

КЗ ООБМФК

ЛЕКЦІЯ

З ТЕМИ: «**ПОЛОГИ**».

Дисципліна: «Медсестринство в
акушерстві»

Спеціальність: Сестринська справа

Викладач вищої категорії

Тихонова

Л.П.

План викладу лекційного матеріалу

- Уявлення про пологи.
- Перебіг першого періоду пологів
- Перебіг другого періоду пологів.
- Перебіг третього періоду пологів.

Актуальність теми

- Знання фізіології пологів є прямим і природним шляхом зниження материнської та перинатальної захворюваності та смертності. Вивчення основних етапів перебігу та ведення фізіологічних пологів дозволяє опанувати на практиці найважливіші методи обстеження роділь, вміння оцінювати акушерську ситуацію, надання належної допомоги у фізіологічних пологах.

Пологи (partus)

- **Пологи (partus) - це фізіологічний процес зганяння з порожнини матки плода і посліду природними пологовими шляхами.**
- Пологи настають після закінчення фізіологічного терміну вагітності - 10 акушерських місяців (280 днів або 40 тижнів).
- Термін настання пологів пов'язаний з циклом розвитку плода і значною мірою визначається зрілістю фетоплацентарного комплексу, станом нейрогуморальної системи вагітної, повноцінністю регуляторних механізмів ланцюга: “коркові структури – гіпоталамус – гіпофіз – яєчники – матка” і можливістю реалізації цих механізмів на рівні міометрію.

Тривалість пологів

- **Нормальна тривалість пологів** може незначно змінюватися. Як правило, другі і подальші пологи проходять швидше перших.
- **У первісток** *в середньому близько 9-18 годин.*
- **У повторнородящих** *в середньому близько 6-8 годин.*
- **Якщо пологи закінчилися в період 4-6 годин** у первісток (2-4 годин у повторнородящих), то ці пологи називаються **швидкими**. Якщо пологи закінчилися **менш ніж за 4 години** у первісток (2-і години у повторнородящих), то ці пологи називають **стрімкими**

Пологові шляхи

- Пологові шляхи жінки поділяються на кісткову і м'яку частини. До кісткової частини належить малий таз, до м'якої - шийка матки, вагіна, м'язово - фасціальна система тазового дна.
- В акушерській практиці велике значення мають розміри малого таза, від яких залежать перебіг та завершення пологів для матері і плода.

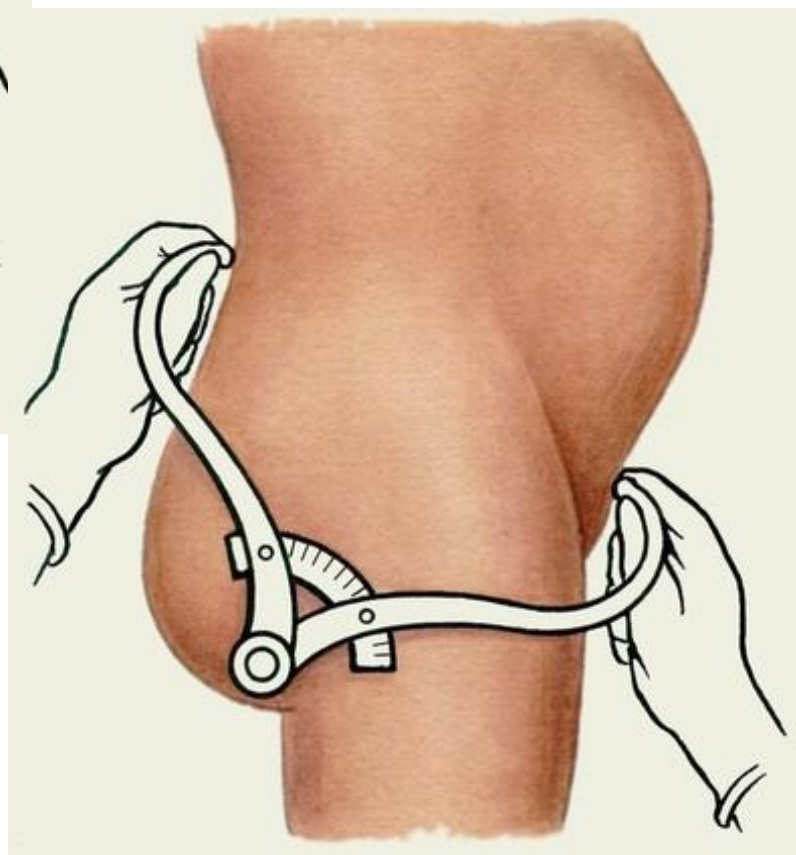
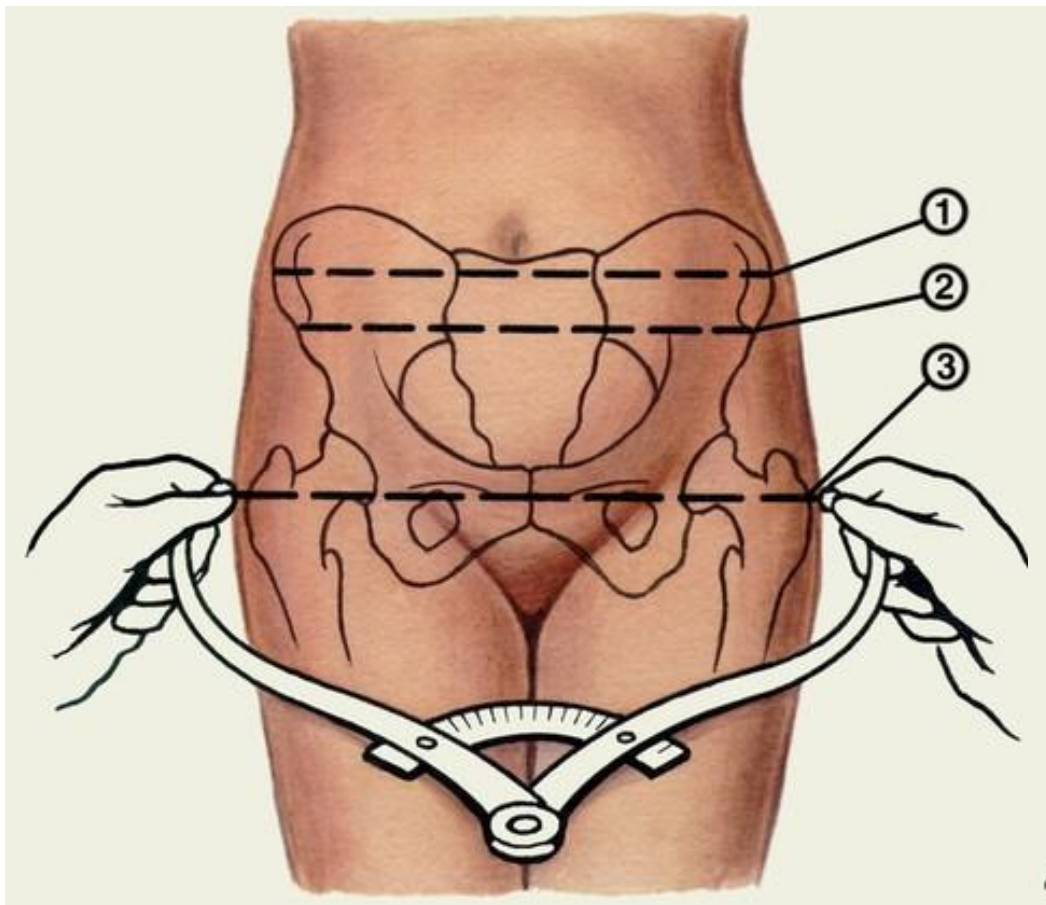
Великий таз та його розміри

- Великий таз для народження дитини суттєвого значення не має, але по його розмірам можливо опосередковано судити о формі та величині малого тазу. Вимірювання таза проводять тазоміром. Розміри великого таза Звичайно вимірюють чотири основні розміри таза:

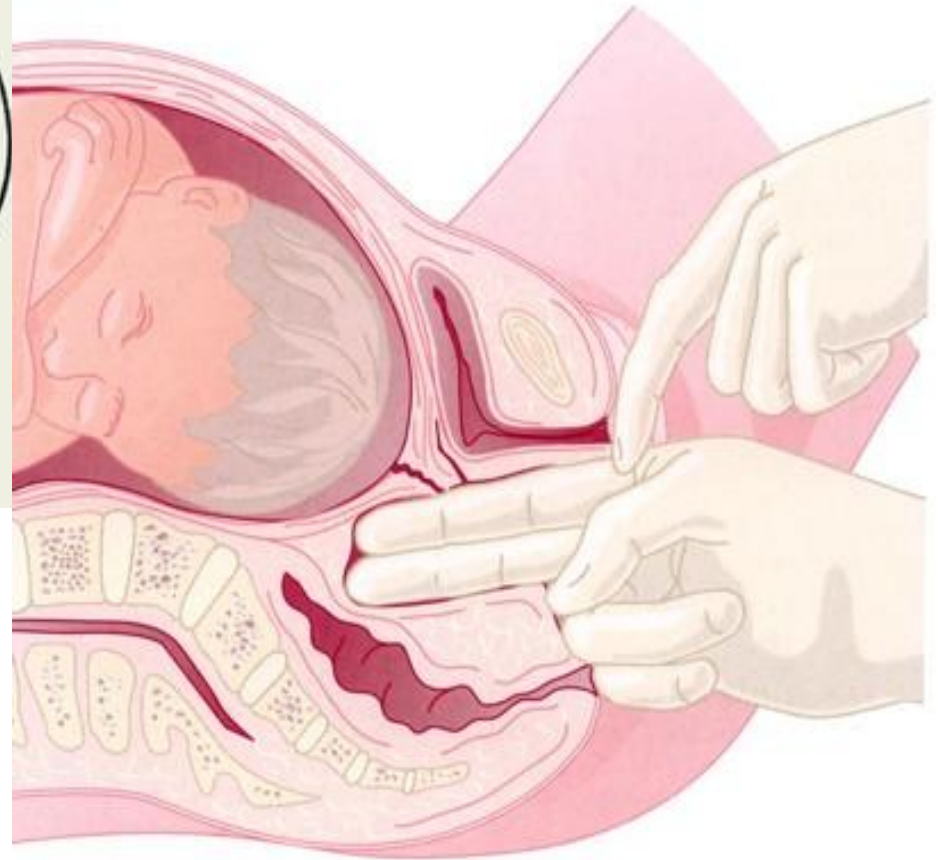
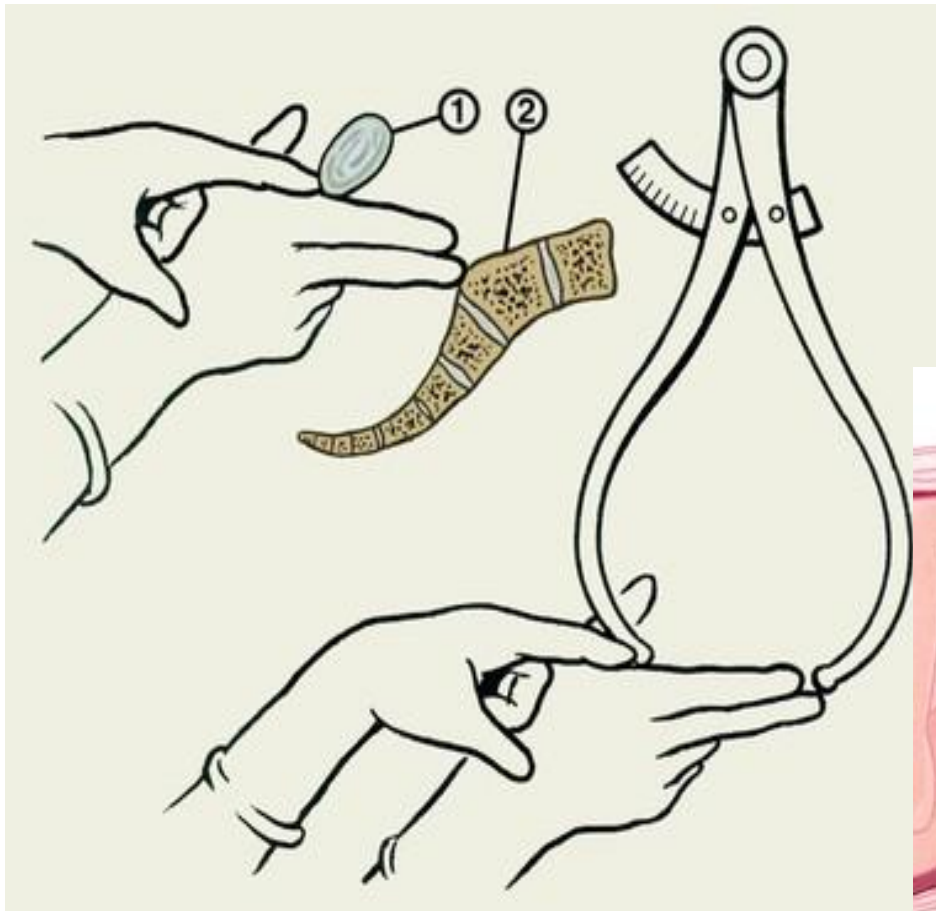
Distantia spinarum — відстань між передньо-верхніми остями клубових кісток. Цей розмір дорівнює 25 -26см;

- *Distantia cristarum* — відстань між найбільш віддаленими точками гребенів клубових кісток. В середньому вона дорівнює 27-28 см.
- *Distantia trochanterica* — відстань між великими вертлюгами стегнових кісток. Цей розмір дорівнює 30-31 см

- *Distantia exsterna* (зовнішня кон'югата) — прямий розмір таза. Жінку вкладають на бік; ногу, що лежить знизу, згинають у тазо-стегновому та колінному суглобах, другу витягують. Один кінець тазоміру встановлюють на середину верхньо-зовнішнього краю симфізу, другий кінець - притискають до надкрижової ямки, яка міститься між остистими відростками п'ятого поперекового хребця і першого крижового хребців. Зовнішня кон'югата дорівнює 20-21 см



Вимірювання зовнішніх
розмірів таза.



