



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

03.11.2008

№ 624

**Про внесення змін
до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження
клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»,
наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних
протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»**



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

03.11.2008

м. Київ

№ 624

Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»

На виконання доручення Президента України від 6 березня 2003 року № 1-1/252, та спільного наказу Міністерства охорони здоров'я та Академії медичних наук України від 11 вересня 2003 року № 423/59 «Про затвердження складу робочих груп з розробки протоколів надання медичної допомоги дітям і матерям за спеціальностями»

НАКАЗУЮ:

1. Внести зміни до:
 - 1.1. Наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» виклавши Розділ «Нормальне ведення пологів» та «Невиношування вагітності» в редакції, що додаються.
 - 1.2. Наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» виклавши Розділ «Передчасні пологи» в редакції, що додається.
2. Начальнику Управління материнства, дитинства (Моїсеєнко Р.О.) організувати проведення навчальних семінарів з впровадження Протоколів для головних спеціалістів з акушерства та гінекології територіальних органів охорони здоров'я та співробітників профільних кафедр вищих навчальних медичних закладів і закладів післядипломної освіти до 1 грудня 2008 року.
3. Директору Департаменту кадрової політики, освіти та науки (Банчуку М.В.) забезпечити внесення відповідних змін до навчальних програм вищих навчальних медичних закладів та закладів післядипломної освіти до 1 березня 2009 року.
4. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам головних управлінь охорони здоров'я Дніпропетровської, Донецької, Київської,

Львівської, Харківської, Чернівецької, Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської, управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської, управління охорони здоров'я та курортів Вінницької та управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій, ректорам вищих навчальних медичних закладів і закладів післядипломної освіти:

4.1. Визначити та затвердити наказом відповідальну особу та графік проведення навчальних семінарів для акушер-гінекологів, лікарів-анестезіологів закладів охорони здоров'я усіх рівнів, де надається медична допомога жінкам.

4.2. Організувати відповідно до затвердженого графіка проведення навчальних семінарів для акушер-гінекологів, лікарів-анестезіологів закладів охорони здоров'я усіх рівнів, де надається медична допомога жінкам, та співробітників профільних кафедр вищих навчальних медичних закладів і закладів післядипломної освіти з прийняттям заходів стосовно впровадження Протоколів, до 1 лютого 2009 року. Про проведену роботу поінформувати Управління материнства, дитинства та Департамент кадрової політики, освіти та науки до 15 лютого 2009 року.


4.3. Забезпечити впровадження та застосування Протоколів в діяльність закладів охорони здоров'я з 1 березня 2009 року.

4.4. Щороку до 1 січня надавати Міністерству пропозиції та зауваження до Протоколів.

5. Інституту стратегічних досліджень, Управлінню материнства, дитинства МОЗ України при необхідності вносити зміни до Протоколів.

6. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я України Лазоришинця В.В.

Міністр



В.М. Князевич

Клінічний протокол з акушерської допомоги «Нормальні пологи»

Шифр МКХ-10: O80

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

Якщо пологи у вагітних високої групи ризику (з патологією вагітності або соматичною патологією) мають нормальний перебіг, необхідно використовувати рекомендації даного клінічного протоколу щодо ведення пологів у цієї групи жінок, за умови закінчення пологів без ускладнень - такі пологи вважаються нормальними.

Не є підставою для виключення з нормальних пологів:

- наявність передчасного розриву плодових оболонок;
- проведення амніотомії без наступної індукції пологів;
- розрив промежини I ступеню.

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення нормальних пологів в умовах акушерського стаціонару з забезпеченням права роділлі залучення близьких до підтримки її при пологах.

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

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

Принципи ведення нормальних пологів:

- визначення плану ведення пологів та обов'язкове поінформоване узгодження його з жінкою/сім'єю;
- заохочення емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);
- моніторинг стану матері, плода та прогресування пологів;
- використання партограми для прийняття рішення щодо перебігу пологів, а також необхідності та об'єму втручань;
- широке використання немедикаментозних засобів для знеболення пологів;
- заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини;

- оцінка стану дитини при народженні, забезпечення контакту „шкіра-до-шкіри” між матір’ю та новонародженим, прикладання до грудей матері за появи пошукового та смоктального рефлексу;
- профілактика післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, шляхом використання методики активного ведення третього періоду пологів.

Діагностика та підтвердження пологів:

- у вагітної після 37 тижня з’являється переймоподібні болі внизу живота та крижах з появою слизово-кров’яних або водянистих (у разі відходження навколоплідних вод) виділень із піхви;
- наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд;
- зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне її укорочення та згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметру просвіту шийки матки (вимірюється в сантиметрах) ;
- поступове опускання голівки плода до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно lin.interspinalis (при внутрішньому дослідженні).

Діагностика періодів і фаз пологів:

Симптоми і ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи /відсутність пологової діяльності/	
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см	Перший	Латентна
Шийка розкрита на 3-9 см. Швидкість розкриття шийки матки не менше (або більше) – 1 см/год. Початок опускання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см). Голівка плода у порожнині тазу. Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см). Передлегла частина плода досягає дна тазу. Роділля починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)
Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	Третій	

Послідовність дій у разі нормального перебігу пологів:

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

- ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності. Звертає увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та дані гравідограми;

- з'ясовує скарги;
- для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів;
- здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу. Визначає термін вагітності та очікувану масу плода;
- запитує про відчуття рухів плода самою роділлею та проводять аускультацию серцебиття плода;
- проводить зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого тазу;
- встановлює акушерський діагноз, визначає план ведення пологів та узгоджує його з жінкою, що народжує.

Не рекомендується рутинне призначення клізми та гоління лобка роділлі [A].

Молодша медична сестра:

- пропонує жінці прийняти душ, одягнути чистий домашній одяг (за відсутності – лікарняну білизну); партнерові також потрібна зміна одягу на чистий домашній одяг (за відсутності - одноразовий комплект);
- роділлю та її партнера супроводжує в індивідуальну пологову палату.

Спостереження та допомога роділлі під час I періоду пологів

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться лікарем акушер-гінекологом до **партограми** (додаток I).

Правильне заповнення та інтерпретація партограми сприяє ранньому виявленню відхилень перебігу пологів, відхилень у стані матері чи плода та допомагає своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів та визначити обсяг необхідних втручань. Спостереження за станом роділлі і плода в I періоді пологів включає наступні рутинні процедури:

Оцінка стану плода:

Серцебиття плода в пологах реєструють шляхом:

- періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора;

або

- за показаннями - шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія).

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії слід дотримуватися наступної методики:

- роділля знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми;
- аускультатія триває щонайменше 60 секунд.

Аускультатія має проводитися кожні 30 хвилин протягом латентної фази та кожні 15 хвилин протягом активної фази першого періоду пологів.

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

У разі зміни частоти серцевих скорочень плода, що виходять за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультацию після закінчення найбільш інтенсивної фази наступної перейми, дотримуючись вище описаної методики.

Перехід від періодичної аускультации до електронного фетального моніторингу (КТГ) показаний у наступних випадках:

- ЧСС плода зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки;
- базальна частота серцевих скорочень плода менше 110 чи більше 170 ударів за хвилину;
- під час періодичної аускультации виявляються будь-які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки;
- розпочато пологопідсилення окситоцином;
- вилились навколоплідні води, забарвлені меконієм.

Рутинне застосування КТГ всім роділлям не доцільне через високий відсоток хибнопозитивних результатів та збільшення частоти втручань, в тому числі і оперативних пологів [А]

Якщо відбувся розрив плодового міхура (спонтанний або штучний), звертається увага на колір та кількість навколоплодових вод.

Оцінка загального стану матері:

Вимірювання температури тіла - кожні 4 години; визначення параметрів пульсу - кожні 2 години; артеріального тиску - кожні 2 години; кількість сечі визначають кожні 4 години;

Оцінка прогресування пологів:

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

Розкриття шийки матки

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

- спонтанний розрив плодових оболонок;
- патологічна частота серцебиття плода (менше 110 або більше 170 ударів за хвилину);
- випадіння пуповини;
- у разі підозри на неправильне передлежання/вставлення голівки плода;
- затримки прогресу пологів;
- кровотечі (огляд в умовах операційної).

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

Результати оцінки розкриття шийки матки заносяться до партограми.

Розкриття шийки матки у латентній фазі

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

Розкриття шийки матки 3 та >см свідчить про перехід в активну фазу I періоду пологів.

- Якщо протягом 8 годин спостереження періодичні скорочення матки зникають, або значно уповільнюються, слід зробити висновок щодо хибних пологів. У разі спонтанного припинення маткових скорочень немає необхідності у проведенні вагінального дослідження, якщо інші показання до його проведення відсутні.
- Якщо через 8 годин спостереження періодичні скорочення матки тривають, а розкриття шийки матки залишається менше 3 см, слід оцінити наявність структурних змін шийки матки:
 - Якщо структурні зміни шийки матки відсутні слід зробити висновок на користь удаваних перейм;
 - Якщо відбуваються структурні зміни шийки матки (розм'якшення, згладження, розкриття) слід оцінити ступінь зрілості шийки матки за шкалою Бішопа.
 - Якщо шийка матки „зріла” (6 або більше балів) робиться висновок на користь уповільненої латентної фази першого періоду пологів;
 - Якщо шийка матки „незріла” (5 або менше балів) тактика ведення має відповідати веденню удаваних перейм.

Оцінка ступеня „зрілості” шийки матки за шкалою Бішопа (В)

Параметри	Бали		
	0	1	2
Положення шийки матки щодо провідної осі тазу	Зміщена до крижів	Між крижами і провідною віссю тазу	По вісі тазу
Довжина шийки матки (см)	≥ 2	1-2	$1 \leq$
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	м'яка
Відкриття зовнішнього вічка	Закритий	1	≥ 2
Місце знаходження передлеглої частини плода	Рухома над входом у малий таз	Притиснута до входу в малий таз	Притиснута або фіксована у вході у малий таз

Примітка:

0-2 бали – „шийка не зріла”

3-5 балів – „шийка недостатньо зріла”

≥ 6 балів – „шийка зріла”

Розкриття шийки матки в активній фазі

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

Якщо швидкість розкриття шийки матки становить менш, ніж 1 см/год (графік розкриття шийки матки знаходиться справа від Лінії уваги на партограмі), це вказує на „продовжану активну фазу”, яка може бути пов’язана зі слабкістю пологової діяльності або клінічно вузьким тазом.

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

Рутинне проведення ранньої амніотомії (до 5 см розкриття шийки матки) у разі нормального перебігу пологів не рекомендується [A].

Частота та тривалість перейм

Оцінка частоти та тривалості перейм проводиться щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі. Підраховують кількість перейм за 10 хвилин. Отримані дані заносять до партограми.

Наявність 2 перейм за 10 хвилин в латентній фазі вважають адекватною пологовою діяльністю, в активній фазі - 3-5 перейм протягом 10 хвилин, кожна з яких триває 40 секунд або більше.

Просування голівки плода

Просування голівки плода визначають шляхом зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження. Результати заносять до партограми.

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

Умови забезпечення нормальних пологів:

- індивідуальна пологова кімната, яка має бути максимально наближена до домашніх умов;
- персональна психологічна підтримка роділлі чоловіком, чи обраним нею партнером, які мають бути підготовленими до участі в пологах;
- досягнення взаємного порозуміння, психологічна підтримка роділлі медичним персоналом;
- пояснення необхідності проведення кожної процедури і маніпуляції та одержання дозволу жінки на їх проведення;
- підтримання доброзичливої атмосфери при розродженні,
- поважне відношення до бажань жінки, забезпечення конфіденційності;

- підтримування чистота роділлі та її оточення:
 - заохочення самотійно прийняти ванну чи душ під час пологів;
 - перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням зовнішні статеві органи і промежину роділлі обмивають чистою теплою водою.
- забезпечують рухливість роділлі:
 - жінку заохочують до активної поведінки під час пологів;
 - допомагають вибрати положення для пологів.
- підтримують прийом жінкою їжі і рідини за її бажанням.

