

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра акушерства та гінекології

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
За спеціальністю 222 «Медицина»
на тему:
ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ

Виконала: студентка 6 курсу, групи 3
медичного факультету №1
спеціальності «Медицина»
Кохан Марта Олександрівна

Керівник: к. мед. наук,
доцент кафедри акушерства і
гінекології Буковинського
державного медичного університету,
Ніцович Ігор Романович

Рецензенти: завідувач кафедри
акушерства та гінекології
Буковинського державного медичного
університету, д. мед. наук
Бербець Андрій Миколайович;
доцент закладу вищої освіти,
к. мед. наук Семеняк Аліна Вікторівна

Чернівці-2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЩОДО ЗНЕБОЛЕННЯ ПІД ЧАС ПОЛОГІВ.....	
1.1. Фізіологічні та психологічні аспекти болю під час пологів.....	
1.2. Сучасні методи знеболення: класифікація та загальна характеристика.....	
1.3. Фармакологічні методи знеболення (епідуральна, спінальна, загальна анестезія тощо).....	
1.4. Нефармакологічні методи знеболення (психопрофілактична підготовка, дихальні техніки, водні пологи, акупунктура тощо).....	
1.5. Можливі ускладнення та побічні ефекти знеболення для породіллі	
РОЗДІЛ 2. АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ У ПОЛОГАХ...	
2.1. Біомеханізм пологів і роль знеболення під час їх перебігу.....	
2.2. Варіанти методів знеболення в акушерстві: спінальна/епідуральна, ендотрахеальна анестезія та пологи без знеболення.....	
2.3. Уплив знеболення на стан породіллі під час пологів і в ранньому післяпологовому періоді.....	
2.4. Уплив знеболення на стан плода внутрішньоутробно і новонародженого (результати шкали Апгар, метаболічні показники)	
2.5. Ризики й ускладнення для плоду при застосуванні різних видів знеболення.....	
РОЗДІЛ 3. МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ МЕТОДІВ ЗНЕБОЛЕННЯ	
3.1. Дизайн дослідження та критерії залучення / вилучення учасників.....	
3.2. Характеристика груп спостереження й особливості застосованих методів знеболення.....	
3.3. Методи визначення стану породіллі (шкала болю, клініко-лабораторні показники).....	

3.4. Методи аналізу стану плода (шкала Апгар, біохімічні показники, моніторинг).....

3.5. Статистичні методи аналізу отриманих даних.....

РОЗДІЛ 4. КОМПАРАТИВНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЗНЕБОЛЕННЯ.....

4.1. Тривалість пологів й особливості їх перебігу при різних методах знеболення.....

4.2. Зіставлення медичних і фізіологічних методів знеболення з точки зору досвіду матері.....

4.3. Потенційні довготермінові ефекти-впливи на репродуктивне здоров'я жінки та можливість ускладнень у майбутніх вагітностях після використання різних методів знеболення.....

5. ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОПТИМАЛЬНИХ МЕТОДІВ ЗНЕБОЛЕННЯ.....

5.1. Клінічні практичні рекомендації щодо вибору методів знеболення.....

5.2. Можливості індивідуалізації підходу до знеболення залежно від стану породіллі.....

5.3. Перспективи досліджень щодо полегшення перебігу періоду пологів.....

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....

ДОДАТКИ.....

ДОДАТОК А.....

ДОДАТОК Б.....

ДОДАТОК В.....

ДОДАТОК Г.....

ДОДАТОК Д.....

ДОДАТОК Е.....

ДОДАТОК Ж.....

ДОДАТОК З.....

ДОДАТОК К.....

ДОДАТОК Л.....	
ДОДАТОК М.....	
ДОДАТОК Н.....	
ДОДАТОК П.....	
ДОДАТОК Р.....	
ДОДАТОК С.....	
ДОДАТОК Т.....	
ДОДАТОК Ф.....	

