

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
26 січня 2022 року № 170

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ,  
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ),  
ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
«ФІЗІОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ»**

## **ВСТУП**

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення фізіологічних пологів в умовах акушерського стаціонару із забезпеченням права роділлі залучення близьких для підтримки під час пологів.

Основною метою надання допомоги під час пологів є забезпечення безпечності для жінки та дитини при мінімальному втручанні до фізіологічного перебігу пологів.

Зважаючи на негативні тенденції щодо зниження показника нормальних пологів упродовж останніх 5 років і, відповідно збільшення показника ускладнених пологів, має місце зростання показників захворюваності та смертності новонароджених.

Означене спонукає робочу групу до створення клінічного протоколу із впровадженням доказових даних, найкращих світових практик щодо ведення нормальних пологів.

Робочу групу для розробки медико-технологічних документів за темою «Фізіологічні пологи» створено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18 травня 2021 року № 967).

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Фізіологічні пологи» розроблений на основі Клінічної настанови «Фізіологічні пологи», основна мета якої – забезпечення оптимальних умов для пологів із застосуванням профілактичних технологій щодо їх ускладнення, що вплине на зменшення материнських та перинатальних ускладнень.

Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на доказах та засновані на рекомендаціях клінічної настанови, розробленої на основі наступних прототипів:

**1. NICE CG 190. Intrapartum care for healthy women and babies. 2014.**

**2. WHO. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice – 3rd ed. 2015.**

Основною метою надання допомоги під час пологів є безпека для жінки та дитини при мінімальному втручанні до фізіологічного перебігу пологів. Крім того, на сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення фізіологічних пологів в умовах акушерського стаціонару із забезпеченням права роділлі до залучення близьких з метою підтримки її під час пологів.

**СПИСОК СКОРОЧЕНЬ**

ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
КТГ	Кардіотокографія
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги
Форма 096/о	Форма первинної облікової документації 096/о «Історія вагітності та пологів № _____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма 097/о	Форма первинної облікової документації 097/о «Медична карта новонародженого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

## I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

**1.1. Діагноз:** Даний протокол не стосується якоїсь специфічної нозологічної форми, а представляє сучасні рекомендації щодо проведення фізіологічних пологів.

**1.2. Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:**

O80 Пологи одноплідні, спонтанне розродження.

**1.3. Для кого призначений протокол:**

керівників ЗОЗ та їх заступників, фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини, лікарів-анестезіологів, лікарів-неонатологів, медичних сестер, акушерок, студентів медичних вищих навчальних закладів, лікарів-інтернів, організаторів охорони здоров'я.

**1.4. Мета протоколу**

Забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до проведення пологів природнім шляхом без ускладнень для матері та новонародженого.

**1.5. Дата складання протоколу:** 2021 рік.

**1.6. Дата перегляду протоколу:** 2025 рік.

**1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу**

Жук Світлана Іванівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, заступник голови робочої групи з клінічних питань
Голяновський Олег Володимирович	завідувач кафедри акушерства, гінекології № 1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Грищенко Ольга Валентинівна	завідувач кафедри перинатології, акушерства та гінекології Харківської медичної академії післядипломної освіти
Дубоссарська Юліанна Олександрівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, д.м.н., професор
Жилка Надія Яківна	професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Камінський В'ячеслав Володимирович	завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології, Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Клименко Тетяна Михайлівна	завідувач кафедри неонатології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.м.н., професор
Малачинська Марія Йосипівна	директор комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний

	перинатальний центр» (за згодою)
Медведь Володимир Ісаакович	керівник відділення внутрішньої патології вагітних державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», член-кореспондент Національної академії медичних наук України (за згодою)
Назаренко Лариса Григорівна	завідувач кафедри генетики та медицини плода Харківської медичної академії післядипломної освіти
Пирогова Віра Іванівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
Посохова Світлана Петрівна	професор кафедри акушерства та гінекології №1 Одеського національного медичного університету, д.мед.н., професор
Ткаченко Руслан Опанасович	професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

#### **Методологічний супровід та інформаційне забезпечення**

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу
Шилкіна Олена Олександрівна	заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Електронна версія документа знаходиться на офіційному вебсайті МОЗ: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>.

#### **Рецензенти:**

**Потапов В.О.** – завідувач кафедри акушерства та гінекології Дніпровського державного медичного університету, д.мед.н., професор, експерт Міністерства охорони здоров'я України

**Макарчук О.М.** – завідувачка кафедри акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти Івано-франківського національного медичного університету МОЗ України, д.мед.н., професор.

### **1.8. Коротка епідеміологічна інформація**

В Україні статистична динаміка неускладнених/нормальних пологів є незадовільною, а саме: позитивність динаміки показника неускладнених пологів упродовж 2002-2010 роках (2002 рік - 32,2% - 2010 рік – 68,8%) змінилася на його негативну тенденцію. Зниження питомої ваги нормальних пологів на 25,9% протягом 2010-2019 років (2010 - рік 68,8%, 2019 рік – 57,9%) свідчить про необхідність впровадження сучасних акушерських технологій з доведеною ефективністю, що позитивно вплине як на здоров'я матерів, так і на здоров'я, народжених ними дітей. Підтвердженням цьому слугує статистична динаміка захворюваності новонароджених: протягом 2002-2010 рр. у відповідь на застосування інноваційних перинатальних технологій відбулося зниження цього показника на 52,7% (2002 рік – 279,4%, 2010 рік – 132,1%). Протягом 2010 – 2019 років спостерігається стабільне підвищення рівня захворюваності новонароджених на 30,2% (2010 рік -132,1%, 2019 рік – 172,1%), що у прямій залежності від ведення пологів. Фізіологічні пологи беззаперечно є фізіологічним процесом, а тому вони мають стати фізіологічним стартом і для здоров'я новонароджених.

## **II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА**

Фізіологічні (нормальні) пологи – це одноплідні пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у терміні вагітності 37-41<sup>+6</sup> тижні у потиличному передлежанні плода, перебіг яких відбувався без ускладнень протягом усього періоду пологів, при задовільному стані матері та новонародженого після пологів.

Якщо пологи у вагітних високої групи ризику (з патологією вагітності або соматичною патологією) мають нормальний перебіг, необхідно використовувати рекомендації даного клінічного протоколу щодо ведення пологів у цієї групи жінок.

Не є підставою для виключення з нормальних пологів:

- наявність передчасного розриву плідних оболонок;
- проведення амніотомії без наступної індукції пологів;
- розрив промежини 1 ступеня.

Основними принципами ведення фізіологічних пологів є:

визначення плану ведення пологів та обов'язкове поінформоване узгодження його з жінкою/сім'єю;

заохочення до емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);

ретельний моніторинг стану матері, плода та прогресування пологів;

використання партограми для прийняття рішення щодо перебігу пологів, а також необхідності та об'єму втручань;

широке використання немедикаментозних засобів для знеболення пологів;

заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини;

створення умов для надання невідкладної допомоги роділлі/породіллі та новонародженому;

проведення заходів, що спрямовані на попередження інфекційних та гнійно-запальних ускладнень;

профілактика післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, шляхом використання методики активного ведення третього періоду пологів; впровадження та суворе дотримання принципів «теплого ланцюжка».

### **III. ОСНОВНА ЧАСТИНА**

#### **3.1. Первинна медична допомога**

##### **1. Первинна профілактика**

###### **Обґрунтування**

Раціонально проведена прегравідарна підготовка дозволяє забезпечити фізіологічний перебіг вагітності, а також сприяє фізіологічному перебігу пологів.

###### **Необхідні дії**

Моніторинг періодичності спостереження та виконання призначень вагітною.

Організація госпіталізації вагітної на пологи до ЗОЗ вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, який обрала жінка.

##### **2. Подальше спостереження**

###### **Обґрунтування**

Індивідуально визначений метод контрацепції є запорукою фізіологічного післяпологового періоду та профілактикою небажаної наступної вагітності.

###### **Необхідні дії**

Огляд породіллі після виписки з акушерського стаціонару.

Надання інформації щодо методів контрацепції, доступних для породіллі.

Консультації щодо планування наступної вагітності.

#### **3.2. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога**

##### **1. Госпіталізація**

###### **Обґрунтування**

Госпіталізація здійснюється до акушерського стаціонару, який обрала жінка. Пріоритет надається партнерським пологам. Партнера у пологах визначає вагітна/роділля.

###### **Необхідні дії**

Оформлення медичної документації.

Огляд лікаря акушера-гінеколога (див. пункт 4.2).

Надання інформації щодо санітарного режиму в акушерському стаціонарі.

Транспортування роділлі до індивідуальної палати / пологової зали.

## **2. Діагностика**

### **Обґрунтування**

Встановлення періоду пологів, оцінка стану роділлі та плода є визначальними у профілактиці розвитку ускладнень під час пологів.

