

## Тема 7. Фізіологічний післяпологовий період

### I. Науково-методичне обґрунтування теми

За останні роки в практичному акушерстві відбулися ряд змін у переусвідомленні напрямків надання допомоги породіллям, які засновані на принципах доказової медицини, більш гуманістичному ставленню у післяпологовий період до жінки й уникнення фармакологічної та лікарської агресії, що сприяло більш фізіологічному перебігу післяпологового періоду, зниженню частоти ускладнень у післяпологовому періоді, швидкої психологічної адаптації жінки після пологів.

Незважаючи на те, що післяпологовий період є фізіологічним процесом, він потребує від лікаря знання усіх його етапів і особливостей, а саме: процесів інволюції в органах та системах жінки після пологів, лактації, що дозволяє своєчасно виявити початкові ознаки захворювань та ускладнень, які можуть виникати у породіллі.

### II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студенти повинні **знати**:

1. Поділ післяпологового періоду на ранній і пізній.
2. Особливості інволюції статевих органів, характер лохий.
3. Становлення та перебіг лактації.
4. Функціонування органів та систем жінки в різні етапи післяпологового періоду.
5. Особливості ведення раннього і пізнього післяпологового періоду.
6. Заходи профілактики ускладнень у післяпологовий період.

В результаті проведення заняття студенти повинні **вміти**:

1. Визначити рівень розміщення дна матки відносно лонного зчленування та консистенцію матки.
2. Оцінити характер та кількість лохий.
3. Зробити висновок про відповідність стану матки і лохий фізіологічній нормі післяпологового періоду.
4. Визначити стан молочних залоз та характер лактації, навчити породіллю правильно годувати малюка та зціджувати молоко.
5. Проводити туалет промежини породіллі.
6. На підставі обстеження породіллі з урахуванням даних лабораторних методів дослідження, оцінити перебіг післяпологового періоду.

### III. Базові знання

1. Анатомія жіночих статевих органів.
2. Особливості функціонування молочних залоз.
3. Показники норми та патології лабораторних методів дослідження крові, сечі, виділень з вагіни.
4. Принципи запобігання інфікування породіль у післяпологовому відділенні.
5. Принципи санітарно-гігієнічного режиму жінки у післяпологовому періоді.

#### IV. Зміст навчального матеріалу

**Післяпологовий період** (*puerperium*) – починається відразу після закінчення пологів і триває протягом 6 тижнів. Протягом цього часу органи репродуктивної системи жінки повертається до стану, що існував до вагітності.

Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній.

- **Ранній післяпологовий період** починається з моменту вигнання посліду та триває 2 години. В цей період породілля знаходиться у пологовому відділенні під наглядом лікаря, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем жінки після великого навантаження під час вагітності і, особливо, пологів.
- **Пізній післяпологовий період** триває з моменту переведення породіллі у післяпологове відділення (через 2 години після закінчення пологів) продовж 8 тижнів. Під час цього періоду відбувається зворотній розвиток (інволюція) всіх органів і систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами. Слід підкреслити, що виняток становлять молочні залози, функція яких активується саме у післяпологовий період. Також треба відмітити, що темп інволюційних процесів є максимальним у перші 8-12 днів та найбільш виразними є у статевих органах, насамперед, у матці.

#### **Зміни в організмі жінки у післяпологовому періоді**

**Матка.** Відразу після народження посліду, матка починає швидко скорочуватися та набуває округлої форми. Відкриті судини плацентарної ділянки стискаються. Негайно після народження плаценти тіло матки скорочується і дно її знаходиться на серединні відстані між лобком і пупком, потім трохи піднімається. Передня і задня стінки матки мають товщину 4-5 см і прилягають одна до одної; порожнину матки вистеляє децидуальна оболонка. Протягом наступних двох днів дно матки знаходиться трохи нижче пупка; через 2 тижні після пологів матка опускається нижче симфізу. До попередніх розмірів матка повертається звичайно через 6 тижні. Інволюція матки відбувається за рахунок зворотного розвитку частини м'язів шляхом гіалінового та жирового переродження.

Протягом 2-3 днів після пологів децидуальна оболонка залишається в матці і розділяється на два шари. Поверхневий шар некротизується і виділяється з лохіями (післяпологовими виділеннями). Базальний шар, прилеглий до ендометрія, який містить ендометріальні залози, залишається інтактним і стає основою для регенерації нового ендометрія.

Регенерація ендометрію проходить протягом трьох тижнів, за виключенням плацентарної ділянки. Повна регенерація епітелію в ділянці прикріплення плаценти триває 6 тижнів. При порушенні регенерації в плацентарній ділянці можуть виникати післяпологові кровотечі та інфікування.

**Шийка матки.** Через 10-12 годин після пологів канал шийки матки має лійкоподібну форму, внутрішнє вічко пропускає 2-3 пальці, а на 3 добу – один палець. На 8-10 день після пологів шийка матки сформована, внутрішнє вічко закрите.

**Вагіна.** На протязі 3 тижнів після пологів стінки вагіни залишаються з набряками, які остаточно зникають до кінця післяпологового періоду. Дрібні пошкодження слизової оболонки вагіни регенерують за 5-7 днів. Статева щілина змикається, поступово відновлюється тонус м'язів тазового дна.

**Яєчники.** В післяпологовому періоді починається дозрівання фолікулів. Характерним є ановуляторний цикл, на фоні якого відбувається перша менструація після пологів. В подальшому овуляторні цикли відновлюються. Завдяки виділенню великої кількості пролактину у жінок при грудному годуванні, менструації відсутні кілька місяців, або на протязі всього періоду годування малюка груддю.

