриття шийки матки.

Вчасну і запізнїлу амніотомію може виконати акушерка.

Місце проведення: маніпуляційна пологового блоку чи відділення.

Обладнання: гінекологічне крісло, пелюшка, корнцанг, ватні або марлеві кульки, амніотом або одна бранша кульових щипців.

Підготовка роділлі:

- психологічно підготуйте пацієнтку,
- поясніть роділлі суть маніпуляції та отримайте згоду на проведення,
- запропонуйте роділлі лягти на гінекологічне крісло застелене індивідуальною пелюшкою, ноги покласти на ноготримачі;
- проведіть аускультацию серцебиття плода;
- проведіть туалет зовнішніх статевих органів розчином антисептика.

Підготовка акушерки:

- проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук,

- надягніть стерильні гумові рукавички.

Техніка операції амніотомії

- середній та вказівний палець правої руки введіть у піхву;
- проведіть В.А.Д. – визначте ступінь розкриття шийки матки, пропальпуйте плодовий міхур, визначте положення голівки відносно площин таза;
- лівою рукою, між пальцями правої руки, введіть амніотом або браншу кульових щипців;
- поза переймою проведіть прокол плодових оболонок;
- не виймаючи руки з піхви, прикриваючи пальцем отвір у плодовому міхурі, повільно випустіть навколоплідні води, (небезпека випадіння дрібних частин плоду, пуповини, патологічного вставлення голівки);
- після вилиття вод розширте отвір у плодовому міхурі (зніміть оболонки з передлеглої частини);
- виведіть пальці ізпологових шляхів;
- проведіть туалет зовнішніх статевих органів розчином антисептика, сухими ватними кульками просушіть обмиті ділянки,
- на промежину покладіть стерильну підкладну пелюшку;
- проведіть аускультацию серцебиття плода;
- допоможіть роділлі встати;
- дайте роділлі відповідні рекомендації щодо подальшої поведінки в пологах, залежно від акушерської ситуації.
- Дезінфекція обладнання

1. Усі використані інструменти та обладнання занурте у дезінфікуючий розчин.
2. Рукавички зніміть та занурте у дезінфікуючий розчин.
3. Проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук.
4. Проведіть відповідні записи в медичну документацію.

***НЕВІДКЛАДНА ДОЛІКАРСЬКА МЕДИЧНА ДОПОМОГА
ПРИ ЗАДАВНЕНОМУ ПОПЕРЕЧНОМУ
ПОЛОЖЕННІ ПЛОДА***

Мета: попередити розрив матки.

Показання: задавнене поперечне положення плода діагностоване поза лікувальним закладом.

Місце проведення: невідкладну допомогу розпочинають на місці діагностики.

Підготовка акушерки: проведіть гігієнічне миття рук, проведіть гігієнічну антисептику рук, одягніть гумові рукавички.

Діагностуйте задавнене поперечне положення плода

Опитайте роділлю та/або партнера:

- зберіть анамнез (коли виникла ситуація, коли почалися пологи, коли відійшли води, коли випала ручка),
- зберіть скарги (різкий біль внизу живота, бажання тужитися та ін.).

Проведіть огляд промежини (діагностуйте випадіння ручки, яка після загибелі плода набрякає та стає ціанотичною).

Проведіть обережне зовнішнє акушерське дослідження (діагностуйте поперечне положення плода, перерозтягнення та болючість нижнього сегмента, косе положення контракційного кільця).

Проведіть аускультацию серцебиття плода (підтвердьте внутрішньоутробну загибель плода відсутністю серцебиття плода).

Здійсніть перші кроки долікарської допомоги

Телефоном викличте бригаду екстренної медичної допомоги повідомивши діагноз.

Заспокойте роділлю, поясніть роділлі та партнеру суть проблеми та ймовірні негативні наслідки.

При появі у роділлі бажання тужитись, рекомендуйте глибоко дихати й не тужитись.

Самостійно роділлю не транспортуйте до зняття пологової діяльності, до зняття загрози розриву матки (шляхом введення роділлі в глибокий наркоз).

Мобілізуйте периферичну вену та налагодьте в/в введення інфузійного розчину із невеликою швидкістю 20 крап/хв. Проведіть забір 10 мл крові для подальшого визначення групової та резус приналежності.

