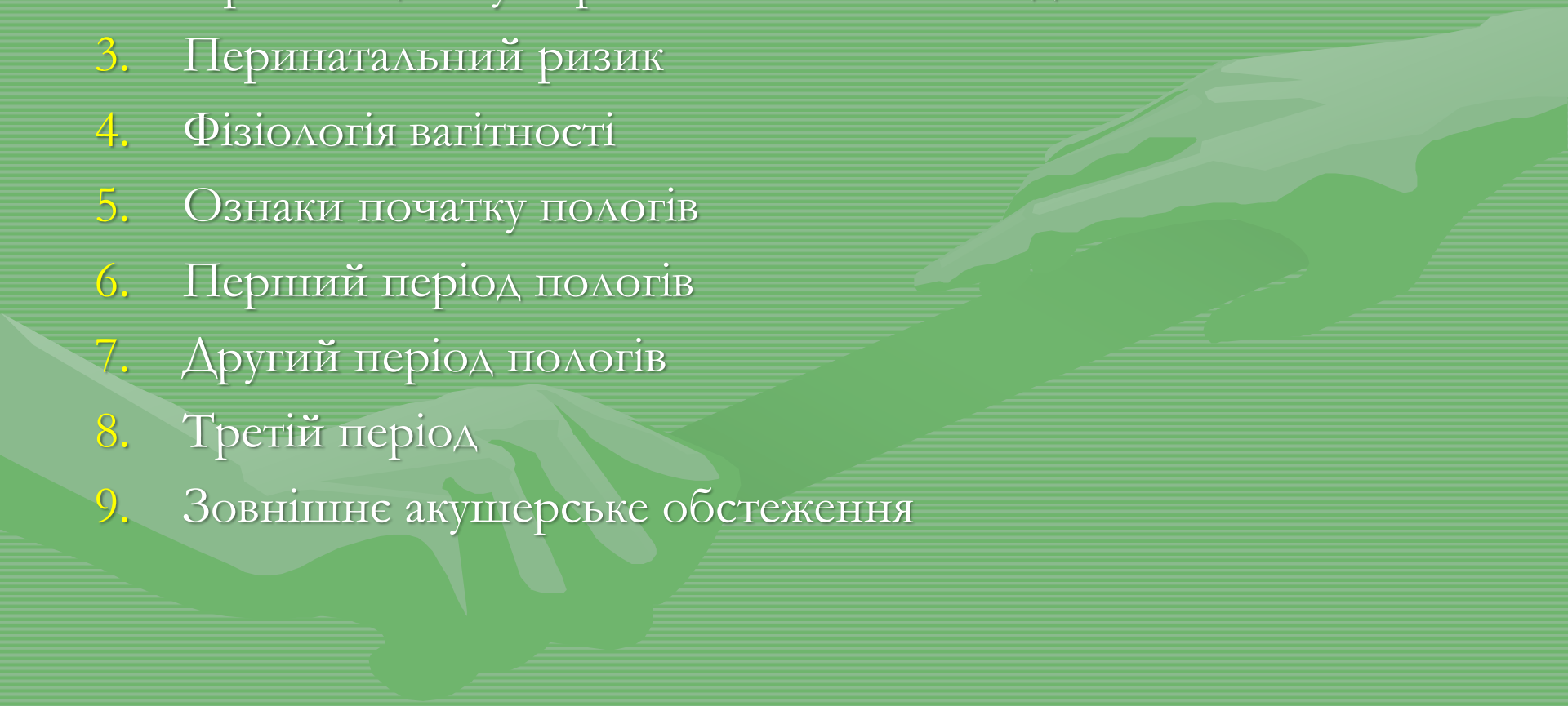


Полтавський державний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №2

**Організація акушерської
допомоги. Фізіологічний
перебіг вагітності, пологів
та післяпологового періоду.**

Лектор: к.м.н., доц. Тарановська О.О

План лекції

1. Акушерство як предмет
 2. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги
 3. Перинатальний ризик
 4. Фізіологія вагітності
 5. Ознаки початку пологів
 6. Перший період пологів
 7. Другий період пологів
 8. Третій період
 9. Зовнішнє акушерське обстеження
- 
- A faint, stylized illustration of two hands shaking, symbolizing agreement or partnership, is visible in the background of the slide.

- **Акушерство** – (від фр. Accoucher – допомагати під час пологів) – розділ медицини, що вивчає процеси, які виникають в організмі жінок у зв'язку з вагітністю, пологами і у післяпологовому періоді
- **Гінекологія** - (від грец. Gune – жінка, logos – вчення) вивчає здоровий і хворий організм жінки

Організація акушерсько-гінекологічної допомоги в цілому складається із 3 основних компонентів:

- організація акушерської (перинатальної) допомоги на основі принципів безпечного материнства;
- організація гінекологічної допомоги, заснованої на принципах збереження та реабілітації репродуктивного здоров'я і профілактики онкогінекологічних захворювань;
- організація служби планування сім'ї як основи формування та збереження репродуктивного здоров'я;

- *Регіоналізація перинатальної допомоги* передбачає розподіл системи організації медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та малюкам в Україні за трьома рівнями. Саме трирівнева система забезпечує розмежування медичної допомоги між ЗОЗ відповідно до рівнів перинатальної допомоги.

- *Перинатальний ризик* — це ймовірність серйозних ускладнень з боку вагітної та/або плода і новонародженого як у період гестації, так і під час пологів, у післяпологовому періоді та періоді ранньої неонатальної адаптації, які потенційно обумовлюють несприятливий результат вагітності.

- Під материнським перинатальним ризиком розуміють імовірність критичного стану жінки, виникнення інвалідизації, материнської смерті внаслідок важкого захворювання або його ускладнень (для прикладу: ішемічна хвороба серця, аортальний стеноз, серцева недостатність високого функціонального класу, бронхіальна астма, гемофілійні стани тощо).

- Під фетальним перинатальним ризиком розуміють імовірність порушення розвитку плода, виникнення вроджених і спадкових дефектів здоров'я внаслідок різноманітних причин, іноді не пов'язаних зі станом здоров'я матері (наприклад: трисомія 21-ї хромосоми, вживання тератогенних та/або фетотоксичних препаратів, бактеріальний вагіноз, гострий токсоплазмоз, первинна гостра герпетична інфекція, невиношування вагітності, ізоімунний конфлікт тощо).

- Під поєднаним перинатальним ризиком розуміють імовірність одночасного виникнення серйозних ускладнень з боку матері і плода внаслідок певних захворювань матері (наприклад: передгестаційний цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ціанотична вада серця, висока легенева гіпертензія, гломерулонефрит тощо).

На I (базовому) рівні амбулаторна перинатальна допомога

здійснюється на

фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктах,
у центрах ПСМД,
сільських лікарських амбулаторіях
амбулаторіях загальної практики - сімейної медицини,
у жіночих консультаціях,
в центрах/кабінетах планування сім'ї.

На госпітальному етапі допомогу такого рівня здійснюють пологові відділення
центральных районних та міських лікарень.

Допомога, яка надається на цьому рівні включає в себе діагностику вагітності та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності, розродження вагітних при фізіологічній вагітності та нормальних пологах, спостереження та догляд за здоровими новонародженими аж до виписки, динамічне спостереження за породіллями (включно з питаннями післяпологової контрацепції), Профілактична та інформаційно-просвітницька робота (включаючи питання планування сім'ї).

• На II (спеціалізованому) рівні перинатальну допомогу вагітним на амбулаторному етапі здійснюють

- жіночі консультації

на стаціонарному -

- міські пологові будинки,
- перинатальні центри II рівня, у т.ч. на базі міських пологових будинків або багатoproфільних лікарень (центральных районних лікарень), що виконують функції міжрайонних перинатальних центрів з кількістю пологів 1500 і більше на рік і радіусом обслуговування до 60 км.

- У ЛПЗ II рівня здійснюється надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям середнього (за сукупністю факторів) ступенів акушерського та перинатального ризиків і новонародженим з масою тіла ≥ 1500 г (термін гестації ≥ 34 тиж.).

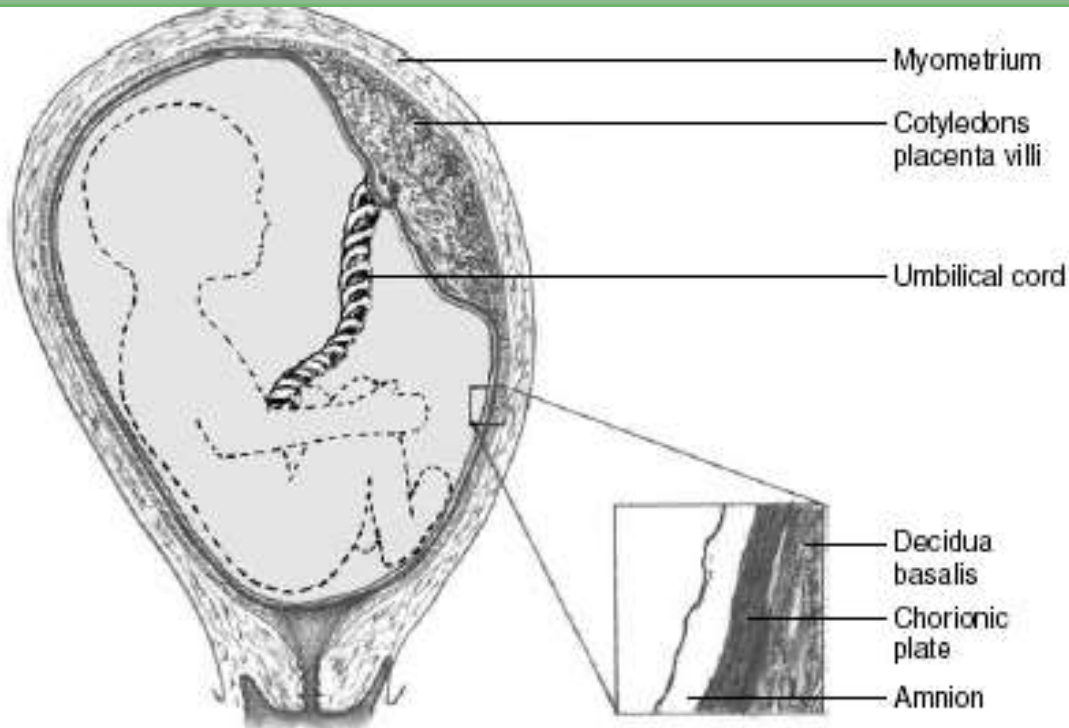
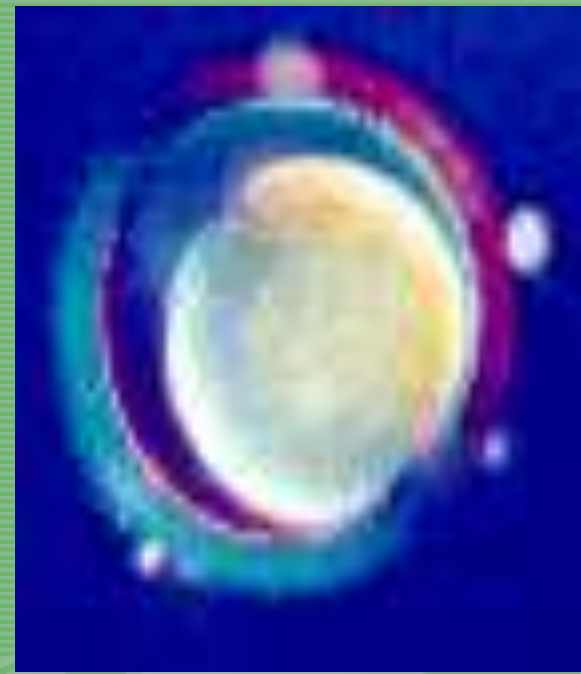
- На III (високоспеціалізованому) рівні перинатальна допомога надається обласним або міським перинатальним центром. Система регіоналізації перинатальної допомоги передбачає створення перинатального центру III рівня потужністю в розрахунку 1 на 7 000–10 000 пологів.