ВСТУП

«Пологовий біль надзвичайно складно оцінити за допомогою будь-якої шкали, що застосовується для вимірювання больового синдрому іншого генезу... Біль є не просто результатом ушкодження, а й відображає безперервну двосторонню взаємодію біомедичних, психологічних та соціокультурних факторів. За результатами шведського дослідження, у ході якого було проведено анкетування понад 2 тисяч жінок, порівняно їхні спогади через 2 місяці і через 1 рік після пологів. Отримані дані свідчили, що багато жінок не забувають своїх відчуттів: спогади про досвід народження дитини в 60 % породіль залишалися однаковими як через два, так і через 12 місяців. Лише третина матерів забули, наскільки болісним був перебіг пологів, натомість як 18 % опитуваних жінок не забули інтенсивність пологового болю, і в їхній пам'яті пережиті відчуття лише посилювалися 12 місяців потому», – зазначав в одному зі своїх виступів Олег Созонтович Чабан, психіатр, психотерапевт та медичний психолог, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, доктор медичних наук, професор [1]. Тому супровід вагітної під час народження дитини є неабияк важливим і необхідним для забезпечення емоційної і фізіологічної впевненості, а також успішності на кожному моменті біомеханізму пологів (Додаток А).

Коментуючи слова науковця, можна окреслити **актуальність** дослідження, яка полягає в тому, що для більшості жінок оминати больові відчуття під час пологів є неможливо, тому в медицині порушують питання: як за допомогою інноваційних способів покращити процес родової діяльності, зменшити тривожність породіллі і страх. Полегшення больових відчуттів під час пологів є важливим аспектом сучасної акушерської допомоги, оскільки неадекватне знеболення може спричинити низку негативних наслідків як для вагітної, так і для новонародженого (Додаток Б). У той же час ефективне знечулення може покращити перебіг пологів, сприяти розслабленню жінки та зменшити ризик акушерських ускладнень. Біль під час пологів активує стресову

відповідь організму, що призводить до вивільнення катехоламінів, які сприяють вазоконстрикції, що зменшує кровопостачання різних органів, у тому числі й матки. Зниження маткової перфузії під час інтенсивних скорочень міометрію матки може призвести до гіпоксії плода, особливо якщо больова стимуляція є тривалою або якщо є інші фактори ризику.

Згідно з сучасними рекомендаціями, найбільш широко застосовуваними методами знеболення є спінальна, епідуральна та загальна ендотрахеальна анестезія (Додатки Д, Е, Ж). Спінальна анестезія забезпечує швидкий початок дії, але має обмежену тривалість, що робить її оптимальною для оперативних утручань. Епідуральна анестезія забезпечує затяжне знеболення, дозволяючи коригувати дозування протягом усього періоду пологів. Народження дитини без знеболення, набуло популярності серед прихильників природного підходу, проте часто асоціюються з вищим рівнем болю, стресу та стомлюваності породіллі [2, 3].

Однак досі комплексно не вирішеними залишаються питання впливу варіантів аналгезій на перебіг пологів, стан жінки під час народження дитини й у ранній післяпологовий період, а також фізичний і психоемоційний стан породіллі, а також на результати для плода та новонародженого. Актуальність і обізнаність у цих аспектах є критично важливим для вибору оптимального методу знеболення, що сприятиме покращенню результатів акушерської допомоги [1].

Проблематика дослідження щодо альтернативних варіантів знеболення, охоплює кілька ключових аспектів, пов'язаних із сучасними тенденціями щодо знечулення, подальшої дії впливу на організм матері і плода та психологічними факторами породіллі (Додаток Б, В). Основна проблема дослідження полягає в суперечності між популярними способами аналгезії та їх впливом на перебіг пологів. Тому виникає необхідність дослідження синергізму між фармакодинамікою та її ефектом.

Новизна роботи полягає в синтезі й обмірковуванні сучасної інформації щодо знечулення, оскільки з розвитком новітніх методів знеболення (наприклад,

комбінація низькодозової епідуральної анестезії та загального знеболення) виникає потреба в оновленому порівняльному аналізі їх впливу. Тому це дослідження обмежує три ключові фактори одночасно: перебіг пологів (тривалість, сила скорочень матки, імовірність оперативного втручання) і ранній післяпологовий період, стан породіллі (психоемоційний стан, рівень стресу, ризики ускладнень) і новонародженого (оцінка за шкалою Апгар (Додаток Н), адаптація в перші роки життя).