Вимірювання
діагональної
кон'югати.

Площини малого тазу та їх розміри

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

Площини тазу

- **1. Площина входу в малий таз** обмежена ззаду мисом крижової кістки, з боків - дугоподібними лініями клубових кісток, спереду - верхнім краєм лобкової кістки та симфізу. *Прямий розмір* – відстань від мису крижової кістки до найбільш виступаючої точки верхньо-внутрішнього краю симфізу, вона називається також **істинною, або акушер-ською кон'югатою (conjugata vera)**, дорівнює **11 см.**
- ***Поперечний розмір*** – відстань між найвіддаленішими точками дугоподібних ліній клубових кісток (linea innominata); **дорівнює 13 см.**
- ***Косий розмір (лівий і правий)*** – відстань від лівого крижово-клубового зчленування (articulatio sacroiliaca) до правого клубово-лобкового вивищення (eminentia ileopubica) і навпаки; **дорівнює 12 см.**

- ***Площина широкої частини порожнини малого таза*** обмежена ззаду з'єднанням II і III крижових хребців, з боків – серединою кульшових западин, спереду – серединою внутрішньої поверхні симфізу. У площині широкої частини малого таза розрізняють два розміри – прямий і поперечний
- ***Прямий розмір*** – від проекції з'єднання II і III крижових хребців до середини внутрішньої поверхні симфізу; дорівнює **12,5 см.**
- ***Поперечний розмір*** – між серединами кульшових западин; дорівнює **12,5 см.**

- **Площина вузької частини малого таза** обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду крижово-куприковим з'єднанням, з боків – остями сідничних кісток. Розрізняють два розміри площини вузької частини малого таза:
- **Прямий розмір** – від крижово-куприкового з'єднання до середини нижнього краю лобкового симфізу; дорівнює 11 см.
- **Поперечний розмір** – між внутрішніми поверхнями остей сідничних кісток; дорівнює 10,5 см.

- **Площина виходу з малого таза** обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду – верхівкою куприка, з боків – внутрішніми поверхнями сідничних бугрів. прямий і поперечний.
- **Прямий розмір** – це відстань від середини нижнього краю симфізу до верхівки куприка; дорівнює 9,5 см (під час пологів, коли народжується голівка, куприк відхиляється на 1,5 см назад і прямий розмір збільшується до 11 см).
- **Поперечний розмір** – відстань між внутрішніми поверхнями сідничних бугрів, дорівнює 11 см.

Індекс Соловйова для вагітних.

Товщина кісток є важливим фактором, який допомагає визначити рівень звуження малого таза майбутньої мами. *Нормою вважається окружність зап'ястя від 14 до 16 см.*

Для визначення акушерської коньюгати від зовнішнього розміру таза (*Distantia exsterna*) відняти 9 сантиметрів.

Якщо ж коло зап'ястя вагітної менше 14 см, то з (*Distantia exsterna*) віднімають не 9, а 8 см (оскільки кістки тонше).

А коли окружність зап'ястя перевищує 16 см, то від (*Distantia exsterna*) віднімають 10 см.



Зміни в організмі жінки перед пологами

- Наступають певні зміни в організмі жінки, об'єднані в поняття **«провісники (попередники) пологів»**.
- Опущення живота вагітної відбувається через вставляння голівки плоду у вхід в порожнину малого таза і розтягнення нижнього сегмента матки. Жінки відчують полегшення дихання і зменшення або повна відсутність задишки.
- Зсув центру ваги тіла вперед, а голова і плечі відводяться назад (виникає так звана «горда хода»).

- ***Зменшення маси тіла на 1 - 2 кг за кілька днів до пологів відбувається через виведення надлишку рідини з організму за рахунок зниження концентрації прогестерону.***
- **Рухи плода стають менш активними.**
- **Можливі зміни в психологічному стані жінки - *підвищена збудливість або навпаки апатія.* Це пов'язано зі змінами в центральній і вегетативній нервовій системі і формуванням родової домінанти.**

Початок пологів

- Слід вважати появу регулярних скорочень матки тривалістю 10-15 с через 10-15 хв, при чому тривалість їх постійно наростає, а паузи скорочуються, що призводять до виникнення структурних змін:
 - згладжування та розкриття шийки матки,
 - відходження слизової пробки з цервікального каналу та формування плодового міхура.
- Наприкінці першого періода пологів *перейми тривають 60-80сек.*, а пауза між ними *триває 2хв.*
- З появою перших регулярних перейм (за 10-15 хв реєструються 1-2 перейми) і до закінчення пологів жінку називаємо *роділлею*.

ПОЛОГОВІ СИЛИ

- 1. **Перейми** - регулярні скорочення м'язів матки.
- На початку першого періоду пологів перейми тривають *10-15 с*, у середині - *30-40 с*, у кінці - *60-80 с*.
- Проміжки між переймами називаються *паузами*.
- Тривалість пауз від 10-15 хв на початку до 2-3 хв у кінці першого періоду пологів.
- **Потуги** - періодичні скорочення м'язів черевного преса, тазового дна та діафрагми, що приєднуються до перейм у другому періоді пологів.
- Під час потуг скорочуються посмуговані м'язи діафрагми, черевного преса, тазового дна, що призводить до *підвищення внутрішньочеревного тиску* і у поєднанні з переймами сприяє зганянню плода з порожнини матки.
- Потуги виникають *рефлекторно*, але роділля може їх регулювати залежно від потреби.

ПЕРІОДИ ПОЛОГІВ

- - перший - **період розкриття шийки матки** (з початку перших регулярних перейм до повного відкриття шийки матки, 10-12 см);
- - другий - **період зганяння длода** (від повного розкриття шийки матки до народження плода);
- - третій - **послідовий період** (від народження плода до народження посліда).

Перший період пологів

- Впродовж першого періоду пологова діяльність посилюється: *зростає тривалість та інтенсивність перейм, паузи між ними вкорочуються. Зростає внутрішньоматковий тиск, шийка матки дедалі більше розкривається, нижній полюс плодового міхура втрачає опору, його оболонки перерозтягуються, на висоті однієї із перейм відбувається розрив плодового міхура. Відходять передні навколоплодові води. Якщо плодовий міхур розривається при повному (на 10 см) або майже повному (не менше 6-7 см) розкритті шийки матки, йдеться про **вчасне** вилиття навколоплодових вод. Вилиття вод до повного розкриття (4-5 см) називається **раннім**, до початку пологової діяльності - **передчасним**.*

У першому періоді пологів за темпом розкриття шийки матки виділяють три фази :

- - **латентна** - з моменту початку пологової діяльності до розкриття шийки матки до 3-4 см. Триває 5-6 годин, швидкість розкриття - 0,3-0,5 см/год.
- - **активна** - характеризується посиленням пологової діяльності, відкриття з 3-4 досягає 8 см. Темп розкриття у впершенароджуючих 1,5-2 см/год, у тих, що народжують повторно, 2-2,5 см/год.
- - **фаза сповільнення** - відбувається деяке сповільнення пологової діяльності, фаза триває 1-2 год, закінчується повним розкриттям шийки матки. Швидкість розкриття - 1-1,5 см/год

Первая стадия

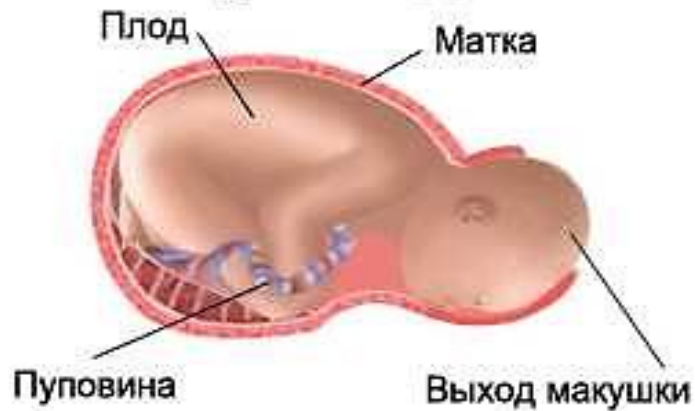
Латентная (скрытая) фаза



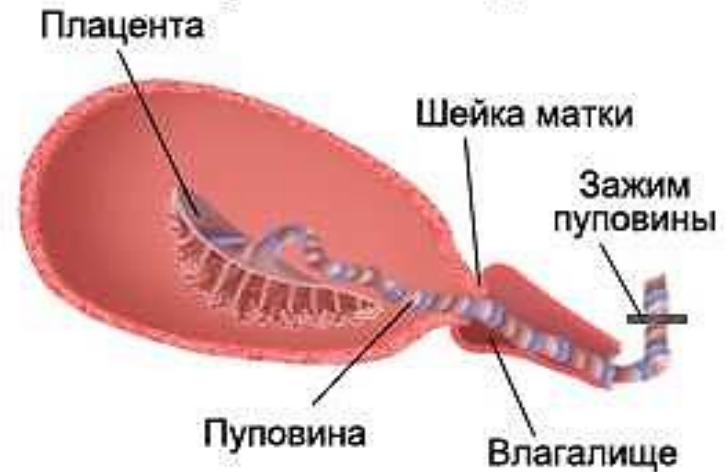
Активная фаза



Вторая стадия



Третья стадия



Другий період родів

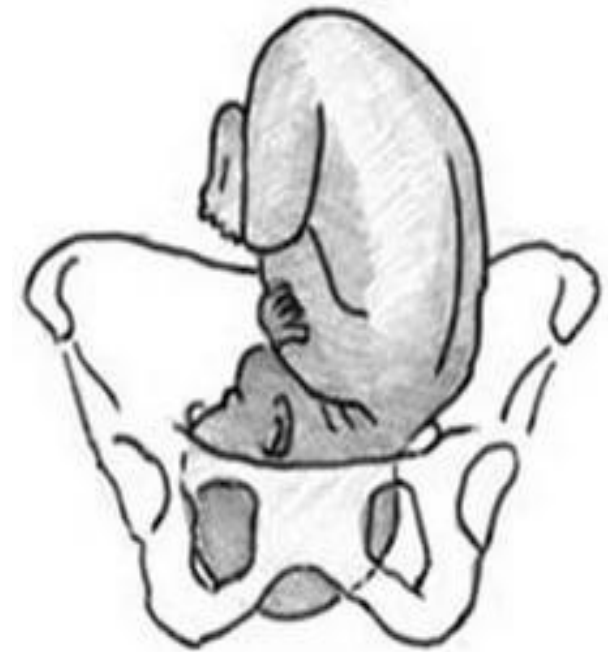
- *З моменту повного розкриття шийки матки розпочинається другий період пологів.*
- Після вилиття навколоплодових вод перейми на кілька хвилин припиняються, матка пристосовується до зменшеного об'єму. Нижній сегмент, повністю розкрити шийка матки та піхва утворюють родовий канал. Перейми відновлюються з наростаючою силою, тривалість їх збільшується до 50-60 с, паузи зменшуються до 1-2 хв. У другому періоді пологів перейми називаються **зганяльними**. Під дією підвищеного внутрішньо-маткового тиску плід починає просуватись родовими шляхами. Голівка опускається у порожнину малого таза. Коли великий сегмент голівки знаходиться у вузькій частині порожнини малого таза, а нижній її полюс досягає тазового дна, подразнюючи барорецептори, які там знаходяться, до перейм приєднуються *потуги*.