Показаннями для направлення вагітних до закладу III рівня є

- передчасні пологи в терміні 22–34 тиж., прееклампсія середнього та важкого ступенів, передлежання плаценти;
- екстрагенітальна патологія з порушенням функції органів та розвитком недостатності, цукровий діабет, онкологічна, неврологічна патологія, захворювання згортувальної системи крові та системні захворювання сполучної тканини;
- стани плода, що потребують проведення інвазивної пренатальної діагностики, природжені вади розвитку плода, які потребують анте- або постнатального хірургічного втручання,
- недоношеність новонародженого (до 32 тиж.), мала його маса (менше 1500 г.), дихальні розлади, а також стани, що потребують невідкладної хірургічної корекції

- У разі необхідності жінку, яку віднесено до високого перинатального ризику, скеровують на консультацію та дистанційного спостереження до Державного перинатального центру на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», відомості про них мають бути внесені до регіонального та центрального реєстру вагітних високого ризику при першому зверненні.

- **Вагітність** - фізіологічний процес в жіночому організмі пов'язаний з розвитком заплідненої жіночої статеві клітини - яйцеклітини.



Внутрішньоутробний розвиток плода –

це період від моменту запліднення яйцеклітини до початку пологової діяльності

1. Ембріональний (перші 8-10 тиж. життя зародка):

- передімплантаційний
- імплантація (5-7 днів);
- *органо- або ембріогенез* (до 8 тиж. вагітності);
- *плацентація* (закінчується у 12 тиж. вагітності).

2. Фетальний (після завершення ембріогенезу та плацентації до 38-40 тиж. вагітності).

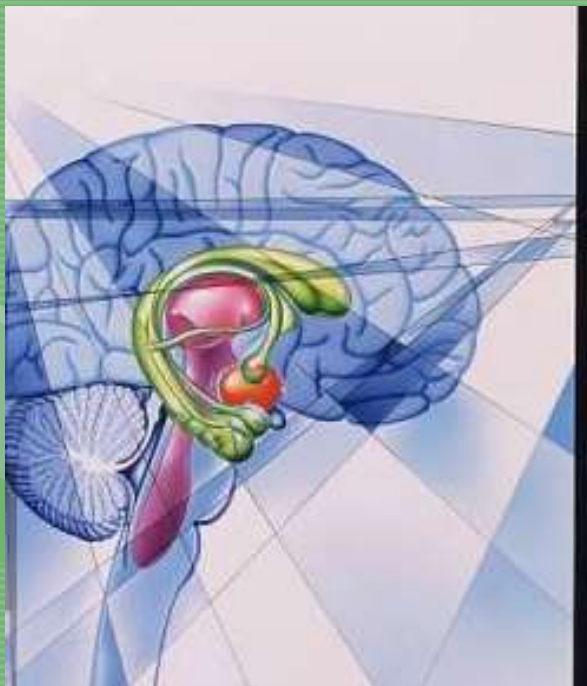
Перинатальний період — період від 22 тиж. вагітності, що включає період пологів та закінчується через 168 годин після народження.

- антенатальний;
- інтранатальний;
- ранній неонатальний.

Вплив ембріону на гомеостаз вагітної

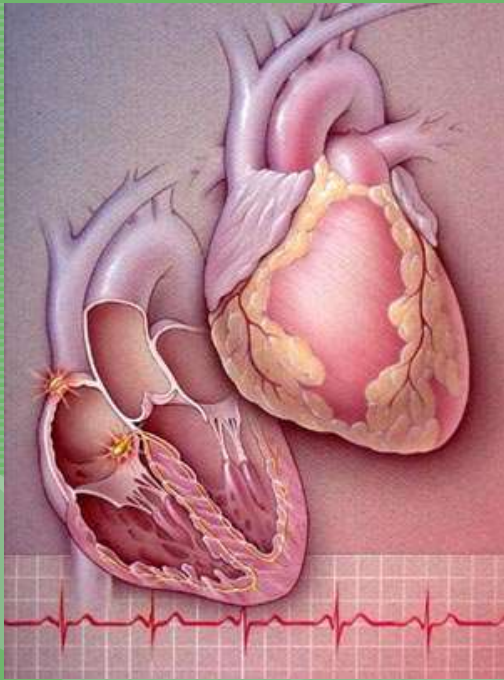


ЗМІНИ В ЦНС



- Зміни процесів гальмування та збудження в корі головного мозку (зниження збудливості кори в перші 3-4 місяці вагітності і підвищення збудливості кори після 4 місяців вагітності)
- Зниження рефлексорної збудливості обумовлює спокій, інертність матки, що сприяє нормальному перебігу вагітності.

Зміни функції серцево-судинної системи

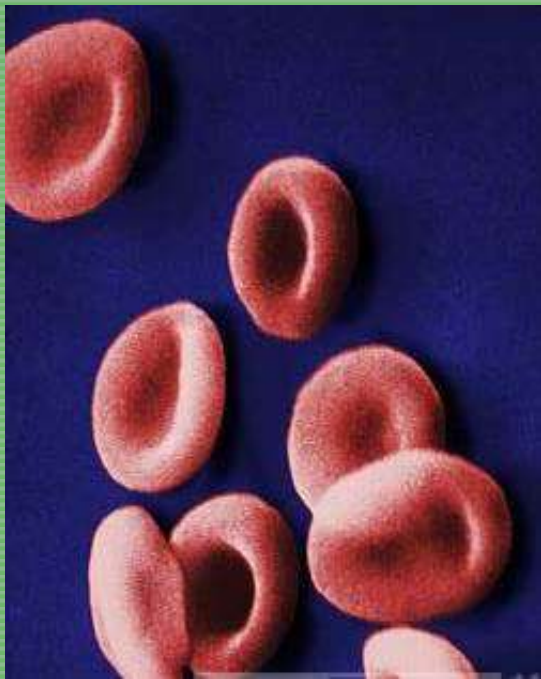


- зростання ЧСС (10-20%)
- збільшення ударного об'єму серця (10%)
- збільшення серцевого викиду з 5 л/хв до 7 л/хв (30-50%)
- збільшення ОЦК
- Фізіологічна гіпертрофія лівого шлуночка

Зміни функції серцево-судинної системи



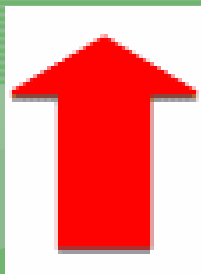
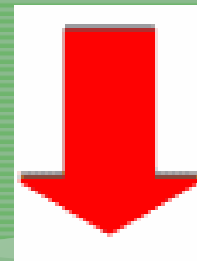
- ▶ зниження середнього АТ (10%)
- ▶ зниження загального периферичного судинного опору (35%)
- ▶ гіпотензивний синдром у 15% вагітних
- ▶ порушення венозного притоку до серця в положенні вагітної на спині (синдром зтиснення нижньої порожнистої вени вагітною маткою)



Гематологічні зміни

ЗНИЖЕННЯ

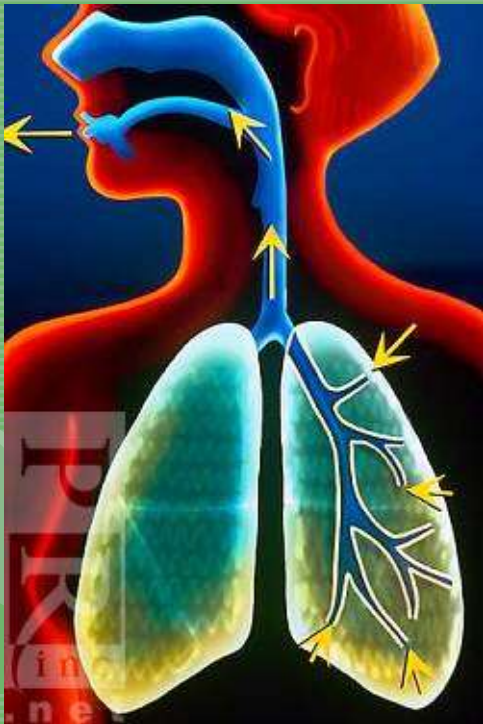
- числа еритроцитів
- рівня гемоглобіну
- величини гематокриту
- концентрації фолієвої кислоти в плазмі



ПІДВИЩЕННЯ

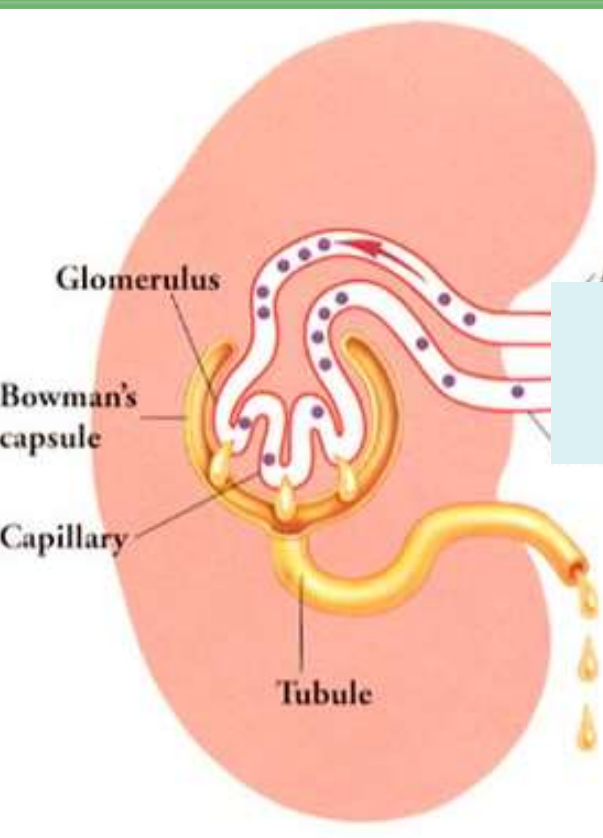
- числа лейкоцитів
- ШОЕ
- концентрації фібриногену

Зміни вентиляції легень



- Зміни анатомії грудної клітини
- Зміна дихального об'єму
- Підвищення частоти дихань(10%) – сприяє встановленню більш низької напруги вуглекислого газу ($p\text{CO}_2$)
- Легені функціонують в режимі гіпервентиляції
- Збільшується потреба кисню материнським організмом та плодом, що росте.

Об'єм рідини в організмі (водний обмін)



- Затримка рідини (від 8 до 10 кг загальної прибавки маси тіла)

Фактори, що сприяють затримці рідини

- ▶ затримка хлорида натрію в тканинах
- ▶ перебудова осморегуляції (підвищення АКТГ та мінералокортикоїдів)
- ▶ зниження порога відчуття спраги
- ▶ зниження онкотичного тиску в плазмі

Зміни функції нирок



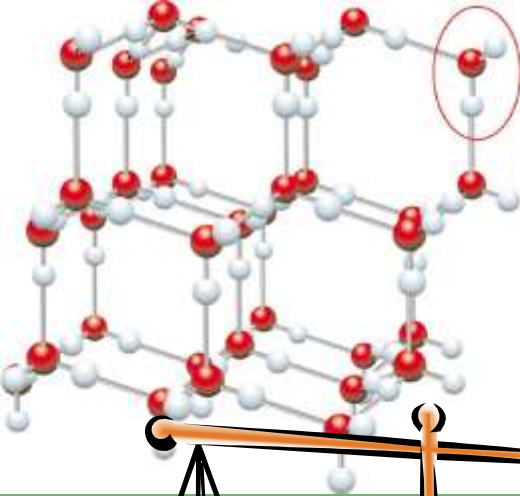
- ▶ розширення ниркових мисок
- ▶ порушення тону та скоротливої здатності м'язів малих чашечок, мисок та сечоводів
- ▶ Збільшення ниркового кровотоку (60-75%)
- ▶ Збільшення клубочкової фільтрації (50%)
- ▶ прискорення кліренсу багатьох речовин
- ▶ глюкозурія є варіантом норми

Шлунково-кишковий тракт

•Печінка

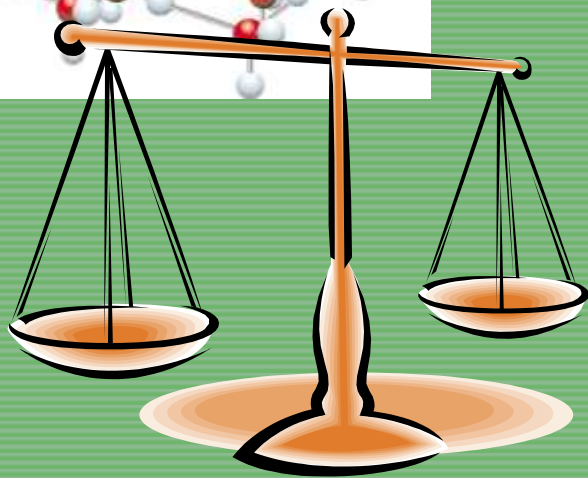
- Посилюється кровообіг печінки
- Знижується антитоксична функція
- Наприкінці вагітності печінка зміщується догори та дотради за рахунок матки, що росте





Обмін речовин

- основний обмін підвищується на 20%
- вагітна жінка середнього зроста (155-165 см) та із середньою масою тіла (55-65 кг) повинна отримувати в середньому 3000-3200 ккал на день
- потреба в додатковій енергії складає 150 ккал на день у першому та по 350 ккал на день у другому та третьому триместрах вагітності



Вагітній особливо рекомендуються повноцінні білки, на які багаті продукти тваринного походження:

- відварене м'ясо
- яйця
- молоко
- сир
- творог
- риба



• Білки рослинного походження не повинні перевищувати 50% загальної кількості білків, що потрапляють до організму вагітної жінки з їжею.