Спостерігайте за роділлею, контролюйте показники гемодинаміки та життєвоважливих органів (АТ, пульс, шкірні покриви, свідомість).

Після прибуття бригади екстренної допомоги виконуйте вказівки лікаря:

- підготуйте шприци 10 мл, 20 мл, голки для внутрішньовенних ін'єкцій, в/в катетер, перев'язувальний матеріал, спирт 70%, рукавички,
- асистуйте під час проведення глибокого наркозу (ендотрахеального, маскового або в/в наркозу) для зняття пологової діяльності,
- контролюйте показники гемодинаміки, функції життєвоважливих органів.

Продезінфікуйте використане обладнання.

Зніміть рукавички. Проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук.

Оформіть відповідну медичну документацію.

Примітка. В даній ситуації категорично протипоказане проведення зовнішнього повороту, небезпека розриву матки. Розродження при загибелі плода проводять шляхом плодоруйнуючої операції.

НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГІПОТОНІЇ МАТКИ

Мета: відновлення тонуусу матки, зупинка маткової кровотечі, попередження розвитку геморагічного шоку.

Показання. Кровотеча більше 500 мл при вагінальних пологах або нестабільна гемодинаміка при будь-якій кровотечі.

Місце проведення: пологовий зал.

Акушерка підготовлена до приймання пологів: халат, щиток, стерильні рукавички.

Оснащення. Обладнання для в/в та в/м ін'єкцій та в/в інфузій, система для в/в інфузії, розчин Рінгера 2-4 флакони по 500 мл, обладнання для катетеризації сечового міхура, тонометр, утеротонічні препарати (окситоцин, ергометрин, простагландини, карбетоцин), лоток для обліку крововтрати, мірний посуд, вага, стерильні пелюшки, препарати для проведення короткочасного знеболення, рукавички із довгими рукавами, пробірки у штативі, ковдри, грілки для зігрівання.

Покрокова допомога в разі ШПК

1. Визначте об'єм крововтрати. Найбільш доцільно шляхом зважування.
2. Покличте на допомогу (заручитися підтримкою персоналу).
3. Психологічно підтримайте роділлю, поясніть її стан та маніпуляції, що проводяться.
4. Проведіть АВС – діагностику
 - оцініть стан дихальних шляхів (А) та дихання (В), циркуляції (С) – АТ, пульс.

Правило 3-ох катетерів:

- забезпечте подачу кисню (10-15 л/хв),
- катетеризуйте дві периферичні вени катетерами G16-18, а в разі необхідності катетеризують центральну вену,

- катетеризуйте сечовий міхур.

Надайте роділлі положення на спині з піднятими нижніми кінцівками.

Проведіть зігрівання жінки.

Терміново розпочніть інфузійну терапію (р-н Рінгера до 2 л, мета стабілізація АТ>100/60 мм.рт.ст.

Проведіть тимчасову зупинку крововтрати: компресія аорти, не пневматичні противошочкові штанці.

Проведіть клініко-лабораторне обстеження: група крові і Rh-фактор, аналіз крові загальний, час згортання крові, коагулограма, приліжковий тест, забір крові на сумісність. Замовте препарати крові.

5. Визначте причину кровотечі (застосовуйте підхід 4 Т, проте ніж один патогенетичний механізм може обумовлювати розвиток ППК!).

Пальпаторно оцініть тонус матки. Якщо має місце порушення тонусу матки:

- розпочніть введення утеротоніків (окситоцин 10 ОД /500 мл фізіологічного розчину з швидкістю 60 крапель / хвилину.

- проведіть зовнішній масаж матки, якщо кровотеча потім продовжилась →

- проведіть ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним знеболенням, якщо кровотеча потім продовжилась →

- застосуйте утеротоніки 2-ої – 3-ої лінії (ергометрин, простагландини, карбетоцин), якщо кровотеча потім продовжилась →

- проведіть бімануальну компресію матки або компресію аорти, якщо кровотеча потім продовжилась →

- в умовах операційної застосуйте балонну тампонаду та за призначенням лікаря введіть 1,0 г транексамової кислоти (через 30 хвилин за необхідності), якщо кровотеча продовжується

- при величині крововтрати 1,5% і більше від маси тіла – показана лапаротомія й застосування органозберігаючих технологій – перевязування магістральних судин, компресійні шви на матку, білатеральне перев'язування

внутрішніх клубових артерій, гістерктомія без додатків матки.