Варто також під час підбору способу знеболення враховувати фактори: паритету, індексу маси тіла, супутніх захворювань та психологічної готовності до пологів. Таким чином, важливість у дослідженні цієї теми полягає в комплексному аналізі сучасних методів знеболення, їх впливу на здоров'я матері й дитини. Виявлення всіх аспектів може бути використане для формування достовірної інформації щодо вибору методу знечулення з урахуванням індивідуальних особливостей породіллі.

Мета дослідження – аналіз впливу варіантів знеболення на породіллю і плід, а також тактика вибору акушером-гінекологом оптимального методу знечулення (спінальна, ендотрахеальна анестезія чи пологи без знеболення) з урахуванням індивідуальних особливостей і станом здоров'я жінки.

Мета дослідження передбачає окреслення таких завдань:

1. Дослідити тривалість ведення пологів та етапи розродження залежно від методу знеболення.
2. Проаналізувати вплив кожного способу знечулення на об'єм крововтрати та необхідності гемотрасфузії; виникнення акушерських ускладнень, а також інтенсивність скорочення матки на ранньому післяпологовому періоді.
3. Вивчити психоемоційний стан породіллі під час і після пологів залежно від обраного методу знеболення.
4. Обстежити стан новонародженого (шкала Апгар на 1-й та 5-й хвилині, рівень гіпоксії) при різних методах знеболення.
5. Порівняти антропометричні показники (вагу і зріст); час вилучення при оперативних пологах.

6. Проаналізувати третій період пологів та спосіб його ведення, обстежити плаценту (розмір і масу) її структуру (ознаки патології: інфаркти, кальцифікація, передчасне відшарування), стан пуповини (довжина, наявність обвиття, вузлів) та послід.

7. Проаналізувати рівень задоволеності породіль, їхній психоемоційний і фізичний стан залежно від обраного методу знеболення.

Об'єктом дослідження є комплексний аналіз процесів знеболення пологів, вибір методу (спінальної, епідуральної, ендотрахеальної анестезії та без знеболення) та його вплив на перебіг кожного періоду пологової діяльності, імовірність інтервенційних утручань (кесарів розтин), стан породіллі (рівень стресу та задоволеність пологами) та здоров'я новонародженого (частота гіпоксично-ішемічних ускладнень та адаптація немовляти, ураховуючи дихальну активність, тонус і рефлекси) в ранньому післяпологовому періоді. Особливості анестезіологічних підходів щодо знечулення родів, які включають фармакологічні та нефармакологічні методи, перебіг і фізіологічні зміни в породіллі під впливом різних типів аналгезій, рівень болю, частота й характер ускладнень, які пов'язані з застосуванням анестезії. Стан жінки під час пологів (слабкість родової діяльності, гемодинамічні зміни, зокрема артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, рівень оксигенації) і в ранньому післяпологовому періоді (вплив на лактацію), та її відновлення.

Для реалізації дослідження використано такі **методи**, як: системний аналіз – для деталізації об'єкта на окремі важливі складові частини; інформаційне моделювання – для забезпечення дослідження нормативно-довідковими матеріалами; абстрагування, щоб підсумувати щодо висновків на основі системного аналізу й синтезу теорії й практики, зіставно-порівняльний, щоб визначити найбільш ефективний і безпечний спосіб знеболення, та анкетування (проведення синтезу домок породіль щодо вибору методів знечулення). Клініко-лабораторні способи для оцінення стану породіллі та новонародженого (аналіз крові, рівень гематокриту, кислотно-лужний баланс). Важливо й застосувати

анкетування та опитування породіль для оцінки рівня задоволеності процесом перебігу пологів.

Матеріалами дослідження є наукові праці практикуючих лікарів акушерів-гінекологів та анестезіологів щодо знечулення, а також результати опрацювання історій хвороб серед пацієнтів КНП «Чернівецького обласного перинатального центру» (Додатки С, Т, Ф).

Теоретичним підґрунтям дослідження стали праці Гріжимальського Є. В., Суліменка Є. М., Кучин Ю. Л., Говсєєва Д. О., Белка К. Ю., Романенко А. М. та інших.