Знеболювання пологів за погодженням жінки

Допомога роділлі подолати біль під час пологів є завданням медичних працівників та присутнього партнера. Зменшення больового відчуття може бути досягнуто застосуванням простих немедикаментозних методів знеболювання:

- максимальна психологічна підтримка та заспокоєння;
- **зміна положення тіла** (рис. 1): заохочення роділлі до активних рухів; пропонують партнеру масажувати їй спину; поглажувати низ живота; тримати її руку і протирати обличчя вологою губкою між переймами; пропонують жінці дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих);
- **локальні натискання на крижеву область**: під час перейми необхідно сильно натискати кулаком або зап'ястям на крижеву область. Роділлі самостійно визначає місце та силу, з якою потрібно проводити натискання. Щоб утримати рівновагу, друга рука партнера розміщується спереду на передній верхній клубовій ості. Між переймами натискання не проводять;
- **подвійне стискання стегон**: роділлі стоїть на руках і колінах, нахилившись уперед. Партнер кладе руки на сідничні м'язи тривало натискаючи всією долонею по діагоналі до центру таза жінки;
- **колінне натискання**: роділлі сидить рівно на стільці з розведеними колінами приблизно 10 см, ступні щільно опираються на підлогу. Партнер заходить перед нею і розміщає опорну частину долоні поверх великогомілкової кістки, тривало натискаючи на коліна в бік тазостегнових суглобів жінки, нахилиючись у її сторону;
- **гідротерапія**: прийом душу або занурення у воду з температурою 36-37°C у активній фазі (при наявності можливості). Тривалість перебування у ванній чи душі залежить від бажання жінки, але необхідно постійно підтримувати температуру води у заданих межах і проводити термометрію у роділлі;

Гідротерапію проводять обов'язково під наглядом медперсоналу!

- **масаж**: техніка масажу полягає у легкому поглажуванні живота, вібрації та розминанні рук, ніг та коміркової зони, сильні кругові рухи, тривале натискання на різні точки та область ромбу Міхаеліса.

Вимоги, що ставляться до медикаментозного знеболювання: знеболюючий ефект, відсутність негативного впливу на організм матері і плода, простота та доступність для усіх родопомічних закладів.

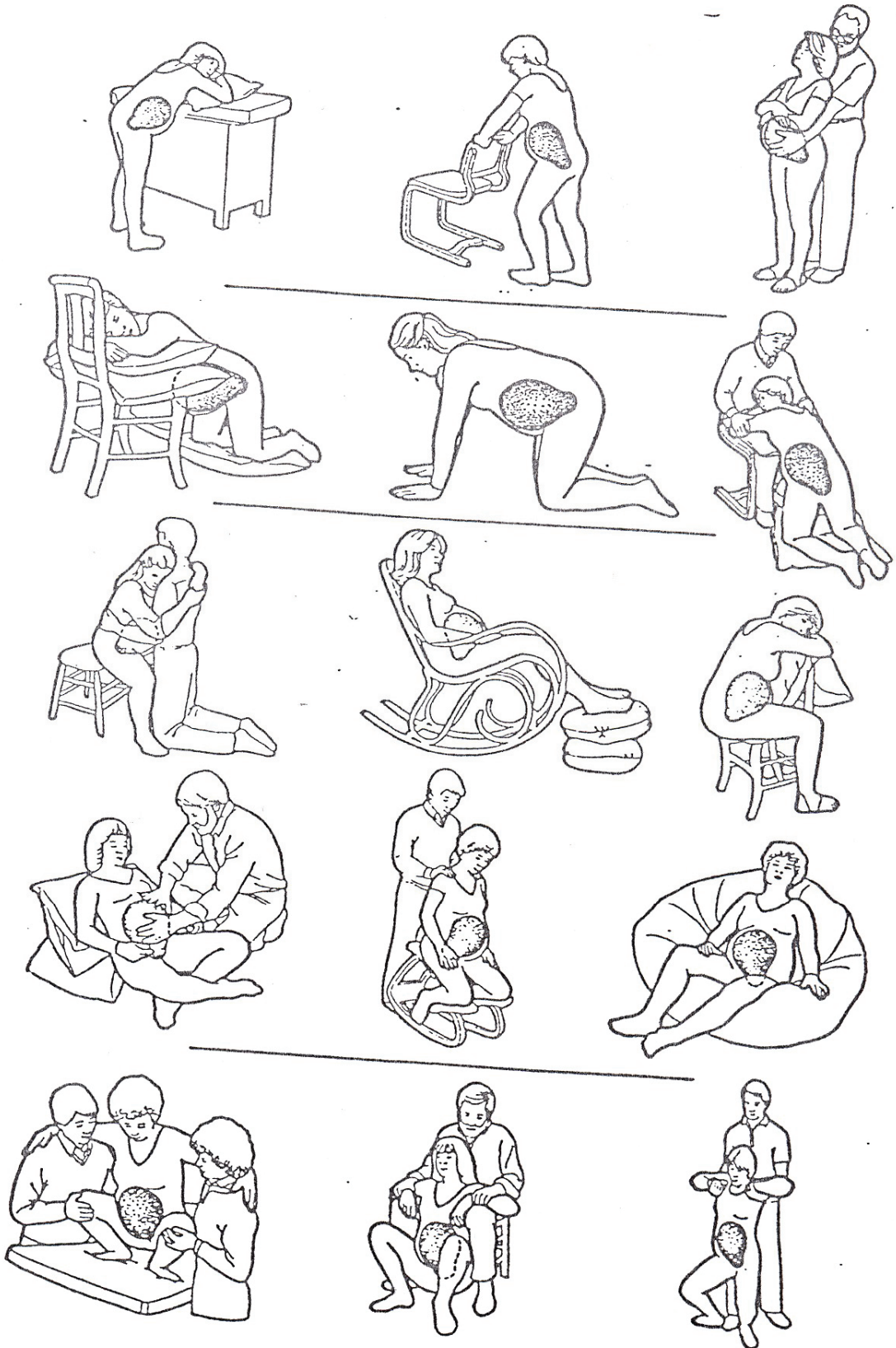


Рисунок 1. Положення, що може прийняти жінка в пологах

Спостереження та допомога у II періоді пологів

Попередження бактеріальних та вірусних інфекцій (включно ВІЛ):

- Адекватна обробка рук медичного персоналу (гігієнічна або антисептична в залежності від маніпуляції що планується) згідно діючих алгоритмів;
- Використання стерильних рукавичок під час проведення внутрішнього акушерського дослідження, прийняття пологів та оперативних втручань (епізіотомія тощо);
- Використання медичним персоналом для прийняття пологів чистого халату. У разі можливості оптимальним є використання одноразового халату, виготовленого з водовідштовхуючого матеріалу;
- Використання засобів для захисту обличчя медичного персоналу: маска (бажано одноразова), окуляри або щиток;
- Обережне використання гострого інструментарію.

Оцінка стану плода

Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультатії кожні 5 хвилин у ранню фазу другого періоду, та після кожної потуги у активну фазу.

Оцінка загального стану роділлі

Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу – кожні 15 хвилин.

Оцінка прогресування пологів

Оцінюють просування голівки по родовому каналу та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів.

Рання фаза другого періоду пологів

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

В ранню фазу слід забезпечити рухливість роділлі, а саме: заохотити її до активної поведінки та вільного ходіння. Вертикальне положення жінки та можливість вільно рухатись сприяють збереженню активної пологової діяльності та просуванню голівки плода.

В ранній фазі не слід примушувати роділлю тужитись, через те, що це призводить до втоми роділлі, порушення процесу внутрішнього повороту голівки плода, травмування пологових шляхів і голівки, порушення стану плода та зайвим медичним втручанням.

Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів

Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів починається з моменту опущення голівки на тазове дно та наявності спонтанних активних потуг.

Слід надавати перевагу техніці „не регульованих фізіологічних потуг”, коли жінка самостійно робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання.

Допустима тривалість другого періоду пологів:

- у жінки, що народжує вперше, до 2 години;
- у жінки, що народжує повторно, до 1 години.

Положення жінки для народження дитини

Забезпечується можливість роділлі вибрати положення для народження дитини, яке є зручним для неї.

Рутинне положення на спині („літотомічна” позиція) супроводжується зростанням частоти випадків порушень стану плода та пов’язаних з ними оперативних втручань у порівнянні з вертикальними положеннями (сидячи, стоячи), а також положенням роділлі на боці. [A]

Застосування епізіотомії не проводять при нормальних пологах

Показання до епізіотомії:

- ускладнені вагінальні пологи (при тазовому передлежанні, дисточія плечиків, при накладенні акушерських щипців, вакуум-екстракції);
- дистрес плода;
- рубцеві зміни промежини, що є суттєвою перепорою для народження дитини.

Епізіотомію та епізіорафію проводять під знеболюванням

Після народження голівки необхідно дати можливість плечикам розвернутись самостійно, при цьому перевірити чи немає обвивання пуповини навкруг шії. В разі тугого обвиття, пуповину необхідно перетнути між 2-х затискачів, при не тугому – послабити натягнення пуповини та дочекатися наступної потуги. ***Не квапитись!***

У разі задовільного стану плода не слід намагатися народити плечики протягом тієї ж потуги, під час якої народилась голівка. Плечики можуть бути народжені під час наступної потуги.

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

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

Рутинна катетеризація сечового міхура не рекомендується [A]

Ведення III періоду пологів

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

Активне ведення третього періоду пологів

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

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

Роділля повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати добровільну письмову згоду на його проведення (*додаток 2*).

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

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

Відсутність одного з компонентів – виключає активне ведення III періоду пологів

Крок 1

Введення утеротоніків:

Протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Якщо в наявності немає окситоцину, можна використати ергометрін – 0,2мг внутрішньом'язово.

Не використовують ергометрін жінкам з гіпертензивними розладами!

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

У разі відсутності утеротоніків не слід використовувати методику активного ведення третього періоду пологів. У цьому випадку слід застосовувати очікувальну тактику ведення третього періоду пологів.

Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину:

Крок 2

- перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці;

Крок 3

- покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона;

- тримати пуповину у стані легкого натяжіння та дочекатись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину).

Не тягніть за пуповину до початку скорочення матки, просто утримуйте пуповину в стані легкого натяжіння

Крок 4

- одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (**тракція**) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти;
- під час тракції продовжувати проводити другою рукою **контртракцію** у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона);
- якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натяжіння, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку;
- одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію.

Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки над лоном!

Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки

Крок 5

- після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, щоб скрутити оболонки, повільно підтягують плаценту вниз; у разі обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичках та видаляють їх залишки;
- уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо частина материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, це потребує відповідних заходів;
- при відсутності народження плаценти протягом 30 хвилин після народження плода під адекватним знеболенням, проводять ручне відділення плаценти і виділення посліду.

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

Крок 6

Масаж матки

- Після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною. В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х годин, щоб бути впевненому в тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.

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

Очікувальне ведення третього періоду пологів.

Після закінчення пульсації пуповини, акушерка перетискає та перетинає пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'яних виділень.

При появі ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова), жінці пропонують «натужитись», що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відділення плаценти протягом 30 хвилин після народження плода, проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду.

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

Огляд нижніх відділів пологових шляхів обережно проводять за допомогою тампонів після пологів. Показанням до огляду за допомогою вагінальних дзеркал є наявність кровотечі, оперативних вагінальних пологів, стрімких пологів, або пологів поза лікарняним закладом.