**Абдомінальна стінка і тазове дно.** Внаслідок розриву еластичних волокон шкіри і тривалого розтягнення вагітною маткою, передня черевна стінка деякий час залишається м'якою і обвислою та повертається до нормальної структури за декілька тижнів. За виключенням стрій, звичайно абдомінальна стінка повертається до попереднього стану, але при атонії м'язів може залишатися в'ялою і слабкою. Інколи спостерігається діастаз прямих м'язів живота. М'язи тазового дна також поступово відновлюють свій тонус, але наявність травми під час пологів може привести до послаблення мускулатури і сприяти виникненню генітальних гриж (проляпсів).

**Молочні залози.** Функція молочних залоз після пологів досягає найвищого розвитку. Естрогени і прогестерон протягом вагітності стимулюють ріст протоків і альвеолярної системи молочних залоз. Під впливом пролактину відбувається посилений приплив крові до молочних залоз, їх нагрубання, яке є найбільш виразним на третю добу післяпологового періоду. Секреція молока відбувається в результаті складних рефлекторних і гормональних дій. Утворення молока регулюється нервовою системою та гормоном аденогіпофіза - пролактином. Крім того, оптимальний рівень інсуліну, тиреоїдних та адреналових гормонів відіграє вторинну роль у становленні лактації. Ссання стимулює періодичну секрецію пролактину і, рефлекторно, окситоцину; останній стимулює виділення молока з альвеол у проток молочних залоз. Треба відмітити, що цей процес також посилює скорочення післяпологової матки. У період до 3 доби після пологів молочні залози виробляють молозиво (colostrum). Молозиво має високу концентрацію білків, переважно глобулінів, і мінералів й меншу – цукру і жиру. Білки молозива за амінокислотним складом займають перехідний стан між білковими фракціями грудного молока та сироваткою крові, що, очевидно, полегшує організму новонародженого у період переходу від плацентарного харчування до годування молоком матері. Молозиво містить високий рівень імуноглобулінів А, G, M, D, а також Т- і В-лімфоцити. Це має велике значення у перші дні життя новонародженого, коли функції його органів та систем ще незрілі, а імунітет знаходиться у стадії становлення. Молозиво проходить конверсію у зріле молоко протягом 5 днів. Головними компонентами молока є білки (альбуміни, глобуліни, казеїн), лактоза, вода, жир.

**Дихальна система.** У зв'язку із опусканням діафрагми після пологів збільшується ємкість легенів, що є підставою зниження кількості дихальних рухів до 14-16 за хвилину.

**Серцево-судинна система та система кровотворення.** Після пологів виникають зміни в гемодинаміці, пов'язані з ліквідацією матково-плацентарного кровообігу і виділенням із організму матері деякої кількості рідини. Серце займає свій звичайний стан у зв'язку із опусканням діафрагми. Відразу після пологів відмічається лабільність пульсу зі схильністю до брадикардії, при цьому артеріальний тиск у перші дні після пологів може бути зниженим, а далі – досягає нормальних показників. У кінці першого тижня після пологів об'єм циркулюючої крові знижується до звичайного. Показники крові найчастіше не відрізняються від нормальних, однак, в ранній післяпологовий період має місце значний лейкоцитоз – до  $30 \times 10^9/\text{л}$  – з перевагою гранулоцитів. Має місце підвищений рівень фібриногену в плазмі, що обов'язково треба ураховувати при профілактиці розвитку флебітів нижніх кінцівок.

**Система сечовиділення.** Функція нирок у здорових породіль не порушена; діурез нормальний, у перші дні після пологів може бути трохи підвищеним. Функція сечового міхура достатньо часто порушена, що пов'язано з перезбудженням симпатичної іннервації сфінктера та зниженням тонусу м'язів січового міхура з виникненням набряку та дрібних крововиливів у шийку сечового міхура, внаслідок його здавлення між голівкою плоду та стінкою таза під час пологів.

**Органи травлення та обмін речовин.** Система травлення після пологів функціонує нормально. Інколи спостерігається атонія кишечника з виникненням закреплів. Обмін речовин у перші тижні після пологів зазвичай підвищений, а далі, до 3-4 тижня – нормалізується.

**Нервова система.** Після закінчення пологів звичайно має місце прояв психоемоційного напруження різного ступеня, що нормалізується протягом 1-2 діб.

Породілля в цей період потребує психологічної підтримки близьких та медичного персоналу.

### **Ведення післяпологового періоду**

Фізіологічний післяпологовий період характеризується задовільним станом породіллі, нормальною температурою та частотою пульсу, закономірною інволюцією матки, наявністю нормальної кількості та якості лохій, достатньою лактацією.

Перші дві години після пологів жінка знаходиться у індивідуальному пологовому залі під наглядом акушерки, лікаря акушера-гінеколога; при цьому може бути також присутній чоловік або хтось з родичів за бажанням жінки. Цей проміжок часу є дуже важливим, протягом якого відбуваються фізіологічні процеси пристосування материнського організму до нових умов існування, тому необхідним є створення найбільш комфортних умов, які б сприяли ефективній адаптації після пологів. Цьому безперечно сприяє знаходження дитини поряд із матір'ю у контакті «шкіра-до-шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, що у свою чергу забезпечує становлення грудного годування, тепловий захист малюка, профілактику інфекцій і розвиток емоційного зв'язку між дитиною та матір'ю. Оптимальною для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25-28°C. В подальшому, за умови відсутності протипоказань, новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує її годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньо лікарської інфекції.