### **Необхідні дії**

Встановлення періоду та фази пологів (див. пункт 4.1)

Оцінка стану плода, загального стану роділлі та прогресування пологів (див. пункти 4.3, 4.4, 4.5).

## **3. Ведення пологів**

### **Обґрунтування**

Фізіологічність пологів забезпечується мінімізацією акушерських втручань, демедикалізацією пологів, застосуванням немедикаментозних методів знеболення, дотриманням прав та вподобань пацієнтки.

Правильне заповнення та інтерпретація партограми сприяє ранньому виявленню відхилень перебігу пологів, у стані матері чи плода, допомагає своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів та визначити обсяг необхідних втручань.

### **Необхідні дії**

Забезпечення умов проведення партнерських пологів.

Спостереження за перебігом та ведення пологів здійснюється відповідно до періоду та фаз пологів (див. пункти 4.3, 4.4, 4.5).

Запис партограми під час першого періоду пологів (див. додаток 3).

Оцінка стану новонародженого та здійснення медичного догляду за новонародженою дитиною (див. пункт 4.6).

## **4. Виписка породіллі з акушерського стаціонару**

### **Обґрунтування**

Індивідуально визначений метод контрацепції є запорукою фізіологічного післяпологового періоду та профілактикою небажаної наступної вагітності.

### **Необхідні дії**

Виписка здійснюється на 2 добу після фізіологічних пологів.

Перед випискою з акушерського стаціонару породіллі надаються рекомендації щодо:

індивідуально визначеного методу контрацепції;

грудного вигодовування дитини;

поведінки та способу життя;

необхідності диспансерного нагляду.

Лікарю загальної практики - сімейному лікарю, з яким у породіллі укладена декларація, надається телефоном інформація про виписку її з акушерського стаціонару.



## IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### 4.1. Діагностика та підтвердження пологів

Поява після 37 тижня 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 діаметру просвіту шийки матки (вимірюється в сантиметрах).

Поступове опускання голівки плода до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно lin. interspinalis (при внутрішньому дослідженні).

**Таблиця 1.** Визначення періоду та фази пологів

Симптоми і ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи / відсутність пологової діяльності	-
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см	Перший	Латентна
Шийка розкрита на 3-9 см Швидкість розкриття шийки матки не менше (або більше) – 1 см/год. Початок опускання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см) Голівка плода у порожнині таза Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см) Передлегла частина плода досягає дна таза Роділля починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)
Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	Третій	-

### 4.2. Послідовність дій під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар

Під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар у приймально-оглядовому відділенні черговий лікар акушер-гінеколог:

ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності. Звертає увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та дані гравідограми;

з'ясовує скарги;

для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів;

здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу. Визначає термін вагітності та очікувану масу плода;

запитує про відчуття рухів плода самою роділлею та проводять 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 тазу;

встановлює акушерський діагноз, визначає план ведення пологів та узгоджує його з жінкою, що народжує.

**Не рекомендується рутинне призначення клізми та гоління лобка роділлі.**

Молодша медична сестра:

пропонує жінці прийняти душ, одягнути чистий домашній одяг (за відсутності - лікарняну білизну); партнеру також потрібна зміна одягу на чистий домашній одяг (за відсутності - одноразовий комплект);

роділлю та її партнера супроводжує в індивідуальну пологову палату.

#### **4.3. Спостереження та допомога роділлі під час I періоду пологів**

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться лікарем акушер-гінекологом до партограми (див. додаток 3).

##### **Оцінка стану плода**

Серцебиття плода під час пологів реєструють шляхом:

періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора;

або

за показаннями - шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія)

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії слід дотримуватися наступної методики:

роділля знаходиться у положенні на боці;

аускультатія починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми;

аускультатія триває щонайменше 60 секунд.

Аускультатія має проводитися кожні 30 хвилин протягом латентної фази та кожні 15 хвилин протягом активної фази першого періоду пологів.

В нормі ЧСС плода знаходиться в межах 110-170 ударів за хвилину.

У разі зміни частоти серцевих скорочень плода, що виходять за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультатію після закінчення найбільш інтенсивної фази наступної перейми, дотримуючись вище описаної методики.

Перехід від періодичної аускультатії до електронного фетального моніторингу (КТГ) показаний у наступних випадках:

ЧСС плода зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки;

базальна частота серцевих скорочень плода менше 110 чи більше 170 ударів за хвилину;

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

розпочато пологопідсилення окситоцином;

вилились навколоплідні води, забарвлені меконієм.

Рутинне застосування КТГ всім роділлям не доцільне через високий відсоток хибнопозитивних результатів та збільшення частоти втручань, в тому числі і оперативних пологів. Якщо жінка з низьким ризиком ускладнень вимагає проведення кардіотокографії як частини первинної оцінки: обговорити з нею ризику, переваги та обмеження КТГ.

Опис особливостей записів КТГ та ведення пологів на основі інтерпретації записів КТГ (див. додаток 4).

### **Передчасний розрив оболонок в термін пологів**

Для уточнення розриву оболонок необхідно зібрати анамнез та уточнити факт відходження вод.

Проведення огляду в дзеркалах, щоб остаточно визначитися з цілісністю оболонок. Уникайте вагінального дослідження за відсутності перейм.

Якщо у жінок з передчасним розривом оболонок не розпочалися спонтанні пологи протягом 24-х годин слід обговорити питання щодо індукції пологової діяльності.

Обов'язковим є контроль рухів плода та частоти серцевих скорочень.

Якщо відбувся розрив плідного міхура (спонтанний або штучний), звертається увага на колір та кількість навколоплідних вод.

### **Оцінка загального стану роділлі**

Вимірювання температури тіла кожні 4 години.

Визначення параметрів пульсу кожні 2 години.

Вимірювання артеріального тиску - кожні 2 години.

Визначення кількості сечі визначають кожні 4 години.

### **Оцінка прогресування пологів**

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

### **Розкриття шийки матки**

Швидкість розкриття шийки матки оцінюється шляхом внутрішнього акушерського дослідження, яке проводять кожні 4 години. Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності показань:

спонтанний розрив плідних оболонок;

патологічна частота серцебиття плода (менше 110 або більше 170 ударів за хвилину);

випадіння пуповини;

у разі підозри на неправильне передлежання/вставлення голівки плода;

затримки прогресу пологів;

кровотечі (огляд в умовах операційної).

Якщо після додаткового внутрішнього акушерського дослідження прийнято рішення продовжувати консервативне ведення пологів, наступне акушерське дослідження проводять через 4 години від останнього.

Результати оцінки розкриття шийки матки заносяться до партограми.

### **Розкриття шийки матки у латентній фазі**

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

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

Якщо протягом 8 годин спостереження періодичні скорочення матки зникають або значно уповільнюються, слід зробити висновок щодо хибних пологів. У разі спонтанного припинення маткових скорочень немає необхідності у проведенні вагінального дослідження, якщо інші показання до його проведення відсутні.

Якщо через 8 годин спостереження періодичні скорочення матки тривають, а розкриття шийки матки залишається менше 3 см, слід оцінити наявність структурних змін шийки матки.

Якщо структурні зміни шийки матки відсутні слід зробити висновок на користь удаваних перейм.

Якщо відбуваються структурні зміни шийки матки (розм'якшення, згладження, розкриття) слід оцінити ступень зрілості шийки матки за шкалою Бішопа (див. додаток 2).

Якщо шийка матки «зріла» (6 або більше балів) робиться висновок на користь уповільненої латентної фази першого періоду пологів.

Якщо шийка матки «незріла» (5 або менше балів) тактика ведення має відповідати веденню удаваних перейм.

### **Розкриття шийки матки в активній фазі**

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

Якщо швидкість розкриття шийки матки становить менш, ніж 1 см/год (графік розкриття шийки матки знаходиться справа від Лінії уваги на партограмі), це вказує на «пролонговану активну фазу», яка може бути пов'язана зі слабкістю пологової діяльності.

Швидкість розкриття шийки матки менш, ніж 1 см/год за наявності цілого плідного міхура є абсолютним показанням до проведення амніотомії.

**Рутинне проведення ранньої амніотомії (до 5 см розкриття шийки матки) у разі нормального перебігу пологів не рекомендується.**

### **Частота та тривалість перейм**

Оцінка частоти та тривалості перейм проводиться щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі. Підраховують кількість перейм за 10 хвилин. Отримані дані заносять до партограми.

Наявність 2-х перейм за 10 хвилин в латентній фазі вважають адекватною пологовою діяльністю, в активній фазі - 3-5 перейм протягом 10 хвилин, кожна з яких триває 40 секунд або більше.