Моменти біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання

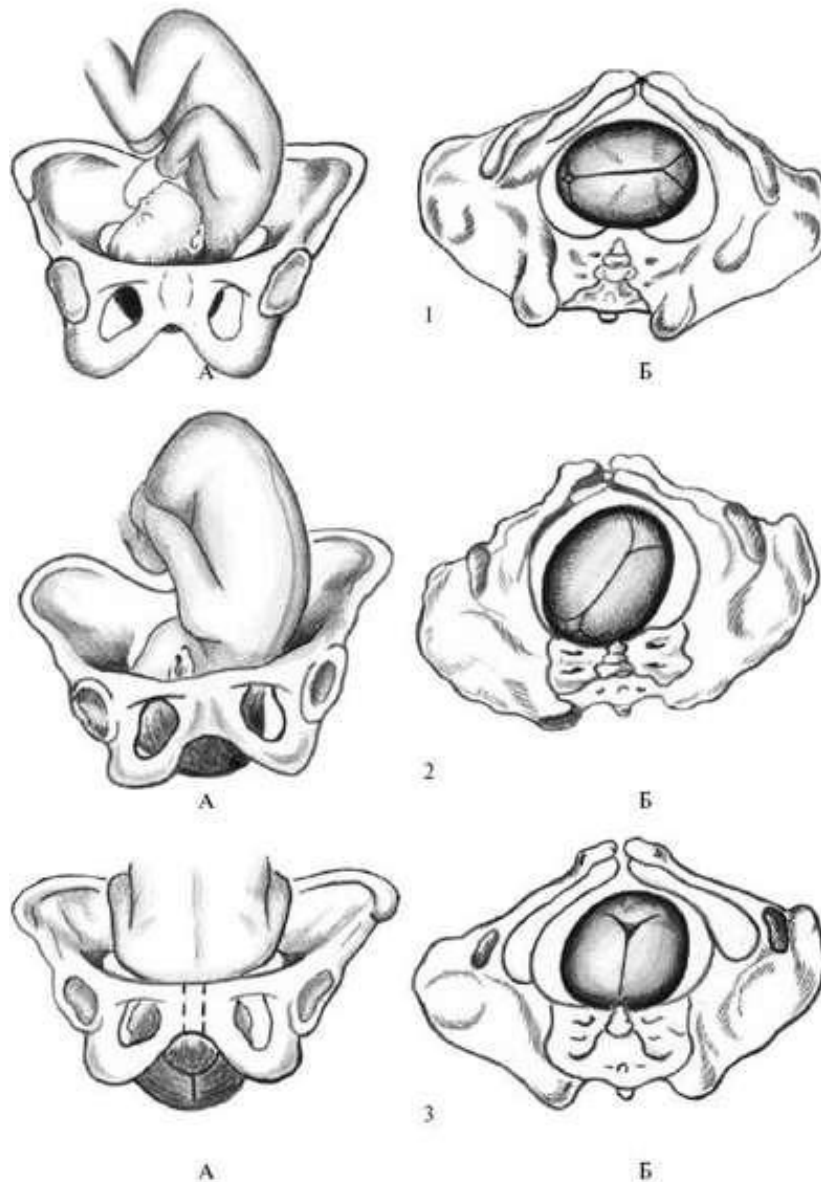
1. **Згинання голівки** (flexio capitis).

Голівка плода фіксується у вході в малий таз, її стріловидний шов знаходиться у поперечному або в одному з косих розмірів таза. *Внаслідок дії родових сил голівка згинається.* Підборіддя наближається до грудної клітки, потилиця опускається, мале тімячко розміщується нижче великого. У результаті згинання голівка проходить через малий таз своїм *малим косим розміром*

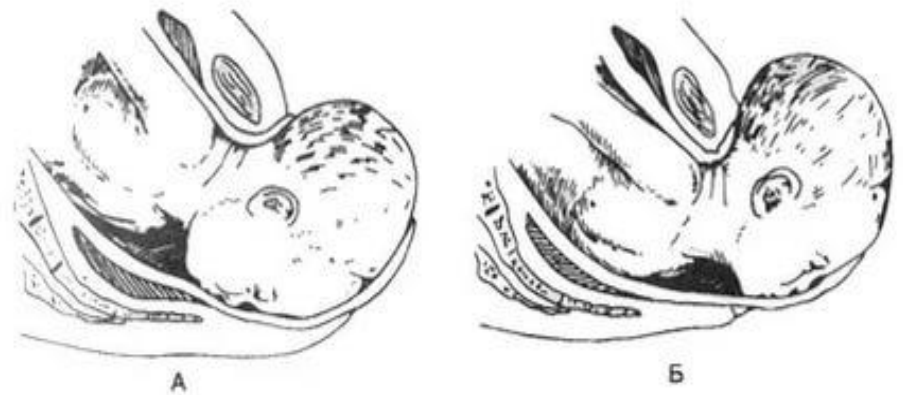
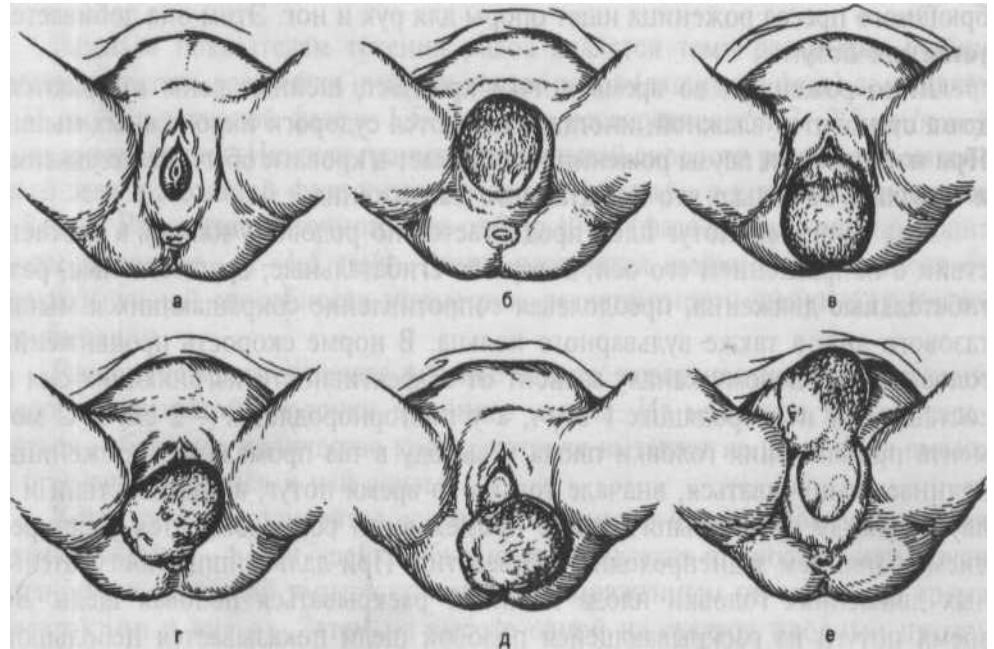
(9,5 см, обвід - 32 см), провідною точкою є ділянка *малого тім'ячка*. **Провідною точкою** називається найнижче розміщена ділянка передлеглої частини, яка першою проходить пологовими шляхами і першою народжується.

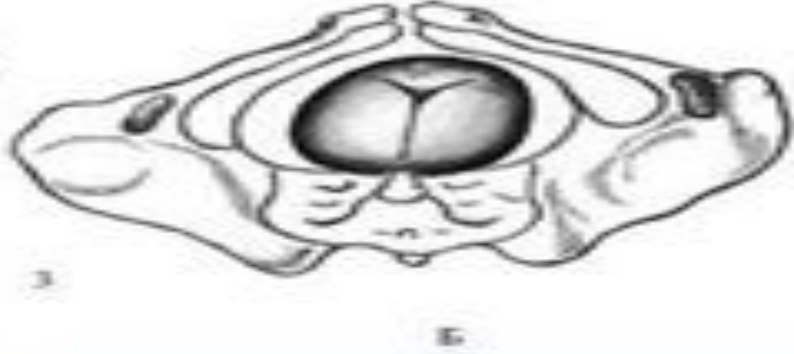
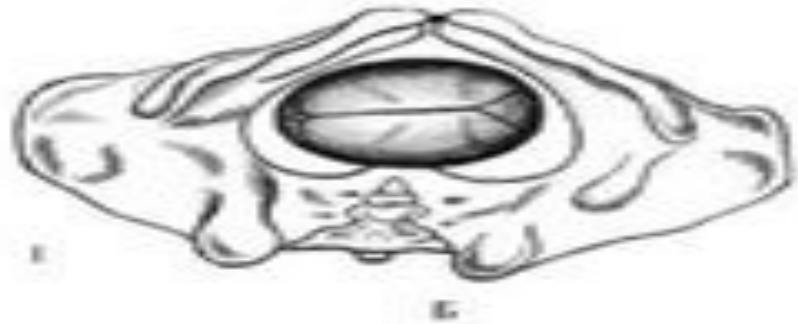


2. Внутрішній поворот голівки (*rotatio capitis interna*) починається при переході голівки з широкої частини порожнини малого таза у вузьку. Голівка здійснює поступальний і обертальний рух, в результаті якого стріловидний шов з поперечного або косого стає у прямий розмір виходу з таза. *Мале тім'ячко при цьому обертається до симфіза, а обличчя плода до крижів. Поворот завершується на тазовому дні.*



3. Розгинання голівки (deflexio capitis) Коли голівка досягає тазового дна, потуги стають особливо сильними. Промежина починає випинатись, задньопрохідний отвір зяє. При подальшому русі передлеглої частини статева щілина відкривається, і голівка під час потуги з'являється назовні. Поза потугою вона знову ховається. Це називається **врізуванням голівки** Коли голівка наближається до виходу з таза, вона натрапляє на опір м'язів тазового дна. Коли голівка просувається настільки, що не ховається поза потугою, говорять про **прорізування голівки** .і відбувається **Розгинання голівки** (deflexio capitis)