Під час перебування породіллі у пологовому залі лікар акушер-гінеколог повинен стежити за її пульсом, артеріальним тиском, контролювати стан матки: визначає її консистенцію, розмір, висоту стояння дна матки у відношенні до симфізу та пупку, спостерігає за крововиділенням з пологових шляхів. Слід зазначити, що оцінювання крововтрати в ранньому післяпологовому періоді є обов'язковим. Вимірювання крововтрати проводиться за допомогою будь-якої мірної склянки. Середня крововтрата у послідовий та ранній післяпологовий періоди дорівнюється 250-300 мл чи 0,5% від маси тіла жінки, але не більше 500 мл.

У ранньому післяпологовому періоді виконують огляд зовнішніх статевих органів, лонного зчленування, промежини. Огляд шийки матки та вагіни проводиться за допомогою дзеркал за показаннями. Якщо проводилася епізіотомія або мала місце травма пологових шляхів, обов'язковим є відновлення цілісності пологових шляхів із застосуванням місцевого знеболювання.

Через дві години після пологів породіллю з малюком переводять до післяпологового відділення, де проводиться подальший нагляд за нею. Необхідним є вимірювання температури тіла 2 рази на добу, вранці та вечорі, огляд шкіри та слизових оболонок, визначення характеру та частоти пульсу вимірювання артеріального тиску. Особливу увагу звертають на молочні залози – визначають їх форму, стан сосків, наявність тріщин та можливе набухання залози. При лактостазі проводять зціджування. Орієнтують жінку на ретельний щоденний огляд молочний залоз, виявлення затверділостей; проводять бесіду щодо профілактики маститів. Новонародженого годують залежно від його вимог.

Щоденно необхідно проводити пальпацію живота породіллі з визначенням висоти стояння дна матки, її консистенції. Висота стояння дна матки вимірюється в см по відношенню до лонного зчленування. В першу добу після пологів дно матки розташоване вище лобкового зчленування на 13-16 см, в другу добу – 10-12 см, 3 доба – 7-9 см. Швидкість репаративних процесів в порожнині матки визначається також за післяпологовими виділеннями – лохіями. Лохії мікроскопічно складаються з еритроцитів, уривків децидуальної оболонки, епітеліальних клітин, бактерій; мають нейтральну або лужну реакцію. В перші дні присутність крові надає їх червоному кольору (*lochia rubra*), на 3-4 день після пологів – стають світлішими (*lochia serosa*), а на 8-10 день, завдяки переважній присутності лейкоцитів, лохії стають жовтуватобілими (*lochia alba*).

При відсутності відхилення від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породілля з новонародженим виписується на 3 добу додому під нагляд лікаря акушера-

гінеколога жіночої консультації та дільничного педіатра з рекомендаціями, до яких входять:

- виконання правил індивідуальної гігієни;
- дотримання режиму дня, з відпочинком не менш 8 годин за добу;
- виконання спеціальних фізичних вправ післяпологової гімнастики;
- дотримання дієти та режиму харчування з середньою калорійністю 2600-2800 ккал/доб, з достатньою кількістю білків, вітамінів, мінералів;
- можливість відновлення статевого життя вирішується індивідуально залежно від стану жінки.

Через 3-4 тижні після пологів жінка повинна пройти стандартне обстеження в жіночій консультації, де всебічно оцінюється стан її здоров'я, обговорюються питання подальшого перебігу післяпологового періоду та даються рекомендації щодо планування сім'ї.

## V. Основні етапи заняття

*А. Підготовчий* – мотивація теми, контроль початкового рівня знань, завдання для самостійної роботи.

В навчальній кімнаті викладач з'ясовує вихідний рівень знань з питань перебігу фізіологічного раннього і пізнього післяпологового періоду, особливостей ведення кожного етапу за допомогою контрольних запитань, використовуючи таблиці, фантоми, муляжі.

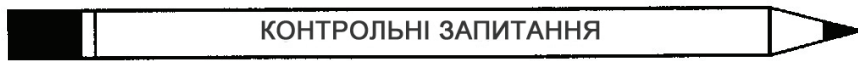
*Б. Основний* – самостійна робота студентів під контролем викладача. Студенти працюють у пологовому залі та післяпологовому відділенні (збирання анамнезу породіллі, об'єктивне зовнішнє обстеження, інтерпретація клінічних та лабораторних методів дослідження). Студенти оцінюють перебіг післяпологового періоду у породіль, що народили в різні дні. Надають рекомендації породіллям, щодо ведення післяпологового періоду після виписки з стаціонару.

*В. Заключний* – контроль засвоєння матеріалу шляхом вирішення ситуаційних і тестових задач, звіт студентів про виконання завдань. Узагальнення викладача, оцінка роботи студентів, завдання додому.

## VI. Методичне забезпечення

*Місце проведення:* пологове та післяпологове відділення, навчальна кімната.

*Обладнання:* устаткування пологового блоку та післяпологового відділення, демонстраційні таблиці, слайди, тематичні відеофільми.



*Контрольні запитання та завдання*

1. Скільки триває післяпологовий період?
2. Яке визначення раннього та пізнього післяпологового періоду?
3. Чому необхідна психологічна підтримка породіллі в ранньому післяпологовому періоді?
4. Як відбувається інволюція матки та інших статевих органів після пологів?
5. Що таке лохії, їх характеристика та фізіологічна роль?
6. Як змінюються розміри матки після пологів?
7. Як проводиться нагляд за статевими органами після пологів?
8. Які зміни відбуваються в молочних залозах після родів?
9. Який склад молока та молозива?
10. Як проводиться нагляд за молочними залозами в післяпологовий період?
11. Який режим годування новонародженого?
12. Які зміни відбуваються в інших, крім статевих, органах в післяпологовому періоді?