Оцінка стану новонародженого та послідовність дій при здійсненні медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною.

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини, акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину за умови задовільного стану дитини (за результатами первинної оцінки стану новонародженого).

Акушерка здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини у пологовій залі. При порушенні стану новонародженого інформує про це лікаря-педіатра-неонатолога, а за його відсутності - лікаря акушера-гінеколога.

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

Через 30 хв. після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого (Ф097/о).

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

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

Після завершення контакту "шкіра-до-шкіри" акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клемування пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітини, зважування.

Лікар педіатр-неонатолог, а за його відсутності лікар акушер-гінеколог, перед переведенням дитини та матері в палату спільного перебування здійснює первинний лікарський огляд новонародженого.

Акушерка (медична сестра) одягає дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг.

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

Тепловий ланцюжок.

Найважливішою умовою дотримання теплового ланцюжка є забезпечення температури у пологовій залі (операційній) не нижче ніж 25 °С.

Організаційні умови забезпечення підтримки теплового ланцюжка.

Ці заходи впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5°-37,5°С при вимірюванні в аксілярній ділянці. Недотримання теплового ланцюжка підвищує ризик розвитку у новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

Десять кроків теплового ланцюжка.

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

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

Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2) Негайне обсушування дитини [В].

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

3) Контакт “шкіра –до –шкіри”[С].

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

З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксілярній ділянці електронним термометром.

4) Грудне вигодовування [А].

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

5) Відкласти зважування та купання [В].

Купання та зважування новонародженого відразу після народження призводить до втрат тепла (21), тому ці процедури треба відкласти.

Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома.

Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту “шкіра-до-шкіри” перед переведенням в палату спільного перебування.

6) Правильно одягнути та загорнути дитину [А].

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи.

У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

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

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

8) Транспортування в теплих умовах [В].

Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення (палату), медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю.

При народженні дитини шляхом кесарського розтину, новонароджений транспортується в куветі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9) Реанімація в теплих умовах.

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

10) Підвищення рівня підготовки та знань.

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

Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Післяпологовий період – починається відразу після закінчення пологів і триває протягом 8 тижнів

Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній

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

Пізній післяпологовий період настає через 2 години після пологів і триває впродовж 8 тижнів. Під час цього періоду відбувається зворотний розвиток всіх органів та систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

Післяпологовий догляд

Основні принципи післяпологового догляду:

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:
 - Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увага на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них.
 - Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки.
Інтервали часу:
 - протягом перших двох годин – кожні 15 хвилин
 - протягом третьої години – кожні 30 хвилин
 - протягом наступних трьох годин – кожні 60 хвилин
 - протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні – один раз на добу.
 - Виконання вправ післяпологової гімнастики.
2. Підтримка раннього грудного вигодовування:
 - Контакт „шкіра-до-шкіри” та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодуванні, яка буде найбільш комфортною, як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття.
 - Захищає новонародженного від інфекцій.
3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі:
 - Надання матері точної та вичерпної інформації протягом всього післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого, придбані навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищують

відчуття впевненості в собі, а також нададуть можливість своєчасно звернутись за допомогою в разі необхідності.

4. Проведення консультиування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.

Виписка породіллі зі стаціонару проводиться після:

- Об'єктивної оцінки стану матері:
 - відсутність скарг;
 - стабільні показники гемодинаміки;
 - відсутність кровотечі;
 - відсутність ознак інфікування.

Не існує доказів на користь необхідності рутинного ультразвукового обстеження органів малого тазу жінок в післяпологовому періоді.

- Коли мати навчена догляду та нагляду за дитиною. При відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породіллі з новонародженим виписується на 3 добу додому.
- Коли мати проконсультована з питань вигодування новонародженого, післяпологової контрацепції та основним загрозливим симптомам післяпологового періоду.

Загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді:

Загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді:

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

Загрозливі стани дитини, при яких потрібна допомога:

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

Використання партограми

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

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

Впровадження та правильне використання партограми значно покращує якість спостереження за роділею та результати пологів. Використання партограми дозволяє:

- рано виявити незадовільний прогрес у пологах;
- попередити розвиток тривалих пологів (більше 16 годин);
- рано виявити тазо-головну диспропорцію (клінічно вузький таз);
- своєчасно прийняти обгрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів;
- визначити обсяг необхідних втручань;
- знизити частоту кесарського розтину та полоγο-підсилення окситоцином;
- зменшити частоту інтранатальної загибелі плода.

Використання партограми є обов'язковим на всіх рівнях надання акушерської допомоги та виключає одночасні записи в історії пологів.

Правила використання партограми

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

Складові частини партограми

Партограма складається з трьох основних компонентів:

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

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

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

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

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

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

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

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

I - Стан плода

Частота серцевих скорочень

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

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

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

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

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

Навколоплідні води

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв.

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

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

Запис здійснюється наступним чином:

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

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

Конфігурація голівки плода

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв.

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

Запис здійснюють наступним чином:

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

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

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

II - Перебіг пологів

Розкриття шийки матки

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

Графа розподілена на латентну та активну фази.

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

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

В нормі тривалість латентної фази не повинна перевищувати 8 годин.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Особливості нанесення розкриття шийки матки

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

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

Можливі наступні варіанти:

Варіант 1:

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

Варіант 2:

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

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

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

Для цього знайдіть місце, у якому перехрещуються горизонтальна лінія, що відповідає значенню розкриття шийки матки, та Лінія уваги. На це місце слід поставити X. З'єднайте обидва X, що знаходяться на одній горизонталі дугоподібною переривистою лінією, яка символізує перенос (Рис 2).

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

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

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

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

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

Інтерпретація

- Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться зліва від Лінії уваги це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки більше 1 см/год. Такий перебіг першого періоду пологів вважається нормальним. Проводиться спостереження.

- Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться безпосередньо на Лінії уваги, це свідчить про те що темп розкриття шийки матки дорівнює 1 см/год. Слід пам'ятати, що це мінімальна нормальна швидкість розкриття шийки матки в активній фазі першого періоду пологів як для жінок, які народжують вперше, так і для жінок, які народжували. Проводиться ретельне спостереження, втручання у перебіг пологів не показані.

- Якщо графік розкриття шийки матки заходить вправо за Лінію уваги, але не досягає Лінії дії, це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки менш ніж 1 см/год.

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

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

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

- Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає Лінію дії необхідно вжити наступні заходи:

- повна оцінка стану матері, плода та акушерської ситуації;
- за наявності показань (дистрес плода, клінічно вузький таз, неефективне пологопідсилення) – кесарів розтин;
- у разі продовження консервативного ведення пологів - пологопідсилення окситоцином, якщо це не було зроблено раніше. Внутрішнє акушерське дослідження проводять через кожні дві години. Якщо не вдалося досягти темпу розкриття шийки матки 1см/год між будь якими з цих досліджень

(тобто графік розкриття шийки матки не є паралельним Лінії дії) – розродження шляхом кесарева розтину.

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

Опускання голівки плода

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

На партограмі відмічається опускання голівки, визначене шляхом абдомінальної пальпації.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Позначка (O) та позначка (X) завжди знаходяться на одній вертикалі. Якщо значення розкриття шийки матки (наприклад 4 см) співпадає з кількістю пальців на ширину яких голівка пальпується над краєм симфізу (наприклад 4/5) то на партограмі X буде співпадати з O, тобто позначку (X) буде вписано у позначку (O).

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

Перейми за 10 хвилин

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

Кількість та тривалість перейм підраховують протягом 10 хвилин.

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



- менше 20 секунд



- від 20 до 40 секунд



- більше 40 секунд

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

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

III - Стан жінки

Пульс та артеріальний тиск

Вертикальна вісь граfi одночасно відображає артеріальний тиск та частоту пульсу.

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

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

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

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

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

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

Білок та ацетон сечі визначаються за показаннями.

Окситоцин

Заповнюють у разі стимуляції пологової діяльності.

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

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

Призначені ліки

Заповнюють у разі застосування медикаментів.