Практична цінність. Результати цього дослідження може бути використано в практичній діяльності лікарями акушерами-гінекологами, анестезіологами та неонатологами. Вони сприятимуть удосконаленню методів знеболення пологів, покращенню якості надання акушерської допомоги (мінімізації негативного впливу знечулення), зниженню частоти ускладнень таких, як: слабкість пологової діяльності, гіпотонія, післяпологові кровотечі, зменшення потреби в оперативному розродженні та підвищенні рівня задоволеності пацієнтів завдяки врахуванню їхніх індивідуальних потреб, що в остаточному підсумку покращує загальні показники перинатальної допомоги.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЩОДО ЗНЕБОЛЕННЯ ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

1.1. Фізіологічні та психологічні аспекти болю під час пологів

Проблема фізіологічних і психологічних аспектів болю під час пологів є важливою й багатоаспектною, оскільки потрібно враховувати як біологічні, так і психологічні чинники. У багатьох статтях про фізіологічні аспекти болю під час пологів досліджують не тільки різні методи знеболення, а й аналізують причиново-наслідкові зв'язки між різними техніками й вибором кесаревого розтину, а також проаналізовано вплив на фізіологію жінки [4, 5, 6].

Розглянувши детально праці й дослідження про фізіологічні аспекти болю під час пологів, можна зауважити, що більшість науковців стверджують, що відчуття дискомфорту є природним і важливим фізіологічним процесом, який сигналізує про прогресування родового циклу. Він є результатом ряду фізіологічних змін, які відбуваються в організмі жінки (Додаток А).

Серед видів болю під час пологів виділяють такі:

- періодичний біль (його часто описують як переймовий; це спазми матки, які виникають для того, щоб сприяти розкриттю шийки матки);
- тягнучий біль (окрім цього, біль може бути відчутним в області тазу, стегон і попереку через переміщення головки плода й натягнення зв'язок);
- розрив тканин (біль також може виникати через травми чи розриви м'яких тканин (піхви, перинеуму) під час народження дитини) [7, 8, 9].

Що ж до фізіології болю під час пологів, то завжди треба зважати на гормональний фон, оскільки гормони, зокрема окситоцин, відіграють ключову роль у процесі родової діяльності, адже він стимулює маткові скорочення, але також є ендогенним анальгезуючим агентом. Необхідно враховувати під час пологів і рівень ендорфінів, бо він збільшується. Це гормони, що зменшують сприйняття болю та надають заспокійливий ефект. Однак їхня дія може бути обмеженою, коли біль надто інтенсивний. Позитивним аспектом є фізіологічна адаптація, бо завдяки їй організм жінки адаптується до змін і механізмів болю, забезпечуючи максимально ефективну функцію під час пологів. Цікавим є і той

факт, що фізіологічний процес зв'язування з дитиною може знижувати стрес і біль під час пологів [9, 10, 11].

Психологічні фактори також значно впливають на інтенсивність і сприйняття болю під час пологів. Науковці виокремлюють такі основні аспекти:

1. Психологічна підготовка.

Очікування болю. У дослідженнях більшістю ствердною є думка, що жінки, які психологічно готуються до болю під час пологів, часто переживають його менш напружено. До алгоритму усвідомлення процесу пологів можуть входити інформаційні курси, техніки дихання, медитація та інші методи для зниження тривоги [12].

Позитивне ставлення до пологів. Жінки, які мають підтримку й позитивний настрій, зазвичай відчують біль менш посилено. Однак страх і негативні очікування можуть збільшувати сприйняття болю.

2. Роль партнера або медичного персоналу.

Емоційна підтримка. Дослідження показують, що емоційна підтримка з боку партнера або медичного персоналу може значно знижувати рівень стресу й болю. Це пов'язано з високим рівнем довіри та комунікації.

Психологічна підтримка та довіра до лікаря. Відповідно до опитувань породіль, жінки, які довіряють своєму медичному персоналу й відчують підтримку, часто переживають пологи більш спокійно, що зменшує психологічну напругу й, відповідно, біль [46].

3. Страх і тривога.