6. Постійний контроль стану породіллі, показників гемодинаміки та згортання крові. Документування події.

По закінченню виконання всього об'єму допомоги продезінфікуйте використане обладнання.

Зніміть рукавички.

Проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук.

Оформіть відповідну медичну документацію.

НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НАПАДІ ЕКЛАМПСІЇ

Показання: напад еклампсії.

Мета: відновлення прохідності дихальних шляхів, попередження:

- травмування пацієнтки,
- розвитку асфіксії пацієнтки, аспірації блювотними масами,
- прикушування та западання язика,
- повторних нападів судом.

Місце проведення:

- допомога надається у разі нападу судом на місці.

Послідовність невідкладної медичної допомоги

1. Покладіть пацієнтку на рівну поверхню у положенні на лівому боці, попередьте її травмування.

2. Швидко звільніть дихальні шляхи:

- відкрийте рот,
- виведіть вперед нижню щелепу для попередження западання язика,
- видаліть вміст ротової порожнини,
- якщо дихання збережене, введіть повітровід та проведіть інгаляцію кисню.

3. При тривалому апное негайно розпочніть вентиляцію носо-лицевою маскою зі 100% киснем (ШВЛ).

4. При зупинці серцевої діяльності паралельно з ШВЛ приступіть до виконання закритого масажу серця й усіх прийомів серцево-судинної реанімації.

5. Мобілізуйте периферичну вену.

6. Для попередження наступного нападу судом, припинення судом введіть:

- в/в магнію сульфат 16 мл 25% р-н повільно за 5 хв на 34 мл фізіологічного розчину, якщо напад судом продовжується повторно допустимо ввести ще 2 гр магнію сульфат.

7. При відновленні спонтанного дихання після нападу застосуйте подачу кисню.

8. Викличте «на себе» бригаду екстренної медичної допомоги, повідомивши попередній діагноз.

Самостійно не транспоруйте пацієнтку із даною патологією.

Транспортування та госпіталізація проводиться у горизонтальному положенні у положенні на боці.

Пацієнтку госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ

Показання: прееклампсія тяжкого ступеня:

- АТ >170/110 мм. рт. ст.;
- генералізовані набряки;
- гіперрефлексія;
- головний біль
- порушення зору
- біль в епігастрії або/та правому підбер'ї.

Мета: попередження нападу судом.

Місце проведення: попередження нападу судом починається на місці.

Послідовність невідкладної медичної допомоги

1. Поясніть пацієнтці та її супроводжуючим важкість стану та ймовірну небезпеку. Спокійно, проте наполегливо, обґрунтуйте необхідність термінової госпіталізації.

2. Запропонуйте пацієнтці прилягти на кушетку на лівому боці.

3. Усуньте будь-які подразники: яскраве світло, гучні та різкі звуки.

4. Викличте МШД, повідомивши попередній діагноз.

5. Мобілізуйте периферичну вену.

6. Для попередження нападу судом введіть:

- в/в магнію сульфат 16 мл 25% р-н повільно за 15 хв на 34 мл фізіологічного розчину

Самостійно пацієнтку не транспортуйте.

Транспортування та госпіталізація проводиться у горизонтальному положенні після введення болюсної дози магнію сульфату (16 мл 25% розчину) спеціалізованим транспортом.

Пацієнтку госпіталізують до акушерського стаціонару III рівня.

НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РАЗІ РОЗРИВУ МАТКИ

Мета: попередити розвиток незворотної стадії геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому.

Показання: розрив матки, що відбувся.

Місце проведення: невідкладну допомогу розпочинають на місці діагностики.