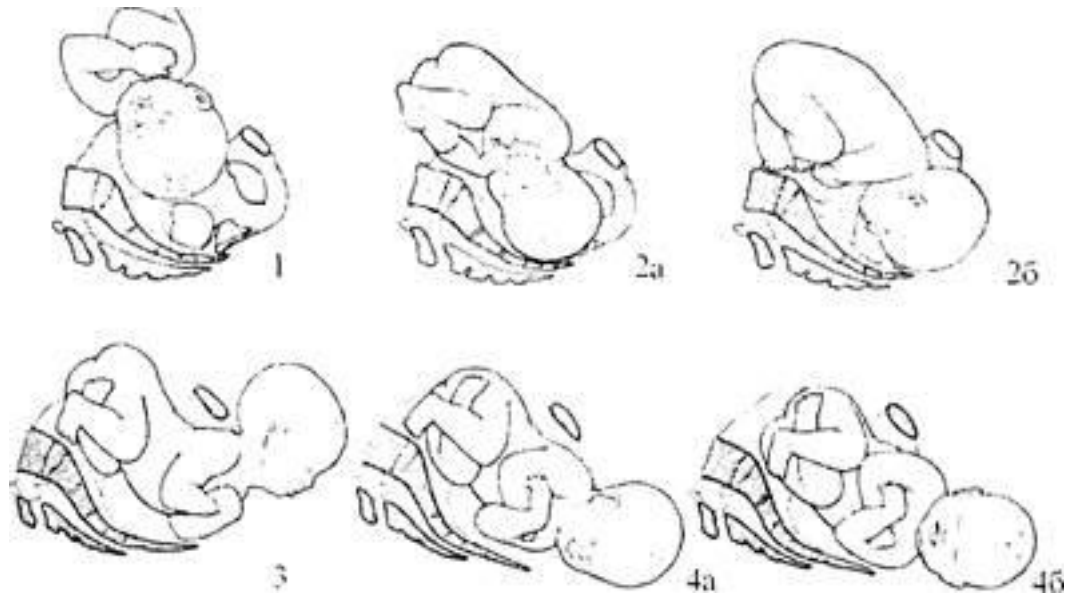


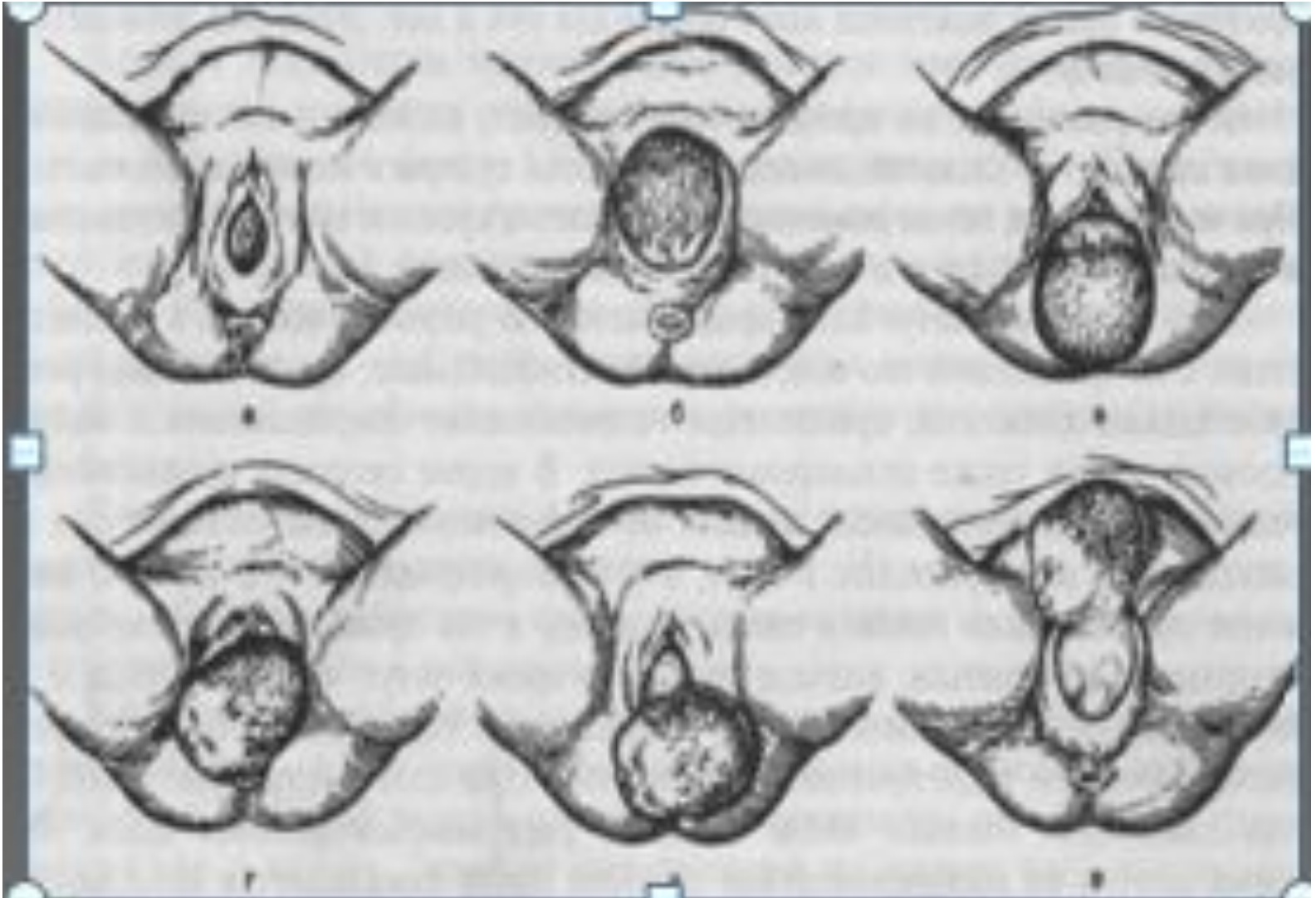


4. Внутрішній поворот тулуба, зовнішній поворот голівки (rotatio trunci interna et rotatio capitis externa).

Здійснюючи поступальний та водночас обертальний рух по родовому каналу, плічки плода переходять з косоного розміру таза у прямий, при цьому голівка обертається обличчям до правого (при першій позиції) або лівого (при другій) стегна матері. Переднє плічко підходить під симфіз і фіксується своєю верхньою третиною.

Утворюється точка фіксації, навколо якої відбувається бокове згинання тулуба плода, і народжується заднє плічко, після чого без утруднень народжується тулуб плода.







Первая стадия

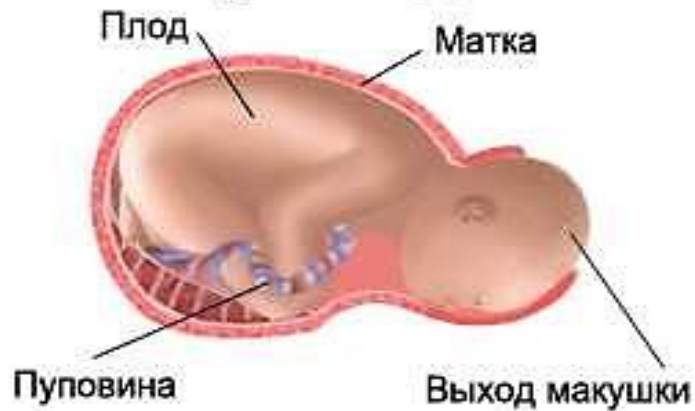
Латентная (скрытая) фаза



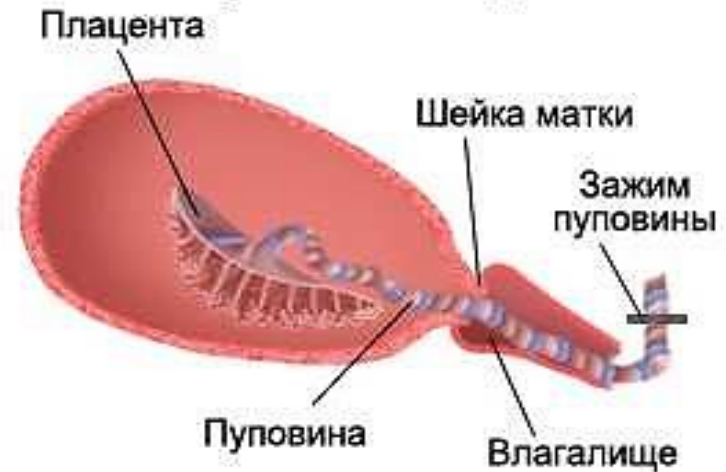
Активная фаза

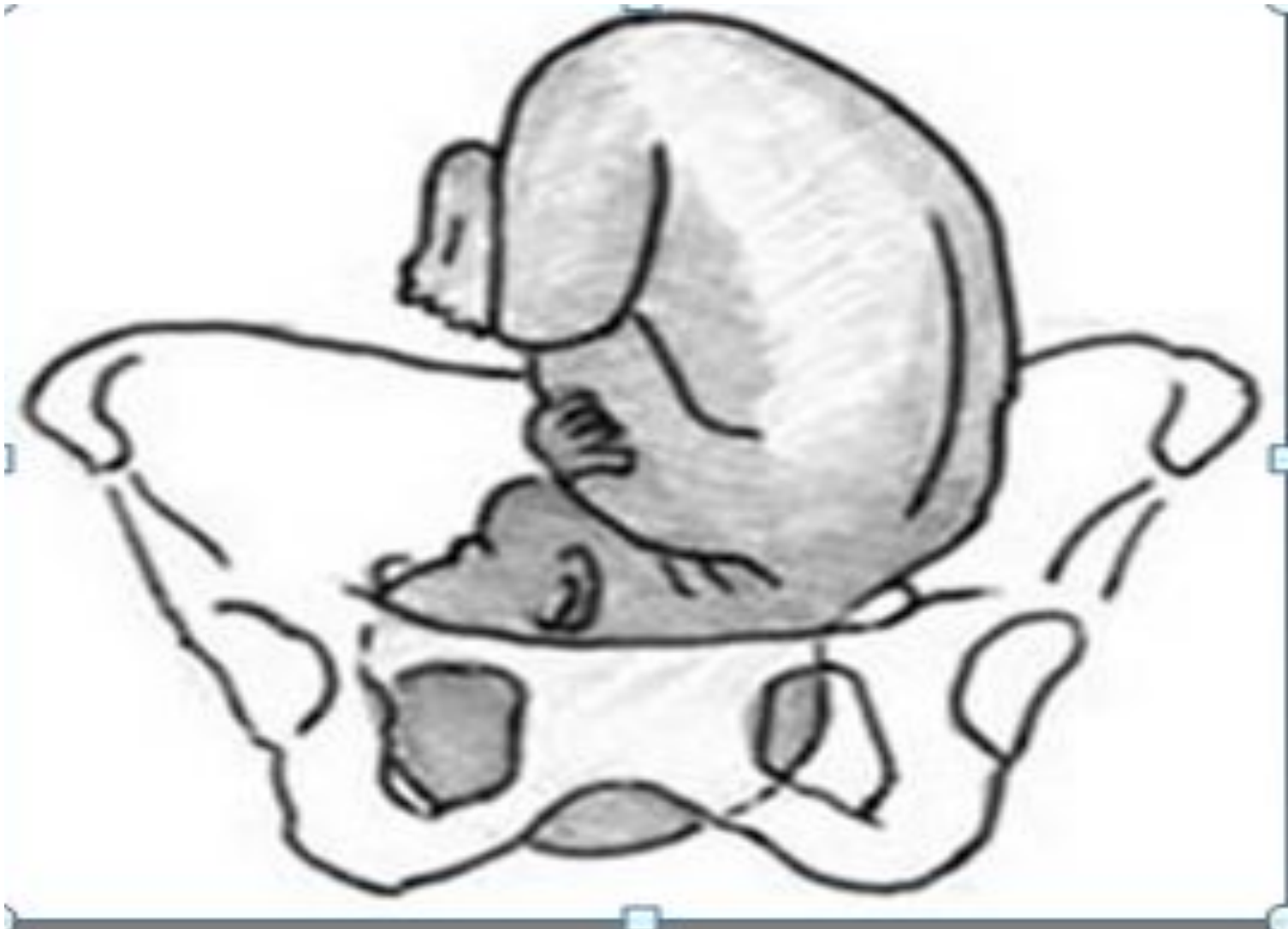


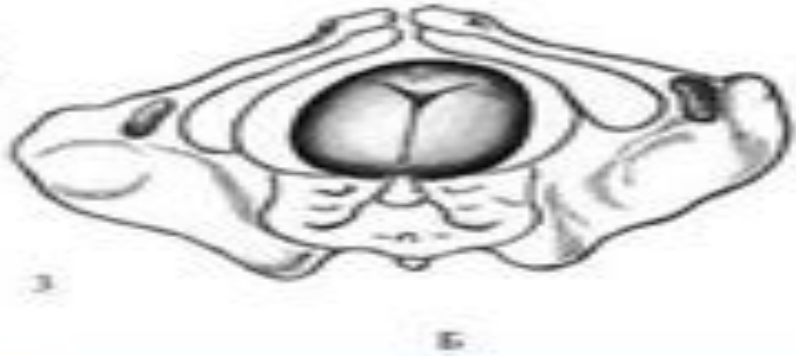
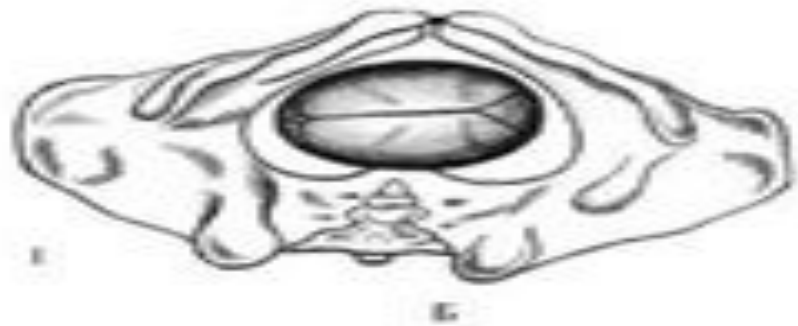
Вторая стадия