### **Просування голівки плода**

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

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

### **Знеболювання пологів за погодженням жінки**

Допомога роділлі подолати біль під час пологів є завданням медичних працівників та присутнього партнера. Зменшення больових відчуттів може бути досягнуто застосуванням простих немедикаментозних методів знеболювання:

максимальна психологічна підтримка та заспокоєння;

зміна положення тіла (див. Рисунок 1): заохочення роділлі до активних рухів; пропонують партнеру масажувати їй спину; погладжувати низ живота; тримати її руку і протирати обличчя вологою губкою між переймами; пропонують жінці дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих);

локальні натискання на крижову ділянку: під час перейми необхідно сильно натискати кулаком або зап'ястям на крижову ділянку. Роділля самостійно визначає місце та силу, з якою потрібно проводити натискання. Щоб утримати рівновагу, друга рука партнера розміщується спереду на передній верхній клубової ості. Між переймами натискання не проводять;

подвійне стискання стегон: роділля стоїть на руках і колінах, нахилившись уперед. Партнер кладе руки на сідничні м'язи тривало натискаючи всією долонею по діагоналі до центру таза жінки;

колінне натискання: роділля сидить рівно на стільці з розведеними колінами приблизно 10 см, ступні щільно опираються на підлогу. Партнер заходить перед нею і розміщає опорну частину долоні поверх великогомілкової кістки, тривало натискаючи на коліна в бік тазостегнових суглобів жінки, нахилившись у її сторону;

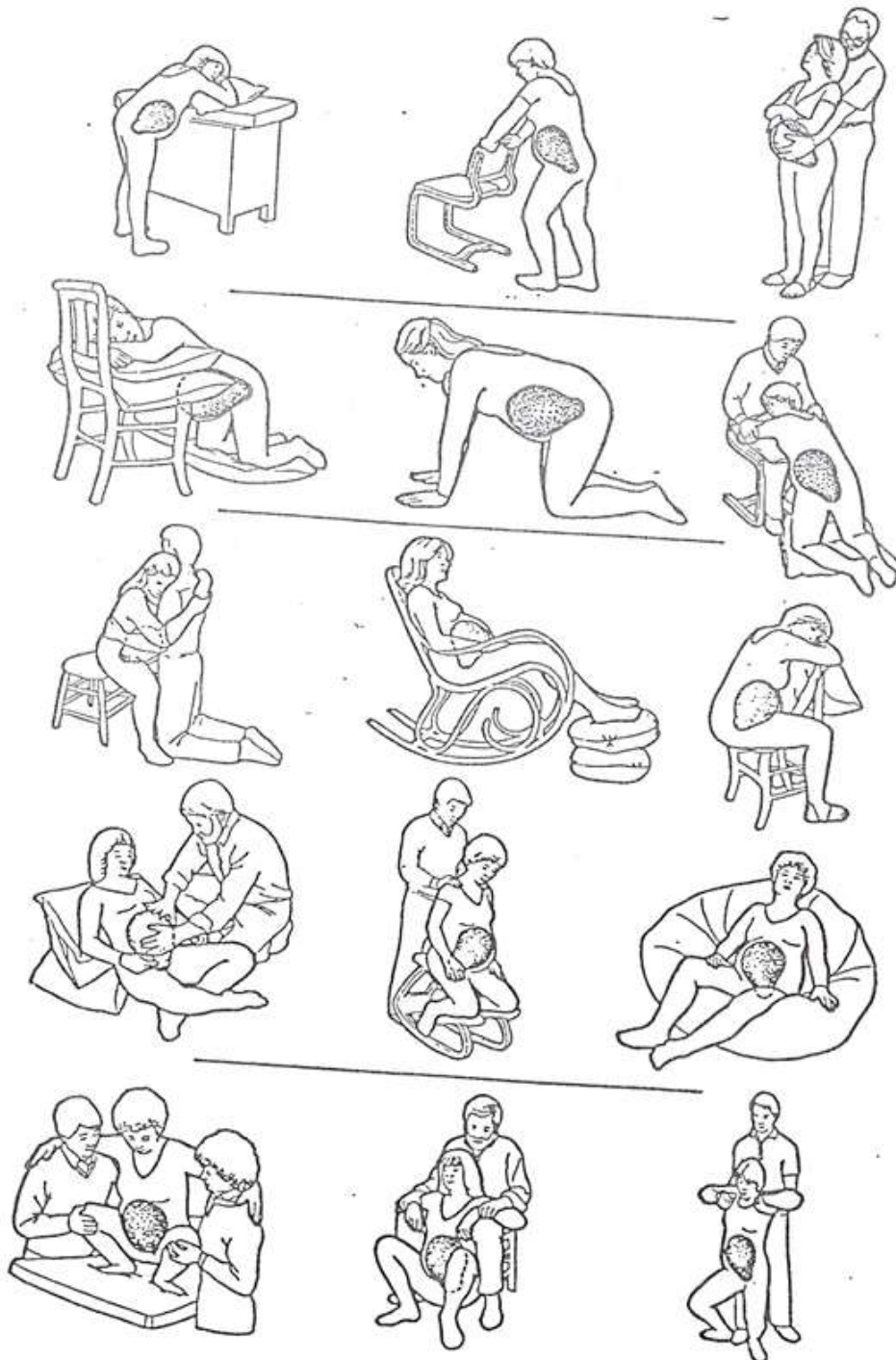
гідротерапія: прийом душу або занурення у воду з температурою 36-37°C у активній фазі (за можливості). Тривалість перебування у ванній чи душі залежить від бажання жінки, але необхідно постійно підтримувати температуру води у заданих межах і проводити термометрію у роділлі та води щогодини, щоб переконатися, що жінці комфортно і не стає холодно. Температура води не повинна бути вище 37,5°C.

Необхідно підтримувати ванни та басейни для пологів у чистоті, використовуючи протокол, погоджений з відділом мікробіології, а у випадку басейнів для пологів - відповідно до рекомендацій виробника.

Жінки не повинні потрапляти у воду (басейн для пологів або ванну) протягом 2 годин після прийому опіодів або якщо вони відчувають сонливість.

**Гідротерапію проводять обов'язково під наглядом медперсоналу!**

масаж: техніка масажу полягає у легкому поглажуванні живота, вібрації та розминанні рук, ніг та коміркової зони, сильні кругові рухи, тривале натискання на різні точки та область ромбу Міхаеліса.



**Рисунок 1.** Положення, що може прийняти жінка в пологах

За бажанням жінки можливе використання медикаментозного (системного) знеболення: неопіоїдна, опіоїдна, інгалаційна та регіонарна аналгезія (див. додаток 6).

Вимоги до медикаментозного знеболювання: знеболюючий ефект, відсутність негативного впливу на організм матері і плода, простота та доступність для усіх родопомічних закладів.

Якщо жінка наполегливо бажає регіонарного знеболення, необхідно повідомити про ризики та переваги, а також про можливі наслідки, приділивши додаткову увагу до переваг знеболення пологів немедикаментозним методом.

Перед проведення регіонарної аналгезії необхідно жінці надати інформацію щодо епідуральної аналгезії, включаючи наступне:

метод доступний лише в акушерських стаціонарах;

забезпечує більш ефективне знеболення, ніж опіоїди;

не пов'язано з тривалим болем у спині;

не пов'язано з більш тривалим першим періодом пологів або підвищеною ймовірністю кесаревого розродження;

може бути пов'язано з більш тривалим другим періодом пологів та підвищеною ймовірністю вагінальних інструментальних пологів;

супроводжується більш інтенсивним рівнем моніторингу та внутрішньовенним доступом.

#### **Догляд та спостереження за жінками з регіонарним знеболенням**

Перед початком регіонарної анальгезії завжди необхідно забезпечити внутрішньовенний доступ.

Не потрібно проводити навантажувальну інфузію рідини до проведення епідуральної аналгезії місцевими анестетиками низької концентрації та комбінованої спінально-епідуральної аналгезії.

Перед початком регіонарної аналгезії або після подальшого болюсу місцевого анестетика необхідно вимірювати артеріальний тиск кожні 5 хвилин протягом 15 хвилин і щогодини оцінювати рівень сенсорного блоку. Після встановлення регіонарної аналгезії та після кожного введення наступного болюсу місцевого анестетика необхідно проводити безперервну кардіотокографію принаймні 30 хвилин.

Заохочуйте жінок з регіонарним знеболенням рухатися та приймати будь-які вертикальні позиції, які вони вважають комфортними для себе протягом пологів.

Продовжуйте регіонарне знеболення до закінчення третього періоду пологів та будь-якого необхідного відновлення цілісності промежини.

Після підтвердження повної дилатації шийки матки у жінки з регіонарним знеболенням, якщо у роділлі не виникає бажання тужитись або не видно голівки дитини, потуги слід відкладати принаймні на 1 годину, якщо жінка цього бажає, після чого активно спонукайте її тужитись під час перейм. Не слід припиняти епідуральне введення місцевого анестетика під час перейм.

