

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Медичний факультет
Кафедра акушерства та гінекології

І. І. Хаща, І. І. Хаща

Ситуаційні задачі з фізіологічного акушерства

Навчальний посібник

*для самостійної підготовки та поточного і підсумкового контролю знань студентів IV-VI курсів рівня вищої освіти **магістр** галузі знань **22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина» освітньої програми «Лікувальна справа»***

Ужгород
2023

УДК 618.2/.7(075.8)

X 29

Ситуаційні задачі з фізіологічного акушерства. Навчальний посібник / І. І. Хаща, І. І. Хаща; рец. : В. А. Маляр, О. О. Корчинська. — Ужгород: Говерла, 2023. — 45 с.

Автори:

І. І. Хаща - д-р мед.наук, професор кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ»

І. І. Хаща - лікар-інтерн акушер-гінеколог

Затверджено на засіданні кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ», протокол №1 від 30 серпня 2023 року.

Схвалено та затверджено на засіданні методичної комісії медичного факультету ДВНЗ «УжНУ», протокол №1 від 30 серпня 2023 року. Рекомендовано для використання в освітньому процесі.

Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради медичного факультету ДВНЗ «УжНУ», протокол №5 від 19 жовтня 2023 року.

Рецензенти:

В. А. Маляр - д-р мед.наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ»

О. О. Корчинська - д-р мед.наук, професор кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «УжНУ»

Навчальний посібник «Ситуаційні задачі з фізіологічного акушерства» призначений для самостійної підготовки та поточного і підсумкового контролю знань студентів IV-VI курсів рівня вищої освіти магістр галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина» освітньої програми «Лікувальна справа» і відповідає робочій програмі навчальної дисципліни ОК 32 «Акушерство та гінекологія (профільний курс)». Складається з клінічних задач по основним питанням фізіологічної вагітності. Принцип побудови задач полягає у описі клінічної ситуації, встановленні відповідного діагнозу, виборі акушерської тактики та відповіді на конкретні питання. Еталони відповідей та рішень викладені у другій частині посібника. На основі еталонів розроблено метод оцінки знань студентів, що дозволяє використовувати даний посібник для модульного контролю.

Для студентів медичних вищих навчальних закладів. Може бути корисним для інтернів та практичних лікарів.

ПЕРЕДМОВА

Акушерство і гінекологія належать до основних дисциплін у підготовці майбутніх лікарів. У практиці лікаря будь-якої спеціальності можуть зустрічатися випадки, пов'язані з потребою надавати медичну допомогу жінкам з фізіологічними та патологічними процесами під час вагітності, в родах та післяродовому періоді, а також при гінекологічних захворюваннях. Нерідко виникають стани, що потребують невідкладної допомоги і ургентних втручань. Лікарі різних спеціальностей повинні вміти визначити особливості діагностики норми і патології в акушерській і гінекологічній практиці та обирати оптимальну тактику ведення випадку і вибору адекватного методу лікування. Тому, авторами з метою кращого засвоєння та поглиблення знань майбутніх лікарів створено збірник клінічних задач з фізіологічного акушерства з елементами ускладненості (III рівень), максимально наближених до медичної практики (III рівень), а також з проблемним характером та з міждисциплінарним контекстом (IV рівень). Фізіологічне акушерство включає в себе фізіологію вагітності, пологів, післяпологового періоду, перинатальну охорону плода, фармакотерапію в акушерстві, питання медичної етики та деонтології.

Збірник ситуаційних задач розроблений згідно робочої програми навчальної дисципліни «Акушерство та гінекологія (профільний курс)» для студентів IV-VI курсів і може застосовуватися для самостійної підготовки та поточного і підсумкового контролю знань студентів медичних вузів і містить тестові та ситуаційні задачі з публічних, доступних баз даних та оригінальних клінічних випадків. Рішення задачі має мати стандартний вигляд і передбачає визначення діагнозу, вибору тактики ведення випадку і методів та способів лікування та відповідей на додаткові запитання. З дидактичною метою кожна задача має еталон рішення з коротким обґрунтуванням відповідей, що наведені в другій частині збірника. Форма вирішення клінічних задач дозволяє їхнє використання, як одного із способів, для проведення модульного контролю, для чого рекомендується спосіб оцінки, адаптований до вимог робочої програми з даної навчальної дисципліни. Рубрики «Діагноз» і «Що робити?» оцінюються максимум по 20 балів, 8 основних питань ціною 5 балів і одне додаткове ціною 5 балів, яке при правильній відповіді може бути зараховане до загального результату і, таким чином, максимальний результат може складати 80 балів.

Видання буде сприяти самостійній підготовці студентів IV-VI курсів до практичних занять з фізіологічного акушерства шляхом узагальнення знань з навчальної дисципліни «Акушерство і гінекологія» для спеціалізації «Лікувальна справа» та дасть можливість контролю і самоконтролю знань студентів.

ЧАСТИНА І: ЗАДАЧІ І ПИТАННЯ

Задача 1.

Пацієнтка А., 25 років, звернулася до лікаря у зв'язку із затримкою менструації на 2 тижні, що вперше виникла у житті на фоні регулярного циклу. Почала відчувати ранішню нудоту, іноді блювоту, зміни смаку та настрою, відразу до деяких страв і продуктів, нагрубання молочних залоз. Виконала вдома тест на вагітність по сечі з позитивним результатом. При огляді виявлено гіперпігментацію білої лінії живота та сосків молочних залоз. При дзеркальному дослідженні визначається ціанотичний колір слизової оболонки піхви та шийки матки, зовнішній зів котрої зіницеподібний.

При вагінальному обстеженні матка по середній лінії, кут нахилу матки допереду, шийка помірно щільна, перешийок матки розм'якшений, тіло матки м'якої консистенції, при пальпації тонус його підвищується, по середній лінії передньої поверхні матки знайдено гребенеподібний виступ, що не переходить на її дно, задню поверхню і шийку, матка збільшена до розмірів жіночого стиснутого кулака, дещо асиметрична з випячуванням в області правого тубного кута. Придатки матки з обох боків при пальпації визначаються без патологічних ознак.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Що з вищеперерахованого є сумнівними ознаками вагітності?
2. Що з вищеперерахованого є імовірними ознаками вагітності?
3. Що з вищеперерахованого є вірогідними ознаками вагітності?
4. Як називається метод обстеження, що використовується під час тесту на вагітність по сечі?
5. Який гормон визначається під час тесту на вагітність, яка його дія?
6. Який гормон називають гормоном вагітності, чому, який спектр його дії?
7. Який додатковий метод діагностики дозволяє отримати вірогідні ознаки вагітності в ранніх термінах?
8. Які препарати і як рекомендують приймати жінкам для профілактики дефектів нервової трубки (ДНТ)?
9. Які препарати і як рекомендують приймати вагітним для профілактики анемії, післяпологового сепсису, народження дітей з малою масою тіла та передчасних родів?

Задача 2.

Вагітна Ф., 23 роки, звернулася до лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації у зв'язку з першою вагітністю. Скарги відсутні. Має з собою заключення проведеного 4 тижні тому ультразвукового обстеження із встановленою матковою вагітністю терміном 8 тижнів. Анамнези не обтяжені. Свідомість ясна, конституція тіла правильна, ріст 166 см, маса тіла 64 кг, артеріальний тиск 100/60 мм.рт.ст. (до вагітності 120/70 мм рт.ст.), пульс 88 уд/хв із задовільними характеристикам. З боку внутрішніх органів патології не виявлено.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Який наказ МОЗ України визначає стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність»?
2. Які питання розглядають стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність»?
3. Дайте визначення поняття «материнська смертність» (МС).
4. Як визначається показник «материнської смертності»?
5. Яка оптимальна кількість візитів вагітної до лікаря для досягнення мети зниження показників материнської та перинатальної смертності та захворюваності і формування у жінок позитивного досвіду вагітності?
6. Які шкідливі звички вагітної можуть стати причиною порушень розвитку вагітності?
7. Які інфекційні аналізи проводять всім вагітним жінкам?
8. Які аналізи є обов'язковими під час першого візиту вагітної?
9. Високий чи низький віковий рівень ризику хромосомних аномалій плода у даної вагітної?

Задача 3.

Пацієнтка І, 24 роки, вагітність друга, перші вагітність і роди нормальні. Звернулася вперше до лікаря жіночої консультації 6 липня. Скарг немає. Остання менструація почалася 16 лютого. Менструації регулярні, неболючі, тривалістю 5-6 днів, менструальна кровотеча помірна. На обліку по вагітності не перебуває. Перше ворухіння плода відчула 30 червня.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Який термін вагітності на момент першого візиту жінки до лікаря за датою останньої менструації?
2. Який термін вагітності за датою першого ворухіння плода?
3. Коли очікувана дата родів у жінки за датою останньої менструації?
4. Коли очікувана дата родів у жінки за першим ворухінням плода?
5. Дайте визначення поняття «перинатальний період».
6. Визначте поняття «живонародження».
7. Визначте поняття «мертвонародження».
8. Визначте поняття «плід».
9. Визначте поняття «викидень».

Задача 4.

До акушера-гінеколога жіночої консультації звернулася пацієнтка К., 36 років, для планового огляду. Чотири тижні тому була вперше під час даної вагітності на огляді, діагностовано вагітність біля 8 тижнів. Приймає зараз призначені препарати заліза та фолієвої кислоти в профілактичних дозах. В анамнезі одні нормальні роди 5 років назад здоровою дитиною. Остання менструація три місяці тому. Вагітність не планована, бажана. З боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено, АТ 120/60 мм рт.ст. На обличчі та сосках молочних залоз виражена гіперпігментація шкіри.

Дані вагінального дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, визначається ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки. Шийка матки циліндричної форми, зів у виді веретена, щільно закритий. Матка по середній лінії, кут матки допереду, збільшена до розмірів голівки новонародженого, дно її доходить до рівня верхнього краю симфізу.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Як визначається термін вагітності за датою початку останньої менструації?
2. Що таке «передчасні пологи»?
3. Що таке строкові пологи?
4. Що таке «запізнілі пологи»?
5. Визначте поняття «новонароджений».
6. Визначте поняття «недоношений новонароджений».
7. Визначте поняття «доношений новонароджений».
8. Визначте поняття «переношений новонароджений».
9. Ризик яких аномалій плода зростає пропорційно віку батьків, особливо матері?

Задача 5.

Повторновагітна С., 27 років, звернулася на консультацію до лікаря акушера-гінеколога. Дату останньої менструації та першого ворухіння плода не пам'ятає. Дані об'єктивного обстеження не виявили відхилень з боку екстрагенітальних органів. АТ 120/80 мм рт.ст.

Дані зовнішнього акушерського обстеження: дно матки на рівні мечоподібного відростка, в правому боці матки промацується гладка широка поверхня плода, в лівому - дрібні рухомі виступи. Над лоном при пальпації визначається велика округла балотуюча частина з чіткими контурами. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Ким і як здійснюється ведення вагітності?
2. Який підхід передбачає ведення пацієнтки з нормальною вагітністю?
3. Що таке «допологова допомога» (ДПД)?
4. В якому терміні вагітності бажано здійснити перший візит до лікаря і що він передбачає?
5. Який термін вагітності за висотою стояння дна матки?
6. Дайте визначення поняття «положення плода».
7. Дайте визначення поняття «передлежання плода».
8. Дайте визначення поняття «позиція плода».
9. Де знаходиться точка найкращого вислуховування серцебиття плода при даному його розташуванні в порожнині матки?

Задача 6.

Першовагітна О, 18 років, звернулася в жіночу консультацію з приводу вагітності. Термін останньої менструації і першого ворухіння плода не пам'ятає. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. АТ - 120/80 мм рт.ст.

Дані зовнішнього акушерського обстеження: дно матки на 2-3 пальці вище пупка, висота стояння дна матки 26 см, в лівому боці матки промацується гладка широка поверхня плода, в правій - дрібні рухомі виступи. Передлежача частина промацується у вигляді великої, щільної округлої частини, що балотує між пальцями. Серцебиття плода ясне, ритмічне, частота 136 уд/хв.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Який термін вагітності за висотою стояння дна матки?
2. Визначте поняття «неонатальний період».
3. Визначте поняття «ранній неонатальний період».
4. Визначте поняття «пізній неонатальний період».
5. Визначте поняття «неонатальна смерть».
6. Визначте поняття «рання неонатальна смерть (постнатальна)».
7. Визначте поняття «маса і зріст при народженні».
8. Визначте поняття «мала маса тіла при народженні».
9. Де знаходиться точка найкращого вислуховування серцебиття плода при даному розміщенні плода в матці?

Задача 7.

Повторновагітна К., 29 років, прийшла на прийом до акушера-гінеколога вперше під час даної вагітності. Перші роди 4 роки тому, без ускладнень. Дату початку останньої менструації не пам'ятає. Перше ворухіння плода відмітила близько 2 тижнів тому, на даний час рухи відчуває добре. АТ - 120/80 мм рт.ст., пульс 80 уд/хв.

Дані зовнішнього акушерського обстеження: дно матки знаходиться на 2 пальці нижче пупка, висота стояння дна матки над лоном 18 см. Тонус матки нормальний, розслаблений. Серцебиття плода визначається над лоном, частота 156 уд/хв.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Оцініть відповідність розвитку плода показникам гравідограми.
2. В якому терміні вагітності, як правило, відчуває вперше ворухіння плода повторновагітна жінка?
3. Визначте поняття «дуже мала маса тіла при народженні».
4. Визначте поняття «надзвичайно мала маса тіла при народженні».
5. Визначте поняття «вид позиції».
6. Визначте поняття та додаткові ознаки зрілості новонародженого.
7. Визначте поняття «тім'ячка голівки плода».
8. Які значення малого косоного розміру голівки плода та його окружності, при якому виді головного передлежання голівка проходить цим розміром через родові шляхи?

9. Які значення середнього косоного розміру голівки плода та його окружності, при якому виді головного передлежання голівка проходить цим розміром через родові шляхи?

Задача 8.

Пацієнтка Т., 23 роки, звернулася до акушера-гінеколога з приводу підозри на вагітність вперше. Скарги на нудоту, втомлюваність, затримку менструації на 4 місяці. Менструальний цикл не регулярний. Протягом останнього місяця тричі виконала діагностичний тест на вагітність, результати позитивні. З боку органів і систем патологічних відхилень не виявлено. АТ - 120/70 мм рт.ст., пульс 84 уд/хв.