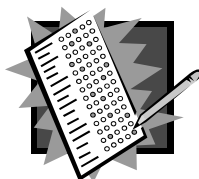
*Завдання для самостійної роботи*

1. Дати оцінку перебігу раннього післяпологового періоду на підставі огляду породіллі.
2. Дати оцінку перебігу пізнього післяпологового періоду на підставі огляду породіллі та даних лабораторних досліджень.
3. Дати рекомендації породіллі щодо вигодовування малюка.
4. Дати рекомендації породіллі щодо виконання гігієнічних заходів після пологів.
5. Дати рекомендації щодо профілактики маститу.



*Ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань*

1. Через 1 годину після пологів при огляді породіллі встановлено: загальний стан задовільний, АТ 115/70 мм рт ст, ЧСС - 80 уд/хв, доброго наповнення і напруги; дно матки на 10 см вище лона, консистенція матки щільна, контури чіткі; виділення з пологових шляхів кров'яні, помірні. Загальна крововтрата - 300 мл.
  - Чи можна вважати перебіг раннього післяпологового періоду фізіологічним?
    - Так
  
2. На 4-ту добу після пологів отримані такі дані обстеження породіллі: загальний стан задовільний, АТ 120/80 мм рт ст, ЧСС - 96 уд/хв; температура 37,2<sup>0</sup>С. Молочні залози напружені, безболісні. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 15 см вище лона, консистенція матки м'яка. Лохії кров'яні, помірні. Аналіз крові: Нв - 100 г/л, лейкоцитів -  $10 \times 10^9$ /л, еритроцитів -  $3,2 \times 10^{12}$ /л, СОЕ - 22 мм.
  - Чи можна вважати перебіг четвертої доби післяпологового періоду у даної породіллі фізіологічним?
    - Ні, адже розміри та консистенція матки свідчать про її субінволюцію. Потрібно оцінити стан та вміст порожнини матки шляхом УЗД.



*Тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань*

1. Через 10 годин після своєчасних нормальних пологів у породіллі спостерігається температура тіла 37,7<sup>0</sup>С. Скарги на слабкість, переймоподібний біль у низу живота, який посилюється під час годування новонародженого. При обстеженні виявлено помірне нагрубання молочних залоз, шкіра молочних залоз, соски та ареоли – без патологічних змін. Регіональні лімфовузли не збільшені. Матка тверда, чуттєва при дослідженні, дно матки на рівні пупка. Лохії з домішкою крові у помірній кількості.
  - Який попередній діагноз?
    - A. Пізній післяпологовий період, перша доба\*
    - B. Лактостаз.
    - C. Субінволюція матки.
    - D. Залишки частин посліду у порожнині матки.
  
2. У породіллі 27 років на 3-тю добу післяпологового періоду має місце розвиток значного нагрубання молочних залоз. У зв'язку з цим їй необхідно рекомендувати:
  - A. Продовжити годування груддю за потребою\*

- B. Скасування грудного годування, зцідження молочних залоз.
- C. Зігріваючий компрес на молочні залози.
- D. Скасування користування бюстгальтером.



## Рекомендована література

1. Акушерство (під ред. акад. Грищенка В.І.) — Харків: Основа, 2000 р.
2. Запорожан В.М. Акушерська патологія: Атлас: Навч. посібник/ В.М.Запорожан, В.П.Міщенко.- Одеса: Одеський медуніверситет, 2005.- 292 с.
3. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка (Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др., перевод с английского) - С.-Пб.: Петрополис, 2003 г.
4. Степанківська Г. К., Михайленко О. Т.. Акушерство. — К.: Здоров'я, 2000р.
5. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 1.
6. Bloom Steven L.; Casey Brian M.; Schaffer Joseph I.; Mcintire Donald D.; Leveno Kenneth J. Coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labour: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2002, 99(6), 1031-5.
7. Breastfeeding counselling: Training course. WHO, UNICEF, 1993.
8. Care in normal birth: A practical guide. Report of a technical working group. WHO, 1997.
9. Carolli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, Issue 4.
10. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 1.
11. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO EURO, Copenhagen, 2002.
12. Essential newborn Care and Breastfeeding. WHO EURO, 2002
13. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 1.
14. Hodnett, E. D.; Gates, S.; Hofmeyr, G. J.; Sakala, C. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, Issue 1.
15. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Joint statement management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. The Hague: ICM, London, FIGO, 2003.
16. Leah L. Albers, Kay D. Sedler; Edward J. Bedric, Dusty Teaf, Patricia Peralta. Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2005, 51(5), 365-372.
17. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva: WHO, 2000.
18. McCandlish R, Bowler U, van Asten H et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol*, 1998, 105(12), 1262-72.
19. Menticoglou SM et al. Perinatal outcome in relation to second-stage duration. *Am J Obstet Gynecol.* 1995, 173(3 Pt 1), 906-12.
20. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. WHO, 1995.
21. Muir Gray JA. Evidence-based healthcare: how to make health policy and

- management decisions. London: Churchill Livingstone, 1997.
22. Neilson JP Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review) In: The Reproductive Health Library, Issue 8, 2005
  23. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO, Geneva, 2006.
  24. Prendiville WJ et al. Active versus expectant management in the third stage of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2000.
  25. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, Issue 1.
  26. Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings. Joint Statement. International Confederation of Midwives (ICM) International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), 2006.
  27. RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists The Use of Electronic Fetal Monitoring - The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance Evidence-based Clinical Guideline Number 8 – 2001
  28. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 1996, 312, 71-72.
  29. Thacker SB et al. Continuous electronic heart rate monitoring for foetal assessment during labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, Issue 1.
  30. What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report 2005

## Додаткова інформація для викладачів

### Використання партограми

#### *Що таке партограма?*

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

Впродовж 18 років від появи першої партограми (Philpott RH, 1971) було розроблено велику кількість різноманітних способів графічного запису пологів.