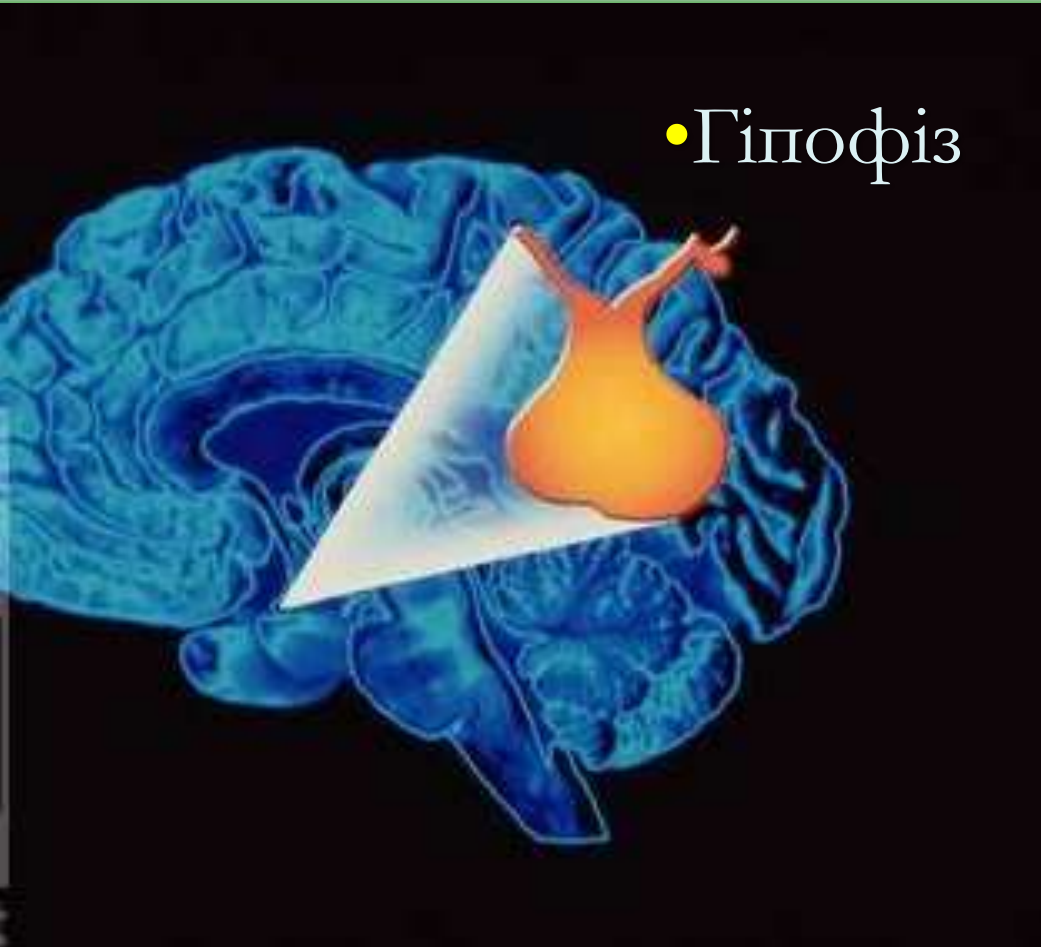
Скелет

- Зміна центру ваги – горда хода вагітної
- Збільшення нижньої апертури грудної клітини
- Розпушення суглобових зв'язок хрящів
- Розходження лонних гілок у бік до 2 см



Ендокринні зміни

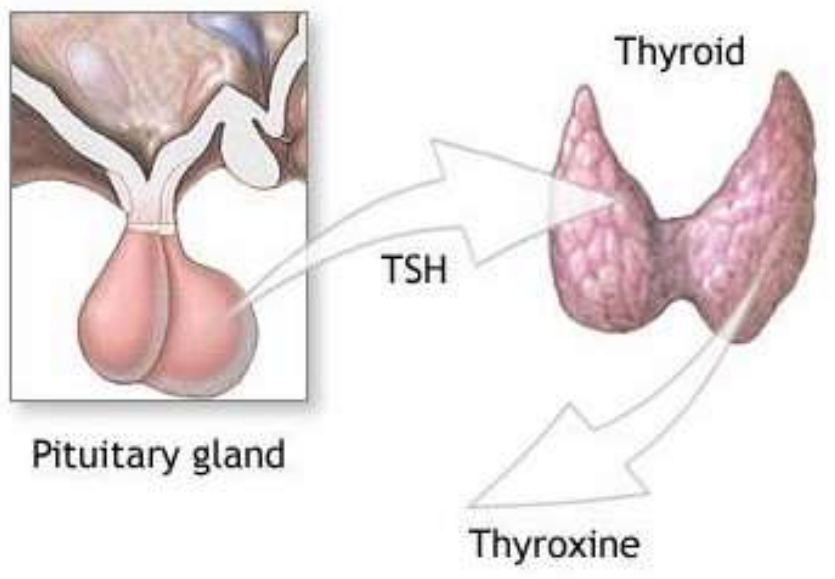
• Гіпофіз



- значне підвищення рівня пролактину
- пригнічення секреції СТГ

Ендокринні зміни

Щитоподібна залоза

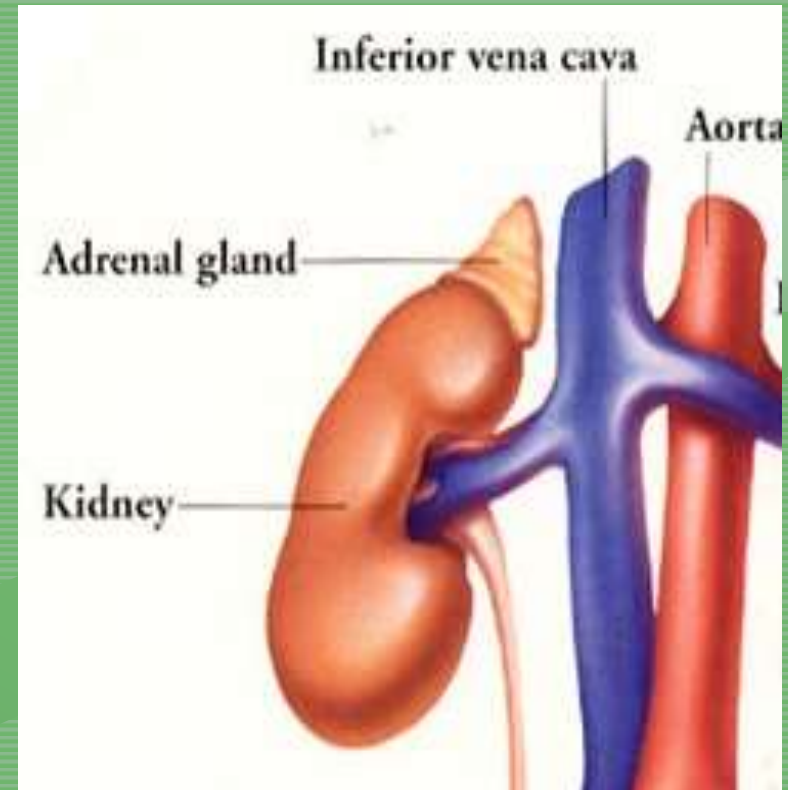


- у 35-40% вагітних жінок щитоподібна залоза збільшується за рахунок збільшення кількості фолікулів та гіперплазії залозистих елементів
- в перші місяці вагітності відмічається підвищення функції щитоподібної залози
- у другій половині вагітності іноді виникає її гіпофункція

Ендокринні зміни

Надирники

- підвищується рівень глюкокортикоїдів та мінералокортикоїдів

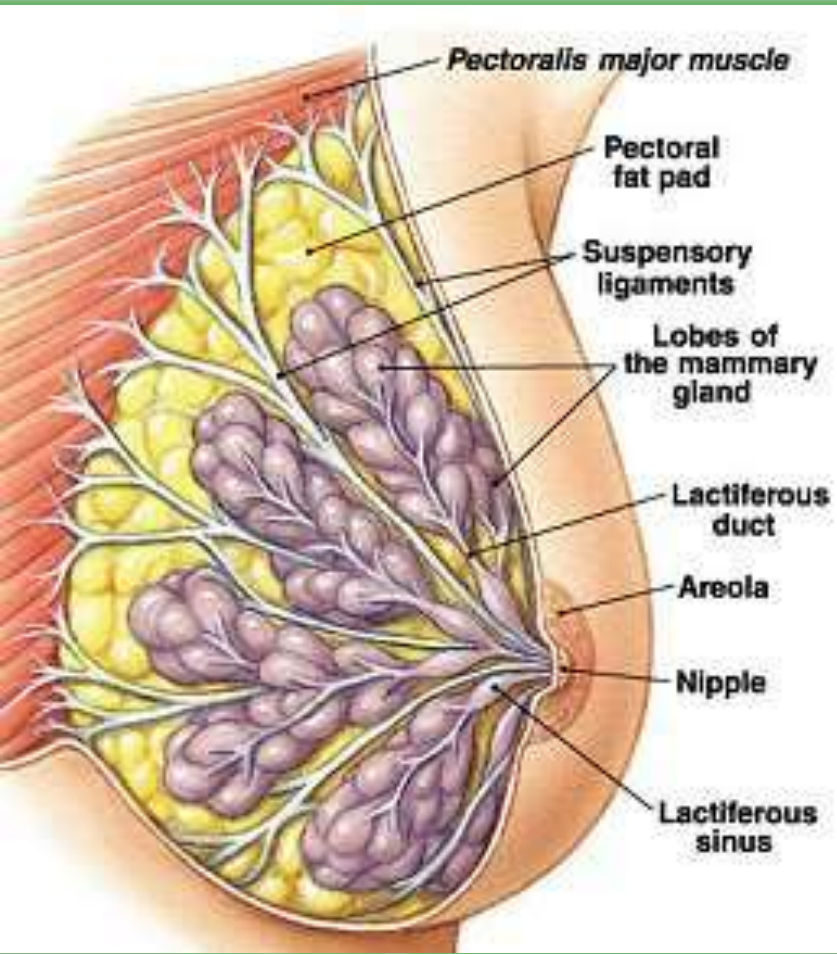


Покриви тіла



- розтягнення живота
- рясні відкладення жиру біля лобка, сідниць, молочних залоз
- пігментація шкіри (меланіном)
- стрії вагітності (stria gravidarum)
- варикозне розширення вен
- згладження та вып'ячування пупка