#### **4.4. Спостереження та допомога роділлі у II періоді пологів** **Профілактика інфекцій та інфекційний контроль**

Медичні працівники не допускаються до проведення фізіологічних пологів без проведення навчання, підготовки і перевірки знань щодо заходів попередження інфікування (стандартні, контактні, крапельні і повітряні) відповідно до Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України від 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.

Дотримання правил і практики гігієни рук здійснюється відповідно до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/зкладах надання соціальних послуг /соціального захисту населення, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1321/36943. Використання медичними працівниками засобів індивідуального захисту відповідно до наявних ризиків інфікування вагітної/породіллі, новонародженого та працівників Мінімальний комплект засобів індивідуального захисту включає: халат захисний від інфекційних агентів одноразовий, медична (хірургічна) маска, стерильні медичні рукавички, захисні окуляри або щиток. Дотримання правил і практик щодо безпечного поводження з гострими медичними виробами.

Адекватна обробка рук медичного персоналу (гігієнічна або антисептична залежно від маніпуляції, що планується) відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

#### **Оцінка стану плода**

Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультативної кожні 5 хвилин у ранню фазу другого періоду, та після кожної потуги у активну фазу.

#### **Оцінка загального стану роділлі**

Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу – кожні 15 хвилин.

#### **Оцінка прогресування пологів**

Оцінюють просування голівки по родовому каналу та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів.

#### **Рання фаза другого періоду пологів**

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

В ранню фазу слід забезпечити рухливість роділлі, а саме: заохотити її до активної поведінки та вільного ходіння. Вертикальне положення жінки та можливість вільно рухатись сприяють збереженню активної пологової діяльності та просуванню голівки плода.

В ранній фазі не слід примушувати роділлю тужитись, через те, що це призводить до втоми роділлі, порушення процесу внутрішнього повороту



голівки плода, травмування пологових шляхів і голівки, порушення стану плода та зайвим медичним втручанням.

### **Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів**

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

Слід надавати перевагу техніці «не регульованих фізіологічних потуг», коли жінка самостійно робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання.

Допустима тривалість другого періоду пологів:

у жінки, яка народжує вперше, до 2-х години;

у жінки, яка народжує повторно, до 1 години.

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

### **Положення жінки для народження дитини**

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

**Застосування епізіотомії не проводять під час фізіологічних пологів.**

### **Показання до епізіотомії:**

ускладнені вагінальні пологи (при тазовому передлежанні, дистоція плечиків, при накладенні акушерських щипців, вакуум-екстракції);

дистрес плода;

рубцеві зміни промежини, що є суттєвою перепоною для народження дитини.

Епізіотомію та епізіорафію проводять під знеболюванням.

Після народження голівки необхідно дати можливість плечикам розвернутись самостійно, при цьому перевірити чи немає обвивання пуповини навкруг шії. В разі тугого обвиття, пуповину необхідно перетнути між 2-х затискачів, при не тугому – послабити натягнення пуповини та дочекатися наступної потуги. **Не квапитись!**

У разі задовільного стану плода не слід намагатися народити плечики протягом тієї ж потуги, під час якої народилась голівка. Плечики можуть бути народжені під час наступної потуги.

Відразу після народження акушерка здійснює обсушування голови і тіла дитини попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, викладає дитину на живіт матері, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

Одночасно лікар-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог, здійснює первинну оцінку стану новонародженого.

## **4.5. Спостереження та допомога роділлі у III періоді пологів**

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів - активна та очікувальна.

### **1. Активне ведення третього періоду пологів**

Застосування методики активного ведення третього періоду пологів дозволяє знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.

Активне ведення третього періоду пологів слід запропонувати кожній жінці під час вагінальних пологів.

Роділля повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати добровільну письмову згоду на його проведення (див. додаток 1).

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

введення утеротоніків;

народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку;

масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

**Відсутність одного з компонентів – виключає активне ведення III періоду пологів**

**Введення утеротоніків**

**Крок 1:**

протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, за його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово.

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти препарату.

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

**Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину**

**Крок 2:**

перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці.

**Крок 3:**

покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона;

тримати пуповину у стані легкого натягнення та дочекатись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину).

**Не тягніть за пуповину до початку скорочення матки, просто утримуйте пуповину в стані легкого натягнення.**

**Крок 4:**

одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (**тракція**) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти;

під час тракції продовжувати проводити другою рукою **контртракцію** у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона);

якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натягнення, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку; одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію.

**Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки над лоном!**

#### **Крок 5:**

після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, щоб скрутити оболонки, повільно підтягують плаценту вниз; у разі обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичка та видаляють їх залишки;

уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо частина материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами необхідно застосувати відповідні для цього заходи;

за відсутності народження плаценти протягом 30 хвилин після народження плода під адекватним знеболенням проводять ручне відділення плаценти і виділення посліду.

**У разі виникнення кровотечі – ручне відділення плаценти та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.**

#### **Масаж матки**

##### **Крок 6:**

після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною.

В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х годин, щоб упевнитись в тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.

#### **2. Очікувальне ведення третього періоду пологів**

Після закінчення пульсації пуповини, акушерка перетискає та перетинає пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'яних виділень.

При появі ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова), жінці пропонують «натужитись», що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відділення плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду.

**Огляд нижніх відділів пологових шляхів обережно проводять після пологів за допомогою тампонів. Показанням до огляду за допомогою вагінальних дзеркал є наявність кровотечі, оперативних вагінальних пологів, стрімких пологів або пологів поза закладом охорони здоров'я.**

#### **4.6. Оцінка стану новонародженого та послідовність дій при здійсненні медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною**

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини, акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину.

Акушерка здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини у пологовій залі. При порушенні стану новонародженого інформує про це лікаря-неонатолога, а за його відсутності лікаря-акушера-гінеколога.

За появи пошукового і смоктального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері), акушерка допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.

Через 30 хв. після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого (Форма 097/о).

Після проведення контакту матері і дитини «очі в очі» акушерка, після обробки рук, проводить новонародженому профілактику офтальмії розчином декаметоксину (1 мл розчину містить декаметоксину в перерахунку на 100% речовину 0,2 мг). В очі закачують по 2 краплі після народження і через 2 години після пологів.

Контакт «шкіра-до-шкіри» проводиться не менше 2-х годин у пологовій залі, за умови задовільного стану матері та дитини.

Після завершення контакту «шкіра-до-шкіри» акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клемування пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітини, зважування.

Лікар-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог, перед переведенням дитини та матері в палату спільного перебування здійснює первинний лікарський огляд новонародженого

Акушерка (медична сестра) одягає дитині чисті повзуни, сорочку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг.

Дитина разом з матір'ю накривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка (див. додаток 5).

#### **4.7. Післяпологовий догляд**

Післяпологовий період – починається відразу після закінчення пологів і триває до 42 діб. 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, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем після великого навантаження під час вагітності та пологів.

**Пізній післяпологовий період** настає через 2 години після пологів і триває до 42 діб. Під час цього періоду відбувається зворотний розвиток всіх органів та систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

#### **Основні принципи післяпологового догляду**

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:

Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них.

Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки:

протягом перших двох годин - кожні 15 хвилин;

протягом третьої години - кожні 30 хвилин;

протягом наступних трьох годин - кожні 60 хвилин;

протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні - один раз на добу.

Виконання вправ післяпологової гімнастики.

2. Підтримка раннього грудного вигодовування:

Контакт «шкіра до шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодуванні, яка буде найбільш комфортною, як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття.

Захищає новонародженого від інфекцій

3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі:

Надання матері точної та вичерпної інформації протягом всього післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого, придбані навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищать відчуття впевненості в собі, а також нададуть можливість своєчасно звернутись за допомогою в разі необхідності.

Проведення консультування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.

#### **4.8. Виписка породіллі зі стаціонару**

##### **Виписка породіллі зі стаціонару проводиться**

Після оцінки стану матері:

відсутність скарг;

стабільні показники гемодинаміки;

відсутність кровотечі;

відсутність ознак інфікування.

Коли мати навчена догляду та нагляду за дитиною.

При відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породіллі з новонародженим виписується через повні 2 доби.

Коли мати проконсультована з питань вигодування новонародженого, післяпологової контрацепції та основних загрозливих симптомів післяпологового періоду.

**Загрозливі симптоми в післяпологовому періоді:**

Загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді	Загрозливі стани дитини, при яких потрібна допомога
вагінальна кровотеча (використання 2-3 прокладок за 30 хв.); підвищення температури тіла; утруднення дихання; біль у животі; біль молочних залоз та сосків; біль у промежині; нетримання сечі, біль / утруднення при сечовиділенні; гнійні / з неприємним запахом виділення з піхви.	дитина погано смокче груди; дитина млява або збудлива; у дитини виникли судоми; у дитини порушення дихання; дитини гіпертермія, або гіпотермія; визначається набряк, гіперемія або нагноювання пупкової ранки; у дитини блювання або діарея.