Психосоматичний ефект. Страх перед болем може посилювати фізіологічний біль через активацію стресових механізмів (підвищений рівень адреналіну). Це може ускладнювати пологи й збільшувати сприйняття болю. У наукових дослідженнях продемонстровано, що жінки, які зазнають високого рівня тривоги, мають вищу ймовірність переживати більшого рівня біль [5, 12].

Що ж до методів контролю за тривогою, то в основному рекомендують техніки релаксації, медитація, йогу й акупунктуру, які можуть допомогти зменшити рівень тривоги та болю, особливо на пізніх етапах пологів [13, 14, 15].

У численних практичних дослідженнях можна розглянути сучасні методи знеболення, які акушери-гінекологи вважають ефективними в процесі пологів. Виокремлюють найпоширеніші серед них. Наприклад, медикаментозні методи такі, як:

- епідуральна анестезія, яка є одним із найбільш ефективних способів знеболення під час пологів; вона блокує біль від нижньої частини тіла, дозволяючи жінці залишатися при свідомості [16, 17, 18, 19, 20, 21];
- знеболювальні ін'єкції та аналгезія, оскільки введення медикаментів таких, як опіоїди (наприклад, морфін), може зменшити біль, але варто врахувати, що не завжди забезпечує повний контроль за болем [4, 22, 23, 24].

На основі наукових досліджень можна впорядкувати й класифікувати немедикаментозні методи. Серед найбільш використовуваних є гідротерапія (водні пологи) [25]. Зазначено в багатьох працях, що ефективність цього способу полягає в зменшенні болю й тривоги під час пологів. Поширеними є і техніки дихання й релаксації. Ці практики, як правило, знижують рівень тривоги й допомагають контролювати біль. Цікавими є також дослідження про ефективність медитації та методів майндфулнес для зменшення болю та стресу під час пологів. Вивчають і класичну теорію «воріт болю», якою пояснюють, як нервова система сприймає біль, і яку може бути використано для розуміння болю під час пологів.

Для удосконалення перебігу переймів і пологів завжди враховують і психологічний стан жінки, тому, зважаючи на спостереження психологів, виокремлюють когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), яку застосовують для зменшення страху перед пологами, а також за допомогою налаштування на позитивне мислення знижують сприйняття болю. Також зосереджують увагу на психологічних аспектах, зокрема на тому, як відчуття контролю під час пологів може впливати на сприйняття болю [26].

Біль під час пологів є складним і багатогранним процесом, який залежить як від фізіологічних, так і від психологічних факторів. Використання комплексного підходу до знеболення — поєднання медикаментозних і

немедикаментозних методів — може значно знизити рівень болю. Водночас психологічна підготовка, емоційна підтримка та позитивний настрій мають вирішальне значення для полегшення родового процесу.

Отже, усі опрацьовані роботи щодо порушеної проблеми надають цінну інформацію, яка сприяє глибше зрозуміти фізіологічні й психологічні аспекти болю під час пологів. Зокрема, вони висвітлюють роль гормональних змін, психологічної підготовки, медичної підтримки та різних методів знеболення.

1.2. Сучасні методи знеболення: класифікація та загальна характеристика

Сучасні методи знеболення під час пологів є важливою проблемою в акушерстві та гінекології. Існує багато праць і досліджень, що розкривають різні аспекти знеболення — від медикаментозних до немедикаментозних методів, які допомагають зменшити біль під час пологів (Додаток Д).

Зважаючи на основні наукові праці та практичні спостереження щодо методів знеболення, їх загальні характеристики, то можна виокремити такі медикаментозні:

- епідуральна анестезія,
- спінальна анестезія;
- периневральні блокади;
- системна фармакотерапія;
- опіоїди (наприклад, морфін, фентаніл);
- протизапальні засоби;
- локальні анестетики (наприклад, лідокаїн, бупівакаїн) [4, 20, 22].

Що ж до немедикаментозних методів знеболення, то визначають такі:

- гідротерапія (водні пологи);
- масаж та акупунктура;
- дихальні техніки та релаксація;
- музикотерапія та аромотерапія;
- психологічна підтримка (доула, партнер);
- техніки медитації та майндфулнес [27].