Дані зовнішнього акушерського обстеження: при огляді розміри черева не збільшені, при пальпації передня черевна стінка м'яка, не болюча, дно матки визначається на рівні верхньої частини малого тазу у вигляді купола, тонус матки нормальний.

Дані вагінального дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, піхва вільна, шийка матки конічної форми, довжиною 4 см, зовнішній зів закритий; тіло матки знаходиться по середній лінії, кут допереду (anteflexioversio), перешийок матки розм'якшений, тіло матки відповідає розмірам голівки новонародженої дитини, дещо асиметричне, тонус матки після пальпації зростає.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Визначте поняття та додаткові ознаки незрілості новонародженого.
2. Як визначається зрілість при двоплідній вагітності?
3. Які значення прямого розміру голівки плода та його окружності, при якому виді головного передлежання голівка проходить цим розміром через родові шляхи?
4. Які значення великого косоного розміру голівки плода та його окружності, при якому виді головного передлежання голівка проходить цим розміром через родові шляхи?
5. Який метод діагностики є достовірним для встановлення діагнозу хромосомної аномалії у плода?
6. З якою метою проводять в терміні 11-13 тижнів 6 днів комбіноване обстеження — ультразвукову діагностику та біохімічні аналізи на гормони з використанням спеціальних комп'ютерних програм (наприклад, Астрая, Пріска)?
7. Що таке індекс Соловйова, для чого його використовують?
8. Що таке *distantia spinaum*, скільки дорівнює?
9. Чим обмежена площа входу в малий таз, які є розміри і їх значення?

Задача 9.

Пацієнтка Д., 27 років, звернулася в жіночу консультацію вперше, дату останньої менструації і першого ворухіння плода не пам'ятає. Проведено зовнішнє акушерське обстеження, при якому встановлено: дно матки на середині відстані між пупком і мечовидним відростком, висота стояння дна матки 30 см, поздовжня вісь плода співпадає з поздовжньою віссю матки, широка округла частина плода зліва, дрібні частинки - справа, передлежача частина кругла, велика, тверда, рухома, над входом в малий таз. Серцебиття плода вислуховується зліва нижче пупка, ясне, ритмічне, 140 уд/хв.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Які значення вертикального розміру голівки плода та його окружності, при якому виді головного передлежання голівка проходить через родові шляхи цим розміром?
2. Де знаходяться великий і малий поперечні розміри голівки, чому вони дорівнюють?
3. Назвіть основні зовнішні розміри тазу.
4. Чим обмежена площа широкої частини порожнини малого таза, які є розміри і їх значення?
5. Які м'язи поверхневого шару тазового дна?
6. Які критерії перинатального періоду?
7. Які основні фізіологічні зміни в організмі вагітної з боку серцево-судинної системи?
8. Що розуміють під методами зовнішнього акушерського дослідження?
9. Який метод визначення передбачуваної маси плода?

Задача 10.

Пацієнтка Й., 29 років, вагітність третя. Остання менструація почалася 16 лютого, перше ворухіння плода відчула 30 червня, при першому відвідуванні жіночої консультації 10 квітня встановлено вагітність 6 тижнів. На момент огляду, 13 серпня, дно матки на рівні пупка, висота стояння найвищої точки дна матки 22 см над верхнім краєм лона. АТ - 120/75 мм рт.ст. Серцебиття плода визначається ясне, ритмічне, 144 уд/хв, приблизно на середині відстані між лоном і пупком.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Який новонароджений вважається живим при народженні?
2. Які основні фізіологічні зміни в організмі вагітної з боку імунної системи?
3. Розрахуйте очікувану дату родів по менструації.
4. Розрахуйте очікувану дату родів по першому ворухінню плода.
5. Розрахуйте очікувану дату родів по першому відвідуванню жіночої консультації.
6. Розрахуйте очікувану дату родів по розмірах матки.
7. Яка середня очікувана дата родів?
8. Чим обмежена площа вузької частини порожнини малого таза, які є розміри і їх значення?
9. Які м'язи середнього шару тазового дна?

Задача 11.

Вагітна Е., 33 роки, вагітність перша, звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на зменшення маси тіла протягом останніх 3-х днів на 1500 г. Також відмічає, що їй легше дихати. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. АТ — 120/80 мм рт.ст. При огляді живота виявлено помітне випинання пупка. Окружність живота — 98 см, висота стояння дна матки, виміряна сантиметровою стрічкою, — 32 см.

Дані зовнішнього акушерського обстеження: дно матки на рівні середини відстані між пупком і мечоподібним відростком, в лівій боковій частині матки промацується щільна, гладка, широка поверхня плода, у правій — дрібні горбики, які легко змінюють своє положення. Передлежить велика, щільна, з чіткими контурами частина, що міцно притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 128 уд/хв, зліва нижче пупка.

Дані внутрішнього акушерського дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті правильно. Піхва жінки, що народжувала, ємка, стінки легко розтягуються, стінки тазу без особливостей. Шийка матки циліндричної форми, довжиною біля 2 см, займає середину малого тазу, її вісь співпадає з віссю таза, консистенція повністю м'яка, розкрита на 2 см. Передлежача голівка притиснута до входу в малий таз, відштовхується з труднощами. Плодовий міхур цілий, помірно налитий, не напружений. Мис таза досягається кінчиком пальця, кісткові екзостози відсутні.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Який новонароджений вважається мертвим при народженні?
2. Які основні фізіологічні зміни в організмі вагітної з боку ендокринної системи?
3. Опишіть мету і методику виконання першого прийому Леопольда.
4. Чим обмежена площа виходу з порожнини малого тазу, які є розміри і їх значення?
5. Визначте передбачувану масу плода.
6. Які м'язи внутрішнього шару тазового дна?
7. Які правила видачі листка непрацездатності по вагітності та пологам?
8. Що таке передвісники родів?
9. Як оцінюють зрілість шийки матки?

Задача 12.

Первородяца З., 23 роки, поступила в пологовий будинок з доношеною вагітністю через 4 години після початку регулярних перейм, що виникають кожні 5-6 хв тривалістю 35-40 с. Загальний стан задовільний. АТ — 120/80 мм рт.ст. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка. Серцебиття плода ясне, ритмічне, частота 130 уд/хв.

Дані вагінального дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, краї її тонкі, зовнішній зів відкритий на один палець. Плідний міхур цілий, напружений, розміщення голівки плода не вдається визначити внаслідок ризику раннього розриву міхура.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Які основні фізіологічні зміни в організмі вагітної з боку центральної нервової системи?
2. Опишіть мету і методику виконання другого прийому Леопольда.
3. Опишіть послідовність внутрішнього акушерського дослідження.
4. Дайте визначення поняття «біомеханізм родів».
5. Яка послідовність дій під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар?

6. Назвіть періоди родів.
7. Опишіть принципи ведення нормальних родів.
8. Що таке «латентна фаза» родів?
9. Як визначають маткову активність, що є ознаками пологової діяльності?

Задача 13.

Роділля Й., 24 роки, поступила в родильний стаціонар з доношеною вагітністю через 4 години після початку регулярних перейм. Дана вагітність друга, перші роди 2 роки тому протікали нормально. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. АТ — 125/80 мм рт.ст. Поздовжня вісь плода співпадає з поздовжньою віссю матки, у лівому боці матки визначається широка округла гладка частина плода, з правого боку визначаються дрібні рухливі горбики. Над лоном визначається кругла, велика, тверда, чітка частина плода, що притиснула до входу в малий таз. Серцебиття плода визначається зліва нижче пупка ясне, ритмічне, 140 уд/хв.

Дані внутрішнього акушерського дослідження: піхва широка, шийка матки укорочена, краї її товсті, зів пропускає 2 пальці. Плідний міхур цілий, напружується під час перейми. Розміщення передлежачої частини визначити не вдалося внаслідок ризику раннього розриву плідного міхура.

Діагноз?

Що робити?

1. Які основні фізіологічні зміни в організмі вагітної з боку системи крові?
2. Опишіть мету і методику виконання третього прийому Леопольда.
3. Опишіть механізми скорочувальної діяльності матки.
4. Опишіть варіанти вилиття навколоплідних вод залежно від часу виникнення.
5. Опишіть другий момент біомеханізму родів.
6. Визначте поняття «фізіологічні (нормальні) роди».
7. Які критерії латентної фази першого періоду пологів?
8. Опишіть мету і показання до внутрішнього акушерського дослідження.
9. Опишіть методику аускультатії плода для отримання достовірних результатів в першому періоді пологів.

Задача 14.

Первородяща Н., 21 рік, знаходиться в родах, які почалися в строк і тривають 16 годин. Відійшли світлі навколоплідні води. Родова діяльність регулярна, перейми кожні 2-3 хвилини по 45-50 секунд. Загальний стан роділлі задовільний, АТ — 120/80 мм рт.ст. Окружність живота 100 см, висота стояння дна матки — 32 см. Розміри таза: 25, 28, 30, 20 см. Поздовжні осі плода і матки співпадають, над лоном пальпується кругла, велика, чітка частина плода, яка щільно притиснута над входом в малий таз. При пальпації над симфізом визначається $\frac{3}{5}$ голівки плода.

Дані вагінального дослідження: шийка матки згладжена, відкриття зіву повне, плодовий міхур відчинений, води світлі, крижова западина вільна, до мису крижів можна підійти тільки зігнутих пальцем, внутрішня поверхня лобкового симфізу доступна дослідженню. Стріловидний шов голівки плода стоїть у правому косому розмірі, мале тім'ячко визначається зліва, ближче до лобкового симфізу, лежить нижче інших точок голівки.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. В якій частині таза визначається голівка плода при внутрішньому акушерському дослідженні, які дані це підтверджують?
2. Які основні фізіологічні зміни в організмі вагітної з боку дихальної системи?
3. Опишіть мету і методику виконання четвертого прийому Леопольда.
4. Опишіть третій момент біомеханізму родів при передньому виді потиличного передлежання.
5. Які критерії ранньої фази другого періоду родів?
6. Яка в нормі частота серцевих скорочень плода?
7. Як оцінюється прогресування пологів?
8. Яка нормальна тривалість латентної фази першого періоду родів, що відбувається під час неї?
9. Чим характеризується нормальне прогресування пологів в активній фазі першого періоду родів?

Задача 15.

Родільця Б., 31 рік, знаходиться в родильному відділенні у зв'язку з регулярною родовою діяльністю під час повторних родів, яка почалася в строк 9 годин тому. Перейми кожні 2-3 хвилини по 50-60 секунд. Щойно відійшли світлі навколоплідні води і почалися потуги. Загальний стан задовільний, АТ — 120/80 мм рт.ст. Окружність живота — 102 см, висота стояння дна матки — 33 см. Розміри таза: 25—28—32—21 см. Положення плода поздовжнє, передлежача голівка при зовнішньому обстеженні своєю більшою окружністю знаходиться нижче площини входу в малий таз, над верхнім краєм симфізу визначається її $\frac{1}{5}$. Серцебиття плода ясне, ритмічне, частота 140 уд/хв.

Дані внутрішнього акушерського дослідження: піхва вільна, шийка матки не визначається, розкриття зіву повне, плідний міхур відкритий, стрілоподібний шов в лівому косому розмірі таза, мале тім'ячко справа, ближче до лобкового симфізу і лежить нижче інших точок голови. Верхня половина крижової западини і дві третини внутрішньої поверхні лобкового зчленування зайняті головою. Вільно промацуються IV і V крижові хребці і сідничні ості.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. В якій частині таза визначається голівка плода при внутрішньому акушерському дослідженні, які дані це підтверджують?
2. Які основні фізіологічні зміни в організмі вагітної з боку травної системи?
3. Опишіть четвертий момент біомеханізму родів при передньому виді потиличного передлежання.
4. Які критерії пізньої (потужної) фази другого періоду родів?
5. Які дії при передчасному розриві плідних оболонок в термін пологів?

6. Як проводиться оцінка загального стану роділлі?
7. Чим характеризується нормальне прогресування пологів у латентній фазі першого періоду?
8. Що свідчить про перехід в активну фазу першого періоду родів?
9. Дайте визначення поняття «хибні пологи».

Задача 16.

Роділля Й., 27 років, знаходиться в пологовому відділенні у перших родах з регулярними переймами, що розпочалися 12 годин тому. Загальний стан задовільний. АТ — 120/70 мм рт.ст. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, над симфізом визначається $\frac{2}{5}$ голівки. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв.

Дані внутрішнього акушерського дослідження: піхва жінки, що не народжувала, розкриття шийки матки повне, голівка займає верхню третину крижової западини і внутрішньої поверхні симфізу, мис недосяжний, сідничні ості пальпуються легко, голівка зігнута, мале тім'ячко нижче великого, зліва біля лона, велике — справа біля крижів, стрілоподібний шов знаходиться в правому косому розмірі таза.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. В якій частині таза визначається голівка плода при внутрішньому акушерському дослідженні, які дані це підтверджують?
2. Опишіть перший момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання.
3. Які фізіологічні зміни відбуваються в організмі вагітної з боку обміну речовин?
4. Як оцінюють адекватність пологової діяльності в першому періоді пологів?
5. Які показники вивчають при визначенні біофізичного профілю плода?
6. Які основні методи дослідження функціонального стану плода?
7. Як реєструється просування голівка плода?
8. Що таке «партограма»?
9. Як оцінюють стан навколоплідних вод в нормі і при патології?

Задача 17.

Первородяща Ч., 23 роки, перебуває в родах, які почалися в строк і тривають 15 годин. Годину тому відійшли світлі навколоплідні води і з'явилися потуги. АТ — 125/85 мм рт.ст. Окружність живота — 99 см, висота стояння дна матки — 30 см, розміри таза — 26—29—32—21 см. Положення плода поздовжнє, передлежача голівка в порожнині таза і при зовнішньому обстеженні над входом в таз не визначається. Серцебиття плода ясне, ритмічне, частота 130 уд/хв, зліва, нижче пупка.