Молочні залози



- Збільшення залозистих часточок та об'єму молочних залоз
- Збільшення числа альвеол та залозистих проток
- У залозистій тканині відкладається значна кількість жиру
- Наприкінці вагітності виробляється молозиво (під впливом пролактину)

Матка

- Збільшення ваги матки з 50-60 г до вагітності до 1000 г при доношеній вагітності
- Подовження окремих м'язових волокон майже у 15 разів
- Підвищення васкуляризації
- Розм'якшення шийки матки та її ціаноз
- Зниження рН (4,5-5,0) піхвових білей



Матково-плацентарний кровоплин



- Матково-плацентарний кровоплин коливається
 - від 500 до 700 мл/хв

Тривалість доношеної вагітності

36+6 днів – 41+6 днів тижнів

- Формування всіх органів і систем плоду завершене. У цей період все частіше жінка відчуває скорочення матки.
- Перед пологами вагітна відчуває, що стає легше дихати, відмічає, що опустився живіт і показники ваги почали знижуватися. Може відійти слизова пробка.
- **Всі ці ознаки є передвісниками пологів.**



Пологи – це складний фізіологічний процес, який виникає при взаємодії багатьох органів і систем і закінчується вигнанням плода і елементів плідного яйця



Фактори виникнення пологів

- Домінанта вагітності (*збудження в корі г.м*) змінюється на домінанту пологів
 - *Збудження в підкоркових структурах та тормозні в корі головного мозку*
- Гормональні
 - Естрогени - ↑актоміозину, синтез катехоламінів, ↓окситоцинази, формування нижнього сегменту, дозрівання шийки матки
 - Прогестерон сприяє розтягненню міометрію
- Роль плода у виникненні пологів
 - Дозрівання ГГНС плода → Кортикотропін → ↑в плаценті Кортизолу → ↑ простагландинів - стимуляція вир-ння окситоцину

Біологічна готовність організму до пологів

- Пальпаторне дослідження шийки матки
- Окситоциновий тест
- Нестресовий тест
- Мамарний тест
- Кольпо-
- цитологічний тест

ОЗНАКИ	БАЛИ		
	1	2	3
Направлення шийки матки	До крижа	Ближче до провідної лінії тазу	По провідній лінії тазу
Довжина шийки матки	2 см і більше	1 см	Згладжена
Консистенція шийки матки	Ригідна	Середня	М'яка
Відкриття зовнішнього вічка	Закритий	1-2 см	3 см
Висота розташування передлеглої частини	Над входом в малий таз	Між верхнім і нижчим краєм лона	Нижчий край лона і нижче

Періоди пологів



I період – період відкриття

- 10-16 год (першороділлі)
- 8-10 год (повторнороділлі)



II період – період вигнання

- 1-2 год (першороділлі)
- 15 хв -1 год (повторнороділлі)

III період – послідовий

- 10-30 хв





• ***I ПЕРІОД ПОЛОГІВ***

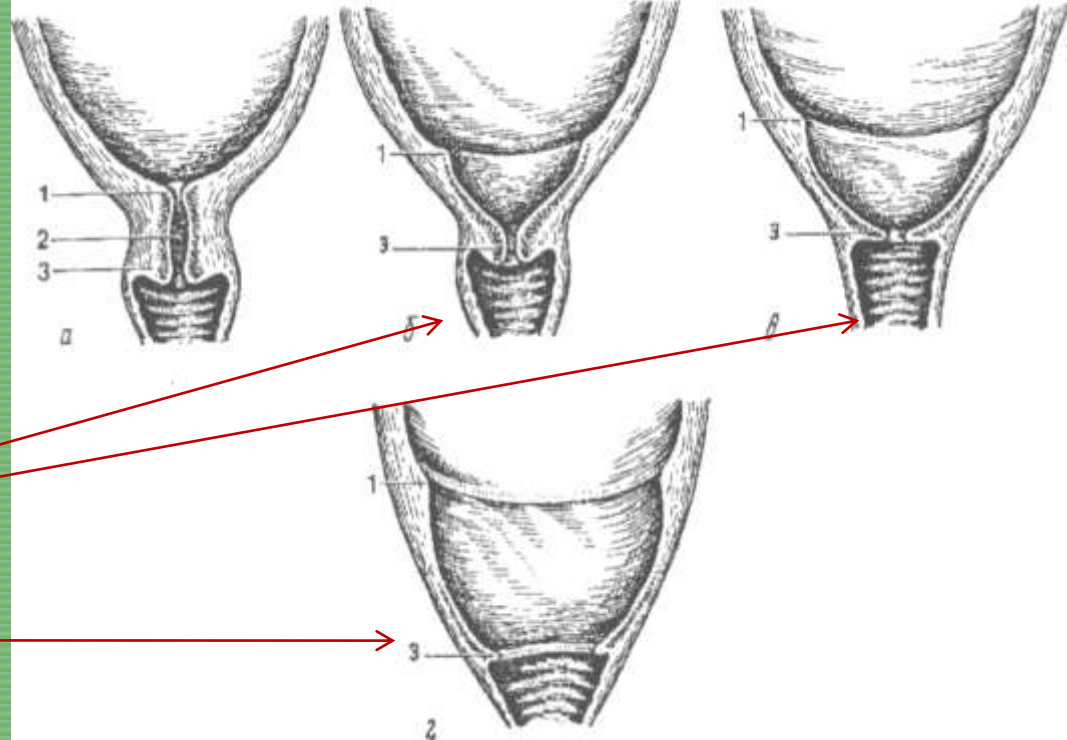
від початку регулярних перейм до повного розкриття шийки матки (10см)



<i>ПЕРЕЙМИ</i>	гіподинаміка	норма	Гіпердинаміка
Частота за 10 хв	< 2	2-5	>5
Інтенсивність	<30 мм.рт.ст.	30-50 мм.рт.ст	> 50 мм.рт.ст
Тривалість	< 50 сек	60-100 сек	>100 сек
аритмічність	3 >	1-2	

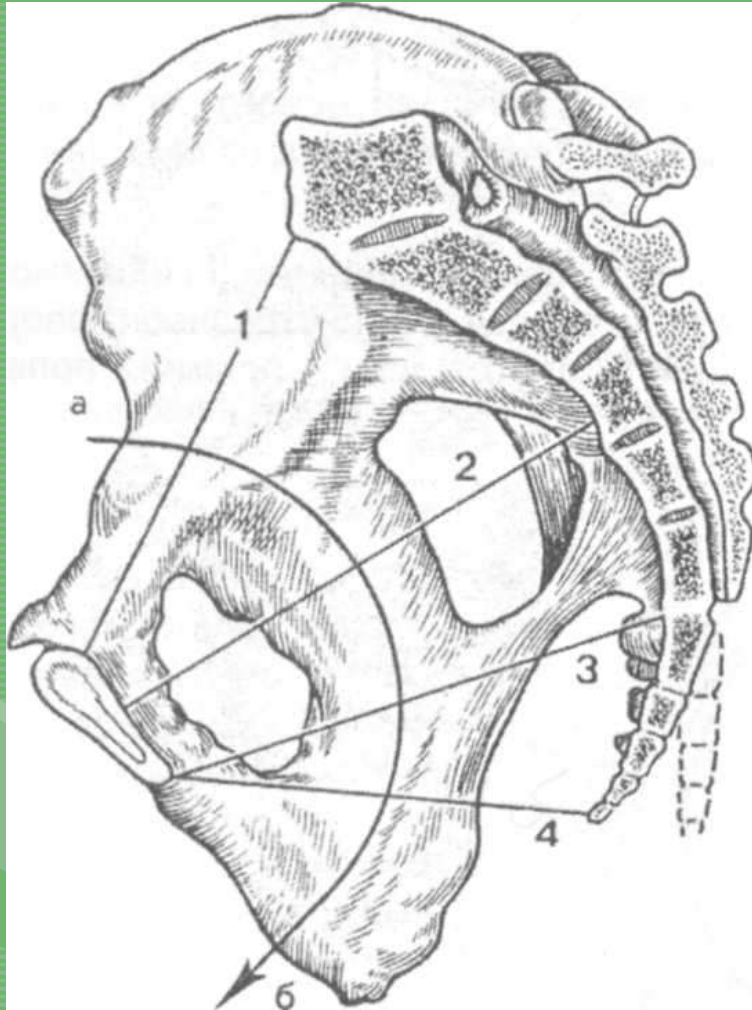
• *Регулярна пологова діяльність - це така скоротлива діяльність, яка приводить до структурних змін шийки матки - її згладжування та розкриття*

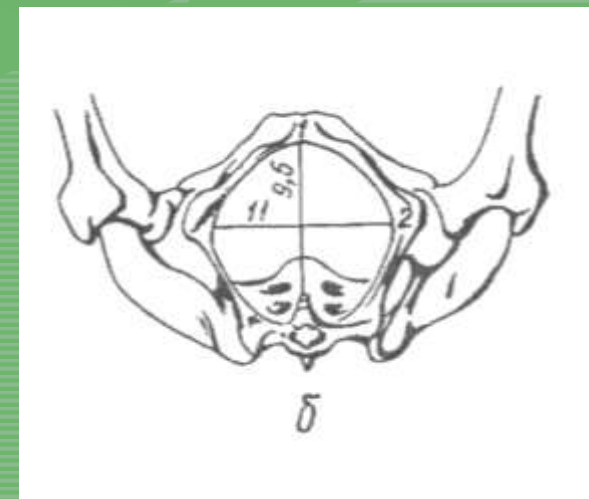
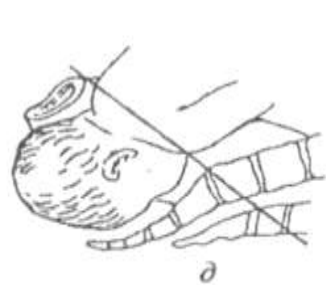
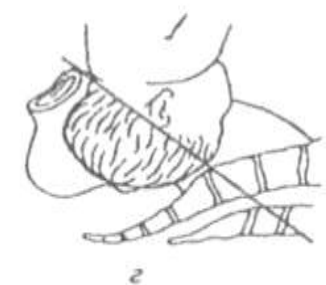
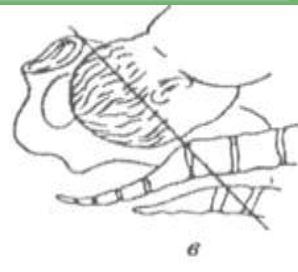
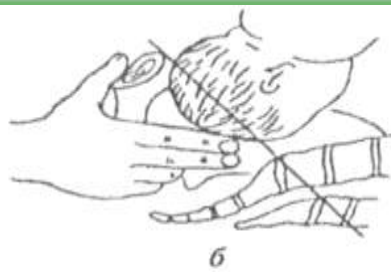
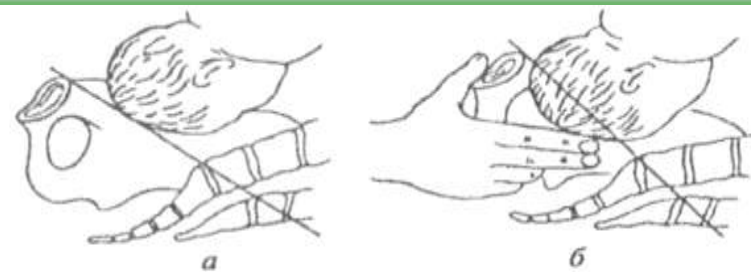
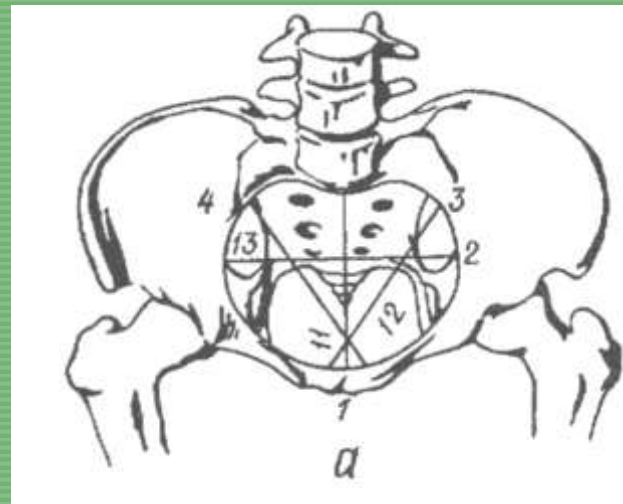
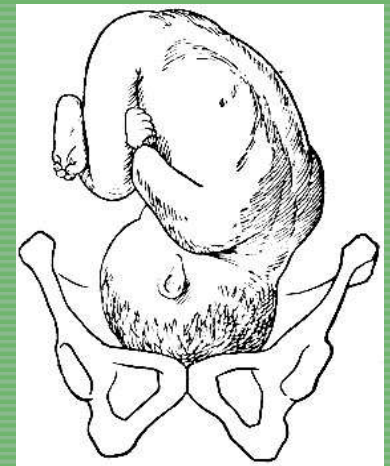
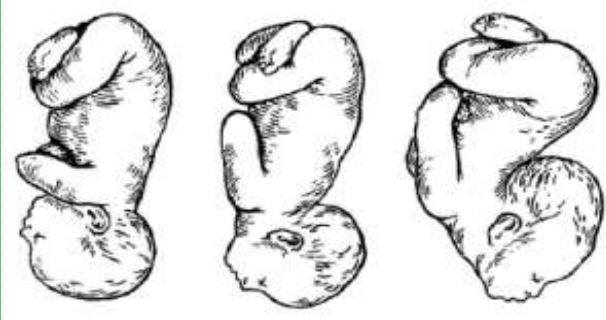
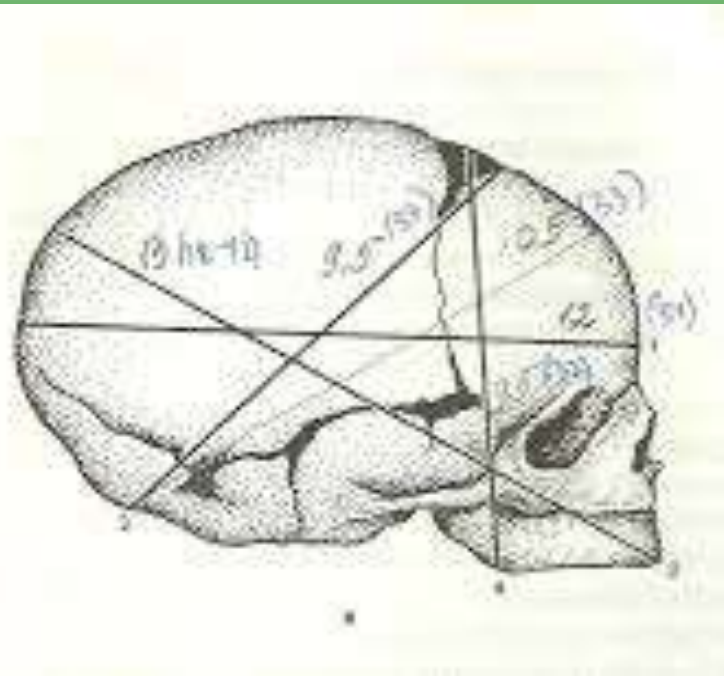
1. Згладжування та розкриття (дилатація) шийки