## **V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ**

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнта (КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до КМП, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за посиланням <http://www.drlz.kiev.ua/>.

### **5.1. Первинна медична допомога**

#### **1. Кадрові ресурси**

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі акушери-гінекологи, середній медичний персонал.

#### **2. Матеріально-технічне забезпечення**

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

### **5.2. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога**

#### **1. Кадрові ресурси**

Лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-анестезіологи, лікарі-неонатологи, середній медичний персонал, який бере участь у наданні вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізована) медичної допомоги вагітним під час пологів.

#### **2. Матеріально-технічне забезпечення**

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби:

Засоби, що підвищують тонус та скоротливу активність міометрія: окситоцин.

Засоби для місцевої анестезії: бупівакаїн, лідокаїн, ропівакаїн.

## **VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

### **6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги**

1. Наявність у лікарів акушерів-гінекологів, які надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, КМП з ведення фізіологічних пологів.

2. Відсоток пацієнток, яким було проведено фізіологічні пологи, із загальної кількості вагітних.

### **6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги**

1. Наявність у лікарів акушерів-гінекологів, які надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, КМП з ведення фізіологічних пологів.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора:

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних протоколів медичної допомоги в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2022 рік - 90 %

2023 рік та подальший період - 100 %.

Інструкція з обчислення індикатора:

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями акушерами-гінекологами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних



адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ведення фізіологічних пологів.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями акушерами-гінекологами. Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнток, яким було проведено фізіологічні пологи, від загальної кількості вагітних.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: родопомічний лікувальний заклад, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями-акушерами-гінекологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Історії вагітності і пологів (Форма 096/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів-акушерів-гінекологів, зареєстрованих в районі обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

Знаменник індикатора складає загальна кількість вагітних. Джерелом інформації є:

Історія вагітності і пологів (Форма 096/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість вагітних, яким було проведено фізіологічні пологи.

Джерелом інформації є:

Історія вагітності і пологів (Форма 096/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги**

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Фізіологічні пологи», 2021.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2011 року № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 19 січня 2012 року за № 68/20381.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29 «Про внесення змін до первинних облікових форм та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами», зареєстрований у Міністерстві юстиції України від 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.

10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 вересня 2020 року № 2136 «Деякі питання ведення Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2020 року за № 952/35235.

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2020 року № 2755 «Про затвердження Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 січня 2021 року за № 44/35666.

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 грудня 2020 року № 2857 «Про внесення змін до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу».

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 квітня 2021 року № 792 «Про затвердження тринадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2021 року № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 червня 2021 року за № 728/36350.

15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940.

**Генеральний директор  
Директорату медичних послуг**

**Олександра МАШКЕВИЧ**

Додаток 1  
до Уніфікованого клінічного  
протоколу первинної, вторинної  
(спеціалізованої) та третинної  
(високоспеціалізованої) медичної  
допомоги «Фізіологічні пологи»  
(пункт 4.5 розділу IV)

### **Інформована згода пацієнтки на активне ведення третього періоду пологів**

Весь процес пологів складається з трьох періодів:

I-й період розкриття шийки матки

II-й період народження дитини

III-й період народження дитячого місця (посліду); він ще називається – послідовий період. Існує два способи ведення цього періоду: очікувальний та активний.

**ФІЗІОЛОГІЧНЕ ВЕДЕННЯ III ПЕРІОДУ** (очікувальне) – самостійне відшарування плаценти від стінки матки за рахунок самостійного скорочення матки і Вашої допомоги – натуг (ми просимо Вас «натужитись»). Триває III період від 5 до 30 хвилин і при цьому крововтрата становить приблизно 0,5% маси тіла пацієнтки (вставила).

**АКТИВНЕ ВЕДЕННЯ III ПЕРІОДУ** - Вам роблять внутрішньо-м'язеву ін'єкцію препарату, який скорочує матку (це може бути окситоцин) на першій хвилині після народження дитини.

Через декілька хвилин після введення препарату відбудеться відділення плаценти від стінок матки, і акушерка з вашою допомогою (просимо Вас „натужитись”) шляхом легкого підтягування за пуповину допоможе посліду народитись.

Препарати, що використовують для скорочення матки, можуть підвищити кров'яний тиск, викликати нудоту і блювання, болючість у ділянці ін'єкції і болючі скорочення матки, але це не є обов'язковим.

Під час пологів ми Вас інформуємо про це і просимо Вашої згоди на активне ведення послідового періоду.

Я \_\_\_\_\_ (не) згідна

на активне ведення третього періоду пологів.

У випадку, коли пацієнтка недієздатна, згоду дає опікун.

Дата \_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_

---

Додаток 2  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної, вторинної (спеціалізованої) та  
третинної (високоспеціалізованої)  
медичної допомоги «Фізіологічні пологи»  
(пункт 4.3 розділу IV)

**Оцінка ступеня «зрілості» шийки матки**  
**Модифікована шкала Е.Н. Bishop (J. Burnett, 2008)**

Об'єкт характеристики	Бал			
	0	1	2	3
Відкриття зовнішнього вічка, см	<1	1–2	2–4	>4
Довжина шийки матки, см	>4	2–4	1–2	<1
Положення голівки плода	-3 над входом	-2 притиснута до входу в малий таз	-1/0 малий сегмент	+1/+2 великий сегмент
Консистенція шийки матки	щільна	розм'якшена	м'яка	-(м'яка)
Положення шийки матки щодо провідної вісі тазу	зміщена до крижів	між крижами і провідною віссю тазу (центрована)	- (центрована)	- (центрована)

Інтерпретація бальної оцінки:

- «незріла» – 0–5 балів;
- «недостатньо зріла» – 6–7 балів;
- «зріла» – 8–13 балів.

Додаток 3  
до Уніфікованого клінічного  
протоколу первинної, вторинної  
(спеціалізованої) та третинної  
(високоспеціалізованої) медичної  
допомоги «Фізіологічні пологи»  
(пункт 3.2 розділу III)

## Використання партограми

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

Впровадження та правильне використання партограми значно покращує якість спостереження за роділлею та результати пологів. Використання партограми дозволяє:

- рано виявити незадовільний прогрес у пологах;
- попередити розвиток тривалих пологів (більше 16 годин);
- рано виявити тазо-головну диспропорцію (клінічно вузький таз);
- своєчасно прийняти обґрунтоване рішення щодо подальшої тактики ведення пологів;
- визначити обсяг необхідних втручань;
- знижити частоту кесаревого розтину та пологодісилення окситоцином;
- зменшити частоту інтранатальної загибелі плода.

### Правила використання партограми

Партограма використовується під час першого періоду пологів.

Ведення партограми слід розпочати за наявності наступних умов:

дві або більше перейми протягом 10 хвилин, кожна тривалістю 20 секунд або більше;

відсутні ускладнення вагітності та пологів, які вимагають термінових лікувальних заходів або екстреного розродження.

Партограма заповнюється під час пологів, а не після їх закінчення.

Партограма має знаходитись у пологовій кімнаті;

Заповнення та інтерпретацію партограми здійснює навчений медичний персонал (лікар або акушерка);

Ведення партограми припиняється, якщо виникли ускладнення, що потребують негайного розродження і подальші записи ведуть в історії пологів.

### Складові частини партограми

Партограма складається з трьох основних компонентів:

**I - стан 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 палати, тривалість безводного проміжку на момент надходження до пологової палати (якщо плідний міхур цілий, ставлять прочерк), № історії пологів.

**Шкала «Час»** відображає реальний час (годин / хвилин) з моменту надходження до пологової палати та протягом пологів.

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

Значення часу відображається зліва від вертикалі, якій це значення відповідає.

Відповідно до цієї шкали здійснюються всі записи на партограмі у графах, що розташовані вище та нижче шкали «Час» (див. Рисунок 2).

## **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 плоду. Кожна клітина по горизонталі представляє собою проміжок часу в 15 хв. Ділянки графі нижче 100 уд. хв. та вище 180 уд./хв. вказують на „тяжку брадикардію” та „тяжку тахікардію” відповідно, які, в свою чергу, є ознаками дистресу плода.

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

Частоту серцевих скорочень плода підраховують і заносять до партограми кожні 15 хвилин.

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

Відображається у вигляді позначки (●), яка наноситься на перехрестя між горизонталлю, що відповідає значенню ЧСС плоду, та вертикаллю, що відповідає реальному часу на момент реєстрації ЧСС. Всі позначки з'єднуються лініями, утворюють графік. (див. Рисунок 2)

### **Навколоплідні води**

Кожна клітина графі відповідає проміжку часу в 30 хв.

