

ДАЙДЖЕСТ

ПРОФЕСІОНАЛЬНОЇ
МЕДИЦИНСКОЇ ІНФОРМАЦІЇ



по темі:

КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ З АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ

Затверджено
наказом Міністерства
охорони здоров'я України
від 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"*

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.

В НОМЕРЕ:

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ З
АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ
"НОРМАЛЬНЕ ВЕДЕННЯ
ПОЛОГІВ" 3

ВИКОРИСТАННЯ
ПАРТОГРАМИ,
ДОДАТОК 1..... 14
ДОДАТОК 2..... 21

ДІАГНОСТИКА
АНТИФОСФОЛІПІДНОГО
СИНДРОМА (АФС) У
ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ
НЕВЫНАШИВАНИЕМ
БЕРЕМЕННОСТИ 22

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ З
АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ
"НЕВИНОШУВАННЯ
ВАГІТНОСТІ" 24

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ З
АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ
"ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ" 38

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

Візування:
Заступник Міністра

В.В. Лазоришинець

Начальник Управління
материнства, дитинства

Р.О. Моїсєєнко

Начальник Управління справами

З.Т. Гузар

Начальник Відділу правового забезпечення

В.М. Бронова

Начальник Відділу із забезпечення
діяльності Міністра

В.М. Сірман



Клінічний протокол з акушерської допомоги "НОРМАЛЬНЕ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ"

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 1 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;

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. Роділлі починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)
Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	Третій	

- 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 породіллі під час пологів (організація партнерських пологів);
- моніторинг стану матері, плода та прогресування пологів;
- використання партограм для прийняття рішення щодо перебігу пологів, а також необхідності та об'єму втручання;
- 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-го тижня з'являються 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).

Послідовність дій у разі нормального перебігу пологів:

Під час госпіталізації породіллі до акушерського стаціонару 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-гіне-

кологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та дані гравідограми;

- з'ясовує скарги;
- для оцінки стану породіллі 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 плоду;
- запитує про відчуття рухів плоду самою родилею та проводить аускультацию серцебиття плода;
- проводить зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плоду, 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, яка народжує.

Не рекомендується рутинне призначення клізми та гоління лобка породіллі [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);
- породіллю та її партнера супроводжує в індивідуальну пологову палату.

Спостереження та допомога породіллі під час I періоду пологів

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться лікарем акушер-гінекологом до **партограми** (додаток 1).

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

Оцінка стану плоду:

- Серцебиття плоду в пологах реєструють шляхом:
- періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора;



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
Місцезнаходження передлеглої частини плода	Рухома над входом до малого тазу	Притиснута до входу до малого тазу	Притиснута або фіксована на вході до малого тазу

Примітка:

0-2 бали - "шийка не зріла"

3-5 балів - "шийка недостатньо зріла"

>= 6 балів - "шийка зріла"

або

- за показаннями – шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія)

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії слід дотримуватися наступної методики:

- породілля 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 аускультатію після закінчення найбільш інтенсивної фази наступної перейми, дотримуючись вище описаної методики.

Перехід від періодичної аускультатії 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 аускультатії виявляються будь які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки;

- розпочато пологопідсилення окситоцином;

- вилились навколоплідні води, забарвлені меконієм.

Рутинне застосування КТГ всім породіллям не доцільне через високий відсоток хибно-негативних 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, що його проводять кожні 4 години. Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності показань:

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

Якщо після додаткового внутрішнього акушерського дослідження прийняте рішення продовжувати консервативне ведення пологів, наступне акушерське дослідження проводять через 4 години, починаючи 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, що 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.

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 "пролонговану активну фазу", що може бути пов'язане 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 плоду

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

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

Умови забезпечення нормальних пологів:

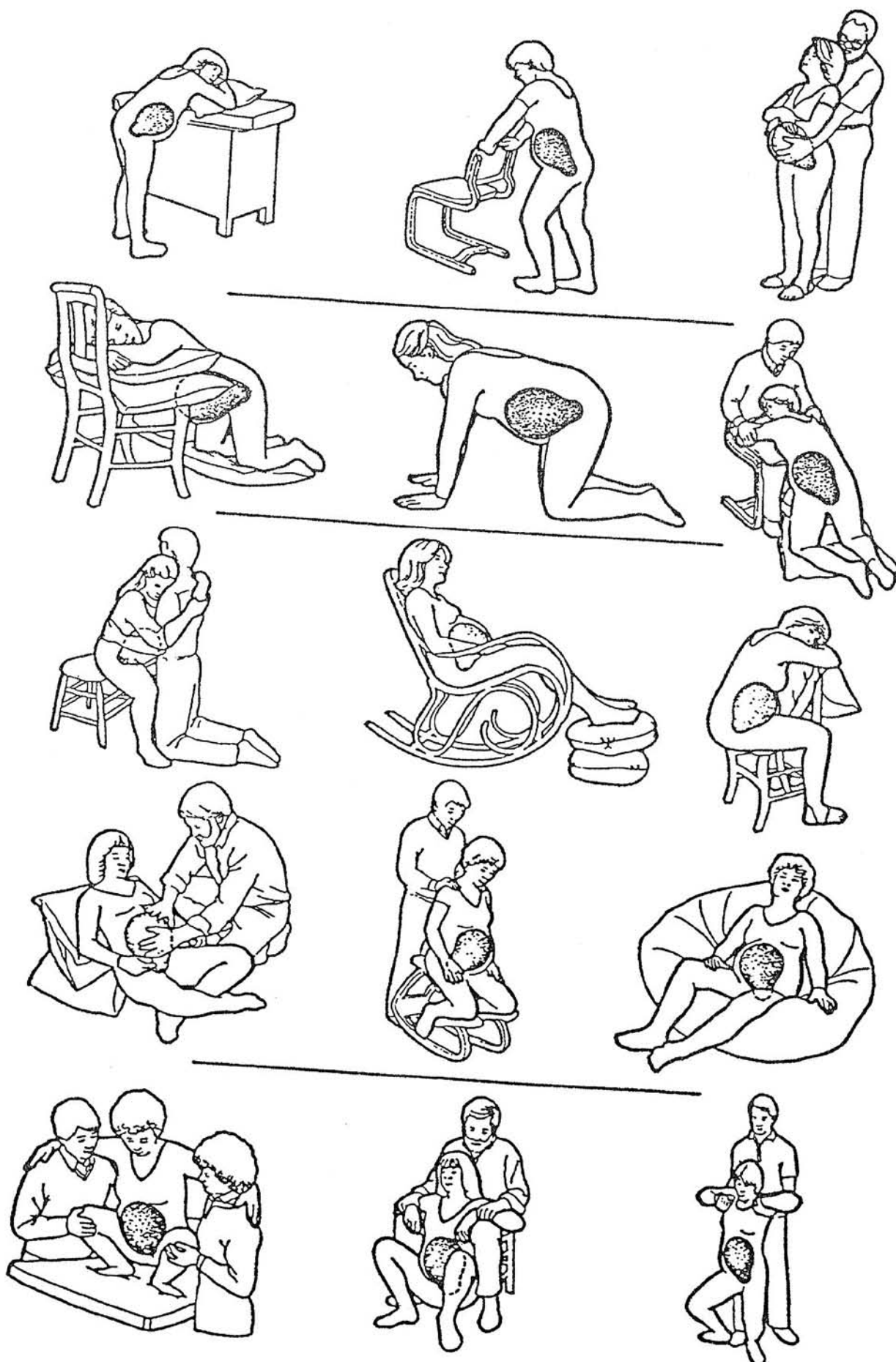
- індивідуальна пологова кімната, що має бути максимально наближена до домашніх умов;

- персональна психологічна підтримка породіллі чоловіком чи обраним нею партнером, які мають бути підготовленими до участі в пологах;

- досягнення взаємного порозуміння, психологічна підтримка породіллі медичним персоналом;



Малюнок 1. Положення, що їх може прийняти жінка в пологах



- 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;

- підтримання чистоти породіллі та її оточення:

- заохочення самостійно прийняти ванну чи душ під час пологів;

- перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням зовнішні статеві органи і промежину породіллі обмивають чистою теплою водою.