Дані внутрішнього акушерського дослідження: шийка не визначається, відкриття зіву повне, плідний міхур розірваний. Крижова западина повністю заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, при потугах з'являється випинання промежини. Стріловидний шов голівки плода стоїть в прямому розмірі виходу з таза, мале тім'ячко повернуте до лобкового симфізу, лежить нижче великого тім'ячка, яке повернуте до крижів.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. В якій частині таза визначається голівка плода при внутрішньому акушерському дослідженні, чим це підтверджується?
2. Як проводиться оцінка стану плода у другому періоді родів?
3. Що таке «удавані перейми»?
4. Як діагностувати та підтвердити пологи?
5. Які повинні бути дії лікаря акушера-гінеколога, якщо швидкість розкриття шийки матки в активній фазі першого періоду родів менше, ніж 1 см/год?
6. Яким розміром та його окружністю проходить голівка плода через родові шляхи при передньому виді потиличного передлежання?
7. Які фізіологічні зміни відбуваються в організмі вагітної з боку сечовидільної системи?
8. Яка допустима тривалість другого періоду пологів?
9. Які показання до застосування під час пологів методу Крістелера?

Задача 18.

Первородяща Н., 23 роки, знаходиться в родах, які розпочалися в строк і тривають 12 годин. Щойно відійшли світлі навколоплідні води, під час перейми роділля відчуває бажання потужитися. Загальний стан задовільний, АТ — 120/70 мм рт.ст. Окружність живота дорівнює 98 см, висота стояння дна матки — 29 см, розміри тазу — 25—28—31—20 см. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, визначається незначна її частина. Серцебиття плода ясне, ритмічне, частота 136 уд/хв.

Дані внутрішнього акушерського дослідження: піхва жінки, що не народжувала, шийки матки повністю відкрита, плідний міхур відкритий. Стріловидний шов у лівому косому розмірі таза, мале тім'ячко визначається зліва, ближче до крижів, велике — справа, ближче до лона. Обидва тім'ячка стоять на одному рівні. Верхня половина крижової западини і дві третини внутрішньої поверхні лобкового зчленування зайняті голівкою. Вільно пропальповуються IV і V крижові хребці та сідничні ості.

Діагноз?

Що робити?

1. В якій частині таза визначається голівка плода при внутрішньому акушерському дослідженні, чим це підтверджується?
2. Які фізіологічні зміни відбуваються в організмі вагітної з боку статевих органів?
3. Які особливості біомеханізму родів при задньому виді потиличного передлежання?
4. Які особливості клініки перебігу пологів при задньому виді потиличного передлежання?
5. Що може виникати внаслідок тривалого стояння голівки плода в певній площині малого таза без динаміки просування?
6. Дайте визначення поняття «потуги».
7. Які показання до проведення розтину помежини (ВООЗ)?
8. Що таке врізування голівки?
9. Що таке прорізування голівки?

Задача 19.

Роділля Л., 30 років, знаходиться у других пологах, які почалися в строк. Через 12 годин після початку регулярних перейм відійшли чисті навколоплідні води, почалися потуги. Загальний стан задовільний, АТ —120/70 мм рт.ст. Окружність живота — 100 см, висота стояння дна матки — 30 см, розміри таза — 26—29—31—21 см. Положення плода поздовжнє, передлежача частина голівка, повністю знаходиться в порожнині таза і при зовнішньому обстеженні не визначається. Серцебиття плода ясне, ритмічне, частота 140 см.

Дані внутрішнього акушерського дослідження: відкриття шийки матки повне, плідний міхур розірваний. Уся крижова впадина і внутрішня поверхня лобкового симфізу зайняті передлежачою голівкою. Легко досягається тільки нижній край зчленування, внутрішня поверхня сідничних бугрів і верхівка куприка. Стріловидний шов голівки плода стоїть в правому косому розмірі, ближче до прямого. Мале тім'ячко визначається справа, повернуте до крижів, велике — зліва, ближче до симфізу, обидва тім'ячка на одному рівні. Кістки черепа помірно знаходяться одна на одну.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. В якій частині таза знаходиться голівка плода і чим це підтверджується?
2. Які фізіологічні зміни відбуваються в організмі вагітної з боку шкіри?
3. Дайте визначення поняття «конфігурація голівки».
4. Як відрізняють ступінь конфігурації голівки, яка ступінь конфігурації голівки у даному випадку?
5. Які основні немедикаментозні методи знеболювання в родах?
6. Які види медикаментозного знеболювання використовують під час пологів?
7. Які дії медичного персоналу після народження голівки при обвитті пуповини навколо шиї плода?
8. Які дії медичного персоналу відразу після народження дитини?
9. Яку допомогу надають в родах при народженні голівки плода?

Задача 20.

Роділля Т, 27 років, поступила в пологовий стаціонар в перших родах з регулярною родовою діяльністю 6 годин тому і щойно народила живого доношеного хлопчика, який через 1 хвилину після народження голосно і дзвінко кричить, шкіра його тіла рожева з ціанозом кінцевих відділів верхніх та нижніх кінцівок, ручки і ніжки знаходяться в зігнутому стані, активно реагує на подразнення, визначається пульсація пуповини частотою 140 уд/хв.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Які фізіологічні зміни відбуваються в організмі вагітної з боку маси тіла?
2. Які існують тактики ведення третього періоду родів, якій слід надавати перевагу і чому?
3. Які стандартні компоненти активного ведення третього періоду родів?

4. Коли необхідно перетискати пуповину після народження дитини?
5. Дайте визначення поняття «тепловий ланцюжок», яке його значення?
6. Опишіть п'ять ознак відділення плаценти від стінки матки.
7. Визначте стан новонародженого за шкалою Апгар в балах у кінці першої хвилини.
8. Дайте визначення поняття «перинатальна охорона плода».
9. Дайте визначення поняття «медична етика та деонтологія».

Задача 21.

Породілля К, 29 років, поступила у пологове відділення 12 годин тому в перших родах з регулярною пологовою діяльністю. 15 хвилин тому народилася жива доношена дівчинка у доброму стані, після обсушування голови і тіла викладена на живіт матері, одягнута і прикрита пелюшкою і ковдрою. У третьому періоді пологів застосовано тактику активного ведення. Щойно народився послід, при візуальному дослідженні плацента та оболонки цілі. Загальна крововтрата склала 250 мл.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Які фізіологічні зміни відбуваються в організмі вагітної з боку молочних залоз?
2. Опишіть методику очікувального ведення третього періоду пологів.
3. Як поділяють післяпологовий період?
4. Який метод обліку крововтрати в послідовому та ранньому післяпологовому періодах є об'єктивним, яка норма крововтрати в родах?
5. Які основні принципи післяпологового догляду?
6. Які основні принципи медичної етики та деонтології в акушерстві?
7. Які основні принципи перинатальної охорони плода?
8. Які особливості фармакотерапії в акушерстві?
9. Які періоди виділяють на ембріональному та фетальному етапах розвитку плода?

Задача 22.

Породілля Б., 25 років, знаходиться в післяпологовому відділенні на другу добу після родів. Загальний стан задовільний, температура тіла 36,6°C, пульс ритмічний, хорошого наповнення і напруження, частотою 80 уд/хв. З боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Молочні залози дещо збільшені, шкіра без гіперемії, соски в нормальному стані. Лактація задовільна, новонароджена дитина годується виключно грудним молоком, на вимогу. Матка щільна, неболюча, дно визначається на рівні пупка. Лохії мають кров'яний характер, з домішками слизу, в невеликій кількості. Сечовиділення не порушене, достатнє. Стільця не було.

Діагноз?

Що робити?

Питання:

1. Які фізіологічні зміни відбуваються в організмі вагітної з боку кістково-м'язової системи?
2. Які зміни відбуваються в матці і шийці матки в післяпологовому періоді?

3. Які зміни відбуваються в яєчниках, піхві і молочних залозах у післяпологовому періоді?
4. Якою повинна бути в нормі температура тіла новонародженої дитини?
5. Чим загрожує новонародженій дитині переохолодження?
6. Дайте визначення поняття «тепловий ланцюжок», що він включає в себе.
7. Як проводиться виписка породіллі зі стаціонару?
8. Які загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді можуть виникати?
9. Які загрозливі стани дитини можуть бути, при яких потрібна допомога?

ЧАСТИНА II: РІШЕННЯ І ВІДПОВІДІ

Задача 1.

Діагноз: вагітність перша, 8 тижнів.

Що робити?

Уточнити анамнез, провести загальне та акушерське обстеження, заповнити медичну документацію.

1. Сумнівні ознаки вагітності — нудота, блювота, зміни смаку та настрою, відраза до деяких страв і продуктів, нагрубання молочних залоз, гіперпігментація.

2. Імовірні ознаки вагітності — розм'якшення перешийка матки (ознака Горвіца-Гегара), ущільнення матки при пальпації (ознака Снегірьова), виступ на передній поверхні матки (ознака Гентера), збільшення матки до розмірів чоловічого кулака, позитивний тест на вагітність.

3. Ніщо з вищепереченого не є вірогідними ознаками вагітності. Вірогідними є докази наявності вагітності в обстежуваної жінки, які мають об'єктивний характер і походять тільки від плода.

4. Під час тесту на вагітність використовують імунохроматографічний аналіз сечі.

5. Визначається під час тесту на вагітність хоріонічний гонадотропін. Він впливає на менструальне жовте тіло і відповідає за його перетворення у жовте тіло вагітності, що буде функціонувати орієнтовно до терміну 12-14 тижнів, поки хоріон не перетвориться в плаценту і буде забезпечувати вироблення жовтим тілом прогестерона.

6. Гормоном вагітності називають прогестерон. Він забезпечує повноцінну секреторну трансформацію ендометрія у другій половині менструального циклу, що є необхідною умовою для імплантації концептуса. Прогестерон знижує загальний м'язовий тонус організму, найбільше матки, за рахунок чого вона має розслаблений стан м'язів, що дозволяє їй нормально виконувати функцію плодовмістилища, що, в свою чергу, є необхідною умовою нормального розвитку вагітності; знижує чутливість клітин міометрія до окситоцину; забезпечує необхідну

кондицію шийки матки під час вагітності (сформована шийка довжиною ~40 мм, зовнішній зів закритий, консистенція шийки матки хрящеподібна, її поздовжня вісь відхилена до крижової кістки) для виконання функції змикання (замка) виходу з порожнини матки.

7. Ультразвукове дослідження дозволяє візуалізувати при нормі з ранніх термінів вагітності плідне яйце, жовточний мішок, ембріон з серцевою діяльністю, як вірогідні ознаки.

8. Жінкам з низьким ризиком ДНТ рекомендують за 2-3 місяці до зачаття і протягом усієї вагітності фолієву кислоту 0,4 мг на добу; при помірному ризику ДНТ фолієва кислота за 3 місяці до зачаття, як мінімум, і впродовж всієї вагітності 1 мг на добу; жінкам з високим ризиком ДНТ фолієву кислоту 5 мг на добу до зачаття за 3 місяці, як мінімум, і протягом перших 12 тижнів вагітності, після 12 тижнів - 1 мг на добу до кінця вагітності.

9. Рекомендується щоденний прийом препаратів заліза в дозі 30-60 мг в перерахунку на елементарне залізо та фолієвої кислоти 400 мкг (0,4мг), також у складі полівітамінно-мінеральних комплексів.

Задача 2.

Діагноз: вагітність I, 12 тижнів.

Що робити?

Рекомендувати стати на облік, пройти пренатальну діагностику для виключення хромосомних аномалій у плода, прийом вітамінів та мікроелементів для профілактики ускладнень.

1. Наказ МОЗ України 1437 від 2022 року визначає стандарти медичної допомоги при нормальній вагітності.

2. Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність» розглядають питання діагностики вагітності, спостереження за вагітною і станом плода, своєчасну профілактику і діагностику ускладнень вагітності, підготовку вагітної до пологів та народження здорового новонародженого для попередження материнської і перинатальної захворюваності та смертності.

3. Материнська смертність (МС)— смерть жінки, що настала в період вагітності (незалежно від її тривалості та локалізації) або протягом 42 днів після її закінчення з будь-якої причини, пов'язаної з вагітністю, обтяжена нею або її веденням, але не від нещасного випадку чи з випадкових причин.

4. Показник МС визначається відношенням кількості випадків материнської смертності за рік на 100 тисяч народжених живими.

5. Оптимальна кількість візитів до лікаря для досягнення мети зниження показників материнської та перинатальної смертності та захворюваності і формування у жінок позитивного досвіду вагітності за період спостереження складає в середньому 8 разів (бажано разом з близькою людиною).

6. Причинами порушень розвитку вагітності можуть стати вживання тютюну, алкоголю та інших психоактивних речовин, пасивне куріння.

7. Усім вагітним слід провести наступні інфекційні аналізи: тестування на ВІЛ, серологічне дослідження на сифіліс, поверхневий антиген вірусного гепатиту В (HBsAg), сумарні антитіла вірусного гепатиту С, обстеження на безсимптомну бактеріурію, інфекції, що передаються статевим шляхом (гонорея, трихомоніаз, хламідіоз, мікоплазмоз, уреаплазмоз,

вірусні інфекції), скринінг на стрептококи групи В (*Streptococcus agalactiae*), імунологічне дослідження на Ig G до токсоплазми, червонички, цитомегаловірусу, вірусу простого герпесу.

8. Під час першого візиту вагітна здає аналізи: ЗАК, ЗАС, група і резус фактор крові, мазок із піхви та цитологічне дослідження шийки матки, якщо таке не було виконано протягом року до цього.

9. Оскільки ризик розвитку хромосомних аномалій плода прямо пропорційно залежить від віку жінки, то у даної вагітної ризик розвитку хромосомних патологій відносно низький.

Задача 3.

Діагноз: вагітність II, 20 тижнів.

Що робити?

Взяти жінку на облік по вагітності; провести загальне і акушерське обстеження в повному обсязі згідно стандартів медичної допомоги, керуючись клінічною настановою, заснованою на доказах (наказ МОЗ України 1437 від 2022 року).

1. На 6 липня термін вагітності складає 20 тижнів за датою початку останньої менструації.

2. Оскільки повторовагітні жінки відчують перше ворухіння плода у 18 тижнів, термін вагітності складає 19 тижнів.

3. Очікувана дата родів за датою останньої менструації - 23 листопада.

4. Очікувана дата родів за першим ворухінням плода 1 грудня.