Рисунок 1. Визначення опускання голівки плода шляхом абдомінальної пальпації

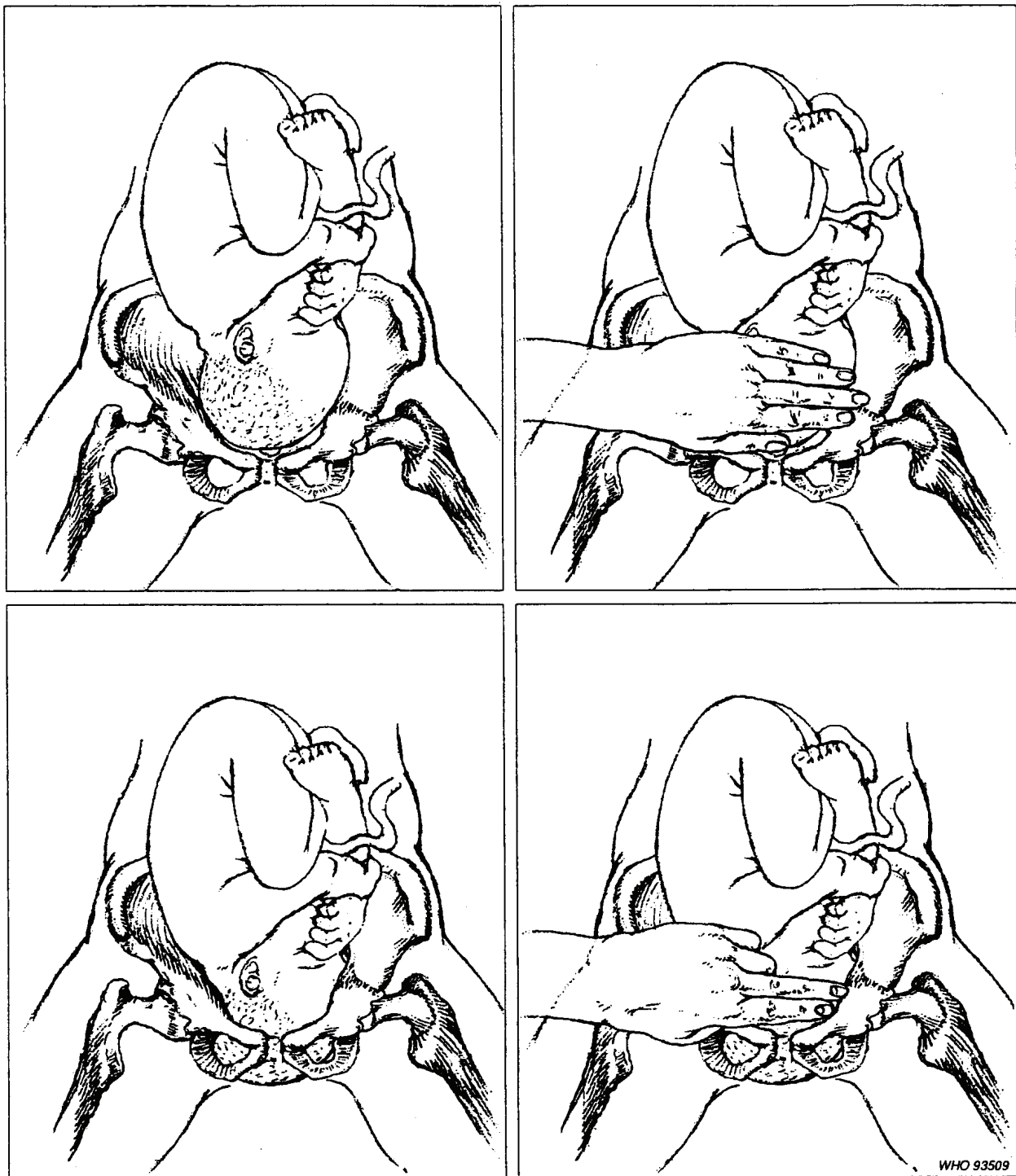
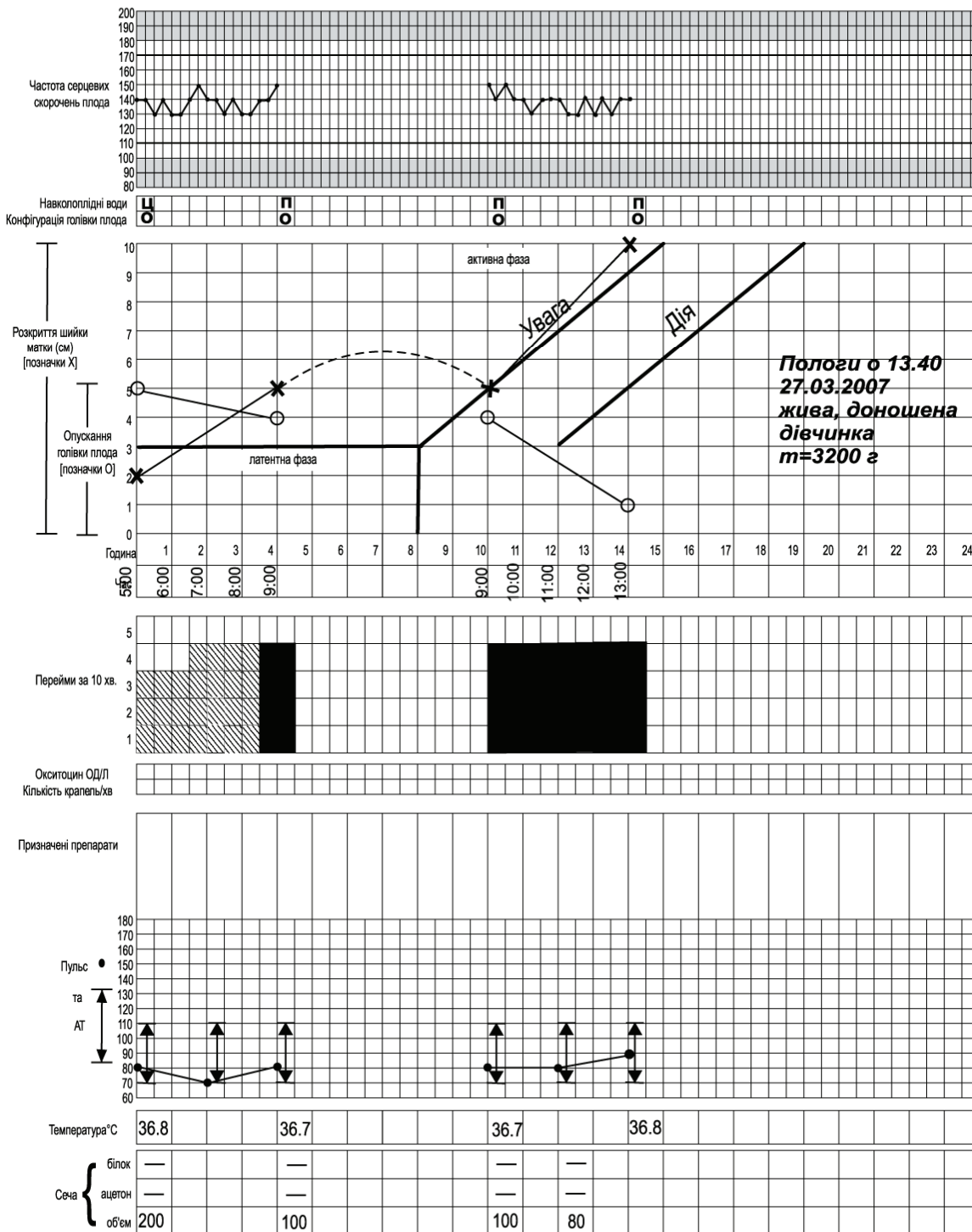


Рисунок 2. Приклад відображення на партограмі показників пологів

Партограма (вкладиш до історії пологів № 234)

ПІБ Марія О. Вагітність 1 Кількість пологів в анамнезі 0

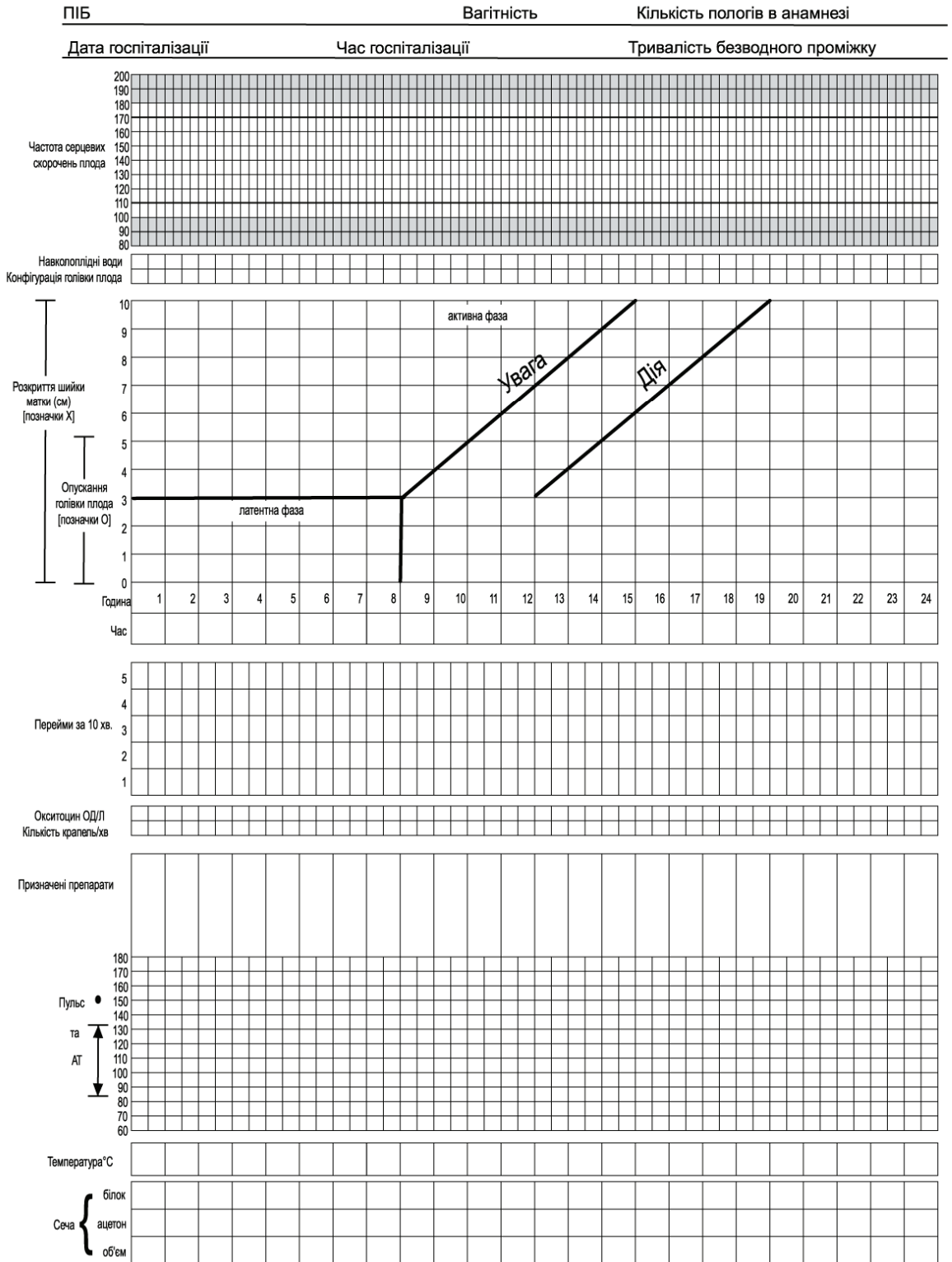
Дата госпіталізації 27.03.2007 Час госпіталізації 5.00 Тривалість безводного проміжку —



Діагноз:

Рисунок 3. Партограма

Партограма (вкладиш до історії пологів № _____)



Діагноз:

Інформована згода пацієнтки на активне ведення третього періоду пологів

Весь процес пологів складається з трьох періодів:

I-й період розкриття шийки матки

II-й період народження дитини

III-й період народження дитячого місця (посліду); він ще називається – послідовий період. Існує два способи ведення цього періоду: очікувальний та активний.

ФІЗІОЛОГІЧНЕ ВЕДЕННЯ III ПЕРІОДУ (очікувальне) – самостійне відшарування плаценти від стінки матки за рахунок самостійного скорочення матки і Вашої допомоги – натуг (ми просимо Вас” натужитись”). Триває III період від 5 хвилин до 2 годин і при цьому втрачається приблизно від 100 до 500 мл крові.

АКТИВНЕ ВЕДЕННЯ III ПЕРІОДУ - Вам роблять внутрішньо-м'язеву ін'єкцію препарату, який скорочує матку (це може бути окситоцин, ергометрин) на першій хвилині після народження дитини.

Через декілька хвилин після введення препарату відбудеться відділення плаценти від стінок матки, і акушерка з вашою допомогою (просимо Вас „натужитись”) шляхом легкого підтягування за пуповину допоможе посліду народитись.

Препарати, що використовують для скорочення матки, можуть підвищити кров'яний тиск, викликати нудоту і блювоту, болючість у ділянці ін'єкції і болючі скорочення матки, але це не є обов'язковим.

Під час пологів ми Вас інформуємо про це і просимо Вашої згоди на активне ведення послідового періоду.

Я _____ (не) згідна

на активне ведення третього періоду пологів.

У випадку, коли пацієнтка неїездатна, згоду дає опікун.

Дата _____

Підпис _____

Клінічний протокол з акушерської допомоги «Невиношування вагітності»

Класифікація згідно з МКХ-10:

Загрозливий аборт O20.0

Спонтанний аборт O03:

Неповний аборт O03-O03.4

Повний аборт O03.5-O03.9

Звичний викидень N96

Передчасні пологи O60

I. Невиношування вагітності

- ранній спонтанний аборт – спонтанне (самовільне) переривання вагітності до 11 тижнів + 6 днів;
- пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тижня + 6 днів;
- передчасні пологи з 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154 – 259 днів).

В структурі невиношування вагітності як загального поняття виділяють:

Спонтанний аборт

Спонтанний аборт (мимовільний, самовільний викидень) – вигнання ембріона/плода в терміні вагітності до 22 тижнів або масою до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак життя.

За стадіями розвитку виділяють:

- Загрозливий аборт;
- Аборт в ходу;
- Неповний аборт;
- Повний аборт.

Крім того виділяють:

- Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода);
- Інфікований аборт.

Звичний аборт (звичний викидень) - визначається як наслідок двох або більше вагітностей, що закінчились самовільним викиднем.