- Латентна фаза
 - до 3-4 см
 - триває 5-6 год. Темп (0,3-0,5 см/год)
- Активна фаза
 - до 8 см
 - Триває 2-3 год (1-1,5) Темп 1 см/год
- Фаза уповільнення
 - до повного відкриття
 - Триває 1-2 год. Темп (0,5-0,8 см/год)

Динаміка просування голівки





При фізіологічних пологах в кінці першого періоду розривається плідний міхур та виливаються **навколоплідні води**:

- своєчасне
- передчасне
- раннє вилиття навколоплідних вод

II період пологів

- Рання фаза
- Активна фаза
 - потуги (натути)
 - врізування голівки,
 - прорізування голівки
 - народження дитини



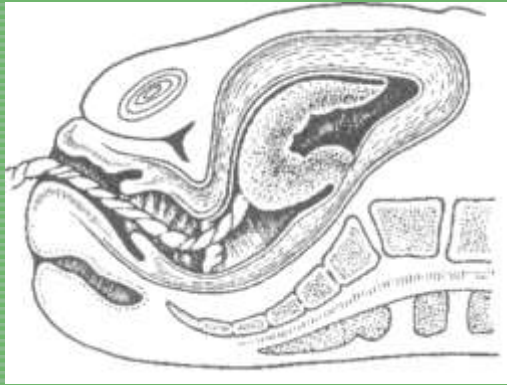
Раннє прикладання до груді



Третій період пологів – послідовий

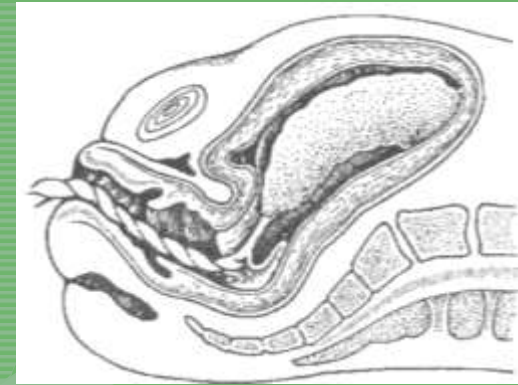
- 1. Фаза відокремлення плаценти

– Центральний тип



– по Шультце

Периферичний тип



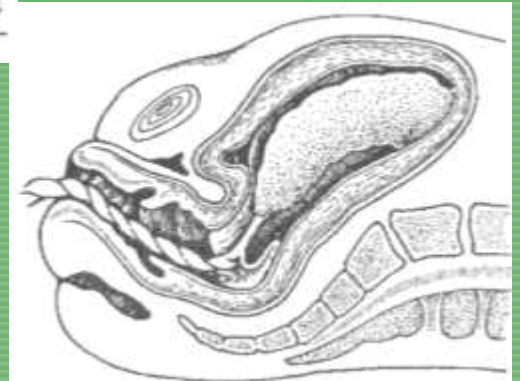
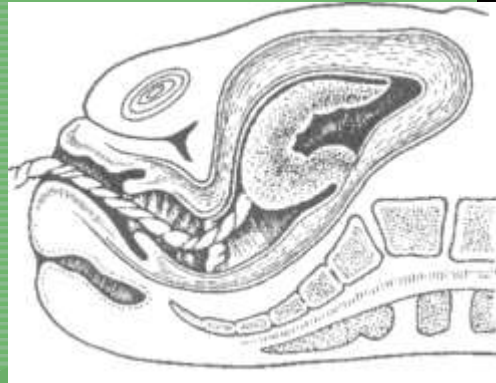
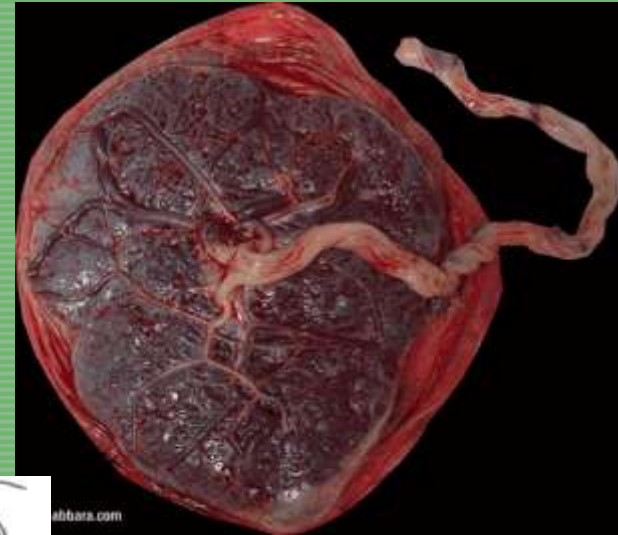
по Дункану

- 2. Фаза виділення (народження) посліду



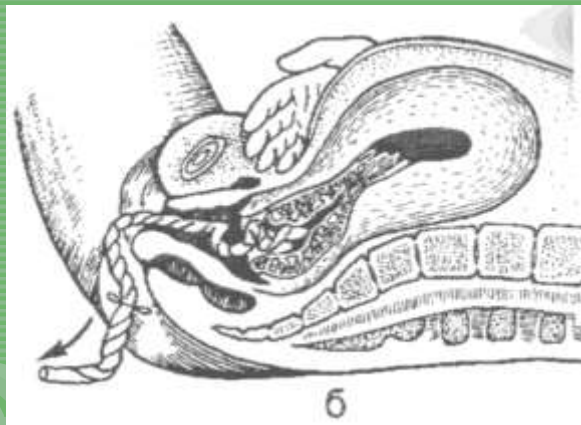
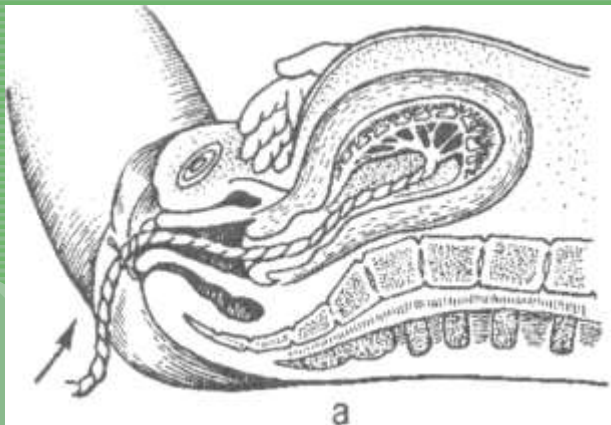
Третій період пологів – послідовий період

- 1. Фаза відокремлення плаценти
 - Центральний тип
 - периферичний тип
- 2. Фаза виділення (народження) посліду