5. Перинатальний період — це період, який починається з 22 тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу - термін гестації, якому в нормі відповідає маса плода 500 г) і закінчується після 7 повних діб життя новонародженого (168 годин після народження).

6. Живонародження - вигнання або вилучення з організму матері плода, який після вигнання/вилучення (незалежно від терміну вагітності, від того, чи перерізана пуповина і чи відшарувалася плацента) дихає або має будь-які інші ознаки життя, такі як серцебиття, пульсація пуповини, певні рухи скелетних м'язів.

7. Мертвонародження - вигнання або вилучення з організму матері плода з 22-о повного тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього менструального циклу) або масою 500 г та більше, який не дихає та не виявляє будь-які інші ознаки життя, таких як серцебиття, пульсація пуповини або певні рухи скелетних м'язів.

8. Плід - внутрішньоутробний продукт зачаття, починаючи з повного 12-о тижня вагітності (з 84 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) до вигнання/вилучення з організму матері.

9. Викидень (аборт) - народження плода до повного 22-о тижня вагітності зростом менше 25 см та масою менше 500 г незалежно від наявності ознак життя.

Задача 4.

Діагноз: вагітність друга, 12 тижнів.

Що робити?

Рекомендувати стати на облік, пройти пренатальну діагностику для виключення хромосомних аномалій плода, продовжити прийом вітамінів та мікроелементів для профілактики ускладнень.

1. Термін вагітності визначається у повних днях чи повних тижнях (наприклад, період між 280-ю і 286-ю добою від першого дня останнього нормального менструального циклу, відповідає 40 тижням вагітності). Перший день останнього нормального менструального циклу необхідно оцінювати як день 0, а не день 1-й. Дні 0-6 відповідно складають «повний нульовий місячний тиждень», дні 7-13 - «повний перший тиждень», і, відповідно 40-й тиждень вагітності є синонімом поняття «повні 39 тижнів». Якщо дата останньої нормальної менструації невідома, термін вагітності необхідно визначати на основі найбільш надійних клінічних ознак.

2. Передчасні пологи — пологи, які відбулися у період з 22-о повного тижня до закінчення 37-о тижня вагітності (154-259 діб).

3. Повночасні пологи (термінові) — пологи, що відбулися у період з 37 повного тижня до закінчення 42-о тижня вагітності (260-293 доби).

4. Запізнілі пологи — пологи, що відбулися після 42-о повного тижня вагітності (на 294 добу або пізніше).

5. Новонароджений — це новонароджена дитина, яка народилася або вилучена з організму матері після повного 22-о тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу).

6. Визначте поняття «недоношений новонароджений».

Недоношений новонароджений — це живонароджена дитина, що народилася в терміні вагітності з 22-о повного до 37 повного тижня (154-259 діб).

7. Визначте поняття «доношений новонароджений».

Доношений новонароджений — це живонароджена дитина, що народилася у терміні вагітності від 37 повних тижнів до закінчення 42-о тижня (260-293 доби).

8. Визначте поняття «переношений новонароджений».

Переношений новонароджений — це живонароджена дитина, що народилася після 42 повних тижнів вагітності (294 доби або пізніше).

9. У зв'язку з процесом старіння гамет зростає ризик вроджених хромосомних аномалій по 13-й, 18-й і 21-й парі (синдроми Патау, Едвардса і Дауна відповідно), особливо у жінок віком після 35-40 років.

Задача 5.

Діагноз: вагітність друга, 36 тижнів (9 акушерських місяців). Повздовжнє положення плода, головне передлежання, II позиція, передній вид.

Що робити?

Оцінити стан плода на момент огляду (зростання за гравідограмою, рухи, аускультатія серцебиття); оцінити результати акушерського обстеження, провести консультування, дати відповідні рекомендації; надати інформацію про догляд за новонародженою дитиною; призначити загальний аналіз крові; запропонувати обстеження на стрептококи групи В; обговорити питання контролю за набором ваги, водного балансу, харчування, фізичної активності.

1. Ведення нормальної вагітності здійснюється лікарем в амбулаторних умовах у закладі охорони здоров'я, обраним пацієнткою незалежно від місця реєстрації чи фактичного проживання.

2. Ведення пацієнтки з нормальною вагітністю передбачає мультидисциплінарний підхід за участю лікарів акушерів-гінекологів, лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів з ультразвукової діагностики та інших фахівців за показаннями.

3. Допологова допомога (ДПД) включає заходи з допологової освіти, консультування, фізикальних, лабораторних, інструментальних досліджень та інших заходів відповідно до графіка візитів, узгодженого з пацієнткою і може розпочатися при зверненні жінки за первинною медичною допомогою для встановлення/підтвердження вагітності або її скеровують до надавача допомоги чи акушерського закладу охорони здоров'я.

4. Перший візит вагітної до лікаря проводиться бажано до 12 тижнів і передбачає: уточнення анамнезу, загальне та акушерське обстеження, заповнення медичної документації (форма N 111/о - індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма N 003-6/о - «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення», форма N 113/о - «ОБМІННА КАРТА пологового будинку, пологового відділення лікарні»).

5. Термін вагітності по висоті стояння дна матки складає 36 тижнів (9 акушерських місяців).

6. Положення плода - це відношення поздовжньої осі плода до поздовжньої осі матки і буває поздовжнім (осі співпадають), поперечним і косим (відповідно осі перебувають в поперечному або косому співвідношенні).

7. Передлежання плода - це знаходження на входом в малий таз матері тої крупної частини плода, яка першою вступить у порожнину малого тазу; може бути головне або сідничне, при поперечному положенні передлежача частина відсутня.

8. Позиція плода - це відношення спинки плода до лівого або правого боку матки; перша позиція - спинка плода повернута вліво, друга позиція - вправо.

9. При поздовжньому положенні, головному передлежанні, І позиції, передньому виді точка найкращої аускультатії знаходиться нижче справа від пупка.

Задача 6.

Діагноз: вагітність перша, 28 тижнів (7 акушерських місяців). Поздовжнє положення, головне передлежання, І позиція, передній вид.

Що робити?

Оцінити стан плода (зростання за гравідограмою, рухи, аускультатія серцебиття); оцінити результати акушерського обстеження, провести консультування, дати відповідні рекомендації; призначити загальний аналіз крові і сечі; обговорити питання контролю за набором ваги, водного балансу, харчування, фізичної активності; провести тест на гіперглікемію, якщо це не зроблено раніше; повторне обстеження на сифіліс на початку III триместру (28-32 тижні).

1. За висотою стояння дна матки термін вагітності складає 28 тижнів.

2. Неонатальний період — період, що починається з моменту народження дитини до закінчення 28 повних діб після народження.

3. Ранній неонатальний період — час від моменту народження дитини до закінчення 7 діб життя (168 год).

4. Пізній неонатальний період — час після 7 повних діб життя (169 год) до закінчення 28 діб життя.

5. Неонатальна смерть — смерть народженої живою дитини упродовж перших 28 повних діб життя.

6. Рання неонатальна смерть — смерть народженої живою дитини упродовж перших 7 діб життя.

7. Маса тіла при народженні - маса тіла новонародженого при першому зважуванні. Зріст новонародженого - довжина тіла новонародженого в сантиметрах від маківки до п'ят, яка визначається при витягнутому його положенні упродовж перших двох годин життя.

8. Мала маса тіла при народженні — маса тіла новонародженого менше 2500 г (до і включаючи 2499 г).

9. Точка для найкращого вислуховування серцебиття плода при даному його розміщенні у матці знаходиться зліва нижче пупка.

Задача 7.

Діагноз: вагітність друга, 20 тижнів (5 акушерських місяців).

Що робити?

Запропонувати стати на облік; оцінити гравідограму; рекомендувати ультразвукову діагностику з метою виключення патології плода; провести повне клініко-лабораторне обстеження згідно з стандартами медичної допомоги, обговорити питання контролю за набором ваги, водного балансу, харчування, фізичної активності.

1. Згідно Додатку 4 до Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність» у 20 тижнів вагітності висота дна матки в нормі складає від 16 до 23 см над лоном. В даному випадку висота дна матки становить 18 см, що відповідає 50 перцентилі показників, тобто відповідає середнім значенням для даного терміну гестації.

2. Повторновагітні жінки починають відчувати ворухіння плода, як правило, з 18 тижнів вагітності.

3. Дуже мала маса тіла при народженні — маса тіла новонародженого менше 1500 г (до і включаючи 1499 г).

4. Надзвичайно мала маса тіла при народженні — маса тіла новонародженого менше 1000 г (500-999г).

5. Вид позиції- відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки; передній вид - спинка повернута до переду, задній вид - спинка повернута до заду.

6. Зрілий новонароджений - новонароджений, який має зріст 47 см і масу більше та/або 2500 г і більше. Додаткові ознаки зрілості новонародженого: розвинений підшкірний жировий шар; рожево-білий колір шкіри; пушок, збережений тільки на плечовому поясі, верхніх відділах спини та плечах; складки, що займають усю підошву, досягають п'яти; яечка, що розташовані нижче лінії зрощення; мошонка повністю вкрита складками; великі статеві губи прикривають

клітор і малі статеві губи; вушні раковини розправлені і мають гострі краї; тканина молочної залози 5 мм і більше; нігті ледь виступають на кінчиках пальців; очі відкриті; місце відходження пуповини розташоване посередині між лоном та мечоподібним відростком або дещо нижче; фізіологічні рефлекси; розвинені рефлекси смоктання та ковтання; наявна реакція на світло; активні рухи кінцівок; голосний крик.

7. Велике тім'ячко знаходиться між задніми частинами лобних та передніми частинами тім'яних кісток, являє собою сполучнотканинну пластинку ромбовидної форми. Мале тім'ячко знаходиться між задніми частинами тім'яних кісток і потиличною кісткою і має вигляд трикутника. Передньобічні тім'ячка знаходяться між лобною, скроневою та клиноподібною кістками. Задньобічні тім'ячка знаходяться між скроневою, тім'яною та потиличною кістками.

8. Малий косий розмір голівки плода, *d.suboccipitobregmaticus*, від підпотиличної ямки до середини великого тім'ячка, дорівнює 9,5 см, окружність 32 см. Цим розміром голівка плода проходить через таз при передньому виді потиличного передлежання.

9. Середній косий розмір голівки плода, *d.suboccipitofrontalis*, від підпотиличної ямки до межі волосистої частини лоба, дорівнює 10 см, окружність 33 см. Цим розміром голівка плода проходить через таз при задньому виді потиличного передлежання.

Задача 8.

Діагноз: вагітність перша, 12 тижнів.

Що робити?

Необхідно провести уточнення анамнезів (щодо поточної вагітності, медичного та акушерського, досвід грудного вигодовування, спосіб життя, шкідливі звички, можливі ускладнюючі фактори на вагітність або пологи (попередні оперативні втручання, психосоціальні); клінічна оцінка (генетична ультразвукова діагностика у терміні 11+0 -13+6 тижнів, загальне фізикальне обстеження, ріст, маса тіла, ІМТ, оцінка факторів ризику прееклампсії, передчасних родів, психосоціальні фактори, заповнення Единбурзької шкали післяпологової депресії); оцінка стану здоров'я вагітної (група, резус фактор крові та наявність антитіл, загальний аналіз крові і сечі, обстеження на інфекції, скринінг шийки матки, якщо не проводився скринінг протягом рекомендованого періоду, обстеження на хромосомні аномалії - вільного β -хоріонічного гонадотропіну людини та асоційованого із вагітністю протеїна-А плазми PAPPA); профілактичні втручання: фолієва кислота, йод, препарати заліза; консультування, рекомендації, детальна інформація про загрози стани.

1. Незрілий новонароджений - новонароджений, який має зріст менше 47 см/або масу менше 2500 г. Додаткові ознаки незрілості новонародженого: морфофункціональна невідповідність органів і систем встановленому гестаційному віку.

2. Зрілість однайцевих новонароджених визначається за ознаками більш розвиненої дитини; зрілість різнояцевих новонароджених, враховуючи можливість різних термінів запліднення, визначається за масою, довжиною і додатковими ознаками кожної дитини окремо.

3. Прямий розмір голівки плода, *d.frontooccipitalis*, від перенісся до найбільш виступаючої точки потилиці, дорівнює 12 см, окружність 34-35 см. Цим розміром голівка плода проходить через таз при передньоголовному передлежанні (перший ступінь розгинання голівки плода).

4. Великий косий розмір плода, *d.mentooccipitalis*, від підборіддя до найбільш віддаленої точки потилиці дорівнює 13-13,5 см, окружність 39-41 см. Цей вид головного передлежання називається лобним, бо передлежить лоб плода. Роди через природні родові шляхи при лобному передлежанні плода при нормальних розмірах таза і плода неможливі, бо цей розмір більший за розміри тазу.

5. Методом підтвердження наявності хромосомної аномалії у плода є каріотипування клітин плаценти, отриманих шляхом її пункції або клітин плода, отриманих з навколоплідних вод при амніоцентезі.

6. Таке обстеження проводиться з метою визначення відносного ризику хромосомних аномалій (трисомій по 13, 18 або 21 парі хромосом). Якщо розрахований ризик хромосомних аномалій є високим, рекомендується виконати аналіз каріотипування плода.

7. За цим індексом судять про товщину кісток таза і визначають його після вимірювання сантиметровою стрічкою по окружності променево-зап'ясного суглоба. Використовують для визначення істинної кон'югати малого тазу.

8. *Dist. spinarum* - відстань між передньо-верхніми вістями клубових кісток, дорівнює 25-26 см.

9. Площина входу в малий таз обмежена ззаду мисом крижів, спереду — гребінцями та верхнім внутрішнім краєм лобкового симфізу, з боків—дугоподібними лініями клубових кісток. Розрізняють чотири розміри: прямий, *conjugata vera*, 11 см, поперечний 13 см, косий (лівий і правий) 12 см.

Задача 9.

Діагноз: вагітність 32 тижні. Поздовжнє положення, головне передлежання, перша позиція, передній вид.

Що робити?

Взяти на облік з заповненням відповідної документації; провести клініко-лабораторне обстеження в повному обсязі; направити на УЗД; обговорити подальше обстеження і підготовку до родів.

1. Вертикальний розмір голівки плода, *d. hyobregmaticus*, від під'язикової кістки до середини великого тім'ячка дорівнює 9,5 см, окружність 32-33 см. Вертикальним розміром проходить голівка через родові шляхи при лицевому передлежанні.

2. Великий поперечний розмір, *d.biparietalis*, між найбільш віддаленими точками тім'яних горбиків дорівнює 9,5 см. Малий поперечний розмір, *d. bitemporalis*, між найбільш віддаленими точками вінцевого шва дорівнює 8 см.

3. Чотири основні зовнішні розміри тазу: *d.spinarum*, *d.cristarum*, *d.trochanterica*, *con.externa*.

4. Площина широкої частини порожнини малого таза обмежена ззаду з'єднанням II і III крижових хребців, з боків — серединою кульшових западин, спереду — серединою внутрішньої поверхні лобкового симфіза. Розрізняють два розміри — прямий 12,5 см і поперечний — 12,5 см.

5. Поверхневий (зовнішній) шар складають такі м'язи: сіднично-печеристий (*m.ischiocavernosus*), цибулинно-губчастий (*m.bulbospongiosus*), зовнішній м'яз заднього

проходу (m.sphincter ani externus), поверхневий поперечний м'яз промежини (m.transversus perinei superficialis).

6. Критерії перинатального періоду: - початок — повні 154 доби (22 тижні) від першого дня останньої менструації; кінець — 168 годин (7 діб) життя.

7. У вагітних з боку серцево-судинної системи збільшується об'єм циркулюючої крові на 35-40%, зростає серцевий викид до 24 тижнів на 35-40%, підвищується частота серцевих скорочень на 15%, знижується системний судинний опір на 20-25%, опір легеневих судин зменшується на 35%, дещо знижується артеріальний тиск (систоличний на 5-10 мм рт.ст., діастолічний на 10-15 мм рт.ст.), з'являється схильність до набряків периферичних тканин.

8. Зовнішнє акушерське дослідження передбачає використання чотирьох прийомів Леопольда методом пальпації.

9. Для визначення передбачуваної маси плода потрібно визначити сантиметровою стрічкою висоту стояння найвищої точки дна матки над верхнім краєм лона, виміряти сантиметровою стрічкою окружність живота на рівні пупка і отримані значення перемножити. Добуток відповідає передбачуваній масі плода.

Задача 10.

Діагноз: вагітність третя, 24 тижні.

Що робити?

Оцінити стан плода (зростання за гравідограмою, рухи, аускультация); обговорити зважування і набір маси тіла вагітної, тест на гіперглікемію; повторне тестування на ВІЛ.

1. Таким, що народився живим, є новонароджений, у якого наявна хоча б одна з таких ознак: - дихання; - серцебиття; - пульсація судин пуповини; - рухи скелетних м'язів.

2. Плідне яйце для організму вагітної є алотрансплантантом, тому імунна система жінки активізується, намагаючись відторгнути його. Рівень активності цитокінів у вагітних є аналогічним рівню їх активності у хворих із синдромом системної запальної відповіді організму (systemic inflammatory response syndrome). Кількість лейкоцитів зростає, швидкість осідання еритроцитів збільшується до 40—50 мм/год. Однак, явних клінічних проявів запального процесу немає, бо пригнічуються фактори місцевого та загального імунітета в материнському організмі, що обумовлено дією хоріонічного гонадотропіну людини, плацентарного лактогену, глюкокортикоїдів, естрогенів, прогестерону, альфа-фетопротеїну, альфа-2-глікопротеїну, трофобласт-специфічного глобуліну. Формується імунологічна толерантність між материнським організмом і плодом.

3. Очікувана дата родів по менструації — 23 листопада.

4. Очікувана дата родів по першому ворущінню плода 1 грудня.

5. Очікувана дата родів по першому відвідуванню жіночої консультації — 4 грудня.

6. Розміри матки на момент огляд відповідають терміну 24 тижні. Очікувана дата родів — 3 грудня.

7. Середня очікувана дата родів — 29 листопада.

8. Площина вузької частини порожнини малого таза обмежена ззаду крижово-куприковим зчленуванням, з боків —остями сідничних кісток, спереду —нижнім краєм лобкового симфіза. Розрізняють два розміри — прямий 11 см і поперечний — 10,5 см.

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

Задача 11.

Діагноз: вагітність перша, 40 тижнів. Поздовжнє положення, головне передлежання, I позиція, передній вид.

Що робити?

Враховуючи дану акушерську ситуацію, задовільний стан матері і плода, високу імовірність спонтанного початку родової діяльності протягом наступних 2-3 днів, рекомендовано вичікувальну тактику протягом тижня; контроль рухів плода; при появі родової діяльності роди розпочати вести консервативно; якщо роди не почнуться протягом тижня — госпіталізація.

1. Таким, що народився мертвим, є новонароджений, у якого немає жодної з ознак життя, а саме: - дихання; - серцебиття; - пульсація судин пуповини; - рухи скелетних м'язів.

2. Під час вагітності в ендокринній системі виникають фізіологічні зміни: - у гіпоталамусі посилюється утворення окситоцину та вазопресину в його супраоптичних та паравентрикулярних ядрах; - у гіпофізі збільшується передня доля за рахунок гіперплазії та гіпертрофії його клітин, зростає секреція гонадотропних гормонів, збільшується продукція пролактину, пригнічується синтез соматотропного гормону; - щитоподібна залоза збільшується в розмірах на 35-40%, зростає її функція, але залишається еутиреоїдною, підсилюється продукція тироксин-зв'язуючого глобуліну, підвищуються рівні загального T3 і T4, рівень вільного T4 залишається в межах норми; - паращитоподібні та надниркові залози активізують свою функцію; - в яєчнику утворюється нова залоза внутрішньої секреції — жовте тіло вагітності, яке функціонує перші 12-14 тижнів, виробляючи під впливом хоріонічного гонадотропіну прогестерон (гормон вагітності); - хоріон виробляє хоріонічний гонадотропін, рівень якого прогресивно росте до терміну 9-12 тижнів і стимулює жовте тіло вагітності; в подальшому плацента бере на себе ендокринну функцію, виробляючи естрогени, що забезпечує ріст і розвиток матки, активізує енергетичний обмін і ферментні системи, накопичення глікогену та аденозинтрифосфату; також виробляється прогестерон, який забезпечує умови для нормального розвитку вагітності; утворюється плацентарний лактоген, що грає роль в підтримці достатньої продукції прогестерону і володіє лактотропною, соматотропною, лютеотропною та імуносупресивною діями, є антагоністом інсуліну.

3. Мета першого прийому Леопольда — визначити висоту стояння дна матки, за якою судять про строк вагітності, і частину плода, розміщену в дні матки. Для цього лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї, долоні обох рук кладе на дно матки, пальці рук зближує, обережно надавлюючи вниз сідничний кінець плода — більший, але не такий щільний і менш заокруглений, ніж голівка.

4. Площина виходу з порожнини малого тазу обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду — верхівкою куприка, з боків — остями сідничних кісток. Прямий розмір — 9,5 см (під час родів 11,5 см), поперечний — 11 см.

5. За формулою Лебедева передбачувана маса плода дорівнює добутку висоти стояння дна матки і окружності живота на рівні пупка, виміряних сантиметровою стрічкою, тобто $98 \times 32 = 3136$ г.

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

7. В Україні допологову відпустку надають з 30-го тижня вагітності; у районах, які постраждали від аварії на ЧАЕС — з 27-го. Листок непрацездатності по вагітності та пологам надається на термін 126 календарних днів з 30-го тижня вагітності (70 днів до пологів і 56 днів після пологів). У разі ускладнення пологів чи народження двох або більше дітей видають додатковий лікарняний лист на 14 днів. У разі передчасних родів, до 30 тижня вагітності і народженням живої дитини, лікарняний листок видають на 140 днів, у разі смерті дитини під час родів — на 70 календарних днів.

8. Передвісника родів — низка клінічних симптомів, поява яких свідчить про готовність організму вагітної родів: - центр маси тіла вагітної переміщується допереду, внаслідок чого її плечі і голова відводяться назад; - опущення живота вагітної за рахунок розтягнення нижнього сегменту і вставлення голівки до входу в малий таз, відвисання живота за рахунок відхилення дна матки допереду внаслідок зниження тону м'язів передньої черевної стінки, завдяки чому полегшується дихання (за 2-3 тижні); - випинання пупка; - підвищена збудливість або, навпаки, стан апатії, «припливи» до голови, що пояснюється змінами центральної і вегетативної нервової системи перед пологами; - зменшення маси тіла вагітної на 1-2 кг (за 2-3 дні до пологів); - зниження рухової активності плода; - поява в ділянці крижів і нижній частині живота нерегулярного, спочатку тягучого, потім — переймоподібного болю; - виділення з статевих шляхів густого тягучого слизу (слизової пробки), що часто супроводжується незначними кров'янистими виділеннями через неглибокі надриви країв маткового вічка; - дозрівання шийки матки.

9. Зрілість шийки матки визначається пальпаторно, оцінюється по чотирибальній системі (0, 1, 2, 3) за модифікованою шкалою Е.Н. Bishop (J. Barnett, 2008) її консистенція, довжина, розкриття зовнішнього вічка, положення шийки матки щодо провідної осі таза, місце знаходження передлеглої частини плода. Зріла шийка матки має 8 і більше балів.

Задача 12.

Діагноз: вагітність перша, 40 тижнів. Поздовжнє положення, головне передлежання. І період родів, латентна фаза.

Що робити?

Роди продовжити вести через природні родові шляхи; проводити динамічне спостереження за процесом пологової діяльності, станом роділлі та плода.

1. У вагітних з боку центральної нервової системи знижується збуджуваність кори головного мозку до 3-4 місяця, а потім поступово зростає (пов'язано з формуванням у корі головного мозку вогнища підвищеної збудливості — гестаційної домінанти, що проявляється певною загальмованістю вагітної та спрямуванням її інтересів на виношування вагітності); -

знижена збуджуваність відділів ЦНС, які знаходяться нижче, а також рефлекторного апарату матки. Напередодні родів збуджуваність спинного мозку і нервових елементів матки збільшується; - змінюється тонус вегетативної нервової системи, що зумовлює на ранніх термінах вагітності такі симптоми, як сонливість, підвищена дратівливість, плаксивість, запаморочення.

2. Мета другого прийому Леопольда — визначення позиції і виду позиції плода. Обидві долоні переміщують з дна матки і почергово, то правою, то лівою пальпують частини плода, звернені до бічних стінок матки. При цьому знаходять спинку плода, дрібні частини. При неправильному положенні до однієї з бокових стінок матки прилежить голівка.

3. Послідовність внутрішнього акушерського дослідження: - огляд зовнішніх статевих органів, їх розвиток; - визначення ширини входу, просвіту та розтягання стінок піхви, наявність рубців, запальних змін, пухлини, стан промежини, наповнення ампули прямої кишки та сечового міхура; - визначення форми та глибини склепінь; - положення піхвової частини шийки матки, її форма, величина, консистенція, наявність рубців та розривів; - стан внутрішнього та зовнішнього зіву, їх прохідність (розкриття в сантиметрах), вкорочення або згладженість шийки, визначення відношення піхвової частини шийки матки до довжини каналу шийки матки; - визначення наявності плодового міхура, його форми та щільності; його стан поза і під час перейми; - визначення характеру (голівка, сідниці) передлеглої частини, розташування її пізнавальних точок, встановлення відношення передлеглої частини до тієї або іншої площини малого таза (над входом в малий таз, у вході в малий таз малим або великим сегментом, в широкій частині малого таза, у вузькій частині або у виході таза); чи не визначається в межах вічка петлі пуповини, плацентарна тканина, дрібні частини плода та ін; - визначення ємкості таза, наявності екзостозів і величини діагональної кон'югати; - характер піхвових виділень.

4. Біомеханізм родів - це комплекс послідовних поступальних, обертальних, згинальних і розгинальних рухів, які робить плід, проходячи через родовий каналом.

5. Під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар у приймально-оглядовому відділенні черговий лікар акушер-гінеколог: - ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки, звертає увагу на анамнези, результати клініко-лабораторних аналізів, дані гравідограми; - з'ясовує скарги; - здійснює оцінку об'єктивного стану, обстеження внутрішніх органів; - здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів таза, визначає термін вагітності та очікувану масу плода; - запитує про відчуття рухів плода самою роділлею та проводить аускультацию серцебиття плода; - проводить зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження — визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого таза; - встановлює акушерський діагноз, визначає план ведення пологів та узгоджує його з роділлею.

6. Роди ділять на три періоди: - перший — період розкриття шийки матки; - другий — зганяння плода; - третій — послідовий.

7. Принципи ведення нормальних родів: - оцінка ступеня прогнозованого ризику материнської та перинатальної патології з метою визначення необхідного рівня допомоги в родах; - визначення плану ведення пологів та обов'язкове поінформоване узгодження його з жінкою; - забезпечення емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів); - контроль за станом матері та плода в пологах з веденням партограми; заохочення

жінки до вільного пересування під час родів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини; - знеболювання родів за показаннями; - створення умов для надання невідкладної допомоги роділлі/породіллі та новонародженому; - проведення заходів, що спрямовані на попередження інфекційних та гнійно-запальних процесів; - оцінка стану дитини при народженні, проведення первинного туалету новонародженого та раннє прикладання до грудей матері, виконання принципів «теплого ланцюжка».

8. Латентна (прихована) фаза — проміжок часу від початку регулярної пологової діяльності до повного згладжування шийки матки з розкриттям до 3 см у перших пологах або до 4 см у всіх наступних. Звичайно на цю фазу припадає, відповідно, 6-8 годин у первородящих та 4-5 годин у повторнородящих.

9. Маткову активність визначають за допомогою пальпації матки протягом 10 хвилин. Наявність 1 або більше скорочень матки протягом 10 хвилин, тривалістю 15-20 або більше секунд є ознакою пологової діяльності.

Задача 13.

Діагноз: вагітність 40 тижнів, повторна. Поздовжнє положення, головне передлежання, І позиція, передній вид. І період родів, активна фаза.

Що робити?

Роди продовжити вести через природні родові шляхи; проводити динамічне спостереження за процесом пологової діяльності, станом роділлі та плода.

1. З боку системи крові у вагітних спостерігається: - об'єм плазми зростає на 45% (з 2600 мл до 3900-4000 мл); - загальний об'єм еритроцитів збільшується на 33%, що пояснюється дією еритропоєтину, хоріонічного гонадотропіну, плацентарного лактогену; - фізіологічна гіперплазмія характеризується зниженням гематокритного числа до 30%, гемоглобіну з 135-140 до 110-120 г/л, захищає від синдрому нижньої порожнинної вени, компенсує крововтрату під час пологів, знижує в'язкість крові і тим самим знижує периферичний опір; - збільшується кількість лейкоцитів, зростає ШОЕ; - системі гемостазу притаманний стан гіперкоагуляції, збільшується рівень факторів згортання (VII-X, I фактор - фібриноген, збільшується у 2 рази; - зниження рСО₂ крові (на 15-20%), що сприяє переходу вуглекислого через плаценту; - підвищується рО₂, збільшується доставка кисню до тканин та плаценти; - підвищується екскреція бікарбонатів.

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

3. Механізми скорочувальної діяльності матки: - контракція — скорочення м'язових волокон; - ретракція — переміщення одне щодо одного м'язових волокон тіла й дна матки; - дистракція — розтягнення м'язів шийки та частково нижнього сегмента матки.

4. Вилиття навколоплідних вод буває: - передчасне — вилиття до початку родової діяльності; - раннє — вилиття у першому періоді родів до розкриття шийки матки на 5 см; -

своєчасне —вилиття в першому періоді родів від розкриття шийки матки на 5 см до повного розкриття.

5. Другий момент біомеханізму родів — внутрішній поворот голівки та одночасне опускання її на тазове дно. Він здійснюється при переході її з широкої у вузьку частину. Голівка повертається навколо своєї осі так, що потилиця напрямлена до симфізу, і обличчя — до крижової кістки. При цьому стрілоподібний шов поступово змінює своє положення, переходячи з поперечного у косий, а потім з косого — у прямий розмір виходу з тазу. При першій позиції стрілоподібний шов проходить через правий косий розмір, при другій — через лівий косий розмір таза.

6. Фізіологічні (нормальні) роди - це одноплідні пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у терміні вагітності 37—41+6 тижнів у потиличному передлежанні плода, перебіг яких відбувався без ускладнень протягом всього періоду пологів, при задовільному стані матері та новонародженого після пологів.

7. Для латентної фази першого періоду родів характерно наявність регулярної пологової діяльності, шийки матки розкрита менше, ніж на 3 см.

8. З метою визначення динаміки розкриття шийки матки та розташування голівки плода в пологах проводять внутрішнє акушерське дослідження. Через зростання ризику висхідного інфікування родових шляхів його застосовують тільки за показаннями: - при надходженні жінки до пологового відділення; - кожні 4 години під час I-го періоду родів і кожну годину в II-му періоді родів; - після розриву плідного міхура; - патологічна частота серцебиття плода (менше 110 та більше 170 уд/хв) для з'ясування причин, що можуть пояснити ознаки порушення його стану; - випадіння пуповини з піхви; - при багатоплідній вагітності після народження першого плода; - при неправильному положенні плода, або підозрі на вставлення голівки плода у вході до малого тазу у стані розгинання для з'ясування акушерської ситуації; - затримка прогресу пологів у зв'язку з неефективністю маткових скорочень — для амніотомії та перед стимуляцією окситоцином; - необхідність дострокового розродження (тяжка прееклампсія, антенатальна загибель плода та інша патологія); - при прийнятті рішення оперативного вагінального розродження (акушерські щипці, вакуумекстракція, екстракція плода за тазовий кінець); - кровотеча після 22-го тижня вагітності (в умовах операційної).

9. Для отримання достовірних результатів періодичної аускультативної слід дотримуватися наступної методики: - роділля знаходиться у положенні на боці; - аускультативна починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми; - аускультативна триває щонайменше 60 секунд; - аускультативна має проводитися кожні 30 хвилин протягом латентної фази та кожні 15 хвилин протягом активної фази першого періоду родів.

Задача 14.

Діагноз: вагітність 40 тижнів, перша. Поздовжнє положення, головне передлежання, I позиція, передній вид. II період родів, рання фаза.

Що робити?

Роди продовжити вести через природні родові шляхи; проводити динамічне спостереження за процесом пологової діяльності, станом роділлі та плода.

1. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що голівка плода знаходиться малим сегментом у вході в малий таз. Це підтверджується тим, що крижова

западина вільна, до мису можна підійти зігнутих пальцем, внутрішня поверхня симфізу доступна дослідженню, мале тім'ячко нижче великого, стрілоподібний шов розміщений в злегка косому розмірі.

2. Під час вагітності з боку дихальної системи відзначається: поява задишки (65%), набряки слизової носа, носові кровотечі, збільшення окружності грудної клітки, купол діафрагми підіймається на 4 см, розширюється нижня апертура грудної клітки. Підвищується: потреба в кисні, тиск кисню, дихальний об'єм (30-40%), життєва ємкість легень, ємкість вдиху (5%), хвилинний об'єм (на 40%). Знижується: функціональний залишковий об'єм і об'єм видиху приблизно на 20%, загальна ємкість легень на 5%, вміст вуглекислого газу (помірний дихальний алкалоз).

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

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

5. Критеріями ранньої фази другого періоду родів є повне розкриття шийки матки (10 см), голівка плода в порожнині малого таза, немає позивів до потуг.

6. В нормі ЧСС плода знаходиться в межах 110-170 уд/хв.

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

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

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

Задача 15.

Діагноз: вагітність 40 тижнів, друга. Поздовжнє положення, головне передлежання, II позиція, передній вид. II період родів, рання фаза.

Що робити?

Роди продовжити вести через природні родові шляхи; проводити динамічне спостереження за процесом пологової діяльності, станом роділлі та плода.

1. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що голівка плода знаходиться в широкій частині порожнини малого таза. Це підтверджується тим, що дві третини внутрішньої поверхні лонного зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою, вільно пальпуються IV і V крижові хребці і сідничні ості.

2. З боку травної системи у вагітних відмічається: - збільшення апетиту, інколи з незвичними смаковими пристрастями; - ранкова нудота (майже у 70% вагітних), частота якої максимально припадає на 8—10 тижнів вагітності і припиняється між 14 і 16 тижнями (пояснюється підвищенням прогестерону, хоріонічного гонадотропіну, розслабленням гладких м'язів шлунку); - підвищення частоти гінгівітів, можуть виникати рясно васкуляризовані пухлини, які регресують після родів; - збільшення ризику гастроєзофагального рефлюксу, що обумовлено гіпотонією стравоходу, зниженням тонуусу шлунково-стравохідного сфінктера та анатомічним зміщенням шлунку; - зниження вірогідності виникнення хвороби шлунку та зниженням секреції соляної кислоти); - зростання частоти (до 30%) закрепів (обумовлено зниженням перистальтики кишківника та розширенням гемороїдальних вен за рахунок підвищення центрального венозного тиску та дії прогестерону); - підвищення ризику утворення жовчного каміння за рахунок розширення і погіршення евакуації жовчі з жовчного міхура та підвищення вмісту холестерину в крові; - у печінці посилення кровообігу, її розміри не збільшуються, підвищується вміст лужної фосфатази (за рахунок додаткового утворення в плаценті), збільшення активності аспартатамінотрансферази, зниження продукції альбумінів і підвищення концентрація глобулінів, підвищення синтетичної функції печінки (ліпідемія з високим рівнем холестерину та його ефірів), зниження антитоксичної функції печінки; - збільшення частоти геморою — результат закрепів, підвищеного венозного тиску і розслаблювальної дії прогестерону на судинну стінку.

3. Четвертий момент — внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки. Під час врзування та прорізування голівки тулуб просувається до малого таза, причому поперечний розмір плечиків вступає в один з косих розмірів входу до малого таза. При першій позиції плечиків займають лівий косий розмір входу, при другій — правий косий розмір входу до малого таза. На тазовому дні плечики здійснюють внутрішній поворот, подібно до повороту голівки плода. Закінчивши поворот, плечики встановлюються прямим розміром в прямому розмірі площини виходу таза. Цей поворот плечиків передається голівці, яка народилася, що відповідає четвертому моменту біомеханізму родів. Голівка при цьому обертається обличчям до стегна матері: при першій позиції — до правого, при другій — до лівого. Передне плечики вступає під лобкового дугу, фіксується біля нижнього краю симфізу. Точка фіксації — місце прикріплення дельтоподібного м'яза до плечової кістки. Навколо точки фіксації відбувається згинання тулуба в грудному відділі і першим народжується задне плечики, потім задня ручка. Після народження плечового поясу відбувається поява інших частин плода, народження яких не має спеціального біомеханізму, оскільки їх розміри значно менші за голівку і плечики.

4. Критеріями пізньої (потужної) фази другого періоду родів є повне розкриття шийки матки (10 см), передлегла частина плода досягає дна таза, роділля починає тужитись.

5. При передчасному розриві плідних оболонок для уточнення необхідно зібрати анамнез та уточнити факт відходження вод, провести огляд в дзеркалах, щоб остаточно визначитися з цілісністю оболонок, уникаючи вагінального дослідження за відсутності перейм, обговорити питання індукції родів при відсутності спонтанних пологів протягом 24 годин, контролювати рухи плода та частоту серцевих скорочень, звернути увагу на колір та кількість навколоплідних вод.

6. Оцінка загального стану роділлі передбачає: - вимірювання температури тіла кожні 4 години; - визначення параметрів пульсу кожні 2 години; - вимірювання артеріального тиску кожні 2 години; - визначення кількості сечі кожні 4 години.

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

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

9. Хибними називають пологи, якщо протягом 8 годин спостереження періодичні скорочення матки зникають або значно уповільнюються.

Задача 16.

Діагноз: вагітність 40 тижнів, перша. Поздовжня положення плода, головне передлежання, I позиція, передній вид. II період родів, рання фаза.

Що робити?

Роди продовжити вести через природні родові шляхи; проводити динамічне спостереження за процесом пологової діяльності, станом роділлі та плода.

1. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що голівка плода знаходиться великим сегментом у вході в малий таз. Це підтверджується тим, що крижова западина і внутрішня поверхня симфізу заповнені голівкою, мис недосяжний, сідничні ості пальпуються легко, голівка зігнута, мале тім'ячко нижче великого, зліва біля лона, велике тім'ячко — справа біля крижів, стрілоподібний шов знаходиться у правому косому розмірі,

2. Перший момент біомеханізму родів при передньому виді потиличного передлежання — згинання і вставлення голівки в площину входу в малий таз, внаслідок чого мале тім'ячко розміщується на нижньому полюсі голівки, наближаючись до провідної лінії таза і стає «провідною точкою». Внаслідок цього згинання голівка проходить через таз найменшою окружністю, яка проходить через малий косий розмір і дорівнює 32 см.

3. Під час вагітності збільшується основний обмін на 20%, потреба в кілокалоріях (у середньому до 2000—3200 ккал/день, на 150 ккал/день у I триместрі і на 350 ккал/день у II і III триместрах вагітності), посилюється синтез РНК, що призводить до синтезу білків у рибосомах, з боку жирового обміну посилюється засвоєння жирів, знижується процес їх окислення, що призводить до накопичення в крові кетонових тіл, γ -аміномасляної та ацетооцтової кислот, збільшується відкладання жиру в різних органах і тканинах (наднирники, шкіра, молочні залози та ін.), з боку вуглеводного обміну характерна лабільність вмісту цукру в крові, деяке перевищення норми) і періодична поява цукру у сечі, а також збільшується обмін вітамінів і мікроелементів за рахунок значної активізації процесів клітинного метаболізму в організмах матері і плода.

4. Адекватність пологової діяльності оцінюють за частотою та тривалістю перейм щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі. Адекватною пологовою діяльністю є наявність 2 перейм за 10 хвилин в латентній фазі, 3-5 перейм за 10 хвилин в активній фазі, кожна з яких триває 40 секунд або більше.

5. Біофізичний профіль плода (з 30 тижнів) — оцінка суми балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на його рухи - нестресовий тест, об'єм навколоплідних вод).

6. Функціональний стан плода вивчають за допомогою різних методів дослідження: - ультразвукова фетометрія плода, інформативна з 20 тижня (визначають розміри голівки, окружності живота та довжини стегна); - аускультация тонів серця плода; - кардіотокографія; - біофізичний профіль плода; - ультразвукова доплерометрія швидкості кровотоку в судинах фетоплацентарного комплексу, серед яких найбільший клінічний інтерес представляє визначення параметрів кровотоку (індексів пульсаційного, резистентності та систолодістолічного співвідношення) в артерії пуповини (a.umbilicalis). Ці параметри відображають стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці.

7. Просування голівки плода визначають шляхом зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження. Результати заносяться до партограми. Просування голівки плода може не спостерігатись, поки шийка матки не розкриється приблизно на 7-8 см.

8. Партограма — це графічне відображення результатів спостереження за перебігом першого періоду родів, станом матері і плода, на якій відносно часової осі записують показники перебігу пологів (ступінь розкриття шийки матки, визначену вагінально, опускання голівки плода, частоту та тривалість перейм), стану плода (частоту серцевих скорочень, ступінь конфігурації голівки), стан плідного міхура та навколоплідних вод, стану роділлі (пульс та артеріальний тиск, температура тіла, показники сечі).

9. В нормі навколоплідні води є прозорими, при доношеній вагітності їх об'єм складає приблизно 500—1000 мл. Води з кров'ю можуть бути при передчасному відшаруванні нормально розміщеної плаценти, з меконієм — при дистресі плода або родах в сідничному передлежанні, з неприємним запахом гнилої — при внутрішньоутробному інфікуванні та хоріоамніоніті.

Задача 17.

Діагноз: вагітність 40 тижнів, перша. Поздовжнє положення, головне передлежання, передній вид. II період пологів, пізня (потужна) фаза.

Що робити?

Продовжити вести роди консервативно, обрати техніку «не регульованих фізіологічних потуг», забезпечити зручне положення роділлі на її вибір для народження дитини. Вимірювати АТ, пульс у роділлі кожні 10 хвилин, контроль ЧСС після кожної потуги.

1. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що голівка плода знаходиться в порожнині виходу з таза, або на тазовому дні. Це підтверджується тим, що крижова западина повністю заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, при потугах випинає промежина.

2. Оцінку стану плода проводять шляхом контролю серцевої діяльності плода методом аускультативної кожні 5 хвилин у ранню фазу другого періоду, та після кожної потуги в активну фазу.

3. Удаваними переймами слід вважати такі, коли протягом 8 годин спостереження періодичні скорочення матки тривають, а розкриття шийки матки залишається менше 3 см і відсутні структурні зміни шийки матки.

4. Ознаками пологів є: - поява після 37 тижнів вагітності переймоподібного болю внизу живота та крижах з слизово-кров'янистими або водянистими (у разі відходження навколоплідних вод) виділеннями 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 діаметра 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).

5. 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 «продлонговану активну фазу», яка може бути пов'язана зі слабкістю пологової діяльності. Це за наявності цілого плідного міхура є абсолютним показом до проведення амніотомії.

6. При передньому виді потиличного передлежання голівка плода проходить через родові шляхи своїм малим косим розміром (*d. suboccipitibregmaticus*), що дорівнює 9,5 см, окружність — 32 см.

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

8. Допустима тривалість другого періоду пологів: - у жінки, яка народжує вперше, до 2-х годин; - у жінки, яка народжує повторно, до 1 години.

9. Метод Крістелера є забороненим для використання в акушерській практиці через високий травматизм матері та плода.

Задача 18.

Діагноз: вагітність 40 тижнів, перша. Поздовжнє положення, головне передлежання, I позиція, задній вид. II період родів, початок пізньої (потужної) фази.

Що робити?

Продовжити вести роди консервативно, обрати техніку «не регульованих фізіологічних потуг», забезпечити зручне положення роділлі на її вибір для народження дитини. Вимірювати АТ, пульс у роділлі кожні 10 хвилин, контроль ЧСС після кожної потуги.

1. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що голівка плода знаходиться в широкій частині порожнини малого таза. Це підтверджується тим, що верхня половина крижової западини і дві третини внутрішньої поверхні лобкового симфізу заповнені голівкою, вільно пропальповуються IV і V крижові хребці та сідничні ості.

2. З боку статевих органів під час вагітності відбуваються зміни: - матка збільшується в розмірах, об'єм зростає в 1000 разів, вага матки збільшується з 50-60 г у невагітних до 1000 г в кінці вагітності (переважно за рахунок гіпертрофії міоцитів); - форма невагітної матки подовжена, у 8 тижнів вагітності куляста, після 16 тижня знов подовжена; - матка виходить з порожнини таза, повертається і нахиляється вправо; - консистенція матки прогресивно пом'якшується, що зумовлено підвищеною васкуляризацією та наявністю амніотичної рідини; - формується псевдоерозія шийки матки; - скорочення матки з першого триместру нерегулярні і безболісні (перейми Брекстона-Гікса); - ємкість матки зростає з 4-8 мл у невагітному стані до 500 мл у кінці вагітності; - міометрій гіпертрофується (ефект естрогенів), гіперплазується (ефект прогестерону), окремі м'язові волокна подовжуються у 15 разів; - кровоносні судини матки розширюються, подовжуються, особливо венозні і утворюються нові, за рахунок чого матковий кровоплин зростає більш ніж у 10 разів (до вагітності він становить 2-3% хвилиного об'єму серця, а в пізні терміни вагітності 20-30% хвилиного об'єму серця — 500—700 мл/хв). Утворюється маткове коло кровообігу — «друге серце», як тісно пов'язане з плацентарним і плодовим кровоплином; - збільшується кількість нервових елементів матки — чутливих, баро-, осмо-, хемо- та інших рецепторів; - значне зростання кількості високоенергетичних сполук (глікоген, макроергічні фосфати — креатинфосфат, АТФ), активності ферментних систем, м'язових білків (актоміозин) та електролітів (іони кальцію, натрію, калію, магнію, хлору та ін.); - маткові труби значно потовщуються, в них зростає кровообіг; - яєчники дещо збільшуються, але циклічні процеси в них припиняються, жовте тіло після 16 тижня зазнає інволюції; - зв'язки матки значно потовщуються і подовжуються, особливо круглі і крижово-маткові; - ціаноз вульви — результат підвищеного кровопостачання малого таза, утруднений відтік крові по венах, які стискаються збільшеною маткою і зниження тону судин; - гіперпигментація шкіри вульви і промежини, що пояснюється гіперестрогенією і підвищенням концентрації меланостимулюючого гормону; - збільшення кількості піхвових білій і зниження їх рН (4,5-5,0) в результаті гіперплазії піхвового епітелію, збільшення кровообігу і трансудації.

3. При задньому виді потиличного передлежання є особливості біомеханізму родів у порівнянні з переднім видом: - перший момент — неповне згинання і вставлення голівки плода, яка вставляється в малий таз середнім косим розміром (діаметр 10см, окружність 33 см), провідна точка — середина між малим і великим тім'ячками; - другий момент — внутрішній поворот голівки і опускання на тазове дно. У більшості випадків задній вид переходить у передній під час зганяння плода, голівка при цьому повертається на 135 градусів. В подальшому біомеханізм родів такий, як при передньому виді потиличного передлежання. В інших випадках потилиця повертається дозад, до крижів, а за нею і спинка. Таким чином, мале тім'ячко спрямоване в бік крижів, а велике — до симфізу. Стріловидний шов переходить з однойменного з позицією косого розміру таза в прямий розмір виходу з таза; - третій момент

— додаткове згинання голівки. Вона фіксується у середині нижнього краю симфізу ділянкою переднього краю великого тім'ячка, утворюється перша точка фіксації, навколо якої завершується додаткове згинання, котре триває, доки не утвориться друга точка фіксації; - четвертий момент — розгинання голівки. Подальше прорізування голівки відбувається внаслідок утворення нової, другої точки фіксації між підпотиличною ямкою і верхівкою куприка. Таким чином, голівка народжується лицем з-під симфізу, вона прорізується трохи більшою окружністю, ніж окружність малого косоного розміру — середнім косим розміром; - п'ятий момент не відрізняється від четвертого моменту біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання.

4. При задньому виді потиличного передлежання особливостями клініки перебігу родів є більша тривалість родового акту, ніж при передньому виді потиличного передлежання; більша витрата пологових сил для надмірного згинання голівки; найчастіше виникають розриви промежини, повторна слабкість родової діяльності, гіпоксії плода тощо.

5. Тривале стояння голівки плода в певній площині малого таза без динаміки просування може призвести до формування ректо- і уровагінальних нориць.

6. Потуги — ритмічне, свідомо кероване поєднання скорочення маткової мускулатури, черевного пресу, діафрагми, тазового дна.

7. Показаннями до проведення розтину промежини (ВООЗ) є: - ускладнені вагінальні пологи (вакуум екстракція, акушерські щипці, сідничне передлежання); - наявність рубцевих змін промежини після розтину у попередніх родах, особливо після поганого загоєння; - дистрес плода. Згідно з сучасними науковими доказами використання епізіотомії за показанням «загроза розриву промежини» не має чітких об'єктивних критеріїв і тому не завжди є обгрунтованим.

8. Врізування голівки — поява голівки з вульварного кільця лише під час потуги.

9. Прорізування голівки — голівка зберігає положення у вульварному кільці після припинення потуги.

Задача 19.

Діагноз: вагітність 40 тижнів, друга. Поздовжнє положення, головне передлежання, II позиція, задній вид. II період родів, пізня (потужна) фаза.

Що робити? Продовжити вести роди консервативно, обрати техніку «не регульованих фізіологічних потуг», забезпечити зручне положення роділлі на її вибір для народження дитини, враховуючи особливості біомеханізму родів. Вимірювати АТ, пульс у роділлі кожні 10 хвилин, контроль ЧСС плода після кожної потуги.

1. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що голівка плода знаходиться у вузькій частині таза. Це підтверджується тим, що вся крижова западина і внутрішня поверхня лобкового симфізу зайняті передлежачою голівкою, легко досягається тільки нижній край симфізу, внутрішня поверхня сідничних бугрів і верхівка куприка.

2. Під час вагітності з боку шкіри виникають: - судинні зірочки — на обличчі, руках, верхній половині тулуба; - долонна етирема — зумовлена збільшенням на 20% загального обміну речовин і на 16% кількості капілярів, які раніше не функціонували; - смуги розтягнення (striae gravidarum) — на нижніх ділянках живота, молочних залозах і стегнах, які спочатку мають рожевий або багряний колір (пов'язано з розтягненням сполучно-тканинних і

еластичних волокон шкіри); - гіперпігментація — у ділянці пупка, ареол молочних залоз, білої лінії живота, шкіри вульви і промежини, може з'являтися «маска вагітності», чи хлоазма (мелазма); - пупок — згладжується у другій половині вагітності і випинається наприкінці вагітності; - невуси — збільшуються у розмірах і стають більш пігментованими (різке збільшення потребує консультації спеціаліста); - потові і сальні залози — гіперпродукція іноді призводить до появи акне; - волосся — іноді на шкірі обличчя, живота і стегон відзначається ріст волосся, що зумовлено підвищеною продукцією андрогенів наднирниками і частково плацентою. Має місце значне випадіння у перші 2 — 4 місяці і поновлення нормального росту волосся через 6-12 місяців після пологів.

3. Конфігурація голівки плода — це процес пристосування її до пологових шляхів жінки. Завдяки наявності швів та тім'ячок кістки черепа плода мають здатність зближуватися та знаходити одна на одну, за рахунок чого об'єм голівки зменшується.

4. Відрізняють три ступені конфігурації голівки плода: - перша — кістки черепа зближені, торкаються одна одної; - друга — кістки помірно знаходять одна на одну; - третя — кістки значно знаходять одна на одну. У даному випадку друга ступінь конфігурації голівки.

5. Для зменшення больових відчуттів при родах застосовують прості немедикаментозні методи знеболювання: - максимальна психологічна підтримка і заспокоєння; - зміна положення тіла: активні рухи, масаж спини, погладжування низу живота; спеціальна техніка дихання — глибокий вдих і повільний видих); - локальні натискання на крижову ділянку під час перейм; - подвійне стискання стегон; - колінне натискання; - гідротерапія: прийом душу або занурення у воду з температурою 36—37°С в активній фазі (за можливості); - масаж: легке погладжування живота, вібрація та розминання рук, ніг та комірцевої зони, сильні кругові рухи, тривале натискання на різні точки та область ромбу Міхаеліса.

6. За бажанням жінки під час пологів можливе використання медикаментозного (системного) знеболення: неопіоїдна, опіоїдна, інгаляційна та регіональна аналгезія.

7. Після народження голівки необхідно перевірити, чи немає обвивання пуповини навколо шиї плода. В разі тугого обвиття пуповину необхідно перетнути між двома затискачами, при нетугому — послабити натягнення пуповини та дочекатися наступної потуги.

Не квапитися!

8. Відразу після народження дитини 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-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог, здійснює первинну оцінку стану новонародженого.

9. Народження голівки плода потребує обережного надання ручної допомоги, метою якої є не тільки збереження цілісності промежини жінки, але й попередження внутрішньочерепної, спінальної та інших травм дитини. Захист промежини складається з п'яти прийомів. Існує тактика ведення другого періоду родів без захисту промежини. Надання вільного положення жінки під час потуг сприяє більш динамічному проходженню плода через пологові шляхи, при цьому найбільш ефективними є позиції сидячи навпочіпки, сидячи на стільці, підтягуючись на драбині, лежачи на боці.

Задача 20.

Діагноз: III період перших строкових родів.

Що робити?

Обсушити голову і тіло дитини, викласти дитину на живіт матері, одягнути і накрити чистою сухою пелюшкою та ковдрою, одночасно оцінити стан новонародженого; - проводити спостереження та надавати допомогу роділлі.

1. Під час вагітності середня прибавка маси тіла складає 10-12 кг і залежить від конституції, зростання маси відбувається в основному у другому та третьому триместрах вагітності (300-400 г в тиждень). З набраної ваги трохи більше половини йде в тканини матері (кров, матка, жир, груди), а решта на плід (3000-3500 г), плаценту (650 г), навколоплідні води (800 г) та матку (900 г).

2. Існують дві тактики ведення третього періоду родів — активна та очікувальна. Перевагу слід надавати методиці активного ведення третього періоду родів, бо це дозволяє знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, а також зменшити кількість післяродової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.

3. Стандартні компоненти активного ведення третього періоду родів включають: - введення утеротоніків — протягом першої хвилини після народження дитини пальпувати матку для виключення наявності в ній другого плода, за його відсутності ввести 10 Од окситоцину внутрішньом'язово; - народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину — перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці, другу руку покласти безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку, відводячи її від лона, тримати пуповину у стані легкого натягнення, одночасно з першим сильним скороченням матки (зазвичай через 2-3 хвилини після введення окситоцину) запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (робоча тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти, другою рукою під час тракції проводити контртракцію у напрямку, протилежному тракції (тобто, відштовхувати матку від лона). Робочі тракції слід повторювати тільки під час наступних скорочень матки. **Ніколи не проводити тракцію за пуповину без застосування контртракції добре скороченої матки над лоном.** Після народження плаценти утримувати її двома руками і обережно повертати, щоб скрутити оболонки, уважно оглянути плаценту та переконатися в її цілісності; - масаж матки — після народження посліду негайно провести масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною. В подальшому пальпують матку кожні 15 хвилин протягом перших двох годин, щоб упевнитися в тому, що матка не розслаблюється, а залишається щільною.

4. Акушерка, змінивши стерильні рукавички, після закінчення пульсації пуповини, але не раніше, ніж за 1 хвилину від народження дитини, перетискає і перетинає пуповину. Перетиснути пуповину необхідно упродовж 5 хвилин, щоб здійснити керовані тракції пуповини як частину активного ведення. Якщо жінка вимагає, щоб перетискання і перерізання пуповини було здійснено пізніше 5 хвилин, треба підтримати її вибір.

5. Тепловий ланцюжок — це заходи, які впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5-37,5 °C 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).

6. Ознаки відділення плаценти: - Альфельда — лігатура або затискач, накладені на пуповину на рівні статевої щілини, опускаються приблизно на 10 см; - Шредера — матка сплюснена, вузька, дно піднялося вище пупка і відхилилася вправо; - Клайна — пуповина подовжується при натужуванні жінки і не вкорочується після припинення; - Кюстнера-Чукалова — при натисканні ребром кисті на ділянку над лоном пуповина не втягується у піхву; - Довженко — при глибокому вдосі пуповина не втягується у піхву.

7. Стан новонародженого у балах за шкалою Апгар в кінці першої хвилини дорівнює 10 балів, тобто є нормальним.

8. Перинатальна охорона плода — система заходів щодо анте- та інтранатальної охорони здоров'я плода, спрямованих на профілактику та зниження перинатальної захворюваності і смертності.

9. Медична етика та деонтологія — це сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника під час виконання своїх професійних обов'язків.

Задача 21.

Діагноз: перші роди, ранній післяпологовий період.

Що робити?

Здійснювати медичне спостереження за станом матері і новонародженої дитини протягом двох годин після родів у пологовому відділенні, протягом перших двох годин після родів кожні 15 хвилин контролювати стан скорочення матки, допомогти здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері, через 30 хвилин після народження дитині виміряти температуру тіла електронним термометром, після проведення контакту матері і дитини «очі в очі» виконати профілактику офтальмії 0,02% розчином декаметоксину або 0,5% еритроміцинової чи 1% тетрациклінової мазі.

1. Під час вагітності з боку молочних залоз виникають наступні зміни: - відчуття поколювання і розпирання — пов'язано із значним збільшенням їхнього кровопостачання; - розвиток вивідних протоків (вплив естрогенів) і альвеол (вплив прогестерону); - активація гладких м'язів сосків і збільшення монггомерових фолікулів і маленьких горбиків біля ареоли; - збільшення маси — з 15—200 г до 400-500 г.

2. Після закінчення пульсації пуповину перетискають і перетинають. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'янистих виділень. При появі ознак відділення плаценти жінці пропонують «натужитися», що призведе до народження посліду. Проводиться оцінка цілісності плаценти і оболонок.

3. Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду і триває 2 години, протягом котрих породілля знаходиться у пологовому відділенні, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед, кровотечі. Пізній післяпологовий період настає через 2 години після родів і триває 42 доби. Під час цього періоду відбувається зворотний розвиток всіх органів і систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологам.

4. Єдиним об'єктивним методом обліку крововтрати в послідовому та ранньому післяпологовому періодах є її вимірювання за допомогою будь-якої мірної склянки. Середня крововтрата у родах складає 250-300 мл або до 0,5% від маси тіла жінки, але не більше 500 мл.

5. Основні принципи післяпологового догляду: - забезпечення доброго самопочуття матері і дитини — оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, АТ, пульсу та його характер, стан молочних залоз, постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки, виконання вправ післяродової гімнастики; - підтримка раннього грудного вигодовування — контакт «шкіра до шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та дитини, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодовуванні, яка буде найбільш комфортною, як для неї, так і для дитини, що сприяє тривалому та успішному вигодовуванню, забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття, захищає новонародженого від інфекцій; - підтримка у матері відчуття впевненості у собі — надання матері точної та вичерпної інформації відносно її стану та стану новонародженого, придбані навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищують відчуття впевненості у собі і можливість звернутися за допомогою в разі необхідності, проведення консультування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.

6. Основні принципи медичної етики та деонтології викладені в Етичному кодексі лікаря України, який був прийнятий і підписаний у 2009 році. Професійна діяльність лікарів акушерів-гінекологів пов'язана з вирішенням складних деонтологічних питань, оскільки ситуації, що виникають під час консультування або надання медичної допомоги жінкам у зв'язку із зачаттям, виношуванням, народженням, вигодовуванням дитини, виникнення захворювань жіночих статевих органів, стосуються інтимних сторін життя жінки та людей, які її оточують. Персонал акушерського закладу вагітну, роділлю, породіллю має сприймати не як об'єкт проведення певних медичних маніпуляцій для її розродження, а насамперед як особистість і основну учасницю у важливому моменті її життя — пологах. На всіх етапах надання акушерської допомоги жінці забезпечується право на своєчасне отримання від медичних працівників інформації про стан її здоров'я та плода (новонародженого), усі медичні втручання та обстеження, їх необхідність та доцільність, можливі наслідки, після чого жінці пропонують дати згоду на проведення їй або її дитині необхідних медичних втручань. Для уникнення конфліктних ситуацій під час пологів та в післяпологовий період медичну допомогу вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим доцільно здійснювати на засадах взаєморозуміння з пацієнтами, поваги до них, залучення їх до прийняття рішень щодо тактики надання медичної допомоги. Під час пологів необхідно дотримувати принципи конфіденційності, підтримувати прагнення партнерських пологів, що забезпечує психоемоційний комфорт роділлі. Дії медичних працівників мають бути виваженими, тактовними та професійними у випадках наявності показань до переривання вагітності та в разі перинатальної втрати.

7. До основних принципів перинатальної охорони плода належать: - прегравідарна підготовка; - ранній облік у жіночій консультації; - пренатальна діагностика (пренатальний скринінг у I триместрі для виявлення ступеня ризику виникнення можливих хромосомних аномалій — комбінований тест, що включає визначення біохімічних маркерів — β хоріонічного гонадотропіну людини, білка плазми, асоційованого з вагітністю-РАРР-А та ультразвукового дослідження для визначення носової кістки плода, вимірювання товщини комірцевого простору, швидкості кровотоку у венозній протоці і через тристулковий клапан. При високому ризику розвитку хромосомних аномалій плода для діагностики цих аномалій виконують хоріонбіопсію або амніоцентез з метою проведення каріотипування клітин хоріону/плаценти

або плодового епідермісу, отриманих при цих інвазивних втручаннях; ультразвукове дослідження у терміні 18-20 тижнів вагітності з метою виключення вроджених аномалій плода, фетометрії, плацентографії та оцінки пуповини та стану навколоплідних вод; ультразвукова доплерографія судин фетоплацентарного комплексу — маткових артерій матері, артерії і вени пуповини, аорти та внутрішньої мозкової артерії плода); кардіотокографія; визначення біофізичного профілю плода; кордоцентез; - підготовка сім'ї до партнерських пологів, підтримка жінок під час вагітності та родів, вільний вибір зручної позиції в родах, уникнення акушерської агресії, ранній та необмежений контакт матері з дитиною, спільне перебування, раннє прикладання новонародженого до грудей, грудне вигодовування за вимогою дитини.

8. Від чого залежить фармакологічний вплив лікарських препаратів на організм плода? Характер відповідних реакцій організму плода на фармакологічний вплив лікарських препаратів залежить, в основному, від терміну вагітності і стадії внутрішньоутробного розвитку в момент введення лікарських препаратів.

8. Застосування лікарських препаратів в акушерській практиці має свої особливості. Це пояснюється реакціями організму ембріона/плода на фармакологічний вплив препаратів. Характер реакцій залежить від стадії розвитку людського зародка. Лікарські препарати можуть викликати наступні ефекти: - ембріолетальний – коли препарат викликає загибель зародка на етапі ембріона (до 10 тижня вагітності); - тератогенний – коли впливає на закладання органів і систем зародка з 3 до 10 тижнів і призводить до вродливостей; - ембріотоксичний і фетотоксичний – препарати не викликають аномалії плода, однак впливають на функціонування органів і систем; - мутагенний – препарати пошкоджують генетичний апарат соматичних чи статевих клітин. Для організації безпечного лікування під час вагітності введено спеціальне маркування лікарських засобів, яке містить інформацію про ступінь ризику застосування препарату під час вагітності та рівні доказовості досліджень, які доводять його безпеку: - категорія А – контрольовані дослідження у вагітних не продемонстрували ризику для плода; - категорія В – дослідження на тваринах не виявили ризику для плода, але немає даних, отриманих в ході контрольованих досліджень у вагітних жінок; - категорія С – дослідження на тваринах показали ризик для плода (тератогенний, ембріотоксичний чи ін.), тому препарат призначають тільки тоді, коли необхідність їх застосування виправдовує потенційний ризик для плода; - категорія D – є доведений ризик несприятливого впливу препарату на плід, але очікуваний ефект дозволяє його застосовувати; - категорія X – дослідження на людині або тваринах продемонстрували несприятливий вплив на плід, який перевищує можливу користь. Препарати цієї категорії протипоказані під час вагітності.

9. На ембріональному та фетальному етапах розвитку плода виділяють три періоди: - період бластогенезу (до 3 тижня); - період органогенезу (4-9 тижні вагітності); - період фетальний (з 10 тижня вагітності).

Задача 22.

Діагноз: нормальний післяпологовий період, друга доба.

Що робити?

Продовжити контроль за станом матері, підтримувати грудне вигодовування, рекомендувати вправи післяпологової гімнастики, підтримувати у матері відчуття впевненості в собі, обговорити питання виписки зі стаціонару.

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

2. Відразу після народження посліду матка починає швидко скорочуватися та набуває округлої форми. Негайно після народження плаценти тіло матки скорочується і дно її знаходиться на середині відстані між лобком і пупком, потім трохи піднімається. Протягом наступних 2-х днів дно матки знаходиться трохи нижче пупка; через 2 тижні після пологів матка опускається нижче симфізу. До попередніх розмірів матка повертається звичайно через 6 тижнів. Протягом 2-3 днів після пологів децидуальна оболонка залишається в матці і розділяється на два шари. Поверхневий шар некротизується і виділяється з лохіями. Регенерація ендометрія проходить протягом 3 тижнів, за виключенням плацентарної ділянки (6 тижнів). Через 10—12 годин після родів канал шийки матки має лійкоподібну форму, внутрішнє вічко пропускає 2-3 пальці, а на 3 добу — один палець. На 8—10 день шийка матки сформована, внутрішнє вічко закрито.

3. У післяпологовому періоді в яєчниках характерні ановуляторні цикли, на фоні яких відбувається перша менструація після родів. Завдяки виділенню великої кількості пролактину при грудному вигодовуванні у жінок менструації відсутні кілька місяців. В подальшому овуляторні цикли відновлюються. Дрібні пошкодження слизової оболонки вагіни регенерують за 5-7 діб. Статева щілина замикається, поступово відновлюється тонус м'язів тазового дна. У молочних залозах естрогени і прогестерон протягом вагітності стимулюють ріст протоків і альвеолярної системи, залози нагубають. До 3 доби після пологів молочні залози виробляють молозиво. Молозиво має високу концентрацію білків, переважно глобулінів, і мінералів й меншу — цукру і жиру. Молозиво містить високий рівень імуноглобулінів А, G, M, D а також Т- і В- лімфоцити. Молозиво проходить конверсію у зріле молоко протягом 5 днів. Утворення молока регулюється нервовою системою та гормоном аденогіпофіза — пролактіном. Головними компонентами молока є білки (альбуміни, глобуліни, казеїн), лактоза, вода, жир.

4. Межами нормальної температури тіла новонародженої дитини слід вважати 36,5 — 37,5°C при вимірювання в аксілярній ділянці.

5. Переохолодження має загрозливий характер для новонародженої дитини і підвищує ризик розвитку у неї гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

6. Тепловий ланцюжок — система заходів для організації умов, які впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. До них належать: температура в пологовій (операційній) кімнаті — 25—28°C;

- негайне обсушування та одягання дитини; - контакт «шкіра до шкіри» — на грудях матері під чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою не менше 2-х годин;
- раннє грудне вигодовування протягом першої години після народження після появи у дитини ознак готовності до початку годування; - з метою зменшення втрат тепла відкласти зважування та антропометрію дитини на 2 години після народження, а перше купання доцільно здійснити вдома; - правильно одягнути та загорнути дитину — чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою; - цілодобове спільне перебування матері і дитини; - транспортування та реанімація в теплих умовах; - підвищення рівня підготовки та навичок медичних працівників з принципів дотримання теплового ланцюжка.

7. Виписка породіллі з стаціонару проводиться: - після оцінки стану матері (відсутність скарг, стабільні показники гемодинаміки, відсутність кровотечі, відсутність ознак інфікування); - коли мати навчена догляду та нагляду за дитиною; - коли мати проконсультована з питань вигодовування новонародженого, післяпологової контрацепції та основних загрозливих симптомів післяпологового періоду; - при відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породіллі випикується через повні 2 доби.

8. Можливі загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді: - вагінальна кровотеча (використання 2-3 прокладок за 30 хвилин); - підвищення температури тіла; - утруднення дихання; - біль у животі; - біль молочних залоз та сосків; - біль у промежині; - неотримання сечі, біль / утруднення при сечовипусканні; - гнійні / з неприємним запахом виділення з піхви.

9. Можливі 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 нагноєння пупкової ранки; - у дитини блювання або діарея.

Список використаної літератури:

1. Акушерство та гінекологія: У 4 т.: національний підручник/ Кол. авт.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. — Т. 1: Акушерство / В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін та ін.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. — К.: ВСВ «Медицина», 2013. — 1032 с. + 4 с. кольор. вкл.
2. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. Книга 1. Акушерство: підручник / В.І. Грищенко, М.О. Щербина, Б.М. Венцківський та ін. — 4-е видання. — К.: ВСВ «Медицина», 2020. — 424 с.
3. Навчальний посібник з акушерства: Кол. авт.; за ред. д.м.н., проф. І.Б. Венцківської, д.м.н., проф. В.П. Лакатоша, к.м.н., доц. В.М. Куца / Венцківський Б.М., Венцківська І.Б., Лакатош В.П. та ін. — К.: «РА-Гармонія», 2018. — 210 с.
4. Наказ МОЗ України 1437 від 9 серпня 2022 року «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність».
5. Наказ МОЗ України 170 від 26 січня 2022 року «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи».
6. Фізіологічне акушерство, змістовий модуль: методичні вказівки для викладачів / Венцківський Б.М., Камінський В.В., Грищенко В.І. та ін. — Київ, 2007. — 114 с.

7. Принципи раціональної фармакотерапії в акушерстві: Методичні вказівки для підготовки студентів VI курсу до державної атестації / упоряд. М.О. Щербина, О.В. Мерцалова, О.В. Юркова. — Харків: ХНМУ, 2018. — 24 с.
8. Словник української мови в 11 томах (СУМ-11) – онлайн-версія.