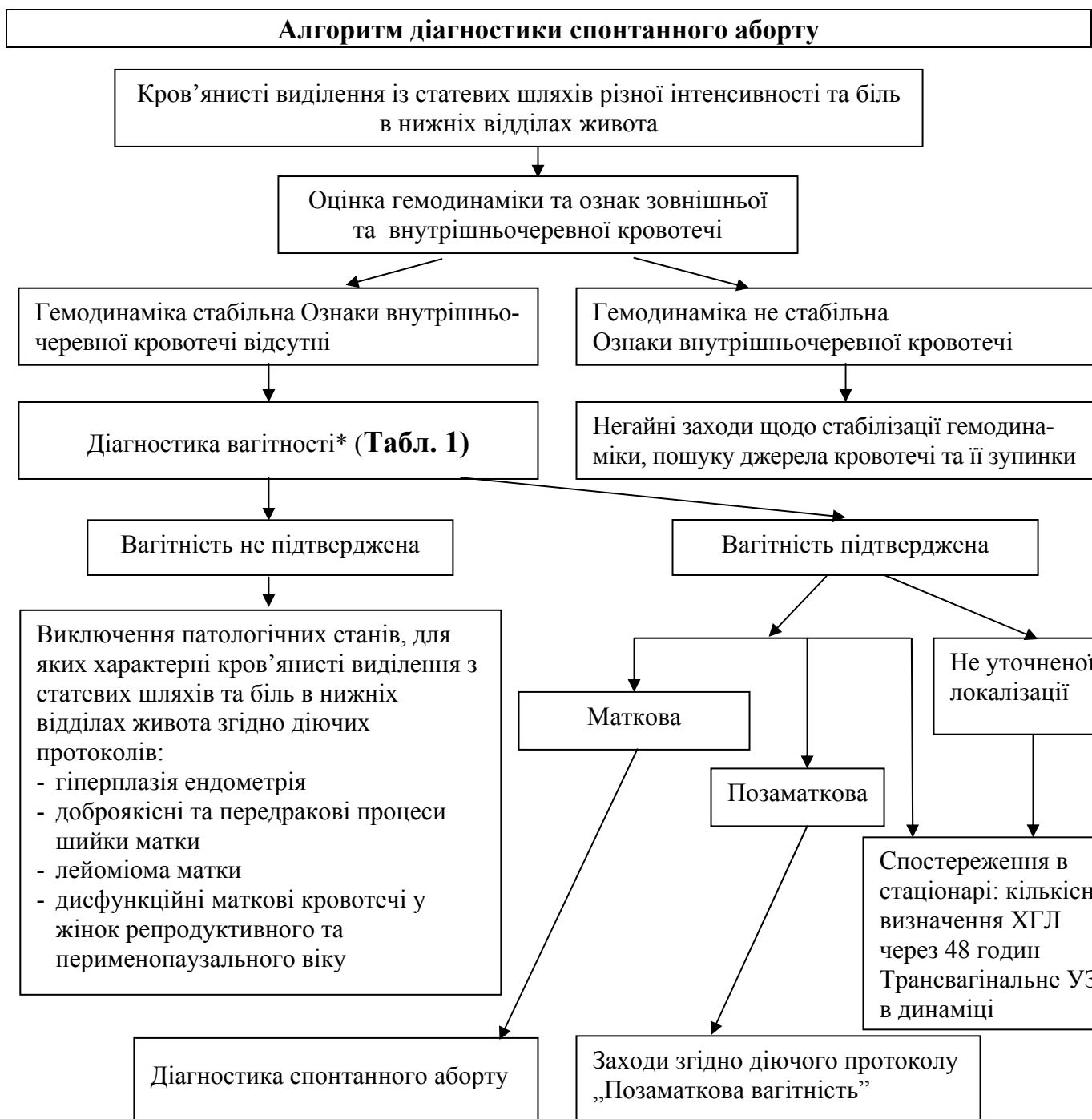
Діагностика спонтанного аборту.

Загальними проявами спонтанного аборту є кров'яністі виділення із статевих шляхів різної інтенсивності та біль в нижніх відділах живота на фоні маткової вагітності.

Першочерговим завданням при поступленні пацієнтки з симптомами мимовільного аборту є своєчасна діагностика та лікування станів, які можуть бути загрозливими для її життя: геморагічний шок (спричинений матковою або внутрішньочеревною кровотечею), сепсис (Алгоритм 1).

При наявності ознак геморагічного шоку паралельно з заходами, спрямованими на попередження погіршення гемодинамічних показників, необхідно визначити джерело кровотечі. Першочерговим є виключення або підтвердження наявності порушеної ектопічної вагітності.

При відсутності загрозливих для життя станів проводяться лікувально-діагностичні заходи, спрямовані на попередження ускладнень різних стадій мимовільного аборту, викладені у відповідних розділах протоколу.



* Слід ретельно слідкувати за показниками гемодинаміки до підтвердження маткової вагітності

Таблиця.1 Ознаки вагітності в першому триместрі

Дані анамнезу	Дані об'єктивного огляду	УЗД	Дані лабораторних досліджень
<ul style="list-style-type: none"> - Затримка менструації - Нудота, блювання, смакові примхи, зміни смакових відчуттів 	<ul style="list-style-type: none"> - Збільшення розмірів матки, зміни консистенції та форми матки, які свідчать про наявність вагітності (ознаки Гентера, Горвіца-Гегара, Піскачека, Снегірьова та ін). - Пом'якшення шийки матки та ціаноз стінок піхви. - Збільшення та нагрубання молочних залоз. 	<ul style="list-style-type: none"> - Візуалізація плідного яйця, ембріону/плода (залежно від терміну вагітності) 	<ul style="list-style-type: none"> - Позитивний гравітест (якісний тест) - Підвищення вмісту ХГЛ в сироватці крові (кількісний тест)

Загрозливий аборт

Скарги

1. Тягнучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер.
2. Скудні або помірні кров'яністі виділення із статевих шляхів.
3. Затримка місячних.

Анамнез

1. Порушення менструального циклу.
2. Безпліддя, особливо вилікуване методами допоміжних репродуктивних технологій.
3. Наявність самовільного переривання попередніх вагітностей.
4. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Зовнішнє вічко закрито.
2. Скудні або помірні кров'яністі виділення.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Матка легко збудлива, її тонус підвищений.
2. Розміри матки відповідають терміну вагітності.

УЗД: загальні ознаки:

1. Наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається у порожнину матки (за відсутності клінічних проявів не має самостійного значення).
2. Деформація контурів плідного яйця, його вдавлення за рахунок гіпертонусу матки (за відсутності клінічних проявів не має самостійного значення).
3. Наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.

Після встановлення діагнозу та до початку лікування необхідним є визначення життєздатності ембріона/плода та подальшого прогнозу вагітності.

Для цього використовують критерії сприятливого чи несприятливого прогнозу даної вагітності.

Таблиця 2. Прогностичні критерії прогресування вагітності*

Ознаки	Сприятливий прогноз	Несприятливий прогноз
Анамнез	Прогресуюча вагітність	Наявність спонтанних абортів
		Вік жінки >34 років
Сонографічні	Наявність серцевих скорочень при КТР плода 6 мм (трансвагінально)	Відсутність серцевих скорочень при КТР плода 6 мм (трансвагінально) 10 мм (трансабдомінально) Брадикардія.
	Відсутність брадикардії	Пусте плідне яйце діаметром 15мм при терміні гестації 7 тижнів, 21мм - при терміні 8 тижнів (достовірність ознаки – 90,8%)
		Діаметр плідного яйця 17 – 20 мм та більше при відсутності в ньому ембріона або жовточного мішка. (достовірність ознаки – 100%).
	Відповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця	Невідповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця
	Ріст плідного яйця в динаміці	Відсутність росту плідного яйця через 7-10 днів.
		Субхоріальна гематома. (Прогностична цінність розмірів субхоріальної гематоми не з'ясована остаточно, але чим більше субхоріальна гематома тим гірше прогноз).
Біохімічні	Нормальний рівень біохімічних маркерів	Рівень ХГЛ нижче норми для гестаційного віку
		Рівень ХГЛ зростає менш ніж на 66% за 48 годин (до 8 тижнів вагітності) або знижується
		Вміст прогестерону нижче норми для гестаційного віку та знижується

* У разі первинного виявлення несприятливих ознак прогресування вагітності повторне УЗД має бути проведено через 7 днів, якщо вагітність не перервалася. У разі виникнення

сумнівів щодо остаточного висновку, УЗД має бути проведено іншим спеціалістом у закладі більш високого рівня допомоги.

Тактика ведення загрозливого аборту.

Пацієнтка обов'язково має бути проінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності та можливих ускладнень, пов'язаних з використанням лікарських засобів.

Обов'язковим є отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

За наявності клінічних ознак загрозливого аборт у терміні вагітності менше 8 тижнів та несприятливих ознак прогресування вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується.

Якщо пацієнтка наполягає на проведенні терапії, спрямованої на збереження вагітності, вона має бути відповідним чином проінформована про:

- високу питому вагу хромосомних аномалій в даному терміні вагітності, які є найбільш вірогідною причиною загрози її переривання;
- низьку ефективність будь-якої терапії.

Причиною 70% спонтанних абортів, які відбуваються в терміні до 12 тижнів та 30%, що відбуваються в терміні після 12 тижнів, є хромосомні аномалії (спадкові або набуті).

Максимальна кількість хромосомних аномалій елімінується шляхом спонтанного аборту в терміні 4-5 тижнів.

На основі отриманої інформації пацієнтка приймає рішення щодо доцільності застосування терапії, спрямованої на збереження вагітності.

Рішення вагітної фіксується підписанням інформованої згоди.

При загрозі переривання вагітності в терміні більшому 8 тижнів та за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження та підтримку розвитку вагітності (**Табл. 3**).

Таблиця 3. Терапія загрозливого аборту

Лікувальний захід	Ефективність (доказові дані)
<i>Ліжковий режим та утримання від статевого життя</i>	За даними різних досліджень ефективність помірна.
<i>Спазмолітична терапія</i> <i>Седативна терапія</i>	Немає доказів ефективного та безпечного застосування з метою попередження переривання вагітності.
<p><i>Препарати прогестерону</i></p> <p>Для лікування загрозливого аборту використовуються:</p> <ul style="list-style-type: none"> - масляний розчин прогестерону (внутрішньомязово) - мікронізований прогестерон (вагінально або перорально), - синтетичні похідні прогестерону (перорально). <p>Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально)</p> <p>Їх не можна призначати одночасно</p> <p>Не доведено переваги будь якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону.</p> <p>Дози прогестерону, які б відповідали критеріям ефективності та безпечності, невідомі.</p>	<p>Показання для застосування прогестерону:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень) 2. Доведена, до вагітності, недостатність лютеїнової фази 3. Виліковане безпліддя 4. Вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій <p><u>Застосування прогестерону за будь-якими іншими показаннями не має доведеної ефективності.</u></p> <p>Рутинне призначення гестагенних препаратів при загрозі переривання вагітності не підвищує відсоток виношування, в зв'язку з чим не є виправданим. (А)</p> <p>У будь якому разі не слід перевищувати дози, встановлені виробником.</p>

Моніторинг ефективності лікування визначається за допомогою: даних УЗД, тестів функціональної діагностики, динаміки рівня ХГЛ та прогестерону в сироватці крові (табл.4).

Таблиця 4 - Моніторинг ефективності лікування

Метод	Режим проведення
Спостереження за динамікою змін клінічних симптомів	Двічі на добу та більше в разі необхідності
Визначення гормонального статусу вагітності одним або декількома з нижче наведених методів: - визначення рівнів ХГЛ в сироватці крові в динаміці	У терміні до 8 тижнів - через 48 годин, а потім один раз на тиждень до зникнення симптомів У терміні після 8 тижнів - один раз на тиждень до зникнення симптомів
- визначення вмісту прогестерону в сироватці крові в динаміці	Один раз на тиждень, до зникнення симптомів
- гормональна кольпоцитологія	Один раз на тиждень
- вимірювання базальної (ректальної) температури (до 12 тижнів)	Протягом всього лікування
УЗД	Використовується з метою підтвердження вагітності що розвивається. Не має самостійного значення в діагностиці переривання вагітності.

Аборт в ході

Скарги

1. Тягнучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер.
2. Кров'яністі виділення зі статевих шляхів здебільше у великій кількості.