Підготовка акушерки зводиться до мінімуму:

проведіть гігієнічне миття рук, проведіть гігієнічну антисептику рук, одягніть гумові рукавички. Діагностуйте розрив матки, що відбувся

Опитайте роділлю та/або партнера:

- опитайте анамнез (коли почалися пологи, коли виникла ситуація, скільки часу пройшло з моменту виникнення гострого, kindжального болю),
- визначте скарги (різкий біль внизу живота, нудота, блювання, запаморочення.).

Проведіть огляд пацієнтки (діагностуйте ознаки внутрішньої кровотечі – ↓АТ, тахікардія, блідість, холодний липкий піт, загальмована свідомість).

Обережно проведіть обстеження органів черевної порожнини (положення плода поза порожниною матки, легке зміщення передлеглої частини плода), притуплення перкуторного звуку в бокових відділах живота, позитивні симптоми подразнення очеревини.

Проведіть аускультатию серцебиття плода (підтвердьте внутрішньоутробну загибель плода відсутністю серцебиття плода).

Проведіть огляд ділянки промежини (кров'яністі виділення зі статевих шляхів).

Здійсніть перші кроки долікарської допомоги.

1. Визначте об'єм крововтрати. Найбільш доцільно шляхом визначення шокowego індексу Альговера. Продовжуйте облік крововтрати.

2. Викличте телефоном на допомогу бригаду екстренної медичної допомоги, повідомивши діагноз. Самостійно роділлю не транспортуйте. До усунення ознак шоку, до стабілізації стану пацієнтки ($AT \geq 100/50$ мм.рт.ст.) транспортування протипоказане.

3. Психологічно підтримайте роділлю, поясніть її стан та маніпуляції, що проводяться.

4. Проведіть ABC – діагностику - оцініть стан дихальних шляхів (A) та дихання (B), циркуляції (C) – AT, пульс.

Правило 3-ох катетерів:

- забезпечте подачу кисню (10-15 л/хв) – при наявності,
- катетеризуйте дві периферичні вени катетерами G16-18.
- катетеризуйте сечовий міхур.

Надайте роділлі положення на спині з піднятими нижніми кінцівками.

Проведіть зігрівання жінки.

Терміново розпочніть інфузійну терапію із швидкістю що відповідає ступеню важкості пацієнтки (р-н Рінгера до 2 л, мета стабілізація $AT > 100/60$ мм.рт.ст.

Використайте не пневматичні противошочкові штанці – при наявності.

Проведіть забір 10 мл крові для подальшого визначення групової та резус приналежності. або При можливості проведіть лабораторне обстеження: група крові і Rh-фактор, аналіз крові загальний, час згортання крові, коагулограма, приліжковий тест, забір крові на сумісність. Замовте препарати крові.

Спостерігайте за роділлею, контролюйте показники гемодинаміки та життєвоважливих органів (AT, пульс, шкірні покриви, свідомість).

Проведіть знеболення доступними засобами (в/в промедол 1-2 мл, димедрол 1% 1 мл, анальгін 2 мл 50%).

Після прибуття бригади екстренної допомоги виконуйте вказівки лікаря:

- підготуйте шприци 10 мл, 20 мл, голки для внутрішньовенних ін'єкцій, в/в катетер, перев'язувальний матеріал, спирт 70%, рукавички,

- контролюйте показники гемодинаміки, функції життєвоважливих органів.

Продезінфікуйте використане обладнання. Зніміть рукавички. Проведіть гігієнічне миття та гігієнічну антисептику рук.

Оформіть відповідну медичну документацію.

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ ПЕРЕДНЬОМУ ВИДІ ПОТИЛИЧНОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ

Перший момент — згинання голівки. Під дією пологових сил відбувається згинання голівки. Голівка плода вставляється стрілоподібним швом в одному косих розмірів площини входу в малий таз. При цьому мале тім'ячко знаходиться ближче до симфізу. Внаслідок згинання голівки мале тім'ячко опускається, наближаючись до провідної лінії таза, і стає провідною точкою. Голівка плода проходить через таз найменшою окружністю, яка проходить через малий косий розмір (9,5 см) і дорівнює 32 см.

Другий момент — внутрішній поворот голівки; він відбувається при переході з широкої частини малого таза у вузьку. Голівка повертається так, що потилиця розташовується під симфізом, обличчя — ближче до крижів. При цьому стрілоподібний шов переходить з поперечного розміру у косий, а 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 завершується на тазовому дні. При цьому стрілоподібний шов знаходиться в прямому розмірі площини виходу малого таза, а мале тім'ячко під симфізом.