У 1988 році робочою групою експертів Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) було розроблено партограму, яка поєднала найкращі якості усіх існуючих на той час партограм.

#### *Для чого потрібна партограма?*

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

- Впровадження та правильне використання партограми значно покращує якість спостереження за роділлем та результати пологів;
- Використання партограми дозволяє:
  - Рано виявити незадовільнений прогрес у пологах;
  - Попередити розвиток тривалих пологів (більше 16 годин);
  - Рано виявити тазо-головну диспропорцію до появи ознак клінічно вузького таза;
  - Своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів;
  - Визначити обсяг необхідних втручань;
  - Знизити частоту кесарського розтину та полого-підсилення окситоцином;
  - Зменшити частоту інтранатальної загибелі плода
- Використання партограми не є коштовним та може бути впроваджено на будь якому рівні надання акушерської допомоги;

#### *Які основні правила використання партограми?*

Дотримання наступних правил є абсолютно необхідним для правильного та ефективного використання партограми.

- Партограма використовується лише під час першого періоду пологів
- Ведення партограми слід розпочати за наявності наступних умов:
  - Дві або більше перейми протягом 10 хвилин, кожна тривалістю 20 секунд або більше, якщо роділля знаходиться в латентній фазі першого періоду пологів;
  - Одна або більше перейми протягом 10 хвилин, кожна тривалістю 20 секунд або більше, якщо роділля знаходиться в активній фазі першого періоду пологів;

- Відсутні ускладнення вагітності та пологів які вимагали б термінових лікувальних заходів або екстреного розродження.
- Партограма заповнюється під час пологів, а не після їх закінчення;
- Під час використання партограма має знаходитись у пологовій кімнаті;
- Заповнення та інтерпретацію партограми здійснює навчений медичний персонал (лікар або акушерка)
- Ведення партограми закінчується якщо:
  - Закінчився перший період пологів;
  - Виникли ускладнення, що потребують негайного розродження.

Додаткові зауваження:

- За наявності ускладнень вагітності, які потребують негайних дій, спочатку потрібно забезпечити необхідну допомогу. Ведення партограми слід розпочати якщо а після стабілізації стану роділлі прийнято рішення продовжити консервативне ведення пологів.
- Під час консервативного ведення пологів з рубцем на матці, пологів у тазовому передлежанні, багатоплідних пологів та передчасних пологів використання партограми забезпечує якісне спостереження за прогресуванням пологів, станом матері та плоду, надає можливість своєчасно виявити незадовільнений прогрес у пологах, але переконливі докази щодо запобігання ускладнень та покращення результатів для матері та плоду у цих випадках на сьогоднішній день відсутні.
- Використання партограми забезпечує своєчасну та правильну оцінку ефективності пологозбудження та пологопідсилення.

*Які складові частини партограми?*

Партограма складається з трьох основних компонентів:

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

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

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

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

**Шкала „Час”** відображає реальний час (годин / хвилин) з моменту надходження до пологової кімнати та протягом всього першого періоду пологів.

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

Значення часу відображається зліва від вертикалі якої це значення відповідає.

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

## I - Стан плода

### Частота серцевих скорочень

Вертикальна вісь графі відображає частоту серцевих скорочень плода за хвилину. Більш темні горизонтальні лінії, що відповідають 110 та 170 уд. хв. нагадують про межі нормальної ЧСС плода. Кожна клітина по горизонталі представляє собою проміжок часу в 15 хв.

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

Частота серцевих скорочень плода підраховується і заноситься до партограми кожні 15 хвилин.

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

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

### Увага!

У разі появи частоти серцевих скорочень плода, що виходить за межі норми (менше 110 або більше 170 ударів за хвилину) та /або виникненні будь яких децелерацій необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультатію.

Якщо ЧСС плода зберігається по за межами норми після зміни положення тіла жінки слід перейти від періодичної аускультатії до безперервного (постійного) фетального моніторингу – кардіотокографія (КТГ).

Частота серцевих скорочень менше 110 або більше 170 ударів за хвилину, пізні децелерації, уповільнення серцевого ритму плода на піку децелерації нижче 70 уд/хв. незалежно від виду та амплітуди децелерації, а також перехід пізніх та варіабельних децелерацій у стійку брадикардію (децелерації тривалістю більш ніж 3 хвилини) свідчать про тяжкий дистресс плода, який потребує негайного розродження.

Не слід ототожнювати графік ЧСС плода на партограмі з записом на плівці під час реєстрації КТГ.

### Навколоплідні води

Кожна клітина графі представляє собою проміжок часу в 30 хв.

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

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

Запис здійснюється наступним чином:

- Якщо плідний міхур цілий – запишіть літеру „Ц” (Цілий);
- Навколоплідні води прозорі – запишіть літеру „П” (Прозорі);
- Меконіальне забарвлення вод – запишіть літеру „М” (Меконій);

- **Води, забарвлені кров'ю – запишіть літеру „К” (Кров)**

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

### **Увага!**

Наявність густого меконію свідчить про необхідність ретельного моніторингу частоти серцевих скорочень плода (шляхом безперервної кардіотокографії) з метою своєчасного виявлення дистресу плода;

### **Конфігурація голівки плода**

Кожен клітина графи представляє собою проміжок часу в 30 хв.

Ступень конфігурації голівки плоду оцінюється та записується під час кожного внутрішнього акушерського дослідження.