Анамнез

1. Тривалість болю в нижніх відділах живота, з посиленням в динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер.
2. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите.
2. Кров'яністі виділення у великій кількості.
3. Частини плідного яйця у цервікальному каналі.
4. Підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в ранні терміни вагітності).

Бімануальне піхвове дослідження для визначення

1. Тонусу матки.

2. Розміру матки.
3. Розмірів ступеня розкриття цервікального каналу.

УЗД за необхідністю

1. Повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів).
2. Наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

Тактика ведення абортів в ході.

Пацієнтка обов'язково має бути проінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності, лікувальних заходах, що плануються та дати письмову згоду на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

Термін вагітності менше 16 тижнів

Проводять вакуум аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку під адекватним знеболенням та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки, в залежності від об'єму крововтрати. Обов'язкове патогістологічне дослідження видаленої тканини.

Термін вагітності більше 16 тижнів

Після спонтанного вигнання продукту запліднення проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати.

У разі кровотечі під адекватним знеболенням:

1. при наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекають спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати;
2. при відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливо використання утеротоніків:

- для прискорення вигнання продукту запліднення у терміні гестації 16 тижнів та більше лише окситоцин (у дозі 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500мл ізотонічного розчину хлориду натрію (до 40 крапель за хвилину);
- у разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу для покращання скоротливої спроможності матки вводять один з утеротоніків:
 - окситоцину 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі швидкістю до 40 крапель за хвилину;
 - ергометрину 0,2 мг в/м або в/в (у разі необхідності можливо повторити введення вказаної дози, максимальна добова доза не більше 1 мг);
 - мізопростол 800 мкг ректально.

Профілактичне застосування антибіотиків є обов'язковим. Вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено індивідуально.

Всім резус-негативним жінкам, у яких не має анти-резус антитіл, вводять анти-D імуноглобулін згідно діючого протоколу.

Неповний аборт

Скарги

1. Біль різної інтенсивності у нижніх відділах живота.
2. Кров'янисті виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираженості.

Анамнез

1. Тягнучий біль в нижніх відділах живота, з посиленням в динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер, дедалі зменшується.
2. Експульсія плідного яйця.
3. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрито.
2. Кров'янисті виділення різного ступеня вираженості.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Матка м'якої консистенції.
2. Розміри матки менше терміну гестації.
3. Різний ступінь розкриття шийки матки.

УЗД

Порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плідне яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури

Тактика ведення неповного аборту

Пацієнтка обов'язково має бути поінформована щодо результатів обстеження та лікувальних заходах, що плануються.

Обов'язковим є отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

У разі неповного аборту обов'язково проводять звільнення матки від залишків ембріональних/плодових тканин з наступним їх патогістологічним дослідженням.

За відсутності абсолютних показань до кюретажа або вакуум-аспірації, рекомендується надання пацієнтці можливості вибору метода звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічний або медикаментозний.

Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки

Абсолютні показання до хірургічного методу (кюретаж або вакуум-аспірація):

- інтенсивна кровотеча,
- розширення порожнини матки >50 мм (УЗД),
- підвищення температури тіла вище $37,5^{\circ}\text{C}$.

Кюретаж стінок порожнини матки або вакуум-аспірацію проводять під адекватним знеболенням; паралельно проводять заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати.

Обов'язкове застосування антибіотиків. Вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки

- може бути використаний за бажанням жінок, які намагаються уникнути хірургічного втручання та загальної анестезії;
- ефективність методу до 96% в залежності від деяких факторів, а саме: загальна доза, тривалість прийому та спосіб призначення простагландинів. Найбільший відсоток успіху (70-96%) спостерігається у разі використання великих доз простагландину E1 (800-1200 мкг), які призначаються вагінально.

Рандомізовані дослідження демонструють відсутність статистичної різниці ефективності хірургічної та медикаментозної евакуації при неповному викидні в терміні до 70 днів від 1 дня останньої менструації.

Використання медикаментозного методу сприяє достовірному зниженню частоти тазових інфекцій (7.1 % в порівнянні 13.2%, $P < 0.001$).

Медикаментозний метод може використовуватися:

- лише у разі підтвердженого неповного аборт у першому триместрі;
- якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації;
- лише за умови госпіталізації до медичного закладу, що надає екстрену допомогу цілодобово.

Протипоказання

Абсолютні:

- наднирникова недостатність,
- тривала терапія глюкокортикоїдами,
- гемоглобінопатії або антикоагулянтна терапія,
- анемія ($Hb < 100$ г/л),
- порфірія,
- мітральний стеноз,
- глаукома,
- прийом нестероїдних протизапальних засобів протягом попередніх 48 годин.

Відносні:

- гіпертензія,
- тяжка бронхіальна астма.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують:

Мізопростол – 800-1200мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару.

Препарат вводять у заднє склепіння піхви лікарем під час огляду у дзеркалах.

Через кілька годин (як правило протягом 3-6 годин) після введення мізопростолу починаються маткові скорочення та вигнання залишків плідного яйця.

Спостереження:

Жінка залишається для спостереження в умовах стаціонару протягом доби після вигнання і може бути виписана із стаціонару у разі:

- відсутності значної кровотечі,
- відсутності симптомів інфекції,
- можливості негайно звернутися до цього медичного закладу у будь-який час цілодобово.

Через 7-10 днів після виписки з стаціонару в амбулаторних умовах проводиться контрольний огляд пацієнтки та УЗД.

Перехід до хірургічної евакуації після медикаментозної евакуації здійснюють у разі:

- виникнення значної кровотечі,
- появи симптомів інфекції,
- евакуація залишків не розпочалась протягом 8 годин після введення мізопростолу,
- виявлення залишків плідного яйця у порожнині матки під час УЗД через 7-10 днів.

Повний аборт

Скарги

1. Тягнучий біль в нижніх відділах живота різної інтенсивності (але може бути відсутній).
2. Незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів(але можуть бути відсутні).

Анамнез

1. Тягнучий біль в нижніх відділах живота, з посиленням в динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер.
2. Експульсія плідного яйця.
3. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите.
2. Незначні кров'яністі виділення або відсутні.

Бімануальне піхвове дослідження

4. Матка щільна.
5. Розміри матки менше терміну гестації.
6. Цервікальний канал закритий, іноді не повністю.

УЗД

Порожнина матки <15 мм, цервікальний канал закритий, іноді не повністю, плідне яйце/плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються

Тактика ведення повного аборт

За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки.

Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень.

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)

Припинення розвитку вагітності з затримкою плодових тканин в матці.

Скарги

Зникненням суб'єктивних ознак вагітності. Іноді кров'яністі виділення з матки та підвищення температури тіла.

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

Шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Розміри матки менше терміну гестації.
2. Цервікальний канал закритий.

УЗД

- **5-6 тижнів:** невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації, не візуалізується жовточний мішок, не візуалізується ембріон.

Діагноз вагітності, що не розвивається, в терміні 5-6 тижнів має бути підтвердженим не менше, ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в ультразвукових критеріях дослідження слід повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівнів хоріонічного гонадотропіну.

- **7-8 тижнів:** відсутність серцевих скорочень ембріону, невідповідність розмірів терміну гестації.
- **9-12 тижнів:** відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону, невідповідність розмірів матки терміну гестації.

Тактика ведення абортів, що не відбулися

В разі підтвердження діагнозу - терміново провести евакуацію ембріональних/плодових тканин з порожнини матки хірургічним або медикаментозним шляхами.

Знаходження вагітності, що не розвивається, в порожнині матки протягом 4 тижнів та більше збільшує ризик коагулопатичних ускладнень, в зв'язку з чим необхідно бути готовим для боротьби з можливою кровотечею (визначити групу крові, резус-фактор, коагулограму).

Індукція скоротливої діяльності при вагітності, що не розвивається в другому триместрі здійснюється застосуванням препаратів простагландинів (мізопропростол) або утеротонічних засобів (окситоцин).

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено за індивідуальними клінічними показаннями.

Реабілітація репродуктивної функції після мимовільного абортів

1. Незважаючи на те, що один мимовільний аборт не вважається фактором ризику звичного невиношування, наявності у матері ознак станів, які могли виступати причиною переривання вагітності (ознаки інфекційних захворювань, ендокринних порушень, структурних порушень матки), бажаним є дообстеження пацієнтки. У разі виявлення певної патології жінка має бути проінформована про необхідність лікування та заклади, де вона може отримати це лікування.
2. Профілактика інфекційно-запальних захворювань, санація вогнищ хронічного запалення, нормалізація біоценозу піхви, діагностика та лікування TORCH – інфекцій.
3. Психологічна реабілітація після перенесеного абортів.
4. Неспецифічна прегравідарна підготовка: антистресова терапія, нормалізація раціону харчування, за 3 місяці до зачаття призначення фолієвої кислоти 400 мкг на день, режиму праці та відпочинку, відмова від шкідливих звичок.
5. Медико – генетичне консультування.

II. Звичне невиношування вагітності (звичний викидень)

Звичний аборт (звичний викидень) – визначається як наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчились викиднем. Якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, то такий стан визначається як „вторинний звичний” викидень”, якщо ні – використовується термін „первинний звичний викидень”.

Ведення жінок зі звичним невиношуванням вагітності.

- Обстеження жінок для визначення причин звичного невиношування, починають після переривання вагітності або під час наступної вагітності, якщо жінка звернулася після її настання.

- Обстеження повинно бути спрямоване на виявлення можливих причин невиношування, для виключення розладів у будь якій системі або органі спостережуваної жінки (табл. 1).
- При встановленні етіологічного фактору невиношування проводять патогенетичне лікування, спрямоване на усунення патології, яка лежить в основі переривання вагітності.
- З метою лікування звичного невиношування вагітності необхідно застосовувати лише **заходи з доведеною ефективністю**.

Обсяг обстеження при звичному невиношуванні вагітності

№ п/п	Характер обстеження	До настання вагітності	Під час вагітності
1	Вивчення анамнезу (менструальна, генеративна функція захворювання)	+	+
2	Огляд спеціалістів за показаннями (ендокринолога, імунолога, генетика, нефролога, психотерапевта, ЛОР, терапевта, невролога)	+	+
3	Бактеріологічне, бактеріоскопічне та вірусологічне обстеження на уrogenітальні інфекції	+	+
4	Тести функціональної діагностики (базальна температура), кольпоцитологія	+	+
5	Визначення гормонів та їх метаболітів за показаннями (статеві гормони, гіпофіза та щитовидної залози у крові; екскреція ДЕАС, кортизолу, 17-КС, 17- гідропрогестерону)	+	+
6	УЗД	+	+
7	Стан гіпофіза (МРТ, RÖ – графія турецького сідла) за показаннями	+	–
8	Імунологічне обстеження за показаннями (AB0 та Rh антитіл; антитіла до фосфоліпідів, кардіоліпінів, β2 глікопротеїду та фетальних антигенів, визначення вовчакового антикоагулянту)	+	+
9	Антитіла до хоріонічного гонадотропіну; Антиспермальні та антиоваріальні антитіла за показаннями	+	+
10	Генетичне обстеження (каріотип подружжя)	+	–
11	Пренатальна діагностика	–	+
12	Гістросальпінгографія та гістроскопія за показаннями	+	–
13	Гемостазіограма, дослідження системи гемостазу	+	+
14	Визначення стану шийки матки	+	з 12 тижня

Коментарі до проведення обстеження

- Дослідження каріотипу подружньої пари обумовлено тим, що приблизно у 2-5% випадків звичного невиношування один з батьків або обоє (рідше), є носіями збалансованої хромосомної аномалії. Виявлення порушення у будь – кого з батьків є показанням до консультації клінічного генетика для встановлення вірогідності народження дітей без застосування допоміжних репродуктивних технологій, а також для визначення показань для проведення цитогенетичного дослідження плідного яйця (плода) якомога у ранньому терміні вагітності (С).