Третій момент — розгинання голівки в площині виходу. Утворюється точка фіксації між нижнім краєм лобкового симфізу і підпотиличною ямкою. Навколо цієї точки відбувається розгинання голівки.

Четвертий момент — внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки. Після народження голівки, плечики вступають в один з косих розмірів площини входу малого таза. При першій позиції плечики знаходяться в лівому косому розмірі, при другій — правому косому розмірі. Внутрішній поворот закінчується на тазовому дні. При цьому обличчя плода повертається до лівого або правого стегна роділлі: 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.

При передньому виді потиличного передлежання конфігурація голівки — доліхоцефалічна (витягнута у напрямі малого косого розміру).

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ ЗАДНЬОМУ ВИДІ ПОТИЛИЧНОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ

Перший момент — згинання і опускання голівки плода. Голівка згинається проходить через малий таз своїм середнім косим розміром (10 см, обвід — 33 см), провідна точка — середина стрілоподібного шва.

Другий момент — внутрішній поворот голівки плода. Починається при переході із широкої частини у вузьку. Потилиця обертається до крижів, а обличчя — до симфіза. Завершується поворот голівки на тазовому дні. Стрілоподібний шов переходить в прямий розмір виходу таза.

Третій момент — додаткове згинання голівки плода навколо першої точки фіксації — межа волосистої частини лоба та нижній край лонної дуги. Навколо цієї точки відбувається додаткове згинання голівки. Народжуються лоб, тім'яні горби.

Четвертий момент — розгинання голівки відбувається навколо другої точки фіксації — підпотилична ямка та крижово-куприкове зчленування. Під час розгинання навколо цієї точки голівка плода народжується повністю.

П'ятий момент внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки. Після народження голівки, плечики вступають в один з косих розмірів площини входу малого тазу. При першій позиції плечики знаходяться в лівому косому розмірі, при другій — правому косому розмірі. Внутрішній поворот закінчується на тазовому дні. При цьому обличчя плода повертається до лівого або правого стегна роділлі: 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.

При передньому виді потиличного передлежання конфігурація голівки — доліхоцефалічна (втягнута у напрямі малого косоного розміру).

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ ЧИСТО СІДНИЧНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

Перший момент — вставлення сідниць (стискання та опущення їх), міжвертлюгова лінія перебуває в одному з косих розмірів.

Другий момент — внутрішній поворот сідниць. Починається при переході з широкої у вузьку частину порожнини малого таза, закінчується в площині виходу, коли міжвертлюгова лінія стає в прямому розмірі виходу.

Третій момент — бокове згинання хребта в попереково-крижовому розмірі. Точка фіксації — між нижнім краєм симфізу та краєм клубової кістки передньої сідниці. Спочатку народжується задня сідниця, а потім передня в прямому розмірі. У цей час плечики вступають своїм поперечним розміром (*diameter biacromialis* — 12 см, окружність плечового пояса — 35 см) у той самий косий розмір входу в таз, через який пройшли і сідниці. Тулуб повертається спинкою дещо наперед.

Четвертий момент — внутрішній поворот плечиків (з косого розміру в прямий) та пов'язаний з ним зовнішній поворот тулуба. Плід народжується до пупкового кільця, потім до нижнього кута лопаток.

П'ятий момент — бокове згинання в шийно-грудному відділі хребта. Першою при тазових передлежаннях завжди народжується передня ручка, потім — переднє плечико, яке стає під симфізом, і утворюється точка фіксації між акроміоном (надплечовим відростком) передньої лопатки плода та лобковим симфізом матері.

Шостий момент — внутрішній поворот голівки. Голівка вступає в косий розмір таза (протилежний тому, через який проходили сідниці і плечики). При переході з площини широкої частини порожнини малого таза у вузьку голівка здійснює внутрішній поворот, у результаті якого стріловий шов опиняється в прямому розмірі виходу, а підпотилична ямка (третя точка фіксації) фіксується під лобковим симфізом.