Запис здійснюється наступним чином:

- Кістки черепа роз'єднані сполучною тканиною, шви легко промацуються конфігурація голівки плода відсутня – запишіть „0”
- Кістки стикаються одна з одною, шви не визначаються (конфігурація I ст.) – запишіть „+”;
- Кістки знаходяться одна на другу, але розділяються (конфігурація II ст.) – Запишіть „++” або „2+”;
- Кістки знаходяться одна на другу, та не розділяються (конфігурація III ст.) - Запишіть „+++” або „3+”

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

### **Увага!**

Конфігурація голівки III ступеню у поєднанні з зупинкою розкриття шийки матки та/або відсутністю опускання голівки плода є ознакою клінічно вузького таза.

## **II - Перебіг пологів**

### **Розкриття шийки матки**

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

Графа розділена на латентну та активну фази.

**Латентна фаза** – це період розкриття шийки матки від 0 до 3 см.

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

Тривалість латентної фази не повинна перевищувати 8 годин.

**Активна фаза** – це період розкриття шийки матки від 3 до 10 сантиметрів. Якщо роділля має розкриття шийки матки 3 см вона вважається такою, що перебуває в активній фазі.

Тривалість активної фази залежить від темпу розкриття шийки матки.

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

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

Лінія уваги відповідає темпу розкриття шийки матки 1 см/год та являє собою 10-у перцентиль для графіку розкриття шийки матки.

**Лінія дії** – проходить паралельно лінії уваги, відступивши на 4 години вправо.

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

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

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

### Особливості нанесення розкриття шийки матки

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

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

Можливі наступні варіанти:

Варіант 1:

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

У цьому випадку треба оцінити наявність змін з боку шийки матки.

- Якщо вона, у порівнянні з попереднім дослідженням, вкоротилась або згладилась, стала більш м'якою - напевно жінка знаходиться в пологах.

*Продовжуйте динамічне спостереження та при наявності прогресуючої пологової діяльності проведіть внутрішнє акушерське дослідження через 4 години.*

- У разі відсутності змін з боку шийки матки у порівнянні з попереднім дослідженням слід зробити висновок про наявність хибних пологів.

Варіант 2:

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

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

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

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

### **Увага!**

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

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

Запис показників подальшого моніторингу надалі здійснюється від часу який перенесено. (рис. 7)

**Якщо жінка надходить до пологової кімнати в активній фазі I періоду пологів, значення розкриття шийки матки наноситься одразу безпосередньо на Лінію уваги.**

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

### **Інтерпретація**

- Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться зліва від Лінії уваги це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки більш ніж 1 см/год. Такий перебіг першого періоду пологів вважається нормальним. Проводиться спостереження.
- Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться безпосередньо на Лінії уваги це свідчить про те що темп розкриття шийки матки дорівнює 1 см/год. Слід пам'ятати, що це мінімальна нормальна швидкість розкриття шийки матки в активній фазі першого періоду пологів як для жінок, які народжують вперше, так і для жінок, які народжували. Проводиться ретельне спостереження, втручання у перебіг пологів не показані.
- Якщо графік розкриття шийки матки заходить вправо за Лінію уваги але не досягає Лінії дії це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки менш ніж 1 см/год.

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

У цьому випадку проводиться ретельна оцінка акушерської ситуації з метою з'ясування причини затримки розкриття шийки матки та приймається рішення щодо необхідного лікування такого стану (Дивись відповідні діючі клінічні протоколи).

### **Увага!**

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

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



- Повна оцінка стану матері, плода та акушерської ситуації;
- За наявності показів – кесарів розтин (дистрес плода, клінічно вузький таз, неефективне пологопідсилення);
- У разі продовження консервативного ведення пологів - пологопідсилення окситоцином, якщо це не було зроблено раніше (Згідно діючого протоколу „Аномалії пологової діяльності”);
- Внутрішнє акушерське дослідження проводиться через 3 години, а потім через кожні дві години. Якщо не вдалося досягти темпу розкриття шийки матки 1см/год між будь якими з цих досліджень (тобто графік розкриття шийки матки не є паралельним Лінії дії) – розродження шляхом кесарева розтину.

### **Увага!**

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

### **Опускання голівки плода**

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

На партограмі відмічається опускання голівки визначене шляхом абдомінальної пальпації.

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

Наприклад, голівка плода визначається над симфізом на ширину 5 пальців акушера - 5/5. По мірі того як голівка опускається в порожнину таза вона визначається меншою кількістю пальців над симфізом: 4/5- ширина 4 пальців акушера, 3/5 – ширина 3 пальців акушера, 2/5 - ширина 2 пальців акушера, 1/5 - ширина 1 пальця, 0/5 – голівка не визначається над симфізом. (рис. 6)

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

### **Увага!**

Не слід завжди ототожнювати дані абдомінальної пальпації та можливі результати внутрішнього акушерського дослідження стосовно опускання голівки!

Достовірне ототожнення можливо лише у наступних випадках:

- Коли голівка пальпується на 2/5 над верхнім краєм симфізу це означає, що голівка великим сегментом проходить площину входу в таз;
- Коли голівка пальпується менш ніж на 2/5 найчастіше означає що голівка знаходиться у порожнині таза.

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

Опускання голівки плода визначається та відмічаються на партограмі безпосередньо перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням.

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

Позначки (O) з'єднують безперервною лінією, створюючи графік опускання голівки плода. У випадку, коли виконується перенос, позначки (O) не з'єднуються. (рис.7)

### Увага!

Позначка (O) та позначка (X) завжди знаходяться на однієї вертикалі.

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

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

### Перейми за 10 хвилин

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

Кількість та тривалість перейм підраховується протягом 10 хвилин.