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

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

Запис здійснюється наступним чином:

**Якщо плідний міхур цілий – літера „Ц” (Цілий);**

**Навколоплідні води прозорі**– літера „П” (Прозорі);  
**Меконіальне забарвлення вод** – літера „М” (Меконій);  
**Води, забарвлені кров`ю** – літера „К” (Кров)

Слід пам'ятати, що літера має бути вписана у клітину, що розташована справа від вертикалі, яка відповідає певному значенню реального часу шкали „Час” (див. Рисунок 2).

### **Конфігурація голівки плода**

Кожна клітина графи відповідає проміжку часу в 30 хв.

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

Запис здійснюють наступним чином:

**Кістки черепа роз'єднані сполучною тканиною, шви легко пальпуються, конфігурація голівки плода відсутня «0»;**

**Кістки стикаються одна з одною, шви не визначаються (конфігурація I ст.) «+»;**

**Кістки знаходять одна на другу (конфігурація II ст.) «++» або «2+»;**

**Кістки значно знаходять одна на другу (конфігурація III ст.) «+++» 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» (див. Рисунок 2).

**Конфігурація голівки III ступеня у поєднанні із призупиненням розкриття шийки матки та/або відсутністю опускання голівки плода на фоні активної пологової діяльності є ознакою клінічно вузького тазу.**

## **II - Перебіг пологів**

### **Розкриття шийки матки**

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

Графа розподілена на латентну та активну фази.

**Латентна фаза** – це період, коли розкриття шийки матки становить менш, ніж 3 см.

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

В нормі тривалість латентної фази не повинна перевищувати 8 годин.

**Активна фаза** – це період розкриття шийки матки від 3 до 9 сантиметрів. Тривалість активної фази залежить від темпу розкриття шийки матки.

Частина графи, що відповідає активній фазі має дві більш темні похилі лінії – Лінію уваги та Лінію дії.

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

Лінія уваги відповідає темпу розкриття шийки матки 1 см/год.



**Швидкість розкриття шийки матки 1 см/год в активну фазу першого періоду пологів є мінімальною нормальною як для жінок, що народжують вперше, так й для жінок, що народжують повторно.**

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

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

Результати оцінки розкриття шийки матки відмічають 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 (див. Рисунок 2).

Особливості нанесення розкриття шийки матки

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

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

Можливі наступні варіанти:

Варіант 1:

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

Варіант 2:

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

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

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

Для цього знайдіть місце, у якому перехрещуються горизонтальна лінія, що відповідає значенню розкриття шийки матки, та Лінія уваги. На це місце слід поставити X. З'єднайте обидва X, що знаходяться на одній горизонталі дугоподібною переривистою лінією, яка символізує перенос (див. Рисунок 2).

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

Відносно часу, який перенесено виконують перенос всіх показників прогресування пологів (перейми за 10 хвилин, опускання голівки плода), стану матері

(пульс, артеріальний тиск, температура, сеча) та плода (ЧСС, стан навколоплідних вод, конфігурація голівки плода) на даний час.

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

**Якщо жінка надходить до пологової зали в активній фазі I періоду пологів, значення розкриття шийки матки наноситься зразу 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 плода надалі здійснюють від цього часу.

### **Інтерпретація**

Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться зліва від Лінії уваги це свідчить про те, що темп розкриття шийки матки більше 1 см/год. Такий перебіг першого періоду пологів вважається нормальним. Проводиться спостереження.

Якщо графік розкриття шийки матки знаходиться безпосередньо на Лінії уваги, це свідчить про те що темп розкриття шийки матки дорівнює 1 см/год. Слід пам'ятати, що це мінімальна нормальна швидкість розкриття шийки матки в активній фазі першого періоду пологів як для жінок, які народжують вперше, так і для жінок, які народжували. Проводиться ретельне спостереження, втручання у перебіг пологів не показані.

Якщо графік розкриття шийки матки заходить 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 або неправильним вставленням голівки плода.

У цьому випадку проводять ретельну оцінку акушерської ситуації з метою з'ясування причини затримки розкриття шийки матки та приймають рішення щодо необхідного лікування такого стану.

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

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

повна оцінка стану матері, плода та акушерської ситуації;

за наявністю показань (дистрес плода, клінічно вузький таз, неефективне пологопідсилення) – кесарів розтин;

у разі продовження консервативного ведення пологів - пологопідсилення окситоцином, якщо це не було зроблено раніше. Внутрішнє акушерське дослідження проводять через кожні дві години. Якщо не вдалося досягти темпу розкриття шийки матки 1см/год між будь якими з цих досліджень (тобто графік розкриття шийки матки не є паралельним Лінії дії) – розродження шляхом кесарева розтину.

**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. (див. Рисунок 1)

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

**Коли голівка пальпується на 2/5 над верхнім краєм симфізу це означає, що голівка великим сегментом пройшла площину входу в таз;**

**Коли голівка пальпується менш ніж на 2/5 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 визначають та відмічають на партограмі безпосередньо перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням.

Результати оцінки опускання голівки плода відмічають на партограмі позначкою (O), що має бути розташована на перехресті між горизонталлю, яка відповідає кількості пальців на ширину яких голівку пальпують 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.(див. Рисунок 2)

**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 7-8 см.**

### Перейми за 10 хвилин

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

Кількість та тривалість перейм підраховують протягом 10 хвилин.

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

 - менше 20 секунд     - від 20 до 40 секунд     - більше 40 секунд

Кількість та тривалість перейм визначають та відмічають на партограмі щогодини в латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі.

**Штриховка завжди здійснюється справа від вертикалі яка відповідає певному значенню часу (див. Рисунок 2).**

### III - Стан жінки

#### Пульс та артеріальний тиск

Вертикальна вісь графі одночасно відображає артеріальний тиск та частоту пульсу.

Артеріальний тиск та частоту пульсу визначають та відмічають на партограмі кожні 2 години.

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

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

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

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

**Об'єм виділеної сечі** визначають та відмічають на партограмі після кожного сечовипускання (нагадуйте жінці про необхідність сечовипускань кожні 2-4 години) та відмічають справа від вертикалі, яка відповідає значенню часу.

Білок та ацетон сечі визначаються за показаннями.

#### Окситоцин

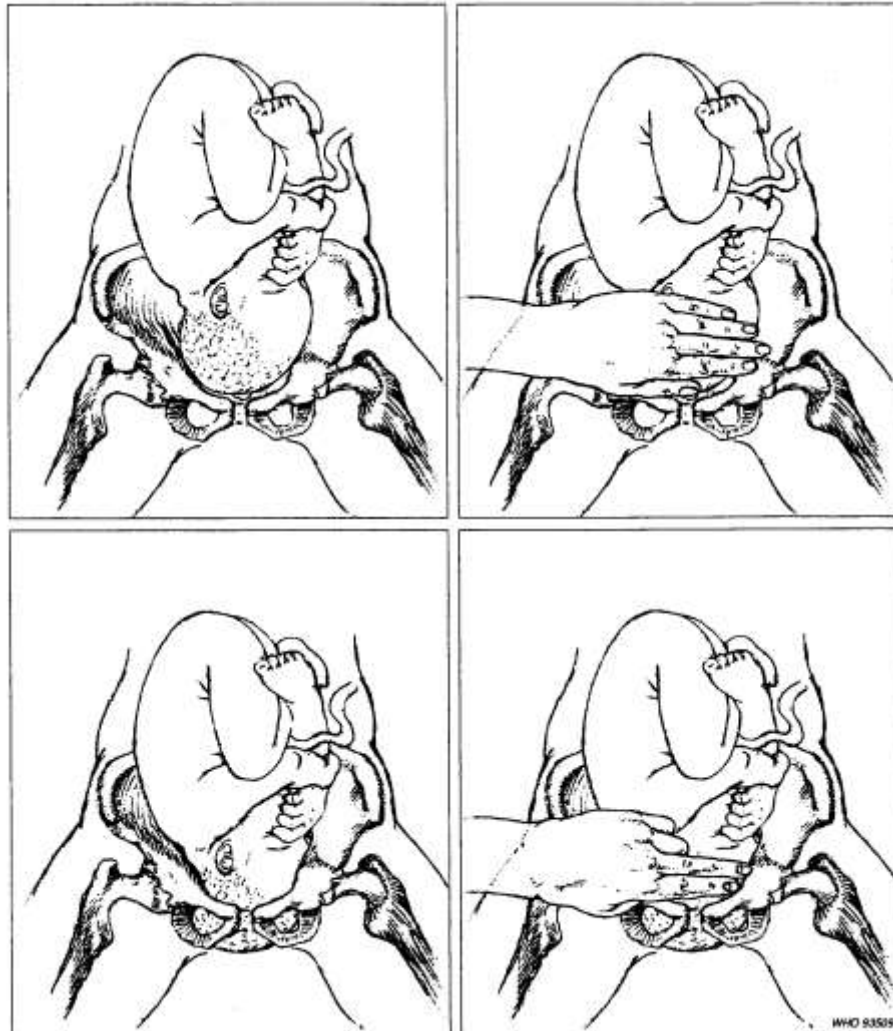
Заповнюють у разі стимуляції пологової діяльності.