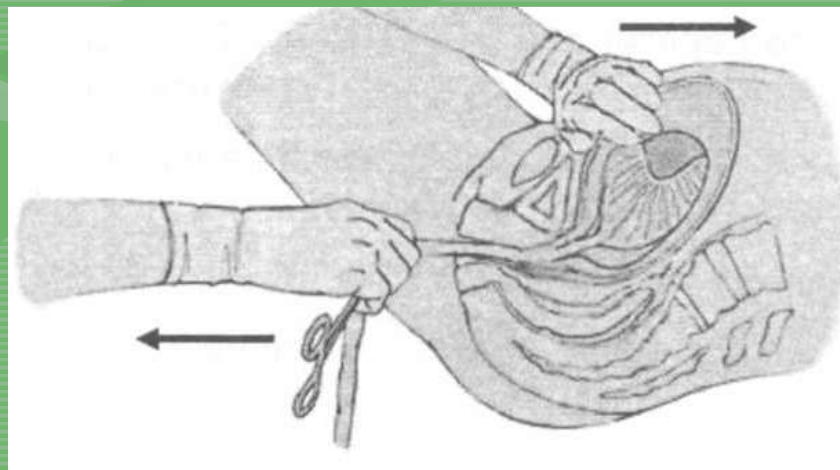
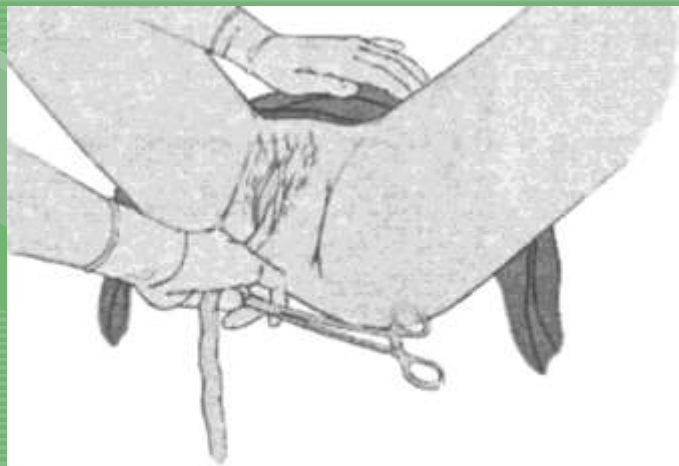
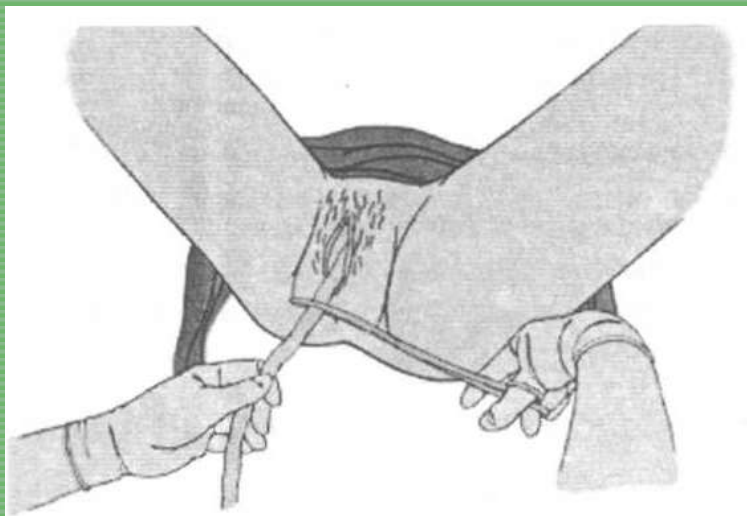
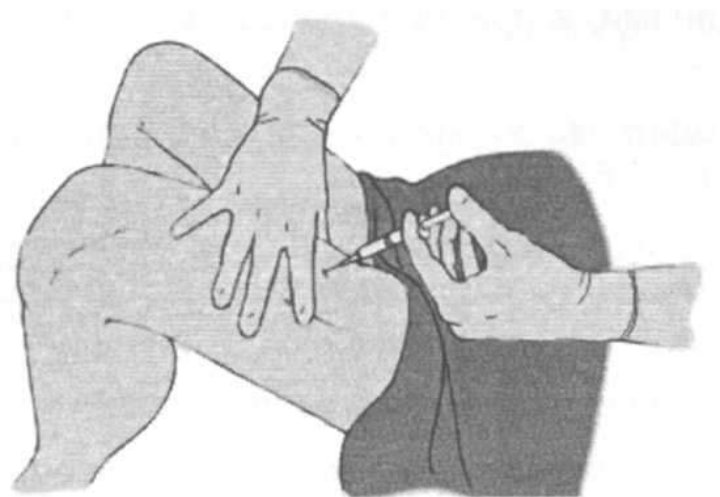
Очікувальна тактика

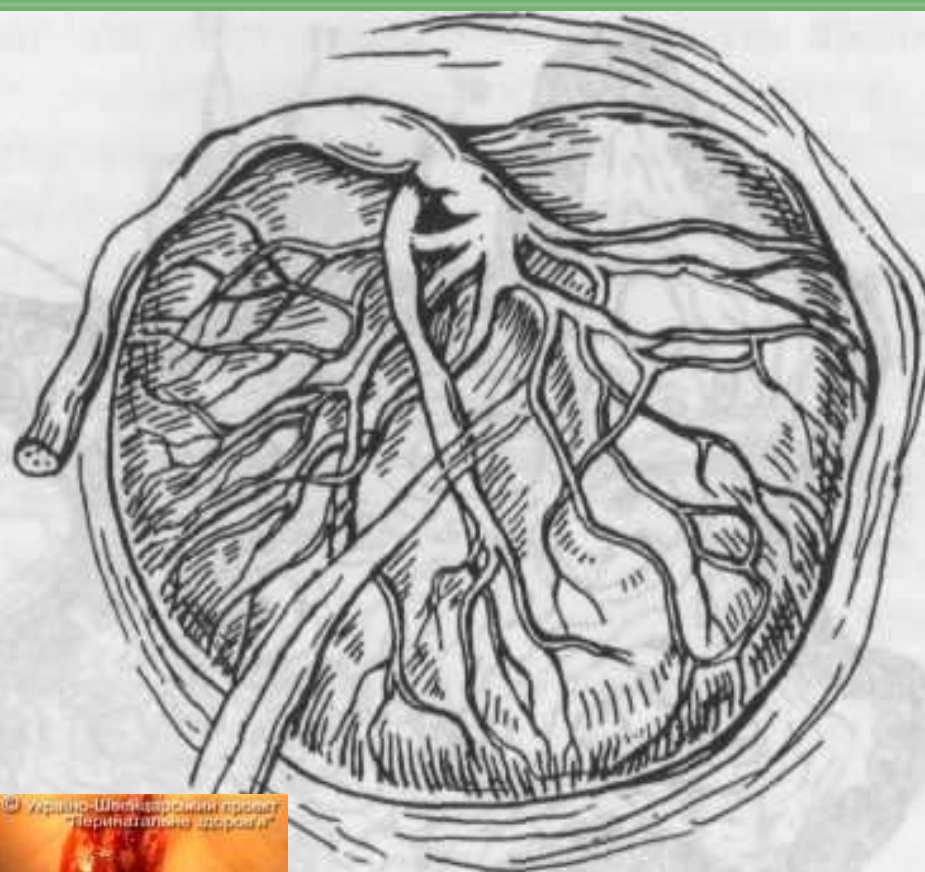
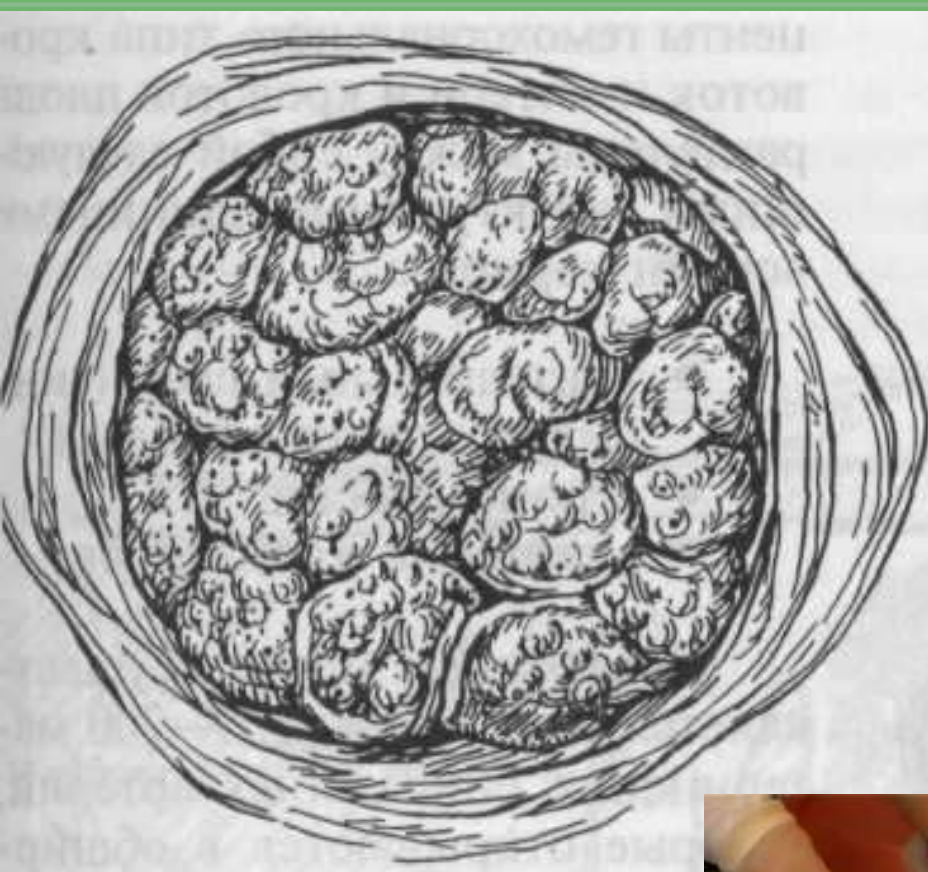
- *ознака Шредера* — зміна форми і висоти дна матки.
- *ознака Альфельда* — опущення лігатури, що накладена на пуповину, на 10-12см;
- *ознака Чукалова-Кюстнера* —



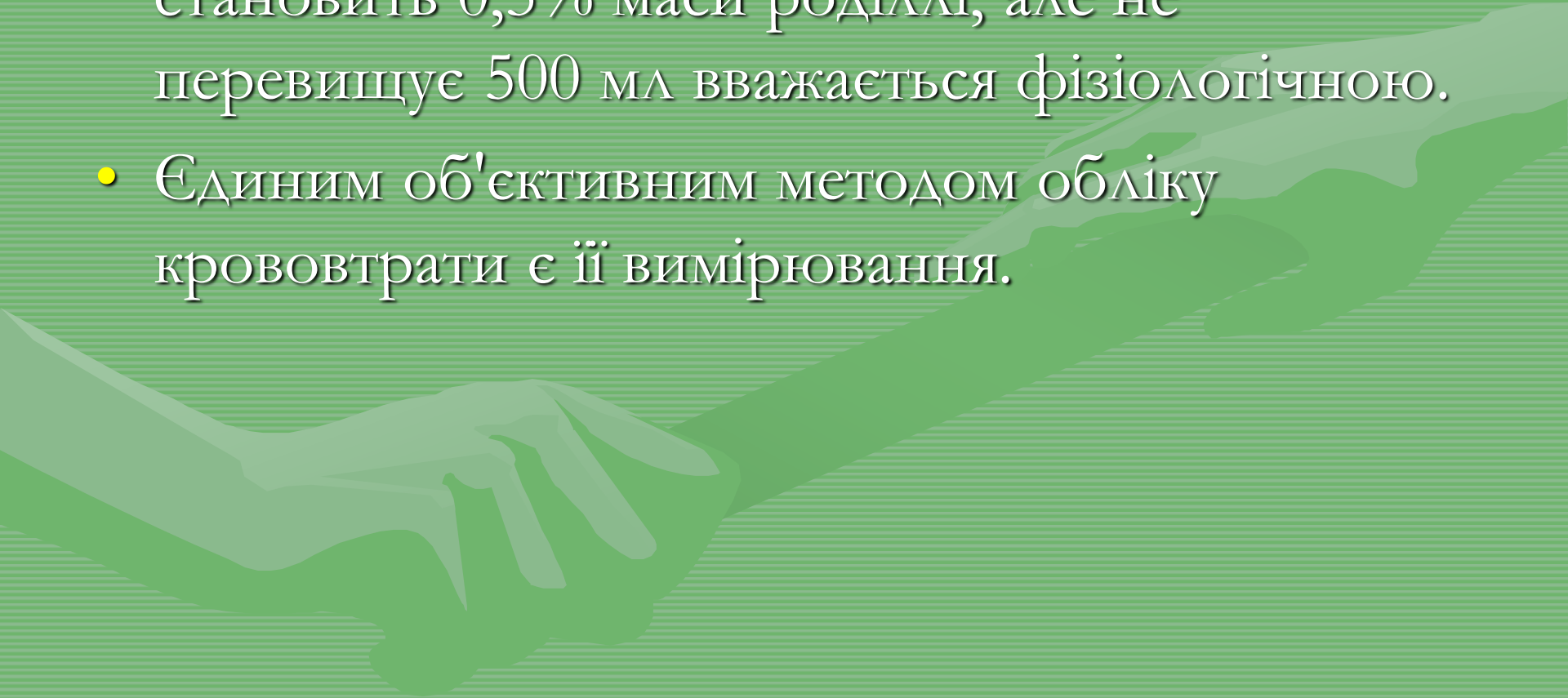
- *ознака Довженка* — втягування і опускання пуповини при глибокому диханні
- *ознака Клейна* — при вимушеному натужуванні;