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



- менше 20 секунд



- від 20 до 40 секунд



- більше 40 секунд

Кількість та тривалість перейм визначається та відмічаються на партограмі щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі.

### Увага!

Штриховка завжди здійснюється справа від вертикалі яка відповідає певному значенню часу.

### III - Стан жінки

#### Окситоцин

Заповнюється у разі стимуляції/індукції пологової діяльності.

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

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

### **Призначені ліки**

Заповнюється у разі застосування інших медикаментів (знеболюючі засоби, антибіотики, гіпотензивні препарати, сульфат магнію та інші).

### **Пульс та артеріальний тиск**

Вертикальна вісь графі одночасно відображає артеріальний тиск та частоту пульсу.

Артеріальний тиск та частота пульсу визначається та відмічається на партограмі кожні 2 години.

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

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

Частота пульсу відмічається на партограмі позначкою (●), яка має бути розташована на перехресті між горизонталлю, що відповідає значенню частоти пульсу, та вертикаллю, що відповідає значенню часу. (рис. 7)

**Температура тіла** визначається та відмічається на партограмі кожні 4 години (або частіше у разі наявності показів) та відмічається справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

**Об'єм виділеної сечі** визначається та відмічається на партограмі кожного разу коли жінка мочиться (нагадуйте жінці про необхідність сечовипускань кожні 2-4 години) та відмічається справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Білок та ацетон сечі визначаються за показаннями.

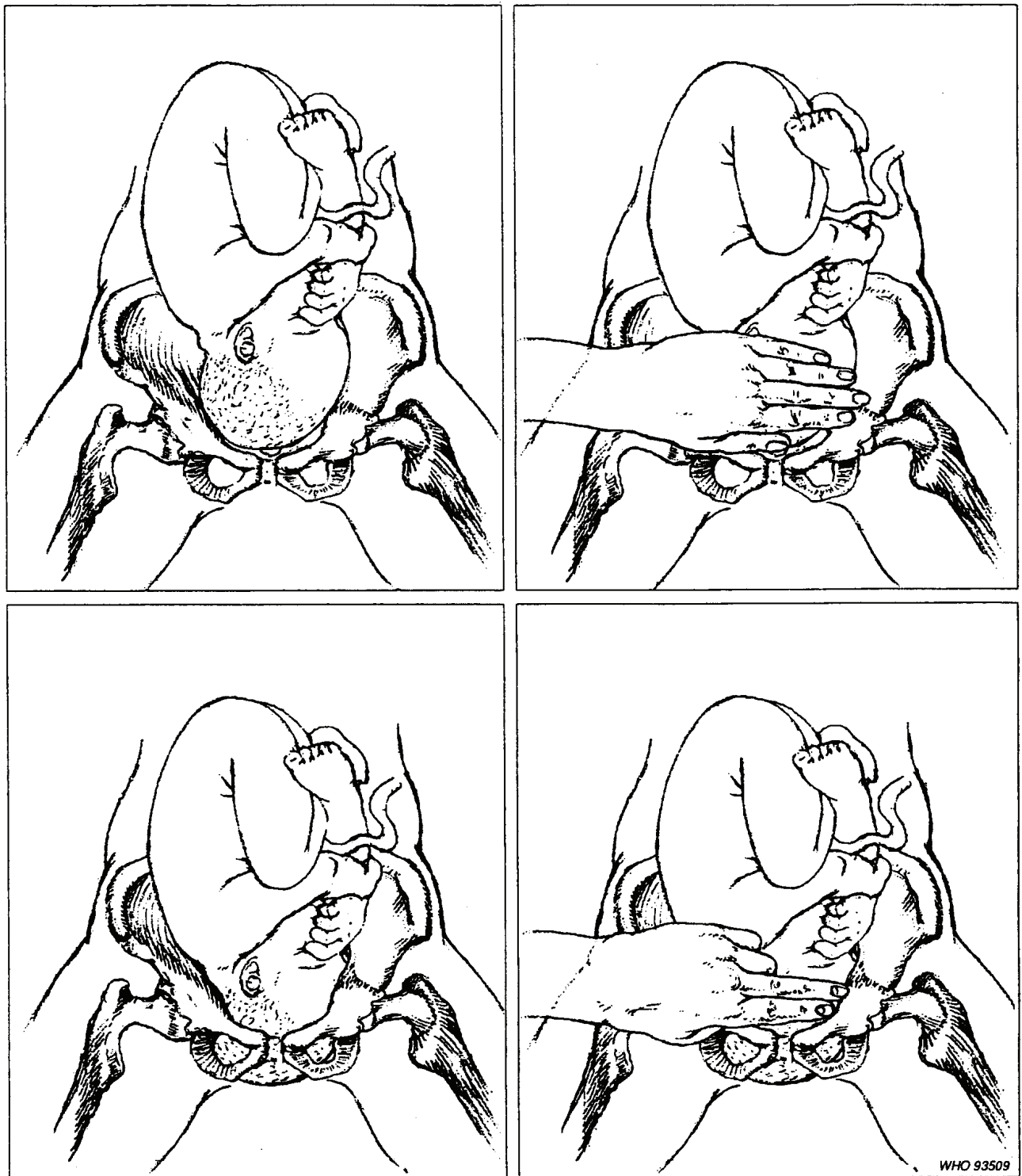
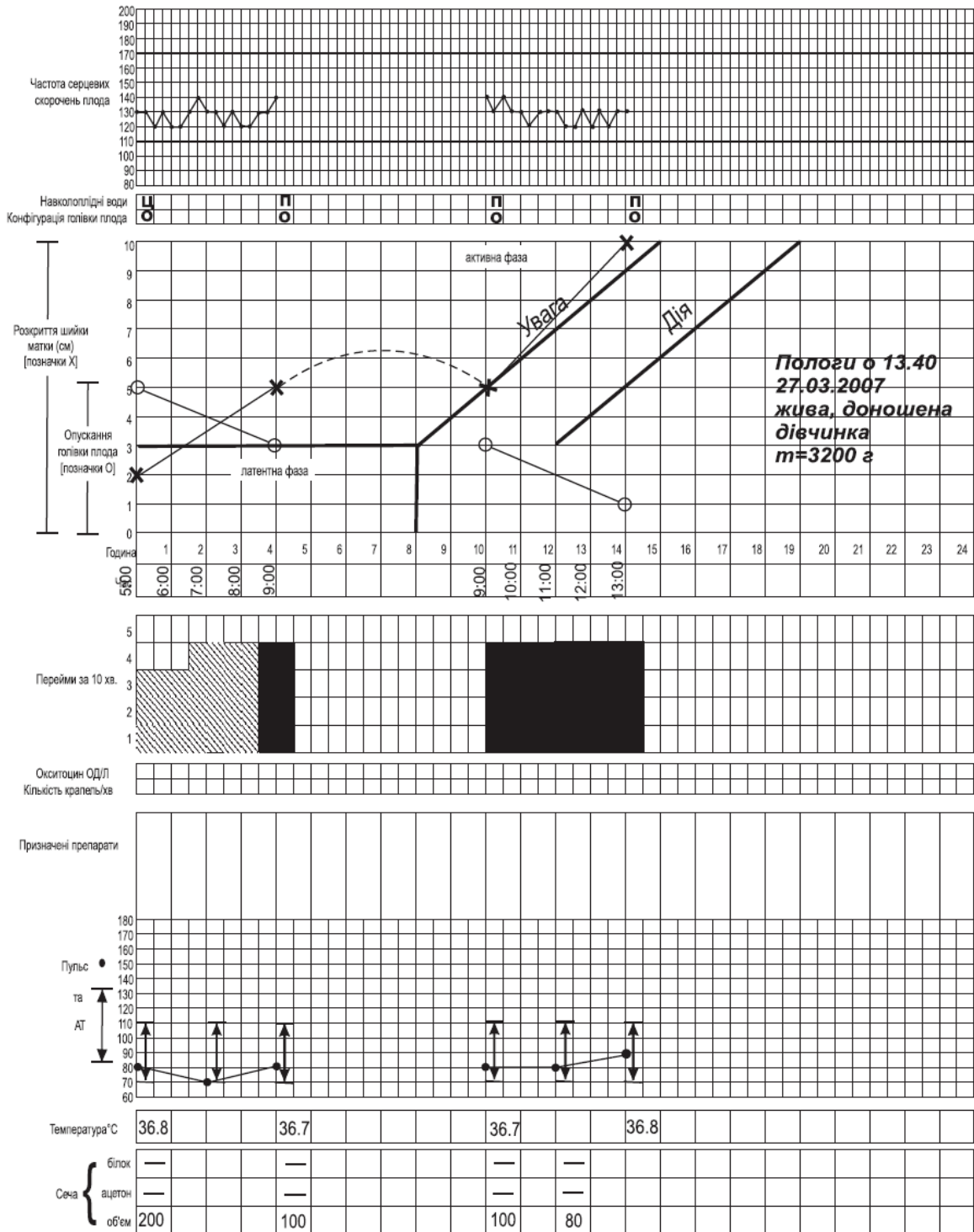