Актуальними на сьогодні є комбіновані методи знеболення, а саме:

- поєднання епідуральної анестезії та методів релаксації;
- поєднання фармакологічних та фізіотерапевтичних методів.

Для визначення оптимального методу знеболення під час пологів, необхідно розглянути загальну характеристику кожного з наведених методів знеболення.

Найпоширенішим методом знеболення під час пологів вважають епідуральну анестезію. Вона базується на введенні в епідуральний простір хребта анестетика, який блокує передачу больових сигналів від матки до мозку. Акушери-гінекологи визначають переваги цього способу в тому, що він забезпечує ефективне знеболення, дозволяючи жінці залишатися свідомою й активно брати участь у процесі пологів (Додатки Ж, З).

Серед недоліків, то можуть виникати ризики щодо побічних ефектів (наприклад, головний біль, зниження артеріального тиску, порушення рухливості нижніх кінцівок), збільшенням тривалості пологів та необхідністю моніторингу стану плода (Додаток К).

На основі практичних спостережень можна зробити висновок про те, що епідуральна анестезія є ефективним методом, який значно знижує рівень болю, але вимагає кваліфікованого медичного нагляду [19, 21, 28].

Також серед часто застосовуваних методів акушери-гінекологи вважають спінальну анестезію, яка полягає в уведенні анестетика безпосередньо в спинномозкову рідину, що забезпечує швидке й інтенсивне знеболення. Якщо визначати її переваги, то це швидкий ефект, мінімальний об'єм препарату, якісне знеболення. Хоча під час її використання необхідно врахувати й недоліки: може бути менш ефективною на пізніх етапах пологів, а також збільшувати ризик низького артеріального тиску.

Проведені дослідження є підтвердженням того, що спінальна анестезія широко застосовується в разі кесаревого розтину або екстрених пологах, її ефективність і безпеку підтверджено при контрольованих умовах [29].

Наступним поширеним методом знеболення під час пологів є перинеуральна блокада [18]. Її зміст полягає у введенні навколо нервових корінців місцевих анестетиків, які мають забезпечити знеболення на рівні певних ділянок, наприклад, тазу.

Якщо визначати переваги цього способу, то блокада є менш інвазивною, ніж епідуральна анестезія, ефективно знижує біль при локальних впливах. Але під час застосування потрібно високої точності при введенні, можливі місцеві ускладнення. Що ж до практичних спостережень, то перинеуральні блокади можуть бути використані в комбінації з іншими методами знеболення для зниження інтенсивності болю, зокрема при певних медичних показаннях [2, 18, 21].

За певних умов перебігу пологів акушери-гінекологи використовують системну фармакотерапію, під час якої застосовую значну кількість лікарських речовин, які часто призначають у різних поєднаннях. Вибір ліків визначають відповідно до характеру болю, особливостей перебігу, переносимістю ліків, іншими умовами, але при цьому має забезпечити найбільшу ефективність лікування й найменші побічні дії. За цим методом передбачено введення опіоїдів або інших знеболювальних засобів через вену або інгаляційно. Це найбільш поширений спосіб знеболення на ранніх етапах пологів. Його переваги в тому, що він простий у використанні та дає швидкий і дієвий ефект. Хоча він має й негативні ознаки, оскільки під час його застосування можливі побічні ефекти такі, як нудота, сонливість, порушення дихання в матері та плода. За практичними спостереженнями, відзначено, що використання опіоїдів (наприклад, морфіну) може бути ефективним при помірних болях, але не забезпечує достатнього знеболення на пізніх етапах пологів [10, 22, 30].

У працях практиків-гінекологів зосереджено увагу й на важливості немедикаментозних методів знеболення під час пологів. Так, в одному зі своїх проєктів професор Джейн Сміт, спеціаліст із акушерства й гінекології, зазначав: «Немедикаментозні методи знеболення під час пологів, зокрема техніки дихання, гідротерапія та акупресура, є ефективними інструментами, що

допомагають жінці знизити біль, покращити фізичний та емоційний стан, при цьому зберігаючи безпеку для матері та плоду, а також забезпечуючи високий рівень участі жінки в процесі народження» [1].