- забезпечують рухливість породіллі:

- 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 породіллі 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** (малюнок 1): заохочення породіллі до активних рухів; пропонують партнеру масажувати їй спину; погладжувати 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. Породілля 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**: породілля 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**: породілля сидить рівно на стільці з розведеними колінами, приблизно на 10

см, ступні щільно опираються на підлогу. Партнер знаходиться перед нею і розміщує опорну частину долоні поверх великогомілкової кістки, тривало натискаючи на коліна в бік тазостегнових суглобів жінки, нахилившись у її сторону;

- **гідротерапія**: прийом душі або занурення у воду з температурою 36-37°C у активній фазі (за 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 породіллі.

Гідротерапію проводять обов'язково під наглядом медперсоналу!

- **масаж**: техніка масажу полягає у легкому поглажуванні живота, вібрації та розминанні рук, ніг та комірцевої 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 плоду, простота і доступність для всіх родопомічних закладів.

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 плоду

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

Оцінка загального стану породіллі

Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу – кожні 15 хвилин.



Оцінка прогресування пологів

Оцінюють просування голівки по пологових шляхах та пологову діяльність (частота та тривалість скорочень матки).

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів.

Рання фаза другого періоду пологів

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

В ранню фазу слід забезпечити рухливість породіллі, 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 плоду.

В ранній фазі не слід примушувати породіллю тужитись, тому що це призводить до втоми породіллі, порушення процесу внутрішнього повороту голівки плоду, травмування пологових шляхів і голівки, порушення стану плоду та зайвим медичним втручанням.

Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів

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

Слід надавати перевагу техніці "нерегульованих фізіологічних потуг", коли жінка самостійно робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання.

Допустима тривалість другого періоду пологів:

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

Положення жінки для народження дитини

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

Рутинне положення на спині ("літотомічна" позиція) супроводжується зростанням частоти випадків порушень стану плоду та пов'язаних з ними оперативних втручань у порівнянні з вертикальними положеннями (сидячи, стоячи), а також положенням породіллі 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 плоду;
- рубцеві зміни промежини, що є суттєвою перешкодою 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 ший. В разі тугого обвиття, пуповину необхідно перетнути між 2-х затискачів, при нетугому – послабити натягнення пуповини та дочекатися наступної потуги. Не квапитись!

У разі задовільного стану плоду 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 повинне бути запропоноване кожній жінці під час вагінальних пологів.

Породілля 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 – 0,2 мг внутрішньом'язово.

Не використовують ергометрін жінкам з гіпертензивними розладами!

Жінка має бути поінформована щодо можливих побічних ефектів 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 лоном жінки і утримувати матку відводячи її від лона;
- тримати пуповину у стані легкого натягнення 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 натягнення

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, необхідно припинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натягнення, 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 плоду 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 впевнено-



му 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-ти хвилин після народження плоду 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 новонарод-

женому температуру тіла в аксілярній 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 клеювання 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 «теплого ланцюжка» є забезпечення температури у пологовій залі (операційній) не нижче, ніж 25 °С.

Організаційні умови забезпечення підтримки «теплого 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 °С – 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 «теплого ланцюжка».

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

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 «теплого 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 якомога 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 кувезі 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 «теплого 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 відділен-



ні, що пов'язане 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, що 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 увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагубання, 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 спільне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодовуванні, що буде найбільш комфортною, як для неї так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодовуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття.

- Захищає новонародженого від інфекцій.

3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі:

- Надання матері точної та вичерпної інформації протягом всього післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого – придбані навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищують відчуття впевненості в собі, а також нада-

ють можливість своєчасно звернутись за допомогою, в разі необхідності.

4. Проведення консультування 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 вигодовування новонародженого, післяпологової контрацепції та основних загрозливих симптомів післяпологового періоду.

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 смокче 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 плоду, пологовою діяльністю, станом матері та плоду.

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 породілею 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 обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів;
- визначити обсяг необхідних втручань;
- знизити частоту кесарського розтину та полопідсилення окситоцином;
- зменшити частоту інтранатальної загибелі плоду.

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 плоду – частота серцевих скорочень, стан плідного міхура та навколоплідних вод, конфігурація голівки.

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

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

Паспортна частина містить інформацію про: прізвище, ім'я та по батькові породіллі, 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 Мал 2).

I – Стан плоду

Частота серцевих скорочень

Вертикальна вісь графі відображає частоту серцевих скорочень плоду 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 плоду.

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

Частоту серцевих скорочень плоду 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 (•), що 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. (Мал 2)

Навколоплідні води

Кожна клітина графи 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 надалі 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, розташовану праворуч від вертикалі, що відповідає певному значенню реального часу шкали "Час" (Мал 2)

Конфігурація голівки плоду

Кожна клітина графи відповідає проміжку часу в 30 хв.

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

Запис здійснюють наступним чином:

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

Слід пам'ятати, що позначка має бути вписана у клітину, що розташована праворуч від вертикалі, що відповідає певному значенню реального часу шкали "Час" (Мал 2).

Конфігурація голівки III ступеня у поєднанні із призупиненням розкриття шийки матки та/або відсутністю

опускання голівки плоду на фоні активної пологової діяльності є ознакою клінічно вузького тазу.

II – Перебіг пологів

Розкриття шийки матки

Вертикальна вісь графи 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 графи, 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 і для жінок, що народжують повторно.

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

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

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

Позначки (X) з'єднують безперервною лінією (крім випадку, коли виконується перенесення – див. нижче), створюючи графік розкриття шийки матки (Мал 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 графи 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 менше 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, символізуючою перенесення (Мал.2).

Час, проведення внутрішнього акушерського дослідження, слід також перенести та розташувати ліворуч від вертикалі на якій знаходиться перенесений на Лінію уваги X.

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

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

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

Час, проведення внутрішнього акушерського дослідження відмічається ліворуч від вертикалі, на якій знаходиться нанесений на Лінію уваги X. Запис всіх показників прогресування пологів, стану матері та плоду надалі здійснюють від цього часу.

Інтерпретація

• Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться ліворуч 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 праворуч 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 плоду.

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 наявністю 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, плоду та акушерської ситуації;

- за наявністю показань (дистрес плоду, 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 1 см/год між будь якими з цих досліджень (тобто графік розкриття шийки матки не є паралельним Лінії дії) – розродження шляхом кесаревого розтину.