Сьомий момент — згинання голівки навколо точки фіксації. Між підпотиличною ямкою і нижнім краєм лобкової

дуги утворюється точка фіксації, навколо якої і відбувається прорізування голівки. Прорізується голівка малим косим розміром (9,5 см), обвід (32 см).

Пологова пухлина при чисто сідничному передлежанні розташовується на сідницях, які від цього стають набряклими і синьо-багряними.

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ ПОПЕРЕЧНО ЗВУЖЕНОМУ ТАЗІ

Перший момент — згинання голівки плода. Перед початком пологів спостерігається високе пряме стояння стрілового шва. Стіролоподібний шов вставляється в прямий розмір площини входу в малий таз так, щоб мале тім'ячко було біля симфізу. Відбувається максимальне згинання голівки. Внаслідок максимального згинання утворюється провідна точка - мале тім'ячко. Під дією пологовий сил відбувається опускання голівки на тазове дно без внутрішнього повороту.

Другий момент — розгинання голівки плода. Утворюється точка фіксації між підпотиличною ямкою та нижнім краєм симфізу навколо якої відбувається розгинання голівки.

Третій момент — зовнішній поворот голівки. Після народження голівки плечики вставляються в прямий розмір площини входу в малий таз і без внутрішнього повороту опускаються на тазове дно. Внаслідок повороту плечиків відбувається зовнішній поворот голівки.

Четвертий момент – народження тулуба плода.

При утворенні заднього виду пологи доношеним плодом через природні плогові шляхи неможливі.

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ ЗАГАЛЬНОРІВНОМІРНОЗВУЖЕНОМУ ТАЗІ

Перший момент — вставлення і максимальне згинання голівки плода.

Голівка своїм стрілоподібним швом інколи вставляється в поперечний, а в більшості випадків — у косий розмір площини входу в малий таз.

Відбувається максимальне згинання голівки до малого косого розміру, мале тім'ячко опускається донизу першим, займає центральне положення (асинклітизм Редерера) або навіть на провідній осі таза. Що менше розміри таза і що довше вставлення голівки в площину входу в малий таз, то більше виражена зміна форми голівки плода. У деяких випадках пологова пухлина голівки опускається на тазове дно.

Другий момент — внутрішній поворот голівки плода здійснюється так, як і при нормальних розмірах таза. Потрібно звернути увагу на доліхоцефалічну форму голівки, що інколи займає всю піхву, опускаючись своєю верхівкою на тазове дно і викликаючи "хибні" потуги.

Третій момент — розгинання голівки плода відбувається не так, як при нормальних розмірах таза. При загальнорівномірнорозвуженому тазі лобковий кут гострий, і тому голівка плода фіксується поличною кісткою до лобкової дуги, навколо якої і відбувається розгинання голівки.

Четвертий момент — внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки плода відбуваються, як при нормальних розмірах таза.

БІОМЕХАНІЗМИ ПОЛОГІВ ПРИ ПРОСТОМУ ПЛОСКОМУ ТАЗИ

Перший момент — розгинання голівки плода. Особливості першого моменту біомеханізму пологів: 1) голівка своїм стрілоподібним швом вставляється в поперечний розмір площини входу в малий таз; 2) внаслідок різкого зменшення прямого розміру площини входу в малий таз відбувається незначне розгинання голівки, при цьому голівка вставляється малим поперечним розміром (8 см) у прямому розмірі площини входу в малий таз; 3) асинклітичне вставлення голівки - якщо першою вставляється передня тім'яна кістка, утворюється передньотіменне вставлення (передній асинклітизм, асинклітизм Негеле), якщо задня тім'яна кістка, утворюється задньотіменне вставлення (задній асинклітизм, асинклітизм Літцмана). При передньому асинклітизмі стрілоподібний шов відхиляється дозад, при задньому до симфізу.

Другий момент — внутрішній поворот голівки плода. Голівка опускається в порожнину таза без внутрішнього повороту, сам внутрішній поворот здійснюється на тазовому дні, іноді під час врізування і прорізування. Особливості другого моменту: 1) якщо внаслідок внутрішнього повороту утвориться задній вид, тоді біомеханізм пологів буде йти по варіанту передньоголового передлежання; 2) якщо утвориться передній вид, по варіанту переднього виду потиличного передлежання.