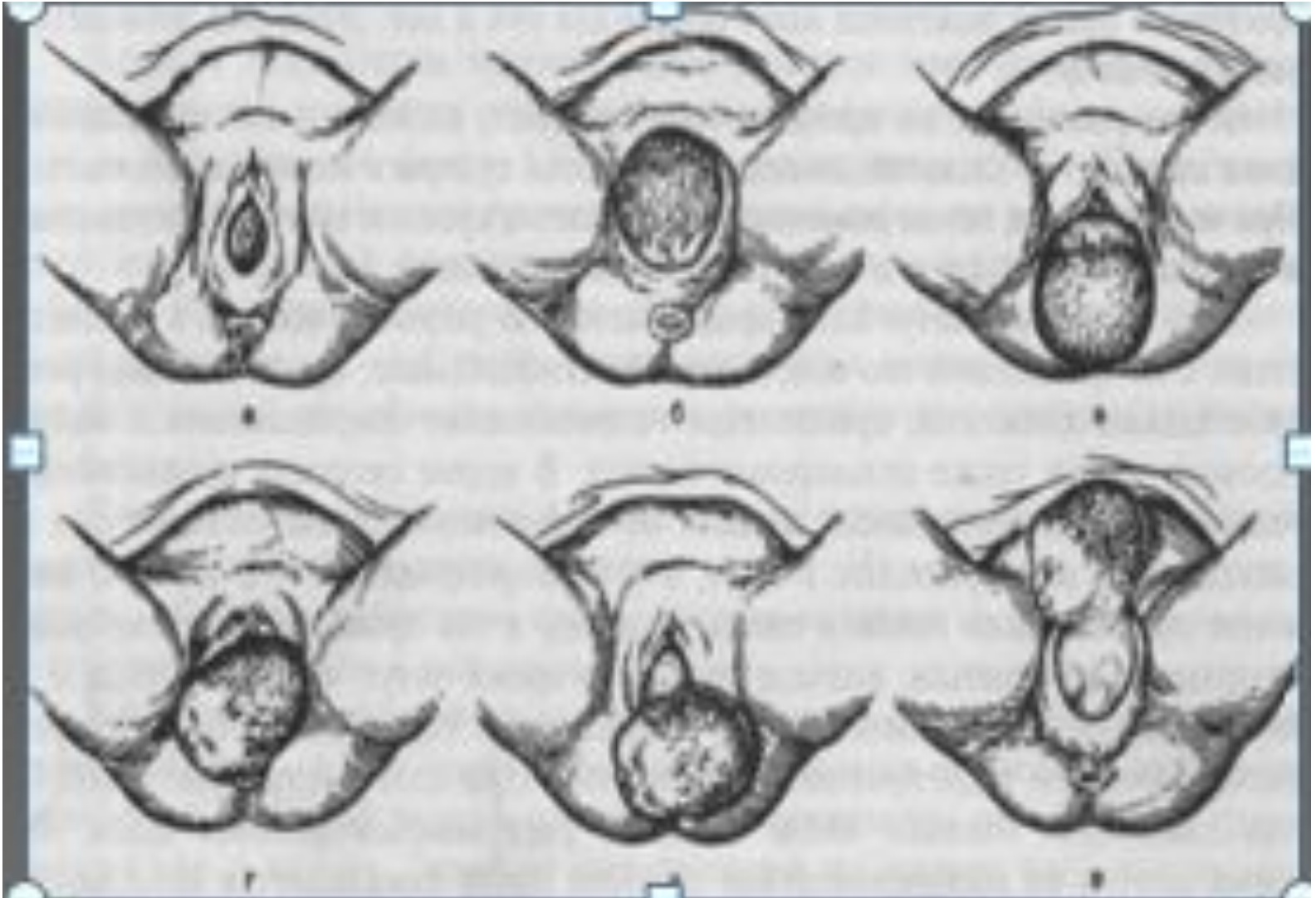


Третья стадия

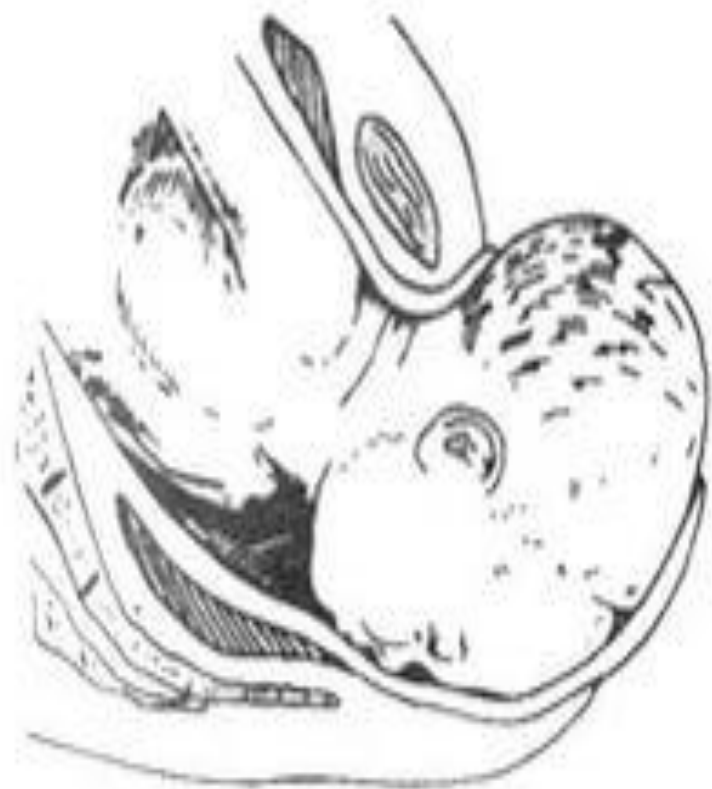








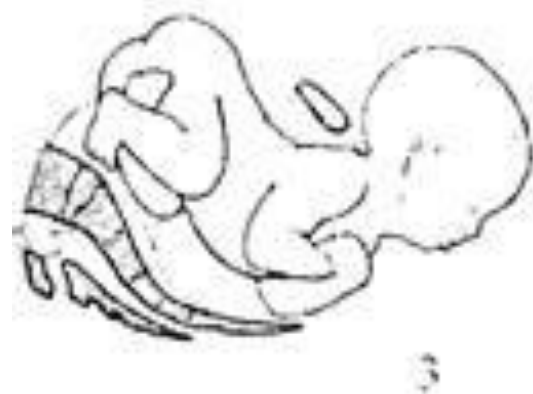
- ***Розгинання голівки*** (deflexio capitis). Коли голівка наближається до виходу з таза, вона натрапляє на опір м'язів тазового дна. Під нижній край симфіза підходить *підпотилична ямка* - точка фіксації. Навколо цієї точки під дією двох сил, сили скорочень матки та опору м'язів тазового дна, відбувається розгинання голівки та її народження



A



Б



Рождение ребенка. Схема.

Рождение головки

Наружный поворот головки

Рождение плечиков



Новорожденный.



Біомеханізм пологів



Рис. 13.



Рис. 14.



Рис. 15.



Рис. 16.



Рис. 17.



Рис. 18.



Рис. 19.



Рис. 20.

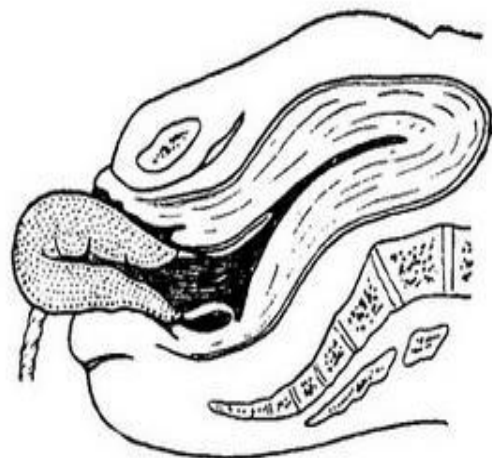
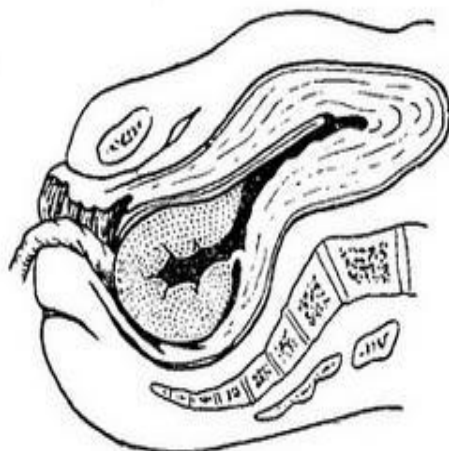
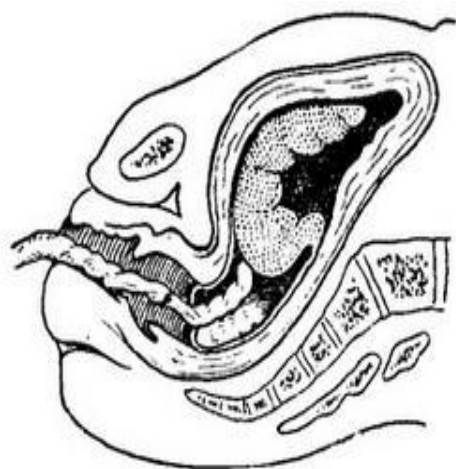


ПЕРЕБІГ ТРЕТЬОГО ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ

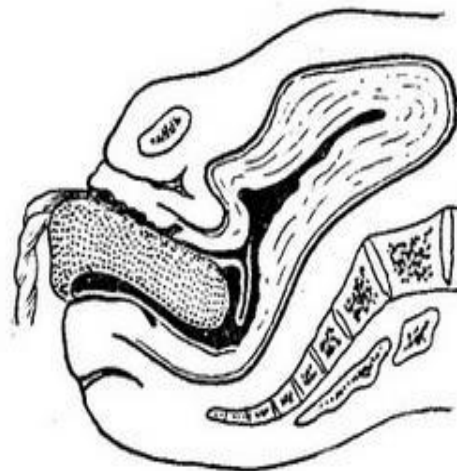
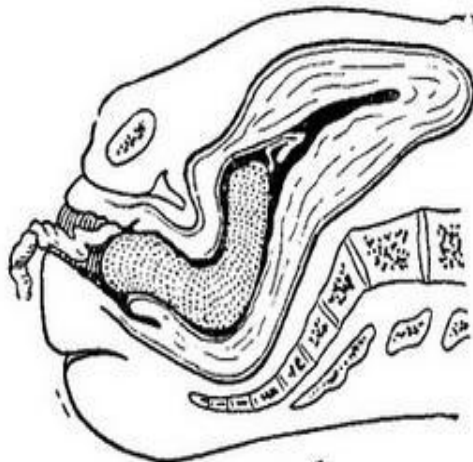
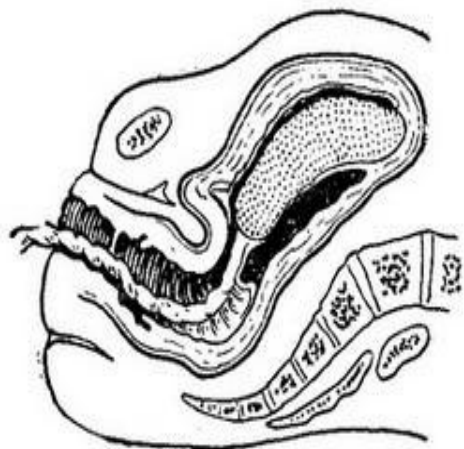
- Після народження плода розпочинається третій період пологів - *послідовий*.
- Протягом цього періоду відбуваються два процеси:
 - 1) *відділення* (відшарування) плаценти від стінки матки.
 - 2) *виділення* (зганяння) посліду з порожнини матки.

- Після народження плода матка значно зменшується у розмірах, набирає кулястої форми, дно її розміщується на рівні пупка. Кілька хвилин матка перебуває у стані тонічного скорочення, далі розпочинаються *послідові* перейми.

- **Внаслідок скорочень матки відбувається відділення плаценти від її стінки.** Матка, зокрема плацентарна площа́дка, скорочується, *плацента здатності до скорочення не має.* Порушення контакту між плацентою та стінкою матки з огляду на властивий людині гемохоріальний тип плаценти, призводить до утворення крововиливу між материнською поверхнею плаценти і маткою - *ретроплацентарної гематоми.*



a



b

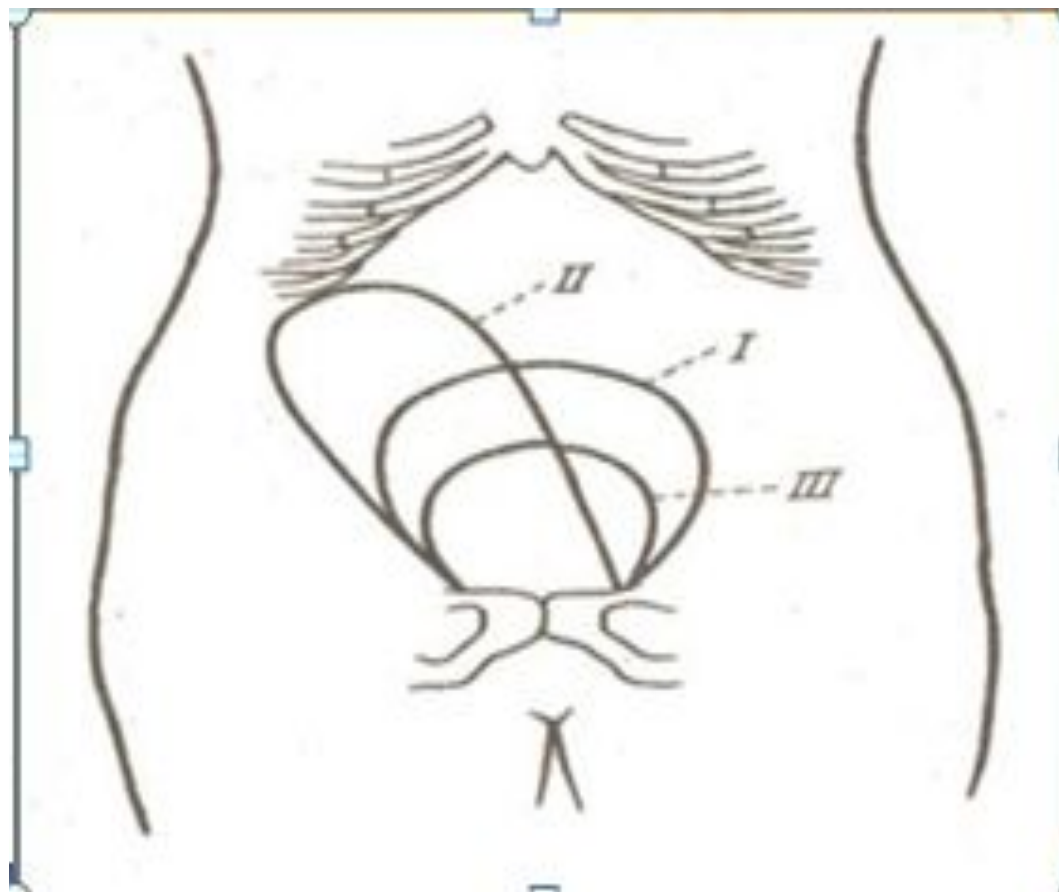
- *Протягом цього періоду відбувається відділення і виділення посліду з матки.*
- *Послідовий період триває в середньому 15 - 30 хв. Крововтрата не повинна перевищувати 0,5% від маси тіла жінки, що в середньому становить 250 - 300 мл.*
- *Відразу після народження плода матка значно скорочується і зменшується в розмірах, тому кілька хвилин матка знаходиться в стані тонічного скорочення, після чого починаються "послідові" перейми*