Немедикаментозні методи знеболення під час пологів використовують з кількох важливих причин, а саме:

1. Мінімізація ризиків для матері й дитини. Немедикаментозні методи знеболення, як-от: дихальні техніки, гідротерапія (купання в теплій воді), масаж, акупресура або методи релаксації, не пов'язані з можливими побічними ефектами або ускладненнями, які можуть виникнути від медикаментозних препаратів. Це важливо, оскільки медикаменти можуть впливати на серцебиття, дихання чи загальний стан здоров'я матері та плоду.

2. Контроль над процесом пологів. Ці методи допомагають жінці зберігати активну участь у процесі пологів і дозволяють їй більше контролювати свій біль і емоційний стан. Вони можуть допомогти зняти стрес і напругу, що часто супроводжують пологи.

3. Зменшення потреби у медикаментозному знеболенні. Немедикаментозні методи можуть значно знизити потребу в більш сильних знеболювальних засобах або в анестезії. Для деяких жінок це дає можливість пережити пологи з меншими втручаннями та без використання ліків. Підтвердженням цього факту є дослідження Dr. Amanda Williams, акушер-гінеколог, який зазначав, що «Немедикаментозні методи знеболення, такі як гідротерапія, дихальні техніки та акупресура, можуть значно знизити потребу в медикаментозних знеболювальних засобах або анестезії, дозволяючи жінкам пережити пологи з мінімальними втручаннями та зберігати свідомість та контроль над процесом» [25, 26].

Отже, збереження ясності свідомості та активності є важливим чинником, оскільки немедикаментозні методи не впливають на притомність жінки, вона може усвідомлювати дії під час пологів, що важливо для її психологічного стану та емоційної підтримки.

Немедикаментозні методи є також важливою частиною підходу до пологів, адже надають жінкам більше право вибору й можливість адаптувати процес

пологів під свої потреби. Вагомим фактором у застосуванні таких методів є відсутність побічних ефектів, а це дає можливість жінці відчувати більший контроль над пологами.

Якщо аналізувати недоліки застосування цих способів, то вони можуть бути менш ефективними для знеболення при інтенсивному болю, але корисні для зниження стресу й тривоги.

Отже, методи знеболення під час пологів можуть бути різними залежно від клінічної ситуації, психологічного стану жінки, а також її вподобань і побажань. Найефективніший підхід зазвичай включає комбінацію різних методів – як медикаментозних, так і немедикаментозних. Знеболення під час пологів має важливе значення для покращення стану матері та зниження стресу.

1.3. Фармакологічні методи знеболення (епідуральна, спінальна, загальна анестезія тощо)

Фармакологічні методи знеболення — це ключові аспекти сучасної акушерської практики, і є чимало наукових праць, у яких розкрито дослідження різних аспектів використання таких способів, їх ефективність, безпеку та вплив на матерів та їхніх новонароджених.

Науково обґрунтованими за змістом праці про епідуральну анестезію, у яких розглядають не лише ефективність методу, але й порівнюють її з іншими прийомами знеболення. Висвітлено вплив епідуральної анестезії на результати пологів, а саме: тривалість пологів, використання альтернативних способів медичного втручання та післяпологові ускладнення. У висновках досліджень підтверджено ефективність цього способу для зменшення болю, але також зазначають деякі можливі побічні ефекти, як зниження артеріального тиску й тривалість пологів. Так, у статті Ю. Л. Кучин, Д. О. Говсєєва, К. Ю. Белка, А. М. Романенко «Знеболення вагінальних пологів у місті Києві (Україна)» проаналізовано частоту застосування різних методів знеболення під час вагінальних пологів у Києві, враховуючи епідуральну аналгезію та інші підходи [4].

У статті Є. В. Гріжимальського, А. Й. Гарга «Вибір локального анестетика в акушерській анестезіології: огляд літератури та демонстрація власного досвіду», яку опубліковано на сайті «ЮРІЯ-ФАРМ» 2020 року, зосереджено увагу на використанні різних локальних анестетиків для знеболення під час пологів, зокрема ропівакаїну, та діляться власним досвідом застосування епідуральної аналгезії. Статтю «Вплив епідуральної аналгезії на результат пологів» Є. В. Гріжимальського про вплив епідуральної аналгезії на перебіг та результати пологів, зокрема на тривалість стадій пологів та частоту інструментальних втручань опубліковано 2021 року на сайті медичного центру «Лелека» [17].