БІОМЕХАНІЗМИ ПОЛОГІВ ПРИ ПЛОСКОРАХІТИЧНОМУ ТАЗІ

Перший момент — розгинання голівки плода. Особливості першого моменту біомеханізму пологів: 1) голівка своїм стрілоподібним швом вставляється в поперечний розмір площини входу в малий таз; 2) внаслідок різкого зменшення прямого розміру плозини входу в малий таз відбувається незначне розгинання голівки, при цьому голівка вставляється малим поперечним розміром (8 см) у прямому розмірі площини входу в малий таз; 3) асинклітичне вставлення голівки - якщо першою вставляється передня тім'яна кістка, утворюється передньотіменне вставлення (передній асинклітизм, асинклітизм Негеле), якщо задня тіменна кістка, утворюється задньотіменне вставлення (задній асинклітизм, асинклітизм Літцмана). При передньому асинклітизмі стрілоподібний шов відхиляється дозад, при задньому до симфізу.

Другий момент. Внутрішній поворот голівки. Особливість другого моменту — за рахунок збільшення внутрішніх розмірів тазу опускання голівки на тазове дно відбувається дуже швидко, крім того голівка при проходженні може перейти зі стану розгинання в згинання і далі біомеханізм пологів буде проходити як при **передньому виді потиличного передлежання** (перший варіант), якщо голівка залишилась розігнутою, відповідно, біомеханізм пологів може йти як при **передноголовному** або **задньому виді потиличного передлежання**.

При задньому асинклітизмі (істинний асинклітизм, задньовушне вставлення) пологи через природні пологові шляхи неможливі.

У новонародженого можна побачити виражену конфігурацію голівки: зсування тім'яних кісточок, на одній тім'яній кісточці визначається велика пологова пухлина, на іншій - поглиблення (різної форми) унаслідок тривалого притиснення черепа до мису або симфізу.

БІОМЕХАНІЗМИ ПОЛОГІВ ПРИ ПЕРЕДНЬОГОЛОВНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

Перший момент — незначне розгинання голівки. Голівка вставляється стрілоподібним швом в поперечному або в одному з косих розмірів площини входу в малий таз. Велике й мале тім'ячка розміщені на одному рівні. Іпддією пологових сили відбувається незначне розгинання голівки, велике тім'ячко опускається та розташовується нижче малої стає провідною точкою при передньоголовному передлежанні.

Другий момент — внутрішній поворот голівки. Внутрішній поворот починається на межі широкої і вузької частин малого таза та закінчується на тазовому дні. При цьому голівка повертається потилицею до крижів, а стрілоподібний шов у площині виходу малого таза знаходиться в прямому розмірі, при цьому велике тім'ячко обернене до лобкового симфізу, мале — до крижів.

Третій момент — згинання голівки. Утворюється I точка фіксації - ділянка перенісся (glabella), навколо якої відбувається згинання голівки. Спочатку із соромітної щілини з'являється тім'яна поверхня голівки з великим тім'ячком, потім прорізується лоб і ділянка перенісся підходить до нижнього краю лобкової дуги.

Четвертий момент — розгинання голівки. Після згинання голівки утворюється II точка фіксації – потиличний горб, який фіксується до крижово-куприкового з'єднання. Відбувається розгинання голівки; під час розгинання голівки з-під лобкового симфізу виходить личко плода.

П'ятий момент — внутрішній поворот плечиків та зовнішній поворот голівки лицем до стегна матері, протилежного позиції плода.

Біакроміальний розмір плечиків (12 см, окружність — 35 см) встановлюється в прямому розмірі виходу з малого таза.

Голівка проходить через таз і прорізується через вульварне кільце обводом 34 см, що відповідає прямому розмірові голівки 12 см. Пологова пухлина розміщується в ділянці великого тім'ячка; конфігурація голівки — брахіцефалічна (витагнута в сторону великого тім'ячка).