Ознаки відшарування плаценти

- **Ознака Шредера** - зміна форми та висоти стояння дна матки. Одразу після народження дитини матка має округлу форму, дно її розміщується на рівні пупка. Після відокремлення плаценти матка сплющується, витягується, дно її відхиляється у бік правого підребер'я

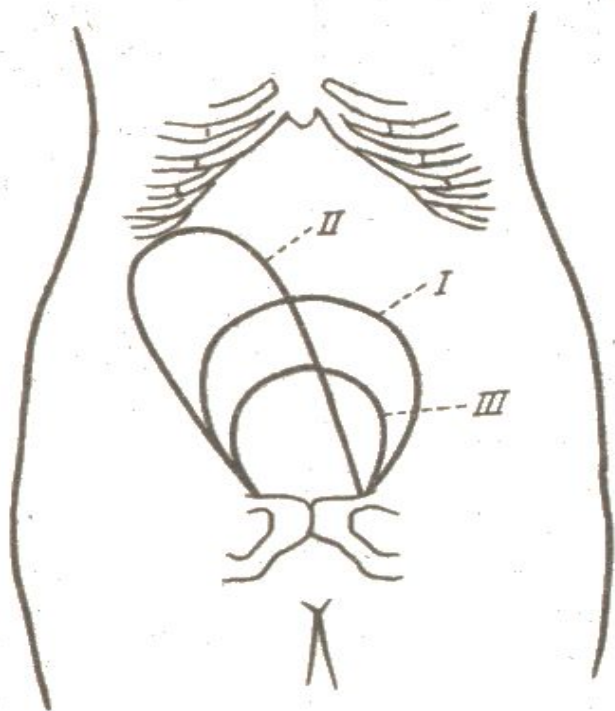
ОЗНАКИ ВІДДІЛЕННЯ ПОСЛІДУ

- **Шредера - зміна форми і висоти стояння дна матки.**

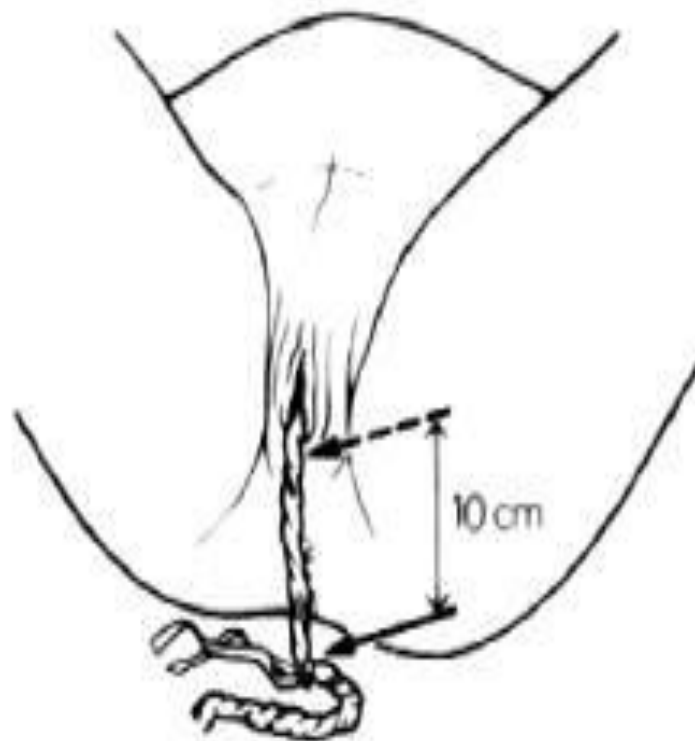


- **Ознака Альфельда** - подовження зовнішнього відрізка пуповини. Після відділення від стінки матки плацента опускається в нижній сегмент матки або у піхву. Тому затискач або лігатура, накладені на пуповину на рівні статевої щілини, опускаються на 10-12 см. Ознаки Шредера та Альфельда діагностуються при візуальному контролі за роділлею і не потребують натискування на матку чи інших маніпуляцій, котрі можуть порушити фізіологічний перебіг послідового періоду, тому є особливо цінними.

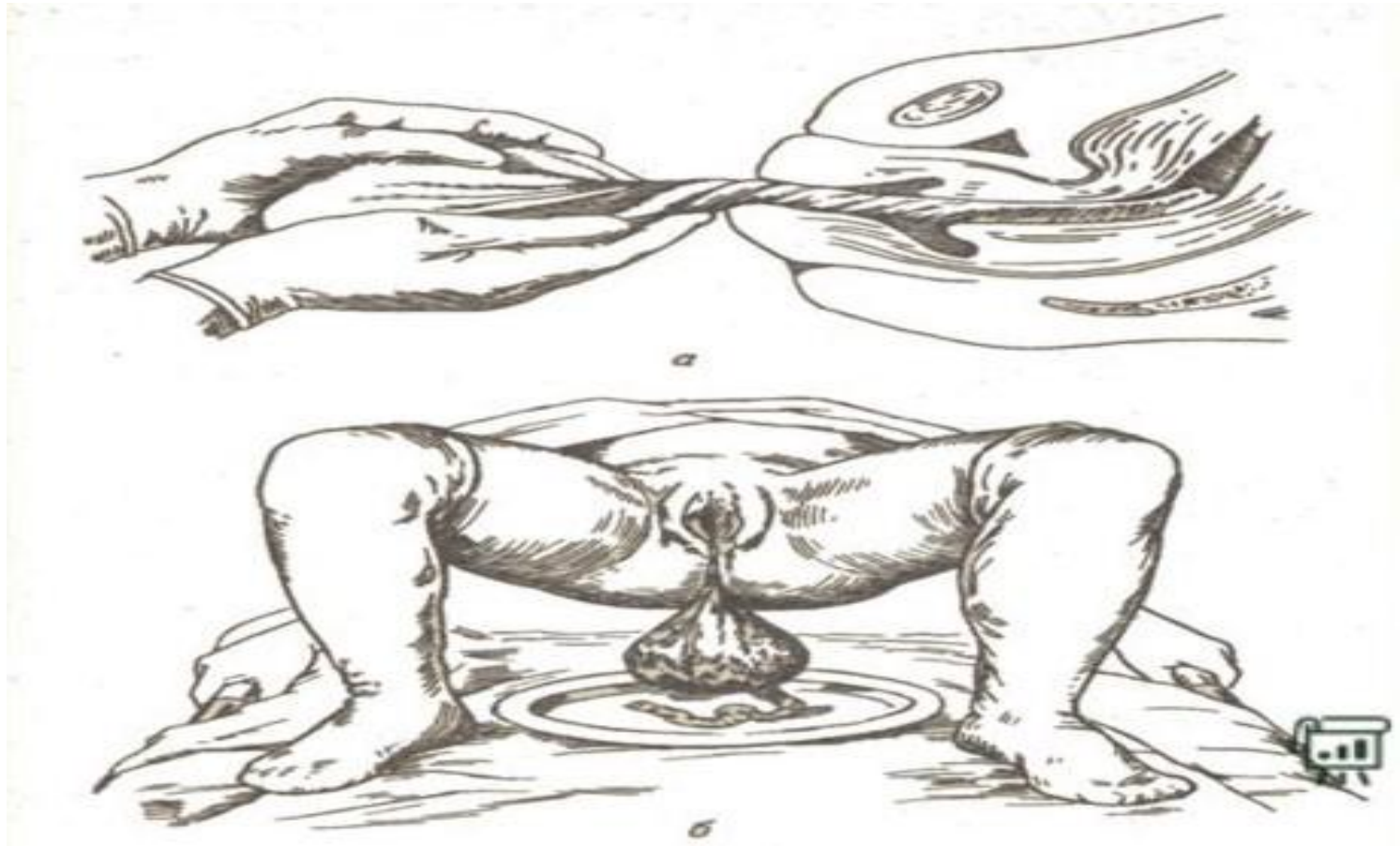
Шредера



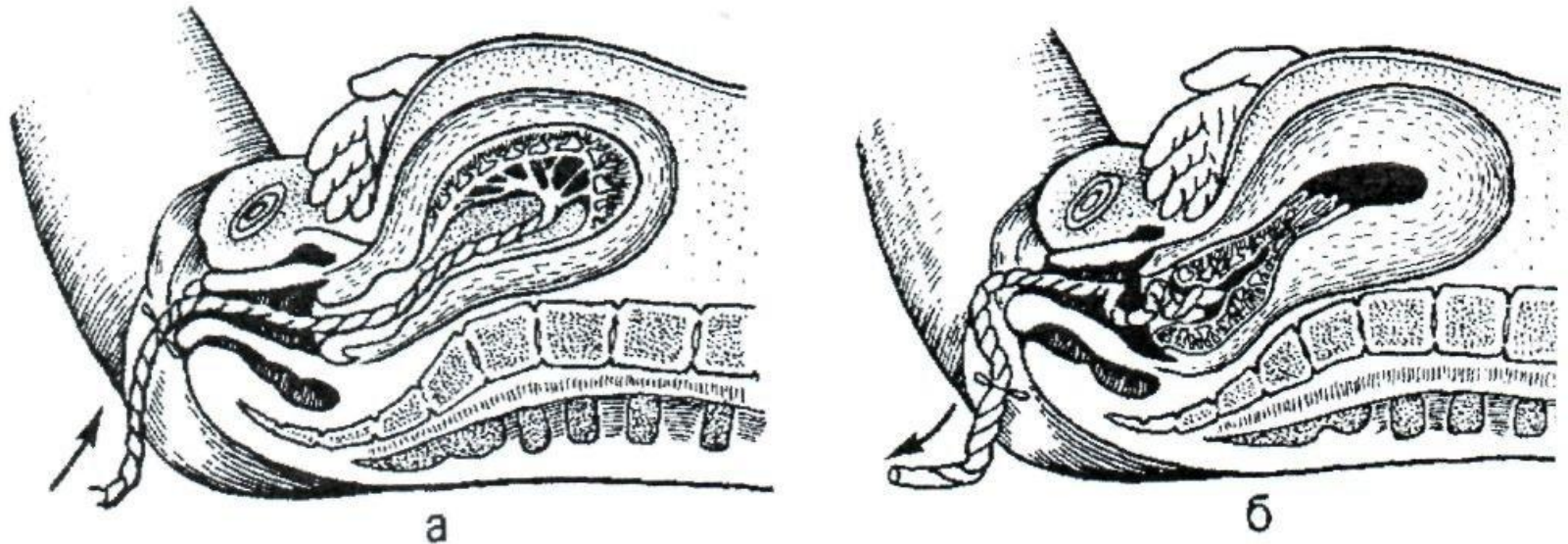
Альфельда



Під дією цих сутичок плацента з оболонками відокремлюється від стінок матки і народжується назовні з порожнини матки



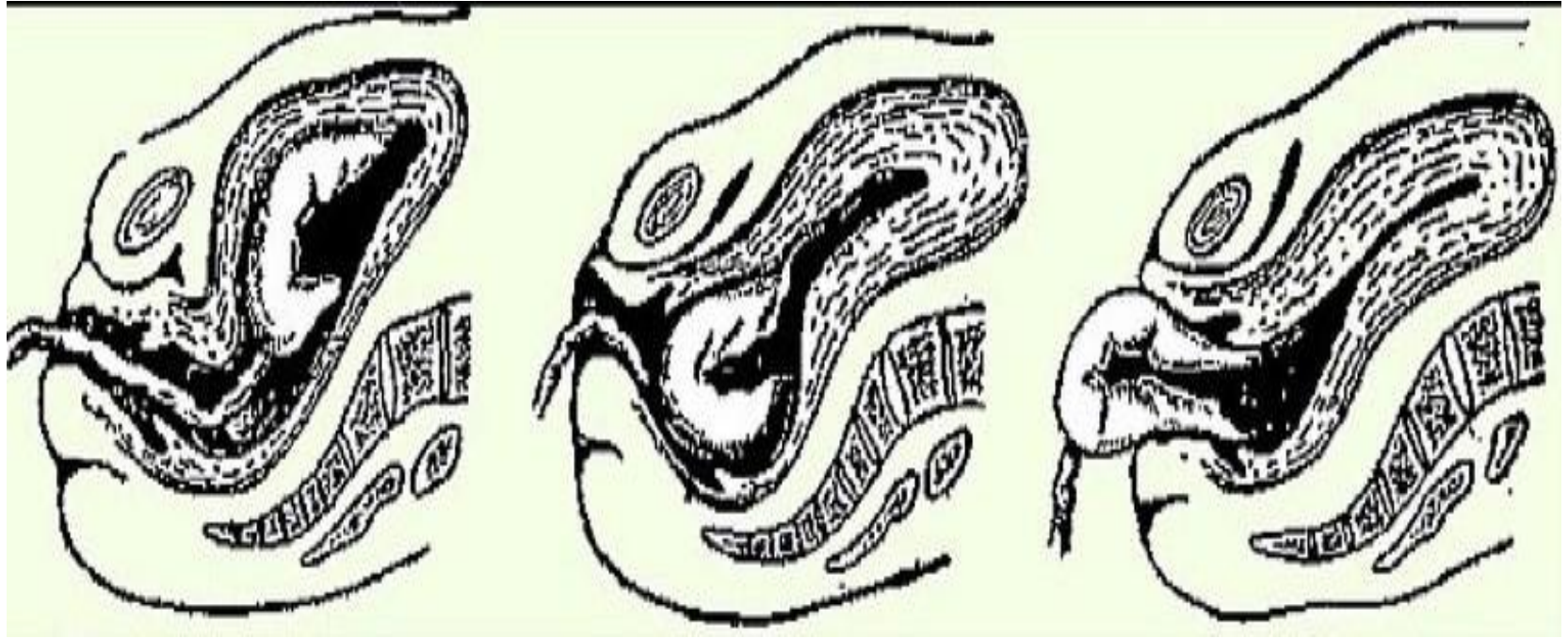
- **Ознака Кюстнера-Чукалова.** При натискуванні ребром долоні над симфізом за умови відділення плаценти від матки пуповина не втягується у статеву щілину