Ефективність внутрішньовенного введення парацетамолу для знеболення під час пологів та в післяопераційному періоді після кесаревого розтину подано інформацію в статті «Особливості управління болем у вагітних та породіль», яку опублікував колектив авторів (Ю. В. Давидова, О. В. Мар'ясова, А. Ю. Лиманська, О. М. Кравець) 2023 року в «Українському журналі перинатології і педіатрії» [10].

Не менш значними є проекти, у яких проаналізовано спінальну анестезію. В основному всі науковці зазначають, що цей метод частіше використовують під час кесаревого розтину або в екстрених ситуаціях, коли необхідно швидко знеболити, швидко забезпечує знеболення, але має деякі побічні ефекти: можливе зниження артеріального тиску та ризик головного болю. В одній із праць наковці провели компаративний аналіз спінальної й епідуральної анестезій для кесаревого розтину. Було зазначено, що спінальна анестезія є швидшим і ефективнішим методом для кесаревого розтину, але має більший ризик гіпотензії та головного болю після пологів.

Так, у статті «Аналіз використання регіонарних методик у знеболюванні пологів» Суліменка Є. М., яку було розміщено в українському журналі «Здоров'я жінки» 2023 року порівняно ефективність та безпеку трьох методів регіонарної аналгезії: епідуральної аналгезії з проколом твердої мозкової оболонки (DPE), комбінованої спінально-епідуральної аналгезії (KCEA) та класичної

епідуральної аналгезії (ЕА). Обстежено 120 породіль, яким проведено знеболювання в пологах. Жінок поділено на три групи по 40 осіб у кожній: 1-ша – DPE, 2-га – КСЕА, 3-тя – ЕА. Проаналізовано ефективність та якість аналгезії, вплив на системну і центральну гемодинаміку жінки, вплив на плід шляхом оцінювання кардіотокограми (КТГ). Оцінено стан новонародженого за шкалою Апгар, визначено лактат та рН пуповинної крові. Виконано аналіз ускладнень із боку матері та дитини. Результати свідчать, що методика DPE забезпечує швидший початок дії та кращу якість аналгезії з меншою кількістю ускладнень порівняно з іншими методами [20].

Вагомою в процесі дослідження є й стаття Наталії Титаренко «Знеболення пологів – картина у пазлах. Пазл #5: Питання безпеки», розміщена в журналі «З турботою про жінку» 2020 року, бо авторка розглядає питання безпеки нейроаксіальних методів знеболення пологів, враховуючи спінальну, епідуральну та комбіновану спінально-епідуральну анестезію. Дослідниця аналізує рівень ускладнень, пов'язаних із цими методами, та підкреслює важливість індивідуального підходу для гарантування безпечного та ефективного знеболення [31].

У багатьох опрацьованих дослідженнях здійснено аналіз використання загальної анестезії під час важкому кесаревому розтині. Важливо зауважити, що є обов'язковим індивідуальний підхід під час вибору методу анестезії, оскільки загальна має більше потенційних ризиків для матері та плода, включаючи депресію дихання та артеріальну гіпотензію. Зокрема, у статті «Технічні складності в акушерській анестезіології», доктора медичних наук, доцент кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО Дніпровського державного медичного університету О. О. Волкова, обговорено вибір між загальною та регіонарною анестезією під час ургентного кесаревого розтину. Автор наголошує на важливості індивідуального підходу, враховуючи клінічний стан пацієнтки та наявність протипоказань до певних методів знеболення [32]. В іншій публікації «Безпечні та безболісні природні пологи: сучасні рекомендації та підходи», присвяченій безпечним та безболісним

природним пологам, підкреслюється, що регіонарна аналгезія є більш ефективною у порівнянні із загальними анальгетиками, оскільки вона не пригнічує моторну активність матки та забезпечує адекватне знеболення