Рис. 6 Визначення опускання голівки плода шляхом абдомінальної пальпації

Партограма (вкладиш до історії пологів № 234 )

ПІБ Марія О. Вагітність 1 Кількість пологів в анамнезі 0  
 Дата госпіталізації 27.03.2007 Час госпіталізації 5.00 Тривалість безводного проміжку —



Діагноз:

Рис. 7. Приклад відображення на партограмі показників пологів

**Авторський колектив**

- Венцківський Б.М. професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, чл.-кор. АМН України
- Камінський В.В. професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. Шупіка, головний акушер-гінеколог МОЗ України
- Грищенко В.І. професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 Харківського державного медичного університету, академік АМН України
- Сенчук А.Я. професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства та гінекології Інституту української асоціації народної медицини
- Астахов В.М. професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства та гінекології №2 Донецького державного медичного університету, професор кафедри психології Донецького Інституту Психології та Підприємництва
- Бесєдін В.М. професор, доктор медичних наук, завідувач кафедрою акушерства та гінекології Львівського державного медичного університету
- Бурка О.А. к.м.н., асистент кафедри акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
- Гнатко О.П. професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології №2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
- Гордєєва Г.Д. к.м.н., доцент кафедри акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
- Громова А.М. професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології Полтавської стоматологічної академії
- Дудіна О.О. консультант з питань науково-доказової медицини Проекту „Здоров’я матері та дитини”
- Єщенко О.Г. асистент кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім.Шупіка

Зелінський О.О.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології №2 Одеського державного медичного університету
Іркіна Т.К.	заступник директора Проекту „Здоров’я матері та дитини”
Круть Ю.Я.	доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медичного університету
Лазуренко В.В	доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології №1 Харківського державного медичного університету
Мерцалова О.В.	доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології №1 Харківського державного медичного університету
Міщенко В.П.	професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського державного медичного університету
Потапов В.О.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства та гінекології Дніпропетровського державного медичного університету
Сімрок В.В.	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології та дерматовенерології Луганського державного медичного університету
Чернов А.В.	асистент з клінічних питань Проекту „Здоров’я матері та дитини”