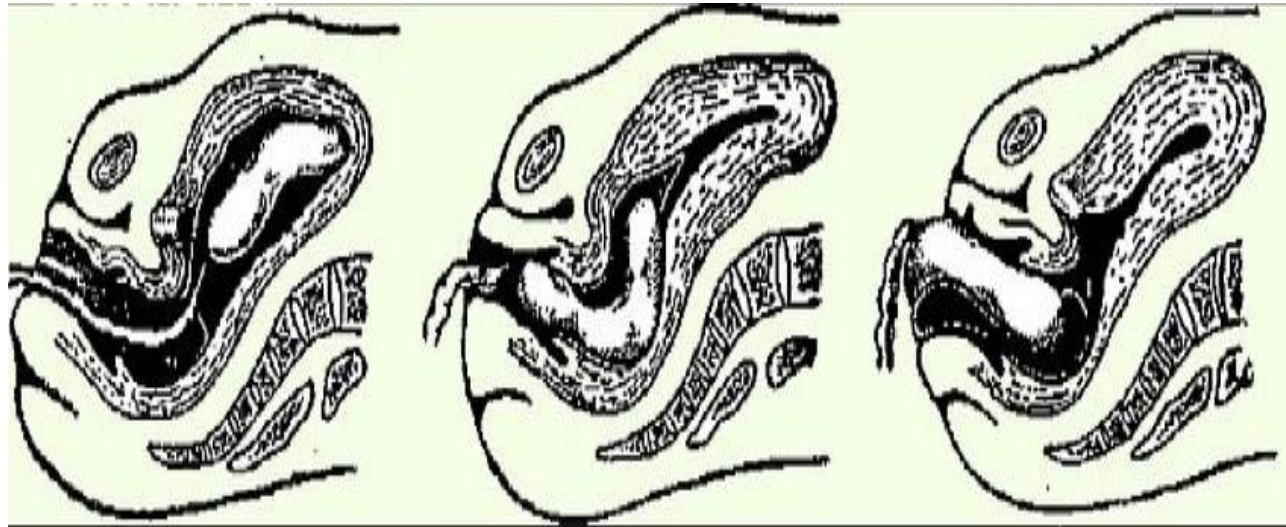
Мал. 32. Ознака Чукалова-Кюстнера:
а – плацента не відділилася; б – плацента відділилася

ТИПИ ВІДДІЛЕННЯ ПЛАЦЕНТИ

- **I тип** - центральний (по Шульце), коли плацента відділяється від центру її прикріплення і утворюється ретроплацентарная гематома, яка сприяє подальшому відділенню посліду. В даному випадку послід народжується плодової поверхнею назовні.

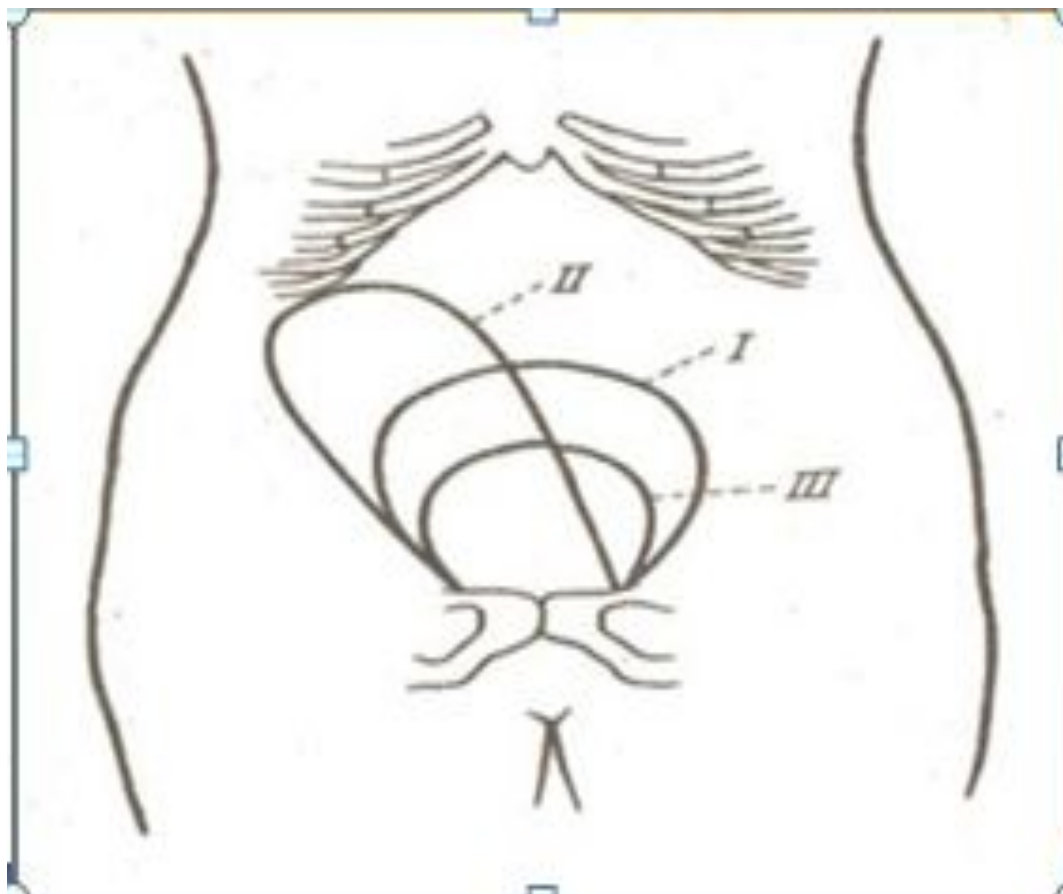


- **II тип** - периферичний (по Дункана), при якому послід починає відділятися від краю плаценти, ретроплацентарная гематома не утворюється, а послід народжується материнської поверхнею назовні.

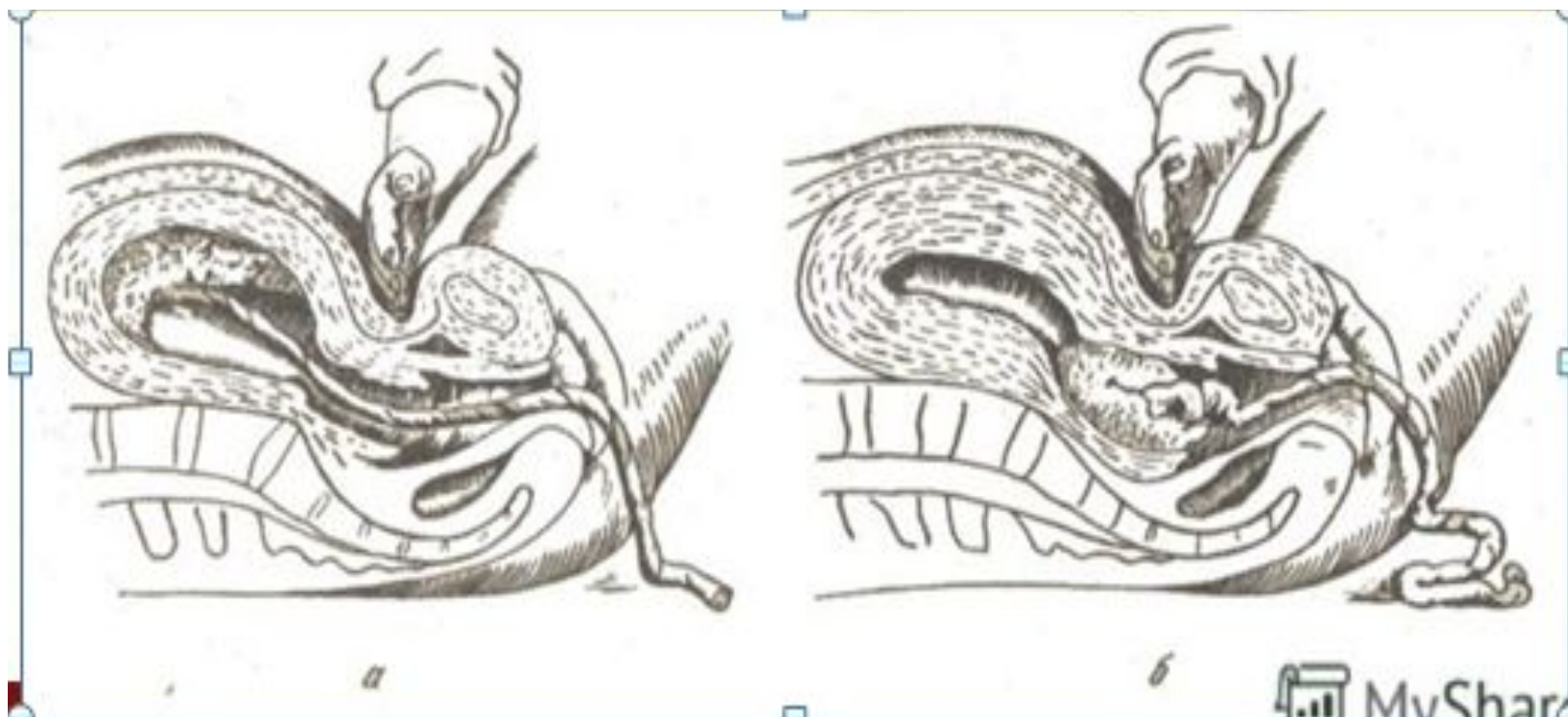


ОЗНАКИ ВІДДІЛЕННЯ ПОСЛІДУ

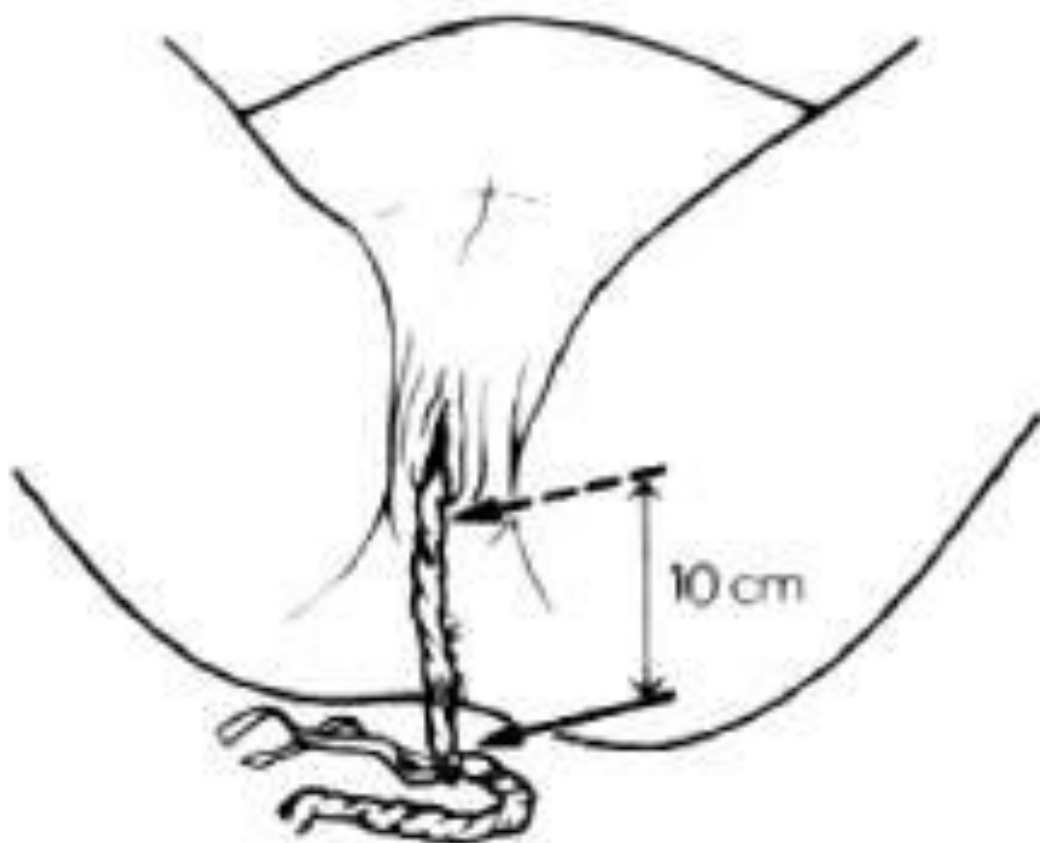
- **Шредера - зміна форми і висоти стояння дна матки.**