Активна тактика



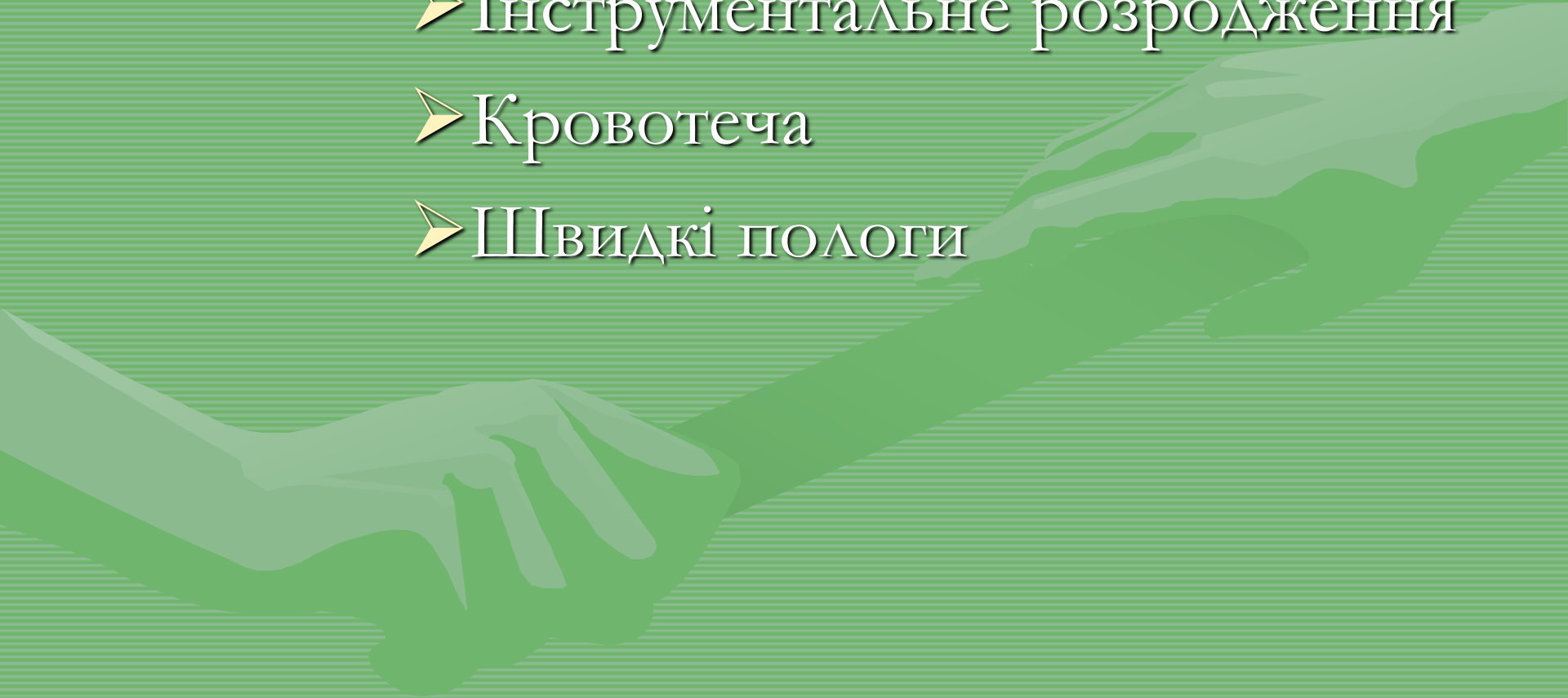


- Крововтрата у послідовному періоді, що становить 0,5% маси роділлі, але не перевищує 500 мл вважається фізіологічною.
- Єдиним об'єктивним методом обліку крововтрати є її вимірювання.

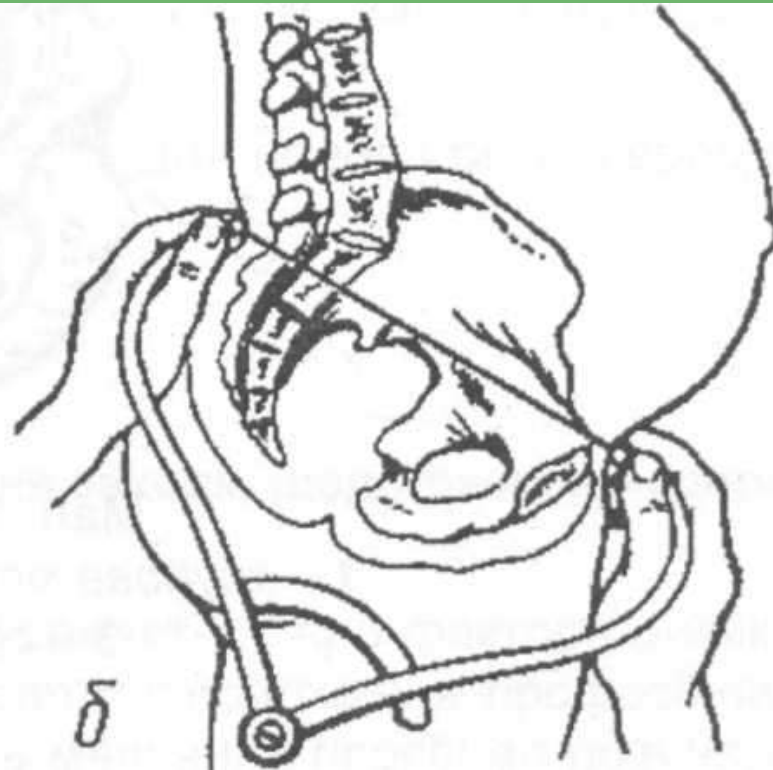
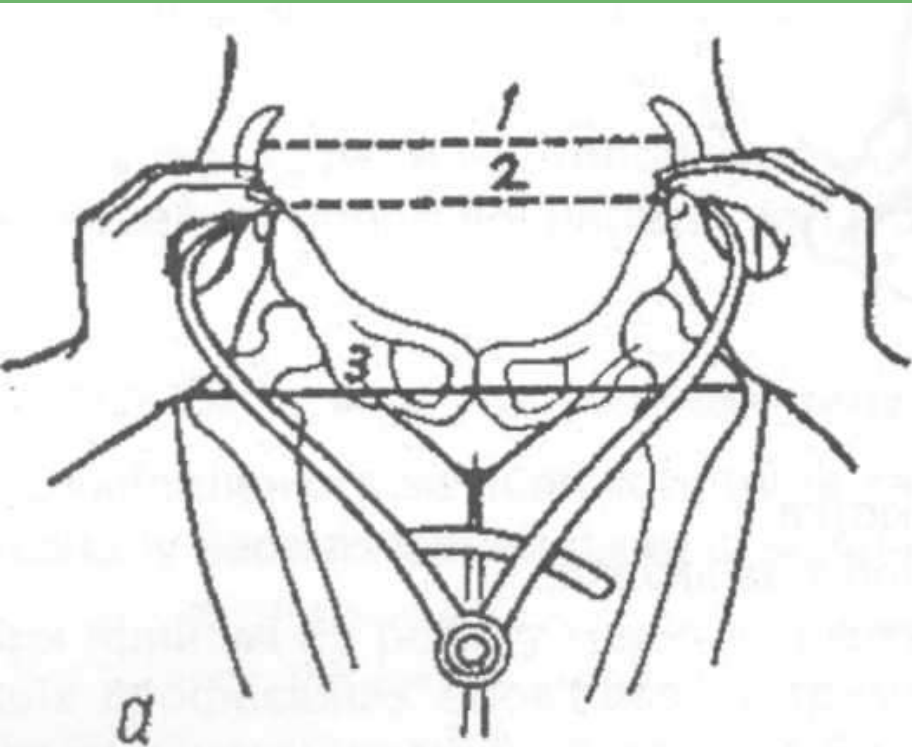


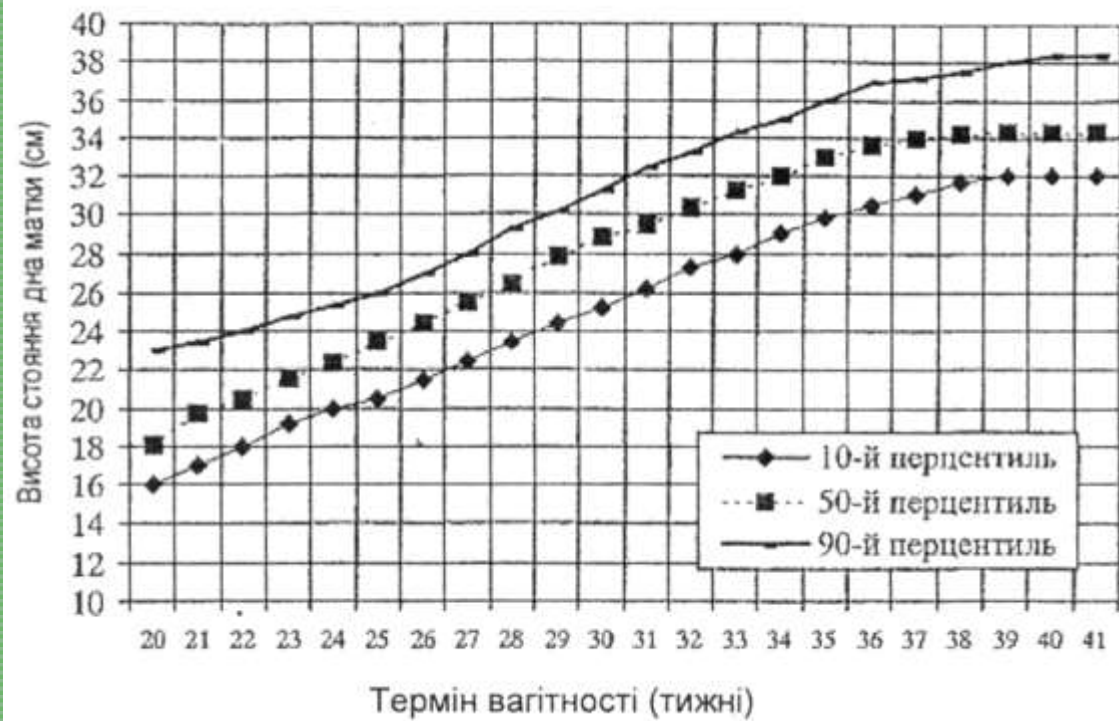
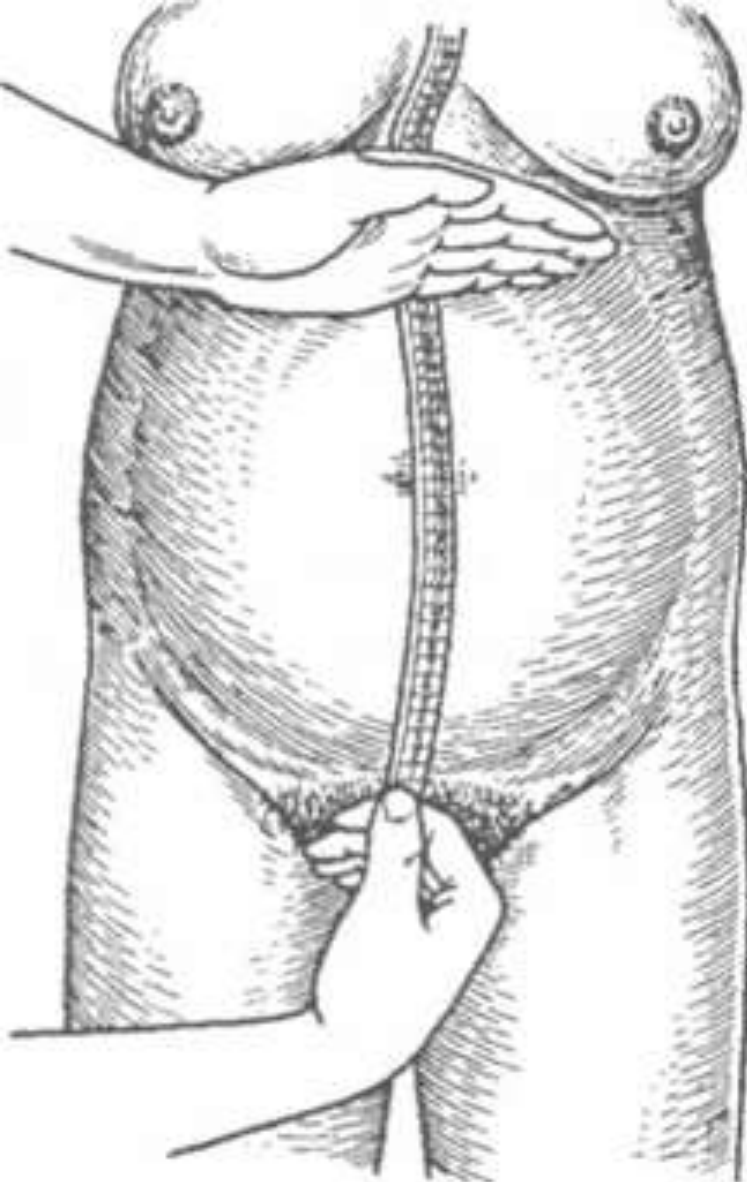
Показання для огляду шийки матки в дзеркалах