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

Опускання голівки плоду

Опускання голівки плоду може бути визначене за допомогою абдомінальної пальпації та внутрішнього акушерського дослідження.

На партограмі відмічається опускання голівки, визначене шляхом абдомінальної пальпації.

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

Наприклад, голівка плоду 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. (Мал 1)

Абдомінальна пальпація дає можливість запобігти помилоку 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, – це найчастіше означає що голівка знаходиться у порожнині тазу.

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

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

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

Позначки (О) з'єднують безперервною лінією, створюючи графік опускання голівки плоду. У випадку, коли виконується перенесення, позначки (О) не з'єднуються. (Мал.2)

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

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

Опускання голівки плоду 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 праворуч від вертикалі, що відповідає певному значенню часу (Мал 2).

III – Стан жінки

Пульс та артеріальний тиск

Вертикальна вісь графі 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 графі) яка зверху досягає горизонталі, що відповідає значенню систолічного тиску, а знизу – горизонталі, що відповідає значенню діастолічного тиску.

Двобічна стрілка має бути розташована праворуч від вертикалі, що відповідає значенню часу.

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

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

Білок та ацетон сечі визначаються за показаннями.

Окситоцин

Заповнюють у разі стимуляції пологової діяльності.

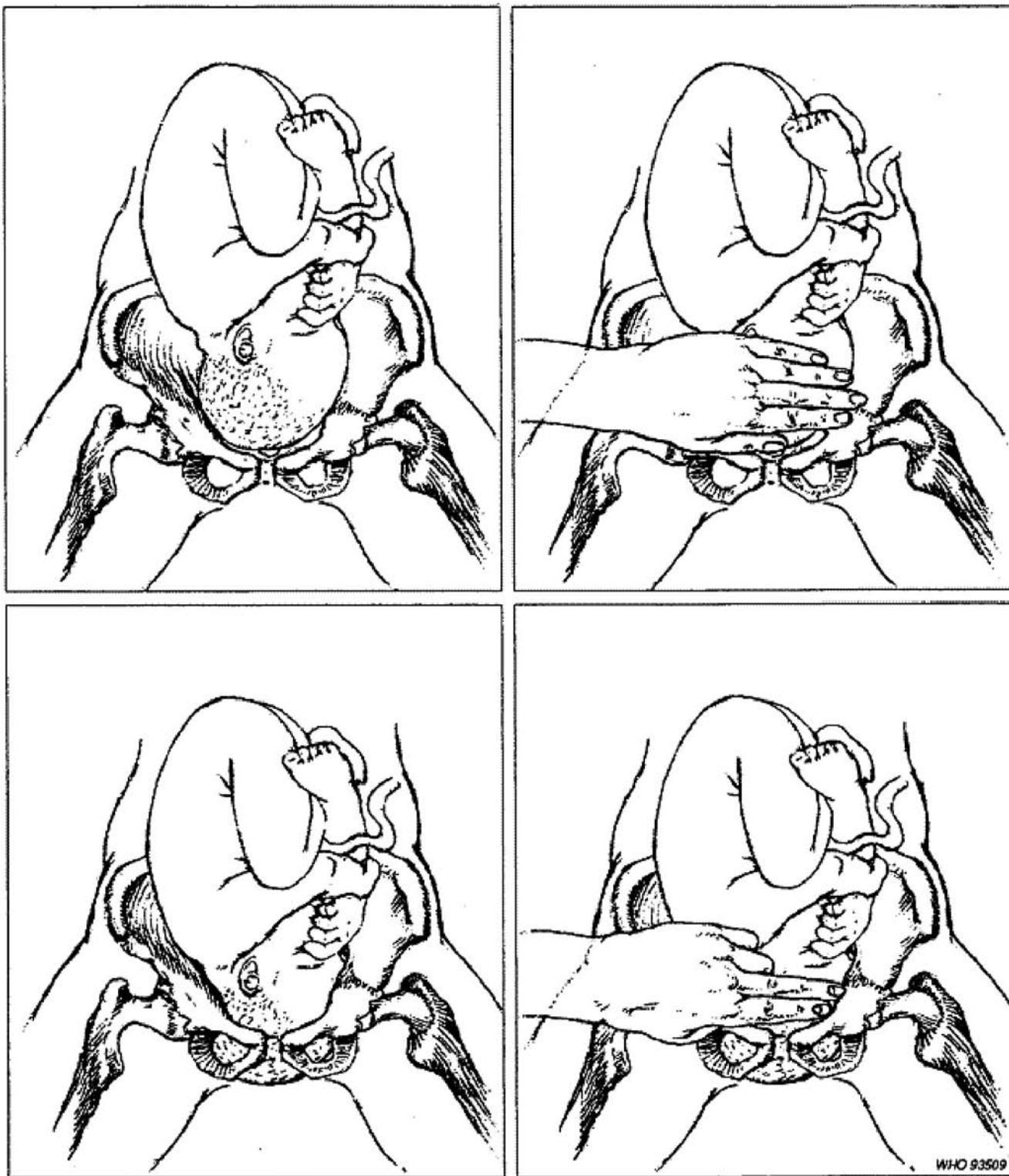
Верхній рядок графі призначений для запису дози окситоцину, у розрахунку на 1 літр фізіологічного розчину.

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

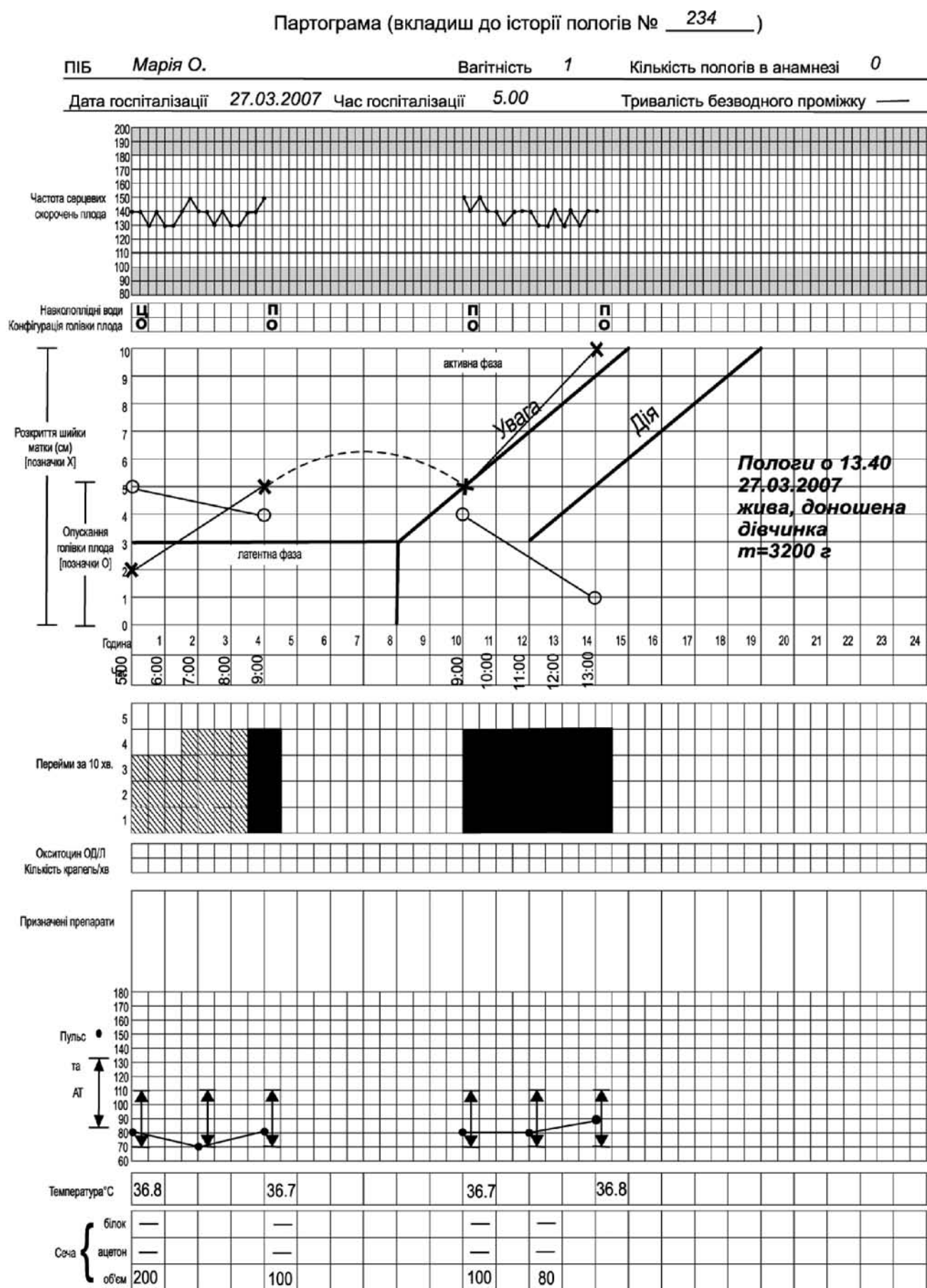
Призначені ліки

Заповнюють у разі застосування медикаментів.

Малюнок 1. Визначення опускання голівки плода шляхом абдомінальної пальпації



Малюнок 2. Приклад відображення на партограмі показників пологів



Діагноз:

Малюнок 3. Партограма

Партограма (вкладиш до історії пологів № _____)

ПІБ	Вагітність	Кількість пологів в анамнезі
Дата госпіталізації	Час госпіталізації	Тривалість безводного проміжку
Частота серцевих скорочень плода		
Наголоплідні води		
Конфігурація головки плода		
Розкриття шийки матки (см) [позначки X]		
Опускання головки плода [позначки O]		
Година		
Час		
Перейми за 10 хв.		
Окситоцин ОД/л		
Кількість крапель/хв		
Призначені препарати		
Пульс		
та		
АТ		
Температура °C		
Сеча		
білок		
ацетон		
об'єм		

активна фаза

Увага

Дія

латентна фаза

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, що 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 недієздатна, згоду дає опікун.

Дата _____

Підпис _____

ДИАГНОСТИКА АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА (АФС)

Привычное невынашивание беременности – это самопроизвольное прерывание более 3-х беременностей подряд в сроке до 22 недель

Причины привычного невынашивания очень разнообразны. Они могут быть условно разделены на 2 группы: социально-демографические и медицинские. Среди медицинских причин выделяют аномалии анатомического строения матки, эндокринные, иммунологические, инфекционные, нарушения в гемостазе, хромосомные аберрации

В основе развития АФС синдрома лежит образование аутоантител на фосфолипидные антигены, расположенные в клеточных мембранах. Клинические проявления связаны с тромботическими осложнениями, поскольку гиперкоагуляция является характерным признаком АФС. В настоящее время в литературе имеются данные о прямом повреждающем действии антифосфолипидных антител на ткань трофобласта, в результате чего происходит спонтанное прерывание беременности в I триместре. Во II и III триместрах осложнения беременности при АФС (неразвивающаяся беременность, антенатальная гибель плода) чаще всего связаны с тромботическими осложнениями в виде тромбоза сосудов плаценты. Кроме того, данные антитела, проникая через плаценту к плоду, могут вызвать тромботические осложнения у новорожденного ребенка

Диагностика АФС очень важна, поскольку при отсутствии соответствующей терапии гибель эмбриона/плода у женщин с АФС по данным литературы составляет до 90–95%

Диагноз АФС может быть установлен на основании:

- данных анамнеза;
- оценки клинических данных;
- оценки данных лабораторного обследования

АНАМНЕЗ

80% женщин с АФС имеют проблемы, связанные с невынашиванием беременности [Е.Л. Насонов]. Поэтому, при тщательном сборе анамнеза заподозрить АФС можно на этапе опроса женщины. Особое внимание необходимо обращать на следующие факты:

- наличие самопроизвольного прерывания беременности в I триместре;
- антенатальная гибель плода по неустановленным причинам после 10 недель беременности;
- наличие в анамнезе положительной реакции RW во время беременности (особенно, при неподтвержденном специфическом обследовании на бледную трепонему).

При опросе особое внимание необходимо также обращать на наличие артериальных, венозных тромбозов или тромбоза мелких сосудов в молодом возрасте. Клинические проявления тромботических осложнений разнообразны и зависят от места локализации тромба.

ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клинические проявления АФС очень разнообразны, зависят от размера и места расположения тромба (артериальный, венозный, тромбоз мелких сосудов). В ряде случаев выраженные клинические проявления могут отсутствовать

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ:

- Тромбоцитопения – является одним из наиболее часто встречающихся признаков АФС. Количество тромбоцитов находится в пределах $70-120 \times 10^9$, чаще протекает без клинических проявлений и не требует специального лечения

Реже при АФС наблюдается:

- аутоиммунная гемолитическая анемия;
- ускорение СОЭ;
- лейкоцитоз

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Характерных изменений биохимических показателей при АФС нет, изменения отражают развитие осложнений (хроническая почечная недостаточность, поражения печени и др.). Биохимический анализ крови обязательно должен включать следующие показатели:

- общий белок, белковые фракции;
- АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин;
- креатинин, мочевины;
- холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АФС

Клинические

- Наличие в анамнезе тромбоза сосудов в молодом возрасте (венозного, артериального, тромбоза мелких сосудов)
- Отягощенный акушерский анамнез (привычные выкидыши, антенатальная гибель эмбриона/плода по неустановленным причинам)
- Тромбоцитопения

Лабораторные признаки

(должны выявляться не менее 2-х раз в течение 3-х месяцев):

- антитела к фосфолипидам (к кардиолипину, фосфатидилсерину, фосфатидилинозитолу, фосфатидной кислоте);
- волчаночный антикоагулянт

Диагноз АФС устанавливается при наличии хотя бы одного клинического и одного лабораторного признака

Учитывая многообразие клинических проявлений при АФС, неоднозначность изменения лабораторных показателей, диагноз АФС должен устанавливаться на основании комплексного всестороннего обследования женщины с обязательной консультацией ревматолога



У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Со стороны кожи часто встречается сетчатое ливедо – сосудистая патология кожи, проявляется эритематозными сетчатыми образованиями. Реже встречаются кожные язвы, папулы, пустулы, эритема и др.

Со стороны системы крови может отмечаться умеренная тромбоцитопения (70–120х10⁹), которая может протекать как с клиническими проявлениями, так и бессимптомно и не требует специального лечения. Также может быть гемолитическая анемия.

Со стороны сердечно-сосудистой системы особое внимание необходимо уделять наличию в анамнезе рецидивирующих периферических венозных тромбозов, гангрено конечностей, инфарктов внутренних органов. Встречается также артериальная гипертензия, поражение клапанов сердца от незначительных (регургитация, утолщение створок клапанов) до тяжелых пороков сердца, что выявляется при эхокардиографическом исследовании.

Со стороны нервной системы могут быть мигреноподобные головные боли, судороги, хорея, транзиторные ишемические атаки.

Мочевыводящая система: АФС может сопровождаться развитием почечной недостаточности в результате клубочкового микротромбоза.

КОАГУЛОГРАММА

Является обязательным исследованием при подозрении на АФС, поскольку при АФС аутоантитела к фосфолипидам блокируют определенные фосфолипидзависимые реакции системы гемостаза, к которым относятся АЧТВ и Протромбиновое время.

- Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – зависит от всех факторов свертывания, за исключением VII и XIII.
- Протромбиновое время – зависит от VII, X, V факторов свертывания, протромбина, фибриногена и наличия патологических ингибиторов полимеризации фибрина и фосфолипидзависимых реакций.

Исследование этих двух показателей позволяют выявить/исключить основные дефекты в системе гемостаза.

Наличие удлинённого АЧТВ при исключении других дефектов гемостаза может быть одним из лабораторных признаков АФС.

Изменения показателя Протромбинового времени менее характерно для АФС, что связано с лабораторными особенностями постановки реакции. Как правило, при АФС Протромбиновое время находится в пределах нормы либо незначительно удлинено.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Подтвердить наличие АФС у пациентки можно, определив наличие в крови антифосфолипидных антител. Для этого используют следующие реакции:

- 1) волчаночный антикоагулянт;
- 2) антитела к фосфолипидам;
- 3) реакция Вассермана.

Необходимо исследовать все три теста, поскольку они являются взаимодополняющими и позволяют выявить наличие различных антител. Только некоторые антитела могут выявляться во всех трех тестах.

Волчаночный антикоагулянт (ВА) – это гетерогенная группа аутоантител к фосфолипидам протромбинактивирующего комплекса. Присутствие в крови ВА оказывает ингибирующее влияние на фосфолипидзависимые коагуляционные тесты (отсюда и название «антикоагулянт»).

Наиболее часто для скринингового выявления наличия ВА используется показатель гемостаза АЧТВ, который является фосфолипидзависимым коагуляционным тестом. Удлинение времени АЧТВ при исключении влияния других факторов свидетельствует о наличии ВА.

В качестве других скрининговых тестов также могут использоваться определение коаинового времени, тест с разбавленным тромбопластином, тест с ядом гадюки Рассела.

Антифосфолипидные антитела (IgG, IgM) – гетерогенная группа антител к различным фосфолипидам, входящим в состав клеточных мембран. Наиболее часто у пациентов с АФС выявляются антитела к отрицательно заряженным фосфолипидам мембран. Использование современных высокочувствительных наборов для ИФА третьего поколения производства «Orgentec» (Германия) позволяет выявлять антитела (IgG, IgM) к:

- кардиолипину;
- фосфатидилсерину;
- фосфатидилинозитолу;
- фосфатидной кислоте.

Определение антифосфолипидных антител с помощью современных тестовых систем позволяет повысить частоту выявления АФС и снизить количество диагностируемых серонегативных вариантов АФС.

Реакция Вассермана (RW) – неспецифическая реакция, позволяющая выявлять антитела к кардиолипин-лецитиновому антигену, который содержит липиды, характерные для бледной трепонемы. У пациенток с положительной реакцией Вассермана и отсутствием данных на наличие сифилиса при специфическом обследовании может быть заподозрен АФС. Положительная реакция Вассермана возникает в результате перекрестных реакций антифосфолипидных антител с кардиолипин-лецитиновым антигеном реагента. В некоторых случаях является единственным лабораторным признаком АФС.

Антитела к фосфолипидам могут быть обнаружены при многих бактериальных и вирусных инфекциях, однако эти изменения являются преходящими и исчезают при элиминации инфекционного агента. Поэтому, при обнаружении антител к фосфолипидам, необходимо повторное «подтверждающее» исследование, которое должно проводиться не менее, чем через 6 недель.

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

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:

I. Спонтанний аборт

Спонтанний аборт (мимовільний, самовільний викидень) – вигнання ембріона/плоду 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 ході;

• Неповний аборт;

• Повний аборт.

Крім того виділяють:

• Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плоду);

• Інфікований аборт.

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

Діагностика спонтанного аборт.

Загальними проявами спонтанного аборт є кров'янисті виділення із статевих шляхів різної інтенсивності та біль в нижніх відділах живота на тлі маткової вагітності.

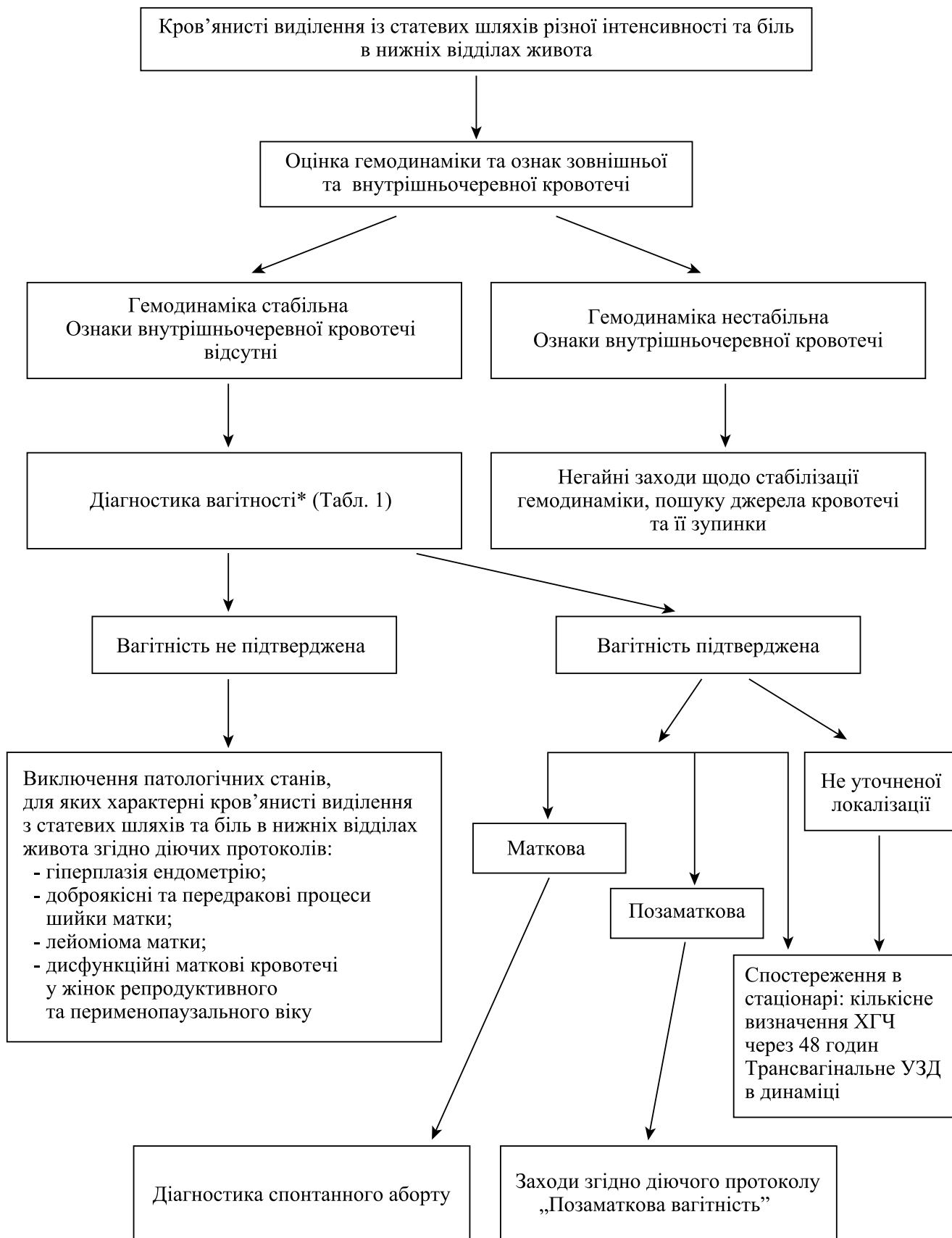
Першочерговим завданням при надходженні пацієнтки з симптомами мимовільного аборт є своєчасна діагностика та лікування станів, що можуть бути загрозливими для її життя: **геморагічний шок** (спричинений матковою або внутрішньочеревною кровотечею), **сепсис** (Алгоритм 1).

Таблиця 1. Ознаки вагітності в першому триместрі

Дані анамнезу	Дані об'єктивного огляду	УЗД	Дані лабораторних досліджень
- Затримка менструації - Нудота, блювання, смакові примхи, зміни смакових відчуттів	- Збільшення розмірів матки, зміни консистенції та форми матки, що свідчить про наявність вагітності (ознаки Гентера, Горвіца-Гегара, Піскачека, Снегірьова та ін). - Пом'якшення шийки матки та ціаноз стінок піхви. - Збільшення та нагубання молочних залоз.	- Візуалізація плідного яйця, ембріону/плода (залежно від терміну вагітності)	- Позитивний гравітест (якісний тест) - Підвищення вмісту ХГЛ в сироватці крові (кількісний тест)



Алгоритм діагностики спонтанного аборту



* – Слід ретельно слідкувати за показниками гемодинаміки до підтвердження маткової вагітності

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.

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

Загрозливий аборт

Скарги

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

Анамнез

1. Порушення менструального циклу.

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 брадикардії	Відсутність серцевих скорочень при КТР плода 6 мм (трансвагінально) 10 мм (трансабдомінально) Брадикардія.
		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 за відсутності в ньому ембріону 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.
Біохімічні	Нормальний рівень біохімічних маркерів	Субхоріальна гематома. (Прогностична цінність розмірів субхоріальної гематоми не з'ясована остаточно, але чим більше субхоріальна гематома – тим гірше прогноз).
		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



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 закрите.

2. Незначні або помірні кров'яністі виділення.

Бімануальне піхве 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 вдавнення за рахунок гіпертонусу матки (за відсутності клінічних проявів не має самостійного значення).

3. Наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.

Таблиця 3. Терапія загрозового аборт

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.
Препарати прогестерону Для лікування загрозового аборт використовуються: - масляний розчин прогестерону (внутрішньомязово); - мікронізований прогестерон (вагінально або перорально); - синтетичні похідні прогестерону (перорально). Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально) Їх не можна призначати одночасно Не доведено переваги будь-якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону. Дози прогестерону, що відповідають критеріям ефективності та безпечності, невідомі.	Показання для застосування прогестерону: 1. Наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень) 2. Доведена до вагітності недостатність лютеїнової фази. 3. Вилікуване безпліддя. 4. Вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій. <u>Застосування прогестерону за будь-якими іншими показаннями не має доведеної ефективності.</u> Рутинне призначення гестагенних препаратів у разі загрози переривання вагітності не підвищує відсоток виношування, в зв'язку з чим не є виправданим. (А) У будь якому разі не слід перевищувати дози, встановлені виробником.

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; - визначення вмісту прогестерону в сироватці крові в динаміці; - гормональна кольпоцитологія; - вимірювання базальної (ректальної) температури (до 12 тижнів).	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. Один раз на тиждень, до зникнення симптомів. Один раз на тиждень. Протягом всього лікування.
УЗД	Використовується з метою підтвердження вагітності, що розвивається. Не має самостійного значення в діагностиці переривання вагітності.

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

Для цього використовують критерії сприятливо-го чи несприятливого прогнозу даної вагітності.

* - 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 проведена іншим спеціалістом, у закладі більш високого рівня допомоги.



Тактика ведення загрозливого аборт.

Пацієнтка обов'язково має бути поінформована 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 поінформована про:

- високу питому вагу хромосомних аномалій в даному терміні вагітності, що є найбільш вірогідною причиною загрози її переривання;

- низьку ефективність будь-якої терапії.

Причиною 70% спонтанних абортів, що 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 аборт у 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.

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

Аборт в ходу

Скарги

1. Тягучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер.

2. Кров'янисті виділення зі статевих шляхів, здебільш 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'янисті виділення у великій кількості.

3. Частини плідного яйця у цервікальному каналі.

4. Підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в ранні терміни вагітності).

Бімануальне піхве 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 аборт в ходу.

Пацієнтка обов'язково має бути поінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності, лікувальних заходів, 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. за 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. за відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливе 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 можливе повторення 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. Тягучий 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 відкрите.

2. Кров'янисті виділення різного ступеню 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 заходів, 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°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), що 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 лікар під час огляду у дзеркалах.

Через кілька годин (як правило, протягом 3-6 годин) після введення мізопростолу починаються скорочення матки 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'янисті 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'янисті виділення або відсутні.

Бімануальне піхве дослідження

1. Матка щільна.
2. Розміри матки менше терміну гестації.
3. Цервікальний канал закритий, іноді не повністю.

Таблиця 1. 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 гіпофізу (МРТ, RÖ – графія турецького сідла) за показаннями	+	-
8	Імунологічне обстеження за показаннями (ABO та Rh антитіл; антитіла до фосфоліпідів, кардіоліпінів, $\beta 2$ 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	Гістеросальпінгографія та гістероскопія за показаннями	+	-
13	Гемостазіограма. Дослідження системи гемостазу	+	+
14	Визначення стану шийки матки	+	з 12 тижня

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/плоду)

Припинення розвитку вагітності з затримкою плодових тканин в матці.

Скарги

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

Обстеження та встановлення діагнозу**Огляд у дзеркалах**

Шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите.

Бімануальне піхвово 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 підтверджено не менше, ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в ультразвукових критеріях дослідження слід повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівнів хоріогонічного 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 аборт, що не відбувся

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 (мізопростол) 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 аборт

1. Незважаючи на те, що один мимовільний аборт не вважається фактором ризику звичного невиношування, за 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 поінформована щодо необхідності 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 аборт.

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) – вважається 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, що лежить в основі переривання вагітності.

- З метою лікування звичного невиношування вагітності необхідно застосовувати лише **заходи з доведеною ефективністю**.

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 (плоду) якомога у ранньому терміні вагітності (**С**).

- Ультразвукове дослідження репродуктивних органів з метою виявлення вроджених або набутих порушень, що можуть перешкоджати розвитку вагітності. Двомірне 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 комбінова-

на 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 (IgM 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 з звичним невиношуванням та АФС не збільшує частоту живонароджень та може супроводжуватись збільшенням материнської та неонатальної захворюваності (**А**).**

- Будь-яка тяжка інфекція у матері 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 щодо наявності 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, що 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 за відсутності скорочень матки 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 Marici);

- 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 градусів 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, яка 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, пієлонефрит 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 800 мкг 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-тироксином для досягнення еутиреоїдного стану);

• епілепсія (перехід на протисудомні засоби з меншою негативною дією на плід, збільшення дози фолієвої кислоти до 800 мкг 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, що супроводжуються дефіцитом ендogenous прогестерону (недостатність лютеїнової фази, вилікуване безпліддя, вагітність внаслідок 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 (**A**).

Використовуються:

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

Їх не можна призначати одночасно!

Не виявлено статистичної достовірної різниці в способі призначення прогестерону (в/м, перорально, 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.

3. 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 на 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 шову на шийку матки.

Загальні умови застосування шову:

- 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 (**B**).

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.



Folio® Фоліо

Фолієва кислота і Йод життєво необхідні для матері і дитини

Дослідження останніх років свідчать про широке розповсюдження дефіциту вітамінів у вагітних. Це завдає збитку здоров'ю матері і дитини, підвищує ризик перинатальної патології. Сьогодні аптеки мають в своєму розпорядженні великий асортимент вітчизняних і зарубіжних полівітамінних препаратів, у тому числі і для вагітних, проте до цих пір залишаються відкритими питання оптимального співвідношення окремих вітамінів і мінералів, їх дозування і сумісності.

Особливо важливо не допустити під час вагітності і годування грудьми дефіциту фолієвої кислоти (вітамін В9) і йоду. Всесвітня Організація Охорони здоров'я звертає на це особливу увагу і рекомендує додатково приймати 400 мкг фолієвої кислоти і 200 мкг йоду щодня в період вагітності і лактації.

Фолієва кислота стимулює кровотворення, забезпечує білковий обмін речовин, біосинтез РНК, ДНК, що особливо важливе для тканин, що ростуть. Вона підтримує нормальну структуру і функцію слизової оболонки кишечника, сприяє кращому всмоктуванню в ньому заліза і вітаміну В12, перешкоджаючи появі анемії.

При недостатньому надходженні в організм фолієвої кислоти у вагітної зростає вірогідність розвитку депресій, токсикозу, анемії, відшарування плаценти, мертвородження, підвищується ризик розвитку у плоду вроджених вад, зокрема: дефектів нервової трубки, гідроцефалії, збільшується ризик народження дитини із затримкою розумового розвитку.

У дітей з дефіцитом фолієвої кислоти окрім макроцитарної анемії спостерігається відставання у вазі, пригніблюється функція кісткового мозку, порушується нормальне дозрівання слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, шкірних покривів, що створює основу для розвитку ентеритів, попірлостей, затримки психомоторного розвитку. У недоношених новонароджених на тлі дефіциту фолієвої кислоти зростає ризик інфекційних ускладнень.

Йод необхідний для синтезу гормонів щитовидної залози, що беруть участь в обміні речовин всього організму. Підвищена потреба в йоді в період вагітності має декілька причин. Вона пояснюється посиленням основного обміну у матері, збільшенням ренальної елімінації. На додаток до цього зростає зв'язуюча здатність для гормонів щитовидної залози

із-за обумовленого естрагенами збільшення кількості тіроксинзв'язуючого глобуліну (ТВГ) в сироватці крові, внаслідок чого під дією механізму регуляції може відбутися посилення секреції тиреотропного гормону (ТШГ) з повторним зростанням струми. Крім цього, щитовидна залоза плоду приблизно на 12-му тижні вагітності починає самостійно синтезувати гормони. Потрібний для цього йод організм плоду повинен отримувати з йодних резервів матері.

Також в період годування грудьми материнському організму потрібне підвищене надходження йоду. Причини цього полягають в збереженні активності власного обміну речовин і в забезпеченні достатнього забезпечення йодом немовляти через материнське молоко.

Йодна недостатність в період вагітності асоціюється з підвищеною частотою викиднів і мертворожень, а також вад розвитку, народження дітей з кретинізмом (причому, прояви розумової недостатності є, як правило, незворотніми навіть у разі початку лікування гормонами щитовидної залози в ранні терміни після народження).

"Йодну недостатність сьогодні так легко попередити, що народження навіть однієї дитини з розумовою недостатністю – це злочин!" – під цими словами німецького професора Хетцеля підпишеться немало акушерів і педіатрів.

Не слід чекати виникнення будь-яких ризиків для здоров'я в результаті додаткового надходження 200 мкг йоду в день. Єдине протипоказання для заміщення йоду у формі пігулок є таким, що рідко зустрічається в репродуктивному віці яскраво виражений гіпертиреоз.

На прохання німецьких лікарів-гінекологів спеціально для вагітних і для жінок, що годують грудьми, німецькою фармацевтичною компанією "Стеріфарм" був розроблений препарат **ФОЛІО®** – комбінація життєво необхідних для матері та малюка Фолієвої кислоти і Йоду в дозуванні, рекомендованому ВІЗ.

У одній пігулці **ФОЛІО®** міститься 400 мкг Фолієвої кислоти і 200 мкг Йоду (у формі йодиду калію) – саме цю кількість рекомендують лікарі і фахівці з харчування для щоденного вживання вагітними жінками, і жінками, що годують грудьми.

Протипоказання: індивідуальна чутливість до компонентів. Жінкам із захворюванням щитовидної залози перед застосуванням **ФОЛІО®** слід проконсультуватися у свого лікаря, що лікує.

ФОЛІО® рекомендован Німецьким Федеральним Інститутом Охорони Здоров'я потребителів і Федеральним Центром Медичного Просвещения.

Заключение МОЗ Украины про государственную санитарно-эпидемиологическую экспертизу от 03.11.2008 года №05.03.02-03/70609.



зручна упаковка - дозатор

150 таблеток = 5 місяцям прийому

Клінічний протокол з акушерської допомоги

"ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ"

Шифр МКХ-10: O60

Передчасні пологи – це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плоду масою більш 500 г 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, де є умови для проведення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених.

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

Принципи ведення передчасних пологів:

1. **Оцінка ступеню** 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 плоду під час пологів з веденням партограми [А].

4. **Профілактика** респіраторного дистрес-синдрому до 34 тижнів вагітності.

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 плоду	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	



5. Знеболювання пологів за показаннями.

6. **Оцінка стану дитини**, підтримка "теплого 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 плоду (голівка, сидниці) до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно lin.interspinalis (при внутрішньому акушерському дослідженні).

Послідовність дій при веденні передчасних пологів

Під час госпіталізації вагітної (породіллі) 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 породіллі 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 плоду;

- запитує про відчуття рухів плоду самою породіллею та проводить аускультацию серцебиття плоду;

- проводять зовнішнє, та за відсутності передчасного розриву плодових оболонок, внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плоду, характер пологової діяльності, роз-

криття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плоду відносно площин малого тазу;

- за даними анамнезу, обмінної карти та результатами фізикального та акушерського обстеження породіллі, встановлює строк вагітності, акушерський діагноз, визначає тактику ведення вагітної (породіллі);

- до 34 тижнів вагітності при розкритті шийки матки менш, ніж 3 см, відсутності амніоніту, прееклампсії, кровотечі, задовільному стані плоду проводять токоліз.

Токолітична терапія призначається на термін 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 перейм, потім призначають 20 мг 3 рази на добу, в залежності від активності матки;

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 [А].** Далі пологи ведуть згідно партограми;

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

- у разі загрози передчасних пологів в/м введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин на курс 24мг [А], чи бетаметазону по 12мг кожні 24 години, на курс 24мг [А];

Не рекомендується проводити повторні курси профілактики респіраторного дистрес синдрому плоду – 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 породіллі не проводиться [A].

Спостереження та допомога породіллі під час I періоду пологів:

З метою динамічного та наглядного спостереження за перебігом пологів, станом матері та плоду 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 у разі передчасних пологів.

Спостереження за станом породіллі і плоду в I періоді пологів включає наступні рутинні процедури:

Оцінка стану плоду:

Серцебиття плоду 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:

- породіллі знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейм;
- 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 плоду становить 110-170 ударів за хвилину.

У разі появи частоти серцевих скорочень плоду, 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 плоду зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки;
- базальна частота серцевих скорочень плоду

менше 110 чи більше 170 ударів за хвилину;

- під час періодичної аускультатії виявляються будь які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення тіла жінки;

- розпочате пологопідсилення окситоцином;

- вилились навколоплідні води, забарвлені густим меконієм.

Рутинне застосування КТГ всім породіллям 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, що 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 плоду 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 породіллі 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 породіллі та її оточення:

- заохочення самотійно прийняти ванну чи душ жінкою на початку пологів;



- перед кожним піхвовим дослідженням обмивання зовнішніх статевих органів і промежини породіллі теплою водою.

4. Забезпечення рухливості породіллі:

- 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 породіллі.

6. Знеболювання пологів за згодою жінки.

Якщо породілля 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 плоду, простота та доступність для усіх родопомічних закладів.

Наркотичні анальгетики не використовуються [A].

Спостереження та допомога у II періоді пологів.

Оцінка стану плоду

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

Оцінка загального стану породіллі

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

Оцінка прогресування пологів

Оцінюють просування голівки по родових шляхах та родову діяльність (частота та тривалість скорочень матки).

Здійснюють спостереження за просуванням голівки плоду 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, одноразовий халат з водовідштовхуючого матеріалу, обережне використання гострого інструментарію).

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів

У разі передчасних пологів 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 °С

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 породіллі, гемодинамічними показниками (артеріальний тиск, пульс кожні 10 хвилин), станом плоду – контроль серцевої діяльності плоду кожні 5 хвилин, просуванням голівки плоду по родових шляхах.

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

Положення жінки для народження дитини

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

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

Потужна техніка

Слід надавати перевагу техніці "некерованих фізіологічних потуг", коли жінка робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання

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

Дитину після народження, 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 запропоноване кожній жінці у разі вагінальних пологів.

Породілля 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, за його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Якщо в наявності немає окситоцину можна використати – ергометрин – 0,2 мг внутрішньом'язово

Не використовують ергометрин жінкам з гіпертензією

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

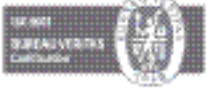
У разі відсутності утеротоніків не слід використовувати методику активного ведення третього періоду пологів. У цьому випадку слід застосовувати очікувальну тактику ведення третього періоду пологів.

Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину:

- перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та зати-скач в одній руці;
- покласти другу руку безпосередньо над лоном жінки і утримувати матку відводячи її від лона;



Десять років якості!



№183736

MLL «DILA» сертифікована згідно міжнародного стандарту ISO 15189 №2113609

- ✓ **Пренатальна діагностика**
- ✓ **Обстеження на TORCH-інфекції**
- ✓ **Дослідження онкологічних маркерів**
- ✓ **Дослідження репродуктивної функції**
- ✓ **Діагностика уrogenітальних інфекцій**
- ✓ **Загальноклінічні методи досліджень**
- ✓ **Дослідження маркерів аутоімунних процесів**

Служба інформаційна: (044) 531-94-91, 531-94-89
Консультаційна підтримка спеціалістів: (044) 331-21-31
Київ: вул. Підвисоцького, 4а, п-ка №1 Печерського р-ну
Http://www.dila.com.ua **E-mail: info@dila.com.ua**

Телефони: 43 740471884 код 3-88-3887 р. Служба інформаційна: 740471884 код 3-88-3887 р.





МЕДИЧНА ЛАБОРАТОРІЯ

МЛ «ДІЛА» сертифікована
згідно міжнародного стандарту
ISO 15189 №213609



№183736

Десять років якості!

Безпека, впевненість та спокій

Допомога у
виборі переліку,
етапів та
методів
досліджень

Всебічне
інформаційне
забезпечення

Оперативний
зворотний
зв'язок

Зручність та комфорт для Ваших пацієнтів

Розгалужена
мережа
(30 кабінетів) у
м. Києві та
регіонах України

Конфіденційність
та
індивідуальний
підхід до кожного

Безпека та
комфорт
процедури
взяття матеріалу

Гарантія якості результату досліджень

Сучасні,
повністю
автоматизовані
системи
та обладнання

Регулярний
багаторівневий
контроль
якості
досліджень

Висококваліфі-
кований
персонал

Єдина інформаційна служба: (044) 531-94-91, 531-94-89

Консультаційна підтримка спеціалістів: (044) 331-21-31

Адреса: Київ: вул. Підвисоцького, 4а, п-ка № 1 Печерського р-ну

[Http://www.dila.com.ua](http://www.dila.com.ua)

E-mail: info@dila.com.ua

Ліцензія АВ №367206 від 3.08.2007 р.

Свідоцтво про атестацію №ПТ-0275/06 від 28.07.2006 р.

- тримати пуповину у стані легкого натягнення 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 натягнення, 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 плоду 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 "натужитись", що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відшарування плаценти протягом 30 хвилин після народження плоду 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].

Дайджест выпускается в рамках информационной программы "Зростай, Малюк!".

Издается при поддержке МОЗ Украины, JSI, USAID.

Издатель: Маркетинг-группа OS-Direct.

04080, г.Киев-80, а/я 5, тел. +38(044)4929202, e-mail: dm@osdirect.com.ua.

Тираж 2 500 экземпляров. Распространяется бесплатно.