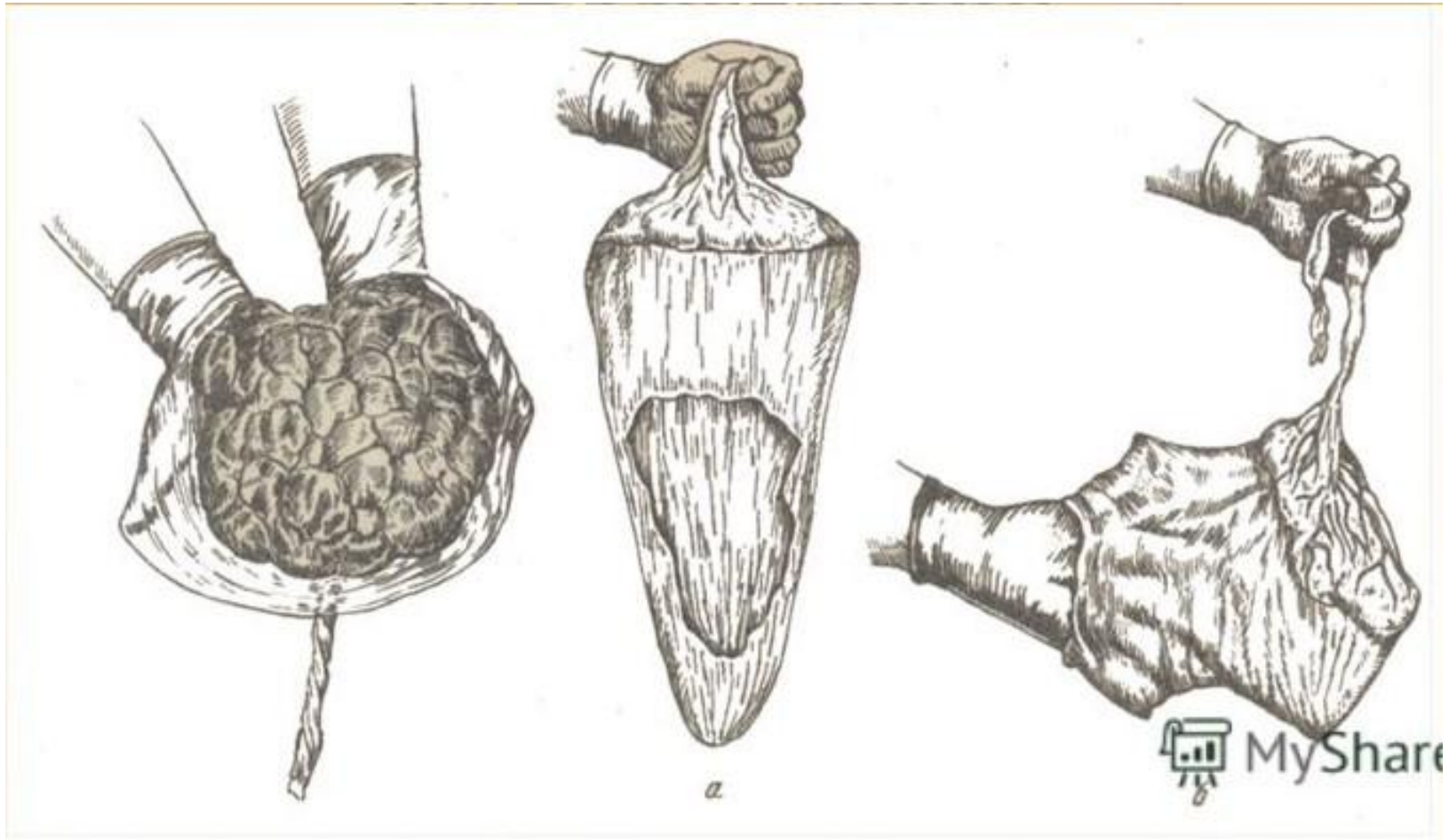
- **Ознака Кюстнера-Чукалова** - при натиску ребром долоні над симфізом пуповина не втягується, якщо плацента відокремилася від стінки матки. (Не можна тягнути пуповину, масажувати матку і т.д.!).



Альфелда



**Після народження посліду його детально
оглядають для виявлення розривів і
пошкоджень**



ОГЛЯД ОБОЛОНОК



**Якщо плацента відокремилася, але
видалити її не вдається, виконують
прийоми виділення посліду.**

- **За методом Абуладзе**
- **Спосіб Гентера**
- **За Кредо-Лазаревичу**



Показання до проведення кесаревого розтину

- **Абсолютні показання** означають, що при даній патології пологи природним шляхом неможливі, або становлять загрозу для життя матері або її дитини:
- **Анатомічно вузький таз II - IV ступеня;**
- **Таз, деформований кістковими пухлинами та переломами;**
- **Пухлини статевих органів великих розмірів (міома матки в нижньому сегменті і області шийки матки, пухлини яєчників);**

- Передлежання плаценти (плацента повністю перекриває канал шийки матки,) або часткове (плацента закриває частину маточного зіву)
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти - плацента відділяється від стінки матки до народження плода, і дитинка відчуває гостру гіпоксію (кисневу недостатність);

- Гостра гіпоксія плода;
- Загрозливий розрив матки;
- Неспроможність післяопераційного рубця на матці. Його стан визначають за допомогою УЗД ще під час вагітності;
- Значні рубцеві зміни шийці матки і піхви. В даному випадку шийка матки не зможе досить розкритися, а піхва повноцінно розтягнутися, для того щоб пологи відбулися нормально

Відносні показання

Технічно самотійні пологи можливі, але їх результат буде менш сприятливий, ніж після операції

- **Анатомічно вузький таз** I ступеня;
- **Крупний плід** (передбачуваний вага плоду *більше 4000г* при головному передлежанні і *більш 3600г* при тазовому);
- **Тазове передлежання** (при ножному вигляді і разгибательном положенні головки);

- Переношена вагітність. Так як кістки голівки плоду ущільнюються і їм складніше конфігурувати при проходженні по родовому каналу;
- Сильно виражене варикозне розширення вен вульви і піхви;
- Запекла слабкість пологової діяльності;
- Пороки розвитку матки;
- Після операційний рубець на матці;

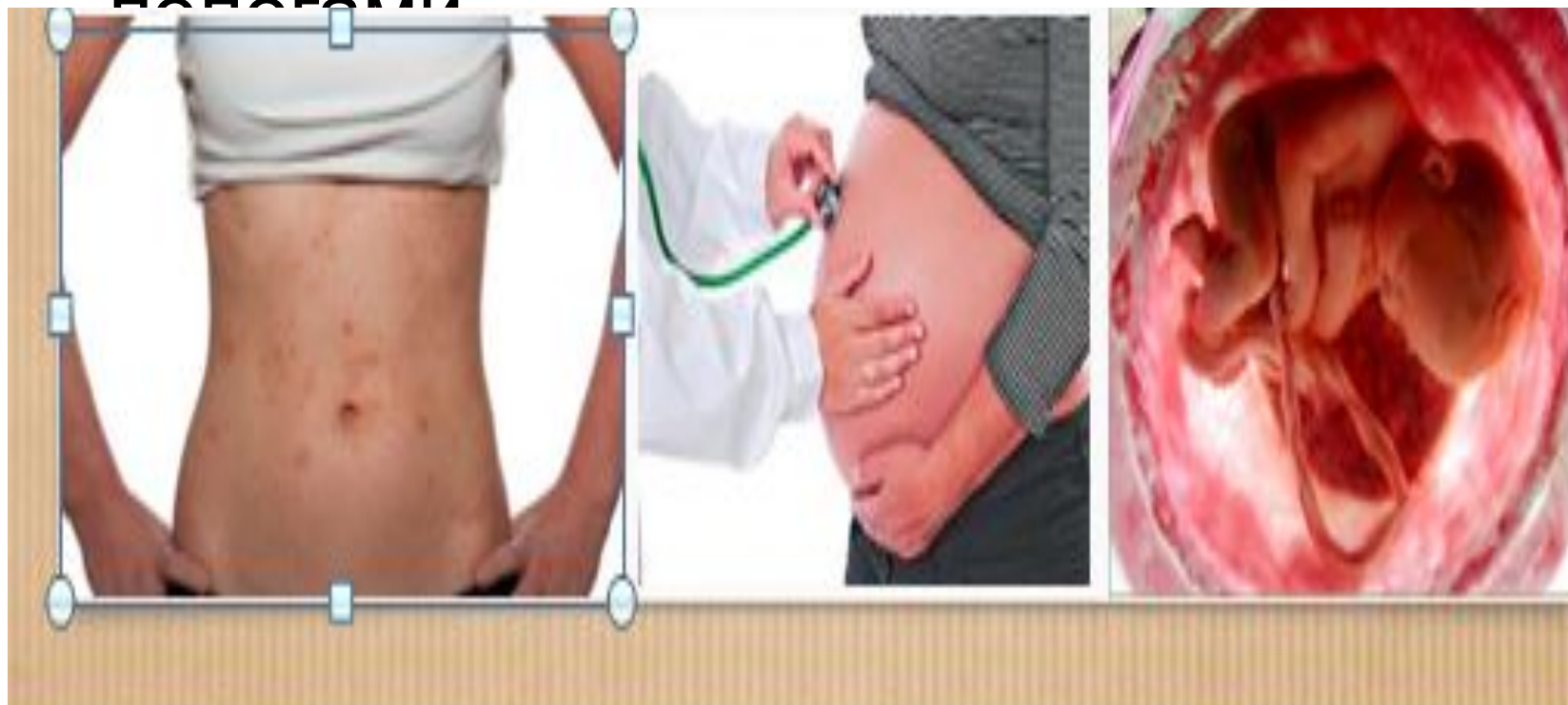
Відносні показання

- Захворювання жінки не пов'язані з вагітністю, при яких надмірне навантаження під час природних пологів може погіршити стан (серцево-судинні захворювання, хвороби нирок, цукровий діабет, міопія високого ступеня);
- Вік вагітної *старше 35 років*;
- Інфекції статевих шляхів;

Протипоказання до операції

- Внутрішньоутробна загибель плода;
- Вроджені вади несумісні з життям;
- Інфекційні захворювання шкіри живота.
- Деякі жінки хочуть народжувати оперативно, бажаючи уникнути хворобливих сутичок. Однак найчастіше вони не замислюються про те, що, як і за будь-якої операції є ризик ускладнень.

- Материнська і дитяча смертність при плановій операції вище в 4 - 5 разів, а при екстреному кесаревому розтині в 8 - 10 разів у порівнянні з природними



Наслідки операції

Можливі ускладнення післяопераційного періоду:

- **Ендометрит** - запалення матки, через відкритої рани великий поверхні рани ризик запалення вище, ніж при звичайних пологах.
- **Субинволюція матки** - порушення процесу скорочення матки і зменшення її розміру. При планових операціях відбувається вироблення внутрішнього окситоцину, який змушує матку скорочуватися, тому вводять його із зовні. У матці можуть затримуватися згустки крові і іноді доводиться проводити так звану «чистку матки», щоб запобігти розвитку подальших ускладнень.

- **Спайки** утворюються між петлями кишечника через порушення цілісності очеревини. Зазвичай їх мало і вони ніяк не відчуються. Але буває, що спайки перешкоджають нормальній роботі кишечника і виникають болі, тоді призначають медикаментозне лікування або операцію по розтину спайок.
- **Кесарів розтин** - це операція, при якій отримують дитину і послід з порожнини матки через розріз на передній черевній стінці. Частота кесаревого розтину становить в середньому 25 - 30%, але ці значення можуть значно коливатися в залежності від регіону країни і медичного закладу. У деяких європейських країнах операція проводиться тільки за бажанням жінки

Речі які мають бути у роділлі

- 1. Документи.

Обмінна карта і паспорт. Для сімейних пологів ще й паспорт чоловіка, результати аналізу на стафілокок і флюорографію. А також спеціальний дозвіл на проведення спільних пологів від керівництва лікарні.

- 2. Одяг.

Халат, тапки і шкарпетки будуть потрібні відразу, якщо вам під час вступу до пологового будинку дозволять переодягнутися в своє. Тому ці речі разом з документами найліпше тримати в окремому пакеті.

Література

- В.М. Запорожан, М.Р. Цегельський “
Акушерство і гінекологія “
- Л.Б. Маркін, В.І. Пирогов “ Вагітність та пологи “
- А.В. Жарких, Є.П. Гребенніков, В.О. Залізник “
Акушерство і гінекологія “
- Джоанна Стоун, Кіт Еддлман, Мері Маррі.
Вагітність і пологи = Pregnancy For Dummies. - М .:
«Діалектика», 2007. - С. 384. - ISBN 0-7645-5074-8.

Дякуємо за увагу