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ ЛОБНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

Перший момент — розгинання голівки. Голівка вставляється у вхід в таз великим косим розміром 13—13,5 см, обвіді— 38-42 см (від потиличного горба до підборіддя). Провідна точка - середина лобного шва. Лобний шов лежить у поперечному або косому розмірі входу в таз. У такому положенні голівка опускається до дна малого таза (якщо вона невелика і пологова діяльність задовільна).

Другий момент — внутрішній поворот голівки. Поворот голівки відбувається на тазовому дні, при цьому лобний шов спочатку переходить у косий, а потім у прямий розмір виходу з малого таза, голівка повертається потилицею дозаду (до крижів), утворюється задній вид.

Третій момент — згинання голівки. При дуже сильних потугах із соромітної щілини першими народжуються лоб, очі, ніс; після цього верхня щелепа упирається в нижній край лобкового симфізу (**I точка фіксації**), навколо якої голівка згинається і над промежиною викочуються тім'я і потилиця.

Четвертий момент — розгинання голівки. Після згинання голівки потиличний горб (**II точка фіксації**) упирається в крижово-куприкове з'єднання, відбувається розгинання голівки, при цьому з-під лобкового симфізу з'являються рот і підборіддя.

П'ятий момент — внутрішній поворот плечиків та зовнішній поворот голівки лицем до стегна матері, протилежного позиції плода. Плечики народжуються, як і при передньоголовному вставленні.

Пологи доношеним плодам через природні пологові шляхи неможливі.

Голівка зазнає різкої конфігурації, витягується в напрямку до лоба; форма голівки трикутна, витягнута в сторону лоба.

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ ЛИЦЕВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

Перший момент — максимальне розгинання голівки. Голівка плода вставляється в площину входу в малий таз лицевою лінією, що йде від лобового шва по спинці носа до підборіддя, в поперечному або в одному з косих розмірів таза. Провідною точкою при лицевому передлежанні є підборіддя. Голівка проходить пологові шляхи вертикальним розміром (9,5 см, окружність 32 см).

Другий момент — внутрішній поворот голівки. Внутрішній поворот голівки відбувається на тазовому дні. Лицева лінія спочатку переходить у косий, а потім у прямий розмір виходу з таза. При цьому підборіддя плода повертається до симфізу, потилиця повертається до крижів. Утворюється задній вид.

Третій момент — згинання голівки. Утворюється точка фіксації – ділянка під'язикової кістки, яка впирається в лобкову дугу. При сильних потугах відбувається згинання голівки і з соромітної щілини з'являється підборіддя, яке обернене лобкового симфізу, личко, тім'я і потилиця плода.

Четвертий момент — внутрішній поворот плечиків та зовнішній поворот голівки лицем до стегна матері, протилежного позиції плода.

Пологова пухлина розміщується на личику; личико набрякле, синьо-багряне, припухлі губи й повіки, іноді набрякає також і язик. Конфігурація голівки - виражена доліхоцефалія.

ВВ! При передньому виді лицевого передлежання пологи через природні пологові шляхи живим плодом неможливі (підборіддя повернуте до симфіза).

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА:

1. Акушерство та гінекологія: У 4 т.: національний підручник / Кол. авт.; за ред. акад. НАМН України, проф. В. М. Запорожана. — Т. 1: Акушерство / В. М. Запорожан, В. К. Чайка, Л. Б. Маркін та ін.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. — К.: ВСВ «Медицина», 2013. — 1032 с.
2. Назарова І. Б. Фізіологічне акушерство: підручник / І. Б. Назарова, В. Б. Самойленко. — К.: Медицина, 2009. — 408 с.
3. Наказ МОЗ України від 28 березня 2014 року № 225. Уніфікований клінічний протокол «Початкова, реанімаційна і післяреанімаційна допомога новонародженим в Україні».
4. Наказ МОЗ України від 24 березня 2014 року № 205. Клінічний протокол "Акушерські кровотечі".
5. Наказ МОЗ України від 03 листопада 2008 року № 624. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Невиношування вагітності».
6. Патологічне і оперативне акушерство: підручник / І. Б. Назарова, В. Б. Самойленко, Н. П. Муштенко, І. Г. Шембелев, за ред. П. М. Баскакова. — К.: ВСВ «Медицина», 2012. — 520 с.
7. Наказ МОЗ України від 24 січня 2022 року № 151. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періодах».