Верхній рядок графі призначений для запису дози окситоцину, у розрахунку на 1 літр 0,9% розчину хлориду натрію.

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

### Призначені ліки

Заповнюють у разі застосування медикаментів.

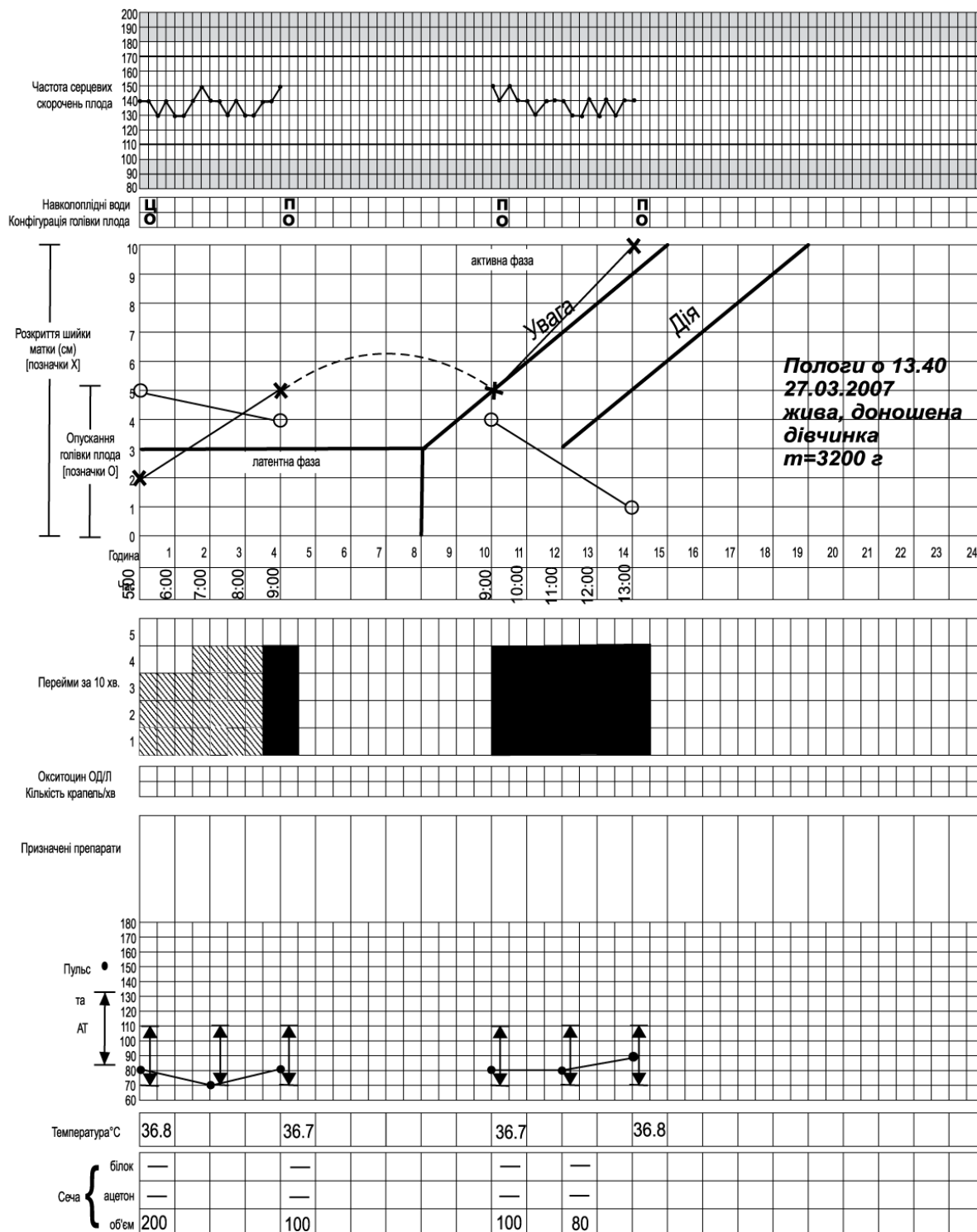


**Рисунок 1.** Визначення опускання голівки плода шляхом абдомінальної пальпації

Партограма (вкладиш до історії пологів № 234 )

ПІБ *Марія О.* Вагітність *1* Кількість пологів в анамнезі *0*

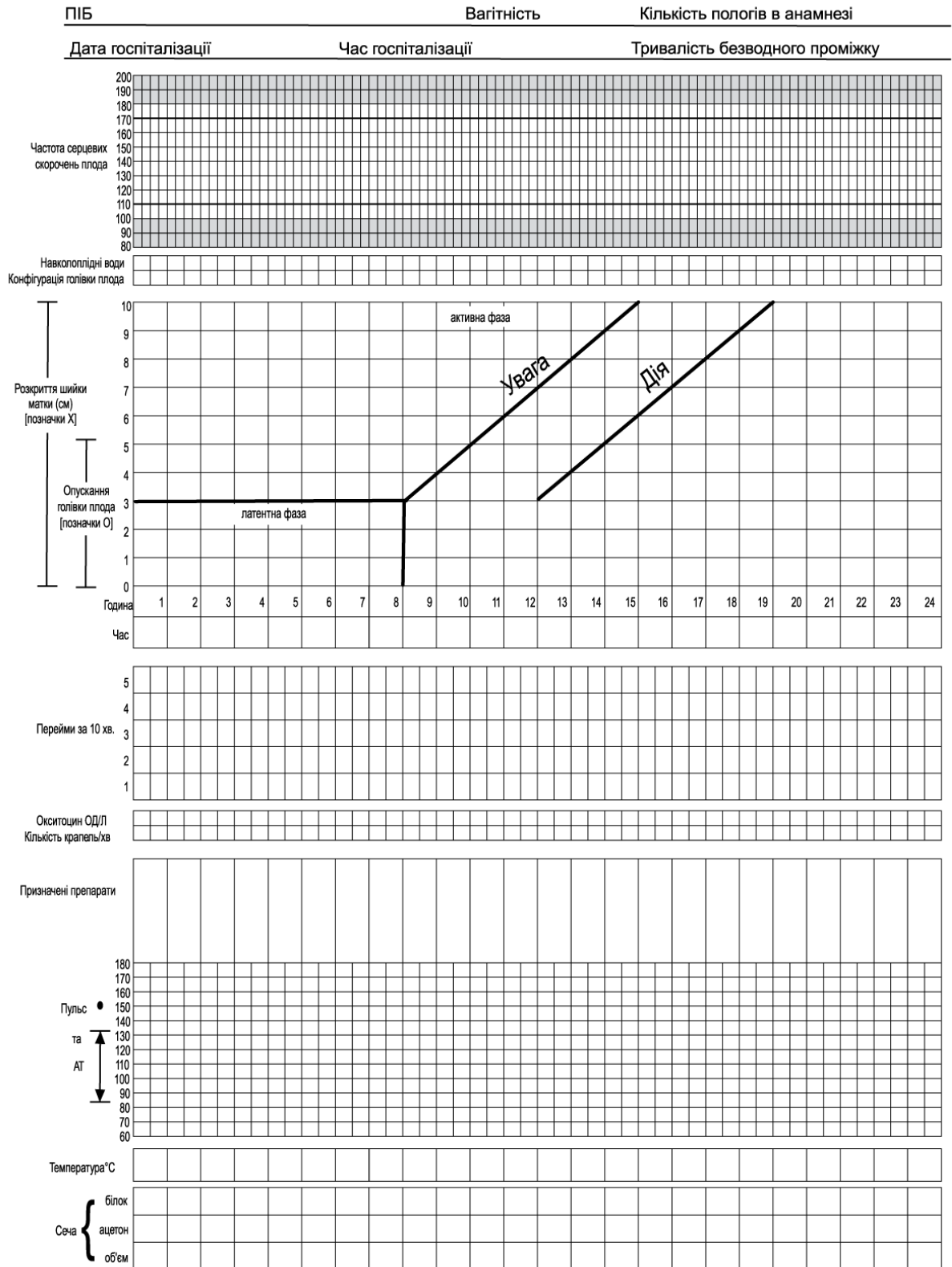
Дата госпіталізації *27.03.2007* Час госпіталізації *5.00* Тривалість безводного проміжку —



Діагноз:

Рисунок 2. Приклад відображення на партограмі показників пологів

Партограма (вкладиш до історії пологів № \_\_\_\_\_ )



Діагноз:

Рисунок 3. Партограма

Додаток 4  
до Уніфікованого клінічного  
протоколу первинної, вторинної  
(спеціалізованої) та третинної  
(високоспеціалізованої) медичної  
допомоги «Фізіологічні пологи»  
(пункт 4.3 розділу IV)