- Інструментальне розродження
- Кровотеча
- Швидкі пологи



Розміри тазу







a



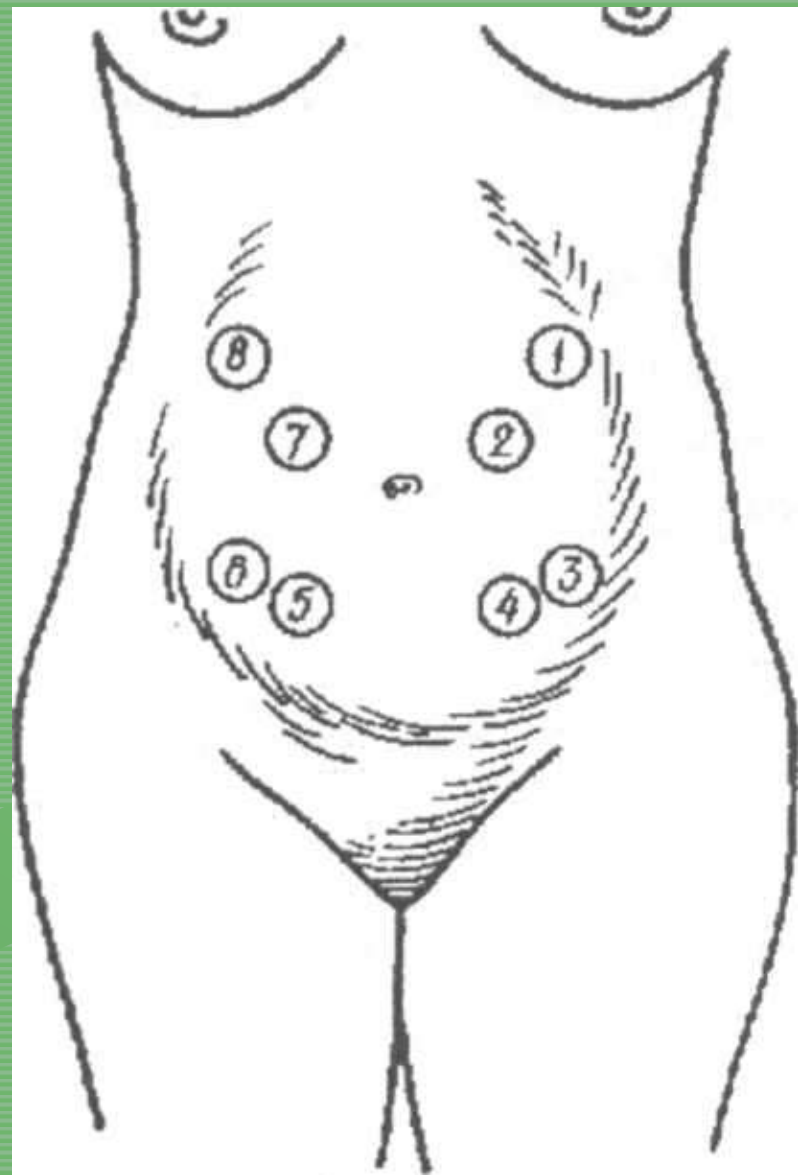
б



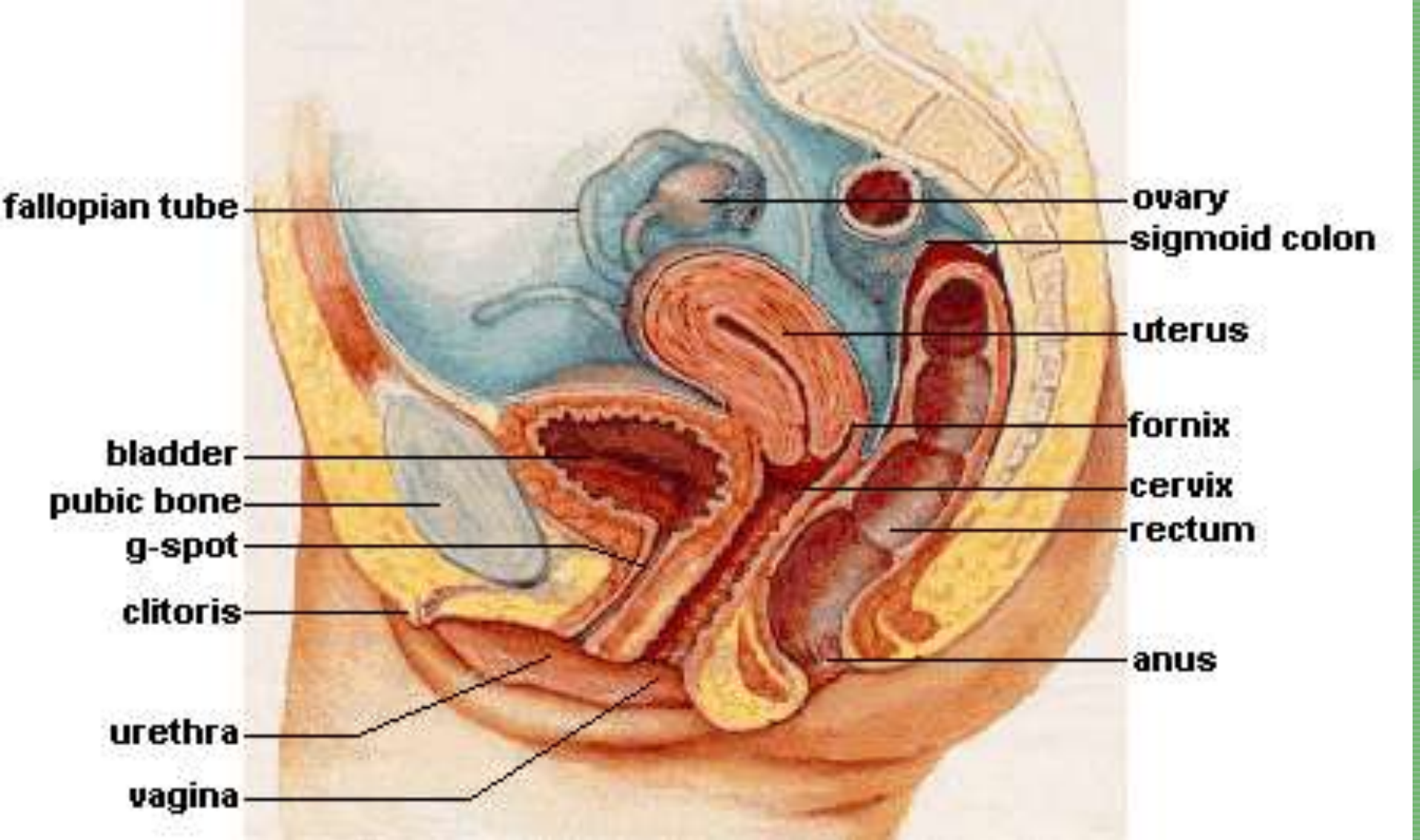
в

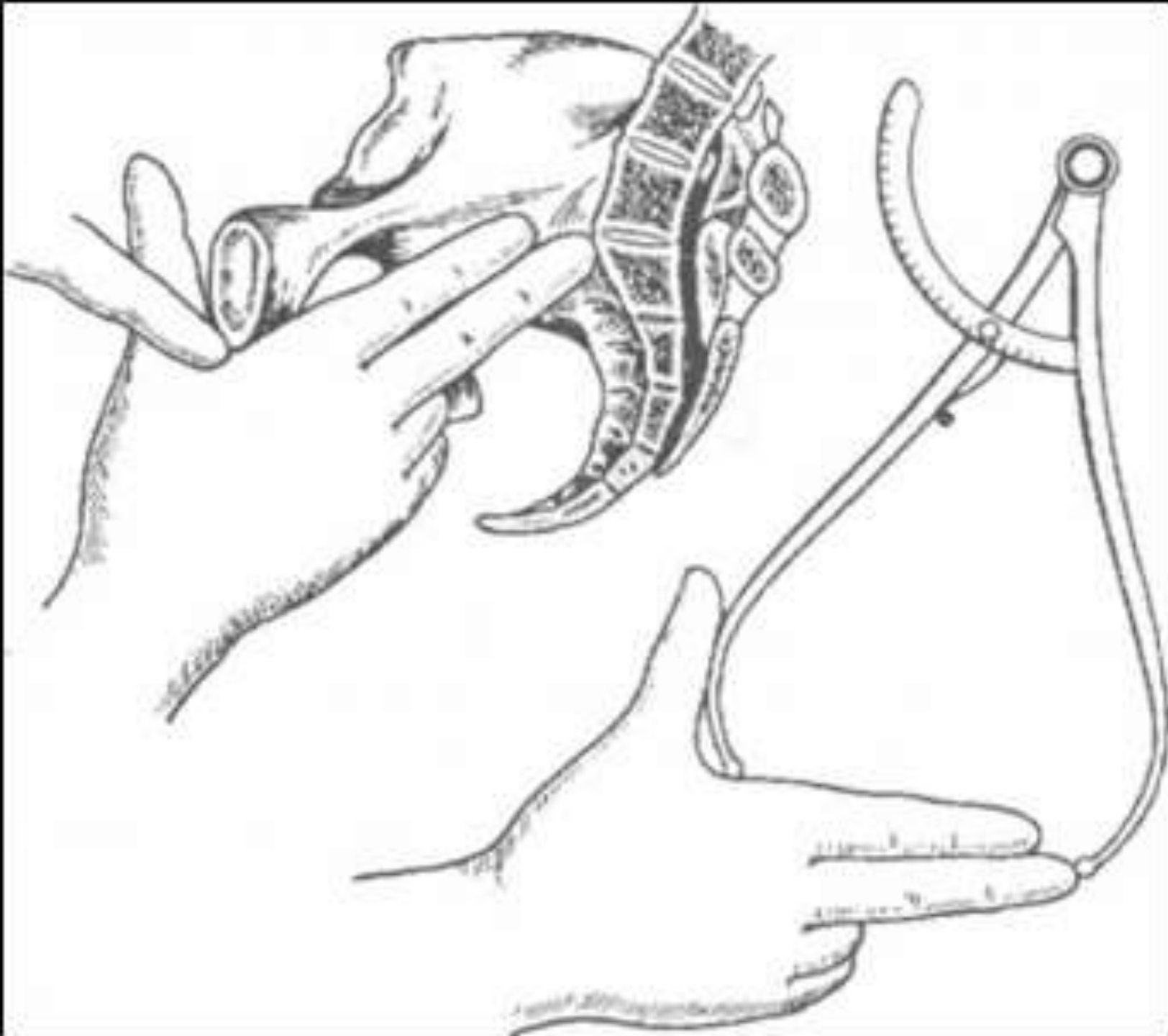


г









Питання для обговорення

1. Яка тривалість доношеної вагітності?
2. Якими прийомами користується лікар для обстеження вагітної?
3. Назвіть показання для огляду шийки матки в дзеркалах після пологів?
4. Що таке перинатальний період?

Дякую за увагу!