- Ультразвукове дослідження репродуктивних органів з метою виявлення вроджених або набутих порушень, які можуть перешкоджати розвитку вагітності. Двовірне ультразвукове дослідження з/або без гістеросальпінгографії, проведене кваліфікованим спеціалістом, є достатнім для виявлення порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

Не доведена необхідність рутинного проведення гістеросальпінгографії для діагностики порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

- Антифосфоліпідний синдром є причиною звичного невиношування вагітності в близько 20% випадків. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності та антифосфоліпідним синдромом комбінована терапія (аспірин та гепарин) достовірно знижує частоту мимовільного абортів на 54% (А). Визначення наявності вовчакового антикоагулянту та антифосфоліпідних антитіл з використанням стандартних тестів. Наявність позитивного результату тесту для одних і тих же антитіл (Ig M і IgG) двічі з проміжком 4-6 тижнів на рівні середніх або високих титрів є підставою до встановлення діагнозу та проведення лікування.
- Застосування кортикостероїдів у жінок зі звичним невиношуванням та АФС не збільшує частоту живонароджень та може супроводжуватись збільшенням материнської та неонатальної захворюваності (А).
- Будь-яка тяжка інфекція у матері, що перебігає з бактеріємією або вірусемією, може бути чинником самовільного викидня, хоча роль інфекційного фактора в структурі чинників невиношування вагітності не зовсім з'ясована. Для того, щоб інфекційний агент був «прийнятий» як чинник саме звичного невиношування, він повинен мати здатність персистенції у генітальному тракті жінки без наявних ознак або спричинювати мінімальні прояви.
- Виявлення і лікування бактеріального вагінозу у ранні терміни вагітності зменшує ризик повторних самовільних абортів і передчасних пологів (А). Обстеження на TORCH інфекцію для виявлення причин звичного невиношування у випадках, коли є підозра на наявність інфекції або відомості про наявність інфекції у минулому чи проведення її лікування (С).

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН)

ІЦН – не пов'язане зі скоротливою діяльністю матки мимовільне згладжування та розкриття шийки, що призводить до повторного переривання вагітності частіше в другому триместрі.

Клінічні ознаки:

- **Наявність в анамнезі** (жінка належить до групи високого ризику):
 1. двох та більше епізодів переривання вагітності в другому триместрі, які не є результатом скоротливої діяльності матки чи відшарування плаценти;
 2. випадків мимовільного безболісного розкриття шийки матки до 4-6 см при попередніх вагітностях;
 3. наявність хірургічних втручань на шийці матки, розривів шийки матки другого або третього ступенів в минулих пологах;
 4. інструментальної дилатації шийки матки під час штучного переривання вагітностей.

- **При огляді :**
 1. вроджені або набуті анатомічні дефекти ектоцервіксу;
 2. розкриття шийки матки до 2 та більше см в другому триместрі вагітності при відсутності маткових скорочень та відшарування плаценти;
 3. пролабірування плідного міхура з зовнішнього вічка шийки матки.
- **При трансвагінальному УЗД:**
 1. укорочення шийки матки до 25мм та більше в терміні 16- 24 тижні;
 2. клиноподібна трансформація каналу шийки матки на 40% довжини та більше.

Недостатність лютеїнової фази

Діагностика недостатності лютеїнової фази менструального циклу:

- визначення співвідношення рівнів прогестерону в 1 та 2 фазу менструального циклу (менше ніж в 10 разів);
- визначення реологічних властивостей цервікального слизу (неадекватно високий цервікальний індекс за шкалою Marisi);
- визначення динаміки синдрому «зіниці» (закриття цервікального каналу після 21 дня циклу);
- гіполютеїновий тип мазка за даними гормональної кольпоцитології – зберігається високий каріопікнотичний індекс при зниженні еозинофільного індексу);
- визначення різниці базальної температури (різниця між найнижчим значенням у 1 фазу та найвищим у 2 повинна складати більше 0,4 С °);
- дворазове гістологічне дослідження пайпель-біоптатів ендометрію на 22 – 24 день циклу (триденне відставання ендометрію від фази циклу).

Ведення вагітних зі звичним невиношуванням передбачає сукупність заходів з доведеною ефективністю. Стандартною прегравідарною підготовкою повинна бути забезпечена кожна жінка, що планує вагітність.

Прегравідарна підготовка включає:

- **Припинення шкідливих впливів**
 1. відмова від паління;
 2. відмова від вживання алкоголю;
 3. виключення впливу факторів шкідливого промислового виробництва;
 4. уникнення психоемоційних перевантажень та стресів.
- **Оздоровлення жінки та лікування хронічних захворювань**
 1. нормалізація режиму праці та відпочинку;
 2. створення сприятливих психоемоційних станів на виробництві та в сім'ї (побуті);
 3. раціональне харчування;
 4. регулярні фізичні навантаження (ранкова гімнастика, плавання, прогулянки, тощо);

5. санація екстрагенітальних вогнищ хронічної інфекції (тонзиліт, гайморит, піелонефрит тощо);
6. нормалізація маси тіла;
7. щеплення проти краснухи імунонегативних жінок для профілактики вродженої краснухи;
8. вакцинація проти гепатиту В жінок репродуктивного віку групи ризику, що забезпечує профілактику вертикальної передачі інфекції, зменшення ризику печінкової недостатності та цирозу печінки у матері;
9. підготовка пацієнток з хронічними екстрагенітальними захворюваннями:
 - *цукровий діабет*: стійка компенсація вуглеводного метаболізму упродовж трьох місяців до запліднення та призначення фолієвої кислоти 800мкг на день за 3 місяці до зачаття;
 - *артеріальна гіпертензія* (тримання нормотензії, перехід на антигіпертензивні препарати, дозволені до застосування під час вагітності);
 - *гіпотиреоз* (корекція замісної терапії L-тироксинам для досягнення еутиреоїдного стану);
 - *епілепсія* (перехід на протисудомні засоби з меншою негативною дією на плід, збільшення дози фолієвої кислоти до 800мкг на день за 3 місяці до зачаття);
 - *вади серця* (радикальне хірургічне лікування за показаннями);
 - *хвороби, що потребують постійної антикоагулянтної терапії* (відміна тератогенних кумаринових похідних, призначення гепарину)
 - *інші екстрагенітальні захворювання* (хірургічне лікування, корекція терапії, досягнення ремісії хвороби).
 - виявлення та лікування ВІЛ інфекції.

Лікування звичного невиношування:

1. призначення фолієвої кислоти 400 мкг на день за 3 місяця до зачаття зменшує частоту вад невральної трубки на 2/3;
2. лікування станів, які супроводжуються дефіцитом ендogenous прогестерону (недостатність лютеїнової фази, вилікуване безпліддя, вагітність в наслідок допоміжних репродуктивних технологій).

В групі жінок зі звичним викиднем застосування прогестерону з метою профілактики переривання вагітності демонструє статистично достовірне зниження частоти переривання вагітності в порівнянні з плацебо або відсутністю терапії (А).

Використовуються:

- масляний розчин прогестерону (внутрішньом'язово);
- мікронізований прогестерон (вагінально або перорально);
- дидрогестерон (перорально).

Їх не можна призначати одночасно!

Не виявлено статистичної достовірної різниці в способі призначення прогестерону (в/м, пероральне, інтравагінально).

Не доведено переваги будь-якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону.

Дози прогестерону, які б відповідали критеріям ефективності та безпечності невідомі. В будь якому разі не слід перевищувати дози встановлені виробником.

- не доведена ефективність застосування імунотерапії (культури лімфоцитів, внутрішньовенно людський імуноглобулін).

Схема комбінованої терапії антифосфоліпідного синдрому після чітко встановленого діагнозу:

- **Аспірин 75 мг/добу.**
Прийом аспірину починають, як тільки тест на вагітність стає позитивним та продовжують до пологів;
- **Нефракціонований гепарин 5 000 ОД** підшкірно кожні 12 годин або низькомолекулярний гепарин у середній профілактичній дозі.
Застосування гепарину починають, як тільки за допомогою УЗД зареєстрована серцева діяльність ембріону. Застосування гепарину припиняють в 34 тижні вагітності. При застосуванні нефракціонованого гепарину проводять контроль рівня тромбоцитів щотижнево протягом перших трьох тижнів, потім кожні 4 – 6 тижнів.
Якщо при попередніх вагітностях мали місце тромбози, терапія може бути продовжена до пологів та в післяпологовому періоді.

Лікування істміко-цервікальної недостатності полягає в накладанні профілактичного чи лікувального шва на шийку матки.

Загальні умови застосування шва:

- живий плід без видимих вад розвитку;
- цілий плідний міхур;
- відсутність ознак хоріонамніоніту;
- відсутність пологової діяльності та/або кровотечі;
- перший або другий ступінь чистоти піхви.

Профілактичний шов на шийку матки.

Показаний жінкам групи високого ризику, які мали в анамнезі два та більше самовільних викидні або передчасні пологи в другому триместрі вагітності. Проводиться в терміні 13 – 16 тижнів вагітності за наявності вищевказаних умов.

Даних щодо переваг будь-якої з численних технік накладання шва та шовного матеріалу, застосованого при цьому, не існує (**В**).

Терапевтичний шов на шийку матки

Показаний жінкам групи ризику з УЗ даними:

- коротка шийка (менше 2,5 см) без клиноподібної трансформації цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу на 40 % та більше при одноразовому дослідженні.

Ургентний або лікувальний шов на шийку матки пропонують жінкам з моменту встановлення діагнозу.

Клінічний протокол з акушерської допомоги «ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ»

Шифр МКХ-10: O60

Передчасні пологи – це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода масою більш 500г у терміні вагітності з 22 тижнів до 37 тижнів [А].

У зв'язку з особливостями акушерської тактики та виходжування дітей, які народились при різних термінах гестації, доцільно виділити такі періоди:

- 22-27 тижнів;
- 28-33 тижні;
- 34-36 тижні + 6 днів гестації.

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення передчасних пологів у спеціалізованих акушерських стаціонарах, у яких є умови для проведення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених.

Доцільно забезпечення прав роділлі на залучення близьких до присутності на пологах.

Принципи ведення передчасних пологів:

1. **Оцінка ступеня** прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології з метою визначення рівня надання стаціонарної допомоги.
2. **Визначення плану ведення** пологів та поінформоване погодження його з жінкою.
3. **Контроль за станом матері** та плода під час пологів з веденням партограми [А].
4. **Профілактика** респіраторного дистрес синдрому до 34 тижнів вагітності.
5. **Знеболювання пологів** за показаннями.
6. **Оцінка стану дитини**, підтримка теплового ланцюжка, проведення первинного туалету новонародженого, спільне перебування матері та дитини з перших годин після народження, більш широке використання методу “кенгуру” при виходжуванні дітей з малою масою.

Діагностика та підтвердження пологів:

Підтвердження пологів:

- у вагітної після 22 тижнів з'являються переймоподібні болі внизу живота та крижах з появою слизово-кров'яних або водянистих (у разі відходження навколоплідних вод) виділень з піхви;
- наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд;
- зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне вкорочення шийки матки та її згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметру просвіту шийки матки - вимірюється у сантиметрах;
- поступове опускання передлеглої частини плода (голівка, сідниці) до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно lin.interspinalis (при внутрішньому акушерському дослідженні).

Діагностика періодів і фаз пологів.