### Опис особливостей записів кардіотокографа

Опис	Особливість		
	Базова лінія (уд/хв)	Базова варіабельність (уд/хв)	Уповільнення
Задовільний	Від 110 до 160	Від 5 до 25	Жоден або ранній Змінні уповільнення без будь-яких характеристик * менше 90 хвилин
Незадовільний	Від 100 до 109 † АБО Від 161 до 180	Менше 5 за 30-50 хвилин АБО Більше 25 протягом 15-25 хвилин	Змінні уповільнення без будь-яких характеристик * протягом 90 хвилин або більше АБО Змінні уповільнення з будь-якими характеристиками * при 50% скорочень протягом 30 хвилин або більше АБО Змінні уповільнення з будь-якими характеристиками * при більш ніж 50% скорочень протягом менше 30 хвилин АБО Пізнні уповільнення у більш ніж 50% скорочень протягом менше 30 хвилин, без клінічних факторів ризику для матері та плода, таких як вагінальна кровотеча або значна кількість меконію
Аномальний	Нижче 100 АБО Понад 180	Менше 5 для більш ніж 50 хвилин АБО Більше 25 для більш ніж 25 хвилин АБО синусоїдальний	Змінні уповільнення з будь-якими характеристиками * у більш ніж 50% скорочень для 30 хвилин (або менше, якщо є клінічні фактори ризику для матері та плода) АБО Пізнні уповільнення протягом 30 хвилин (або менше, якщо є клінічні фактори ризику для матері та плода) АБО Гостра брадикардія або одноразове тривале уповільнення тривалістю 3 хвилини і більше



### Ведення пологів на основі інтерпретації записів кардіотокографа

Категорія	Визначення	Ведення
Звичайний	Всі ознаки задовільні	Продовжити КТГ (якщо вона не була розпочата через занепокоєння, що виникають внаслідок періодичної аускультатції і відсутні постійні фактори ризику; Обговорити із жінкою та її партнером те, що відбувається
Підозрілий	1 незадовільна ознака ТА 2 задовільні ознаки	Виправити будь-які основні причини, такі як гіпотонія або гіперстимуляція матки Виконати повний набір материнських спостережень Почати 1 або більше консервативних заходів* Повідомте лікаря-акушера або старшу акушерку Документуйте план перегляду всієї клінічної картини та результатів КТГ Обговоріть із жінкою та її партнером те, що відбувається, та врахуйте її уподобання
Патологічний	1 аномальна ознака АБО 2 незадовільні ознаки	Провести огляд лікаря-акушера та старшої акушерки Виключити гострі події (наприклад, випадіння пуповини, підозра на відшарування плаценти або підозра на розрив матки) Виправити будь-які основні причини, такі як гіпотонія або гіперстимуляція матки Почати 1 або більше консервативних заходів* Поговоріть із жінкою та її партнером (и) про те, що відбувається, та врахуйте її уподобання Якщо запис кардіотокографа все ще є патологічним після проведення консервативних заходів: провести подальший огляд у лікаря-акушера та старшої акушерки запропонувати стимуляцію шкіри голови плода і задокументуйте результат Якщо запис кардіотокографа все ще патологічний після стимуляції шкіри голови плода: розглянути питання забору крові у плода з голівки розглянути можливість прискорення пологів враховувати переваги жінки
Необхідність термінового втручання	Гостра брадикардія або одноразове тривале уповільнення	Терміново звернутися до акушерської допомоги Якщо сталася гостра подія (наприклад, випадіння пуповини, підозра на відшарування плаценти або підозра на розрив матки), прискорте народження

<b>Категорія</b>	<b>Визначення</b>	<b>Ведення</b>
	3 хвилини або більше	дитини Виправити будь-які основні причини, такі як гіпотонія або гіперстимуляція матки Почати 1 або більше консервативних заходів * Зробіть підготовку до термінових пологів Поговоріть із жінкою та її партнером про те, що відбувається, та врахуйте її уподобання Прискорте народження дитини, якщо гостра брадикардія зберігається протягом 9 хвилин Якщо частота серцевих скорочень плода відновлюється в будь-який час до 9 хвилин перегляньте будь-яке рішення щодо прискорення пологів в обговоренні з жінкою

---

Додаток 5  
до Уніфікованого клінічного  
протоколу первинної, вторинної  
(спеціалізованої) та третинної  
(високоспеціалізованої) медичної  
допомоги «Фізіологічні пологи»  
(пункт 4.6 розділу IV)

## **Організаційні умови забезпечення підтримки теплового ланцюжка**

Ці заходи впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$  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).

### **Десять кроків теплового ланцюжка**

#### **1. Тепла пологова кімната (операційна).**

Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища  $25^{\circ}\text{C}$  –  $28^{\circ}\text{C}$ .

Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

#### **2. Негайне обсушування дитини.**

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

#### **3. Контакт «шкіра-до-шкіри».**

Контакт «шкіра-до-шкіри» запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше 2-х годин.

З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксілярній ділянці електронним термометром.

#### 4. Грудне вигодовування.

Грудне вигодовування треба починати як можна раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакті «шкіра-до-шкіри». Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

#### 5. Відкласти зважування та купання.

Купання та зважування новонародженого відразу після народження призводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти.

Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома.

Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту «шкіра-до-шкіри» перед переведенням в палату спільного перебування.

#### 6. Правильно одягнути та загорнути дитину.

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи.

У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

#### 7. Цілодобове спільне перебування матері та дитини.

За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньолікарняної інфекції.

#### 8. Транспортування в теплих умовах.

Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення (палату), медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю.

При народженні дитини шляхом кесаревого розтину, новонароджений транспортується в кувезі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

#### 9. Реанімація в теплих умовах.

Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатню кількість тепла, в зв'язку з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів у теплих умовах.

#### 10. Підвищення рівня підготовки та знань.

Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка.

Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

---

Додаток 6  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної, вторинної (спеціалізованої) та  
третинної (високоспеціалізованої)  
медичної допомоги «Фізіологічні пологи»  
(пункт 4.3 розділу IV)

### **Інформована добровільна згода роділлі на знеболення пологів**

Я, (П.І.Б.) \_\_\_\_\_, отримала детальні роз'яснення з приводу маніпуляції – знеболення пологів та відсутність у мене протипоказів до даної маніпуляції.

Я, підтверджую, що повідомила лікаря-анестезіолога про: всі проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям, у тому числі про алергічні реакції; відомі мені травми, захворювання, операції та анестезії, перенесені мною; спадковість, шкідливі звички.

Я, була проінформована про: мету, необхідність, характер і особливості маніпуляції – знеболення пологів, її можливі наслідки/ускладнення, а також про те, що належить мені робити під час її проведення.

Лікар-анестезіолог пояснив ризики даної маніпуляції, запропонував мені альтернативні методи анальгезії та розповів про очікувані результати.

Мені було, в доступній для мене формі пояснено, що всі різновиди анальгезії пологів пов'язані з певним ризиком виникнення ускладнень, включаючи віддалений період: анафілактоїдні/анафілактичні реакції; пригнічення дихання; втрата чутливості/рухів (травма нервового корінця); епідуральна гематома/абсцес; інфікування місця пункції; втрата свідомості; судомний напад; порушення ритму серця; зупинка серця (внутрішньосудинне введення місцевого анестетика); постпункційний головний біль та інше. При розвитку вищевказаних ускладнень згодна на проведення всіх потрібних діагностичних/лікувальних заходів та не буду мати претензій до медичного персоналу.

Усвідомлюю, що обрана анестезіологічна тактика, яка буде використовуватися в моєму випадку, визначається багатьма факторами, в тому числі - моїм загальним станом та бажанням.

Лікар анестезіолог проінформував мене про техніку проведення та очікувані результати запропонованого мені різновиду анальгезії пологів (відмітити):

<b>Вибір анальгезії</b>	<b>Різновиди анальгезії пологів</b>
-------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/>	Епідуральна анальгезія
<input type="checkbox"/>	Субарахноїдальна анальгезія
<input type="checkbox"/>	Каудальна анальгезія
<input type="checkbox"/>	Медикаментозна анальгезія (в/в, в/м)
<input type="checkbox"/>	Інгаляційна анальгезія

Я підтверджую, що перечитала та зрозуміла все вищеперераховане, мала можливість обговорити з лікарем всі незрозумілі для мене питання, що пов'язані з проведенням знеболення пологів. На всі задані мною запитання, я отримала задовольняючі мене відповіді.

**(записати «даю», при згоді на проведення маніпуляції)**

Я, добровільно \_\_\_\_\_ свою згоду на проведення мені маніпуляції - знеболення пологів в запропонованому обсязі.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р

Підпис пацієнта: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /.

\_\_\_\_\_