Симптоми і ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи/відсутність пологової діяльності/	
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см	Перший	Латентна
Шийка розкрита на 3-9 см. Швидкість розкриття шийки матки не менше (або більше) – 1 см/год. Початок опускання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см). Голівка плода у порожнині тазу. Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см). Передлегла частина плода досягає дна тазу. Роділля починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)
Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	Третій	

Послідовність дій при веденні передчасних пологів

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

- ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності, звернувши увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження, та дані гравідограми;
- з'ясовує скарги;

- для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів;
- здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу. Визначає термін вагітності та очікувану масу плода;
- запитує про відчуття рухів плода самою роділлею та проводить аускультацию серцебиття плода;
- проводять зовнішнє, та за відсутності передчасного розриву плодових оболонок, внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого тазу;
- за даними анамнезу, обмінної карти та результатами фізикального та акушерського обстеження роділлі, встановлює строк вагітності, акушерський діагноз, визначає тактику ведення вагітної (роділлі);
- до 34 тижнів вагітності при розкритті шийки матки менш, ніж 3 см, відсутності амніоніта, прееклампсії, кровотечі, задовільному стані плода проводять токоліз.

Токолітична терапія призначається на строк 48 годин, необхідних для проведення антенатальної профілактики РДС глюкокортикоїдами, та при необхідності переведення вагітної на вищий рівень надання допомоги.

1. ніфидепін 10 мг сублінгвально кожні 15 хвилин впродовж першої години до припинення схвatok, потім призначають 20 мг 3 рази на добу в залежності від маткової активності;
2. бета-миметиками, (гініпрал, рітодрин та їх аналоги); гініпрал у дозі 10мкг (2 мл) застосовується у вигляді в/в інфузій на 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду зі швидкістю 5-10 крапель за хвилину;
3. **використовувати орально таблетовані токолітики для підтримуючої терапії після успішного лікування передчасних пологів не рекомендується;**
4. науково доведено, що сульфат магнію не тільки не має вираженої токолітичної активності, тобто, не попереджує передчасні пологи, а майже в три рази підвищує постнатальну смертність.

Через 2 години після початку токолізу підтвердити діагноз передчасних пологів констатацією згладжування, чи розкриття шийки матки. **Якщо передчасні пологи прогресують – токоліз відмінюють [A].** Далі пологи ведуть згідно партограми;

Профілактику респіраторного дистрес синдрому плода проводять з 24 до 34 тижнів:

- при загрозі передчасних пологів в/м введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин на курс 24мг [A], чи бетаметазону по 12мг кожні 24 години, на курс 24мг [A];

Не рекомендується проводити повторні курси профілактики респіраторного дистрес синдрому плода - це підвищує ризик відставання в психомоторному розвитку дитини і посилює проблеми її поведінки.

Не використовувати кортикостероїди за наявності клінічних проявів важкої інфекції.

Проведення інтранатальної антибактеріальної терапії здійснюють у разі наявності ознак інфекції [A].

Призначення клізми та гоління лобка роділлі не проводиться [A].

Спостереження та допомога роділлі під час I періоду пологів:

З метою динамічного та наглядного спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода та з метою своєчасного прийняття обґрунтованого рішення щодо подальшої тактики ведення пологів, визначення обсягу необхідних втручань використовують запис партограми [A]. Ведення партограми не виключає одночасні записи в історії пологів при передчасних пологах.

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

Оцінка стану плода:

Серцебиття плода в пологах реєструють шляхом:

- періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора;
- за показаннями - шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія)

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії слід дотримуватися наступної методики:

- роділля знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми;
- аускультатія триває щонайменше 60 секунд.

Аускультатія має проводитися кожні 30 хвилин протягом латентної фази та кожні 15 хвилин протягом активної фази першого періоду пологів.

В нормі ЧСС плода становить 110-170 ударів за хвилину.

У разі появи частоти серцевих скорочень плода, що виходить за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультатію після закінчення найбільш інтенсивної фази наступної перейми, дотримуючись вище описаної методики.

Перехід від періодичної аускультатії до електронного фетального моніторингу показаний у наступних випадках:

- ЧСС плода зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки;
- базальна частота серцевих скорочень плода менше 110 чи більше 170 ударів за хвилину;
- під час періодичної аускультатії виявляються будь-які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки;
- розпочато пологопідсилення окситоцином;
- вилились навколоплідні води, забарвлені густим меконієм.

Рутинне застосування КТГ всім роділлям не доцільне, через високий відсоток хибнопозитивних результатів та збільшення частоти втручань, в тому числі і оперативних пологів [A].

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

Оцінка загального стану матері:

Вимірювання температури тіла - кожні 4 години; визначення параметрів пульсу - кожні 2 години; артеріального тиску - кожні 2 години; кількість сечі визначають кожні 4 години.

Оцінка прогресування пологів:

З метою оцінки прогресування пологів визначають:

- частоту та тривалість перейм – щогодини у латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі. При нормальній тривалості передчасних пологів є тенденція до збільшення швидкості розкриття шийки матки, яка у латентній фазі складає 0,8см/год; у активній – 3,5 см/год [A];
- швидкість розкриття шийки матки шляхом внутрішнього акушерського дослідження (проводять кожні 4 години);
- рівень опускання голівки плода при проведенні кожного зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження.

Підтримуючий догляд під час пологів і розродження [A]:

- 1. Персональна психологічна підтримка** вагітної присутністю чоловіка, найближчих родичів чи обраного нею партнера під час пологів та розродження;
- 2. Взаємне порозуміння** та психологічна підтримка роділлі медичним персоналом:
 - пояснення необхідності проведення процедур і маніпуляцій, дозвіл на їх проведення; підтримка доброзичливої атмосфери при розродженні, поважне відношення до бажань жінки, забезпечення конфіденційності.
- 3. Підтримка чистоти роділлі** та її оточення:
 - заохочення самостійно прийняти ванну чи душ жінкою на початку пологів;
 - перед кожним піхвовим дослідженням обмивання зовнішніх статевих органів і промежини роділлі теплою водою.
- 4. Забезпечення рухливості роділлі:**
 - жінку заохочують до активної поведінки та вільного ходіння під час пологів;
 - допомагають жінці вибрати положення для пологів.
- 5. Підтримують прийом жінкою їжі та рідини за її бажанням.** Прийом невеликої кількості поживної рідини відновлює фізичні сили роділлі.
- 6. Знеболювання пологів за погодженням жінки.**

Якщо роділля страждає від болю під час перейм або потуг, її психологічно підтримують та заспокоюють:

- пропонують перемінити положення тіла, заохочують до активних рухів; пропонують партнеру масажувати жінці спину, тримати її руку та протирати обличчя вологою губкою між переймами; пропонують жінці дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих) – у більшості випадків це зменшує відчуття болю.

Вимоги до медикаментозного знеболювання: знеболюючий ефект, відсутність негативного впливу на організм матері та плода, простота та доступність для усіх родопомічних закладів.

Наркотичні анальгетики не використовуються [A].

Спостереження та допомога у II періоді пологів.

Оцінка стану плода

Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультатії кожні 5 хвилин (при необхідності частіше) у ранню фазу другого періоду та після кожної потуги у активну фазу.

Оцінка загального стану роділлі

Вимірювання артеріального тиску, підрахування пульсу – кожні 15 хвилин (при необхідності частіше).

Оцінка прогресування пологів

Оцінюють просування голівки по родовому каналу та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

Здійснюють спостереження за просуванням голівки плода за допомогою зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження.

Внутрішнє акушерське дослідження у другому періоді пологів поводить щогодини, якщо немає показань до більш частого його проведення.

Якщо не відбулося своєчасного вилиття навколоплідних вод, в асептичних умовах проводять амніотомію з дотриманням стандартних застережливих заходів (стерильні латексні рукавички, засоби захисту очей - маска або щиток, вологостійкий халат, обережне використання гострого інструментарію).

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів

При передчасних пологах обов'язкова присутність лікаря педіатра-неонатолога та наявність підготовленого обладнання для надання медичної допомоги новонародженому. Оптимальною для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 28°C

Медичний персонал приймає пологи у чистому халаті (у разі можливості оптимальним є використання одноразового халату з водовідштовхуючого матеріалу), масці, окулярах та стерильних рукавичках.

У другому періоді пологів ведеться спостереження за загальним станом роділлі, гемодинамічними показниками (артеріальний тиск, пульс кожні 10 хвилин), станом плода –

контроль серцевої діяльності плода кожні 5 хвилин, просуванням голівки плода по родовому каналу.

Якщо не відбулося своєчасного вилиття навколоплідних вод, в асептичних умовах проводять амніотомію.

Положення жінки для народження дитини

Забезпечується можливість роділлі вибрати положення для народження дитини, яке є зручним для неї.

Рутинне положення на спині („літотомічна” позиція) супроводжується зростанням частоти випадків порушень стану плода та пов’язаних з ними оперативних втручань у порівнянні з вертикальними положеннями (сидячи, стоячи), а також положенням роділлі на боці. [A]

Потужна техніка

Слід надавати перевагу техніці „не керованих фізіологічних потуг”, коли жінка робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання

Рутинну епізіо-перинеотомію та пудендальну анестезію не проводять [A]

Після народження дитини, залежно від її стану, передають неонатологу, або викладають на груди матері

Ведення III періоду пологів

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів – активна та очікувальна

Активне ведення третього періоду пологів

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

Активне ведення третього періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці підчас вагінальних пологів.

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

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків;
- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Введення утеротоніків:

Протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Якщо в наявності немає окситоцину можна використати ергометрін по 0,2мг внутрішньом'язово.

Не використовують ергометрін жінкам з гіпертензією.

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

У разі відсутності утеротоніків не слід використовувати методику активного ведення третього періоду пологів. У цьому випадку слід застосовувати очікувальну тактику ведення третього періоду пологів.

Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину:

- перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці;
- покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона;
- тримати пуповину у стані легкого натяжіння та дочекатись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину);
- одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти;
- під час тракції продовжувати проводити другою рукою контртракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона);
- якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжуйте обережно її утримувати у стані легкого натяжіння, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку;
- одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію.

Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки над лоном.

Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки

Після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, скручуючи оболонки, повільно підтягують плаценту вниз для закінчення пологів.

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

Уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо ділянка материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, це свідчить про затримку ділянок плаценти та потребує відповідних заходів.

За відсутності народження плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводиться ручне відокремлення і виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі – ручне або інструментальне (в залежності від умов) відділення плаценти та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

Масаж матки

Після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною

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

Очікувальне ведення третього періоду пологів

Після закінчення пульсації пуповини, акушерка перетискає та перетинає пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відшарування плаценти та кількістю кров'яних виділень.

При появі ознак відшарування плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова) - жінці пропонують потужитись, що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відшарування плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводять ручне відокремлення та виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі ручне відокремлення плаценти та виділення посліду проводять негайно під адекватним знеболенням.

Огляд пологових шляхів після пологів (за допомогою вагінальних дзеркал) виконують тільки при наявності кровотечі, після оперативних вагінальних пологів, або стрімких пологів, пологів поза лікарняним закладом.

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

Проект «Здоров'я матері та дитини»

01025, Київ, Україна
Вул. В. Житомирська 8/14, оф. 5
E-mail: office@jsi.com.ua
Тел: (+380-44) 279-45-12
Факс: (+380-44) 278-10-06
www.mihp.com.ua

Цей документ було розроблено завдяки щедрій підтримці американського народу з допомогою Агентства США з міжнародного розвитку. Відповідальність за зміст цього документу несе Міністерство охорони здоров'я України та Корпорація Інституту дослідництва та тренінгів JSI. Інформація, яка відображена в цьому документі не завжди відтворює погляди Агентства США з міжнародного розвитку або уряду Сполучених Штатів.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ І ДИТИНИ



MOTHER & INFANT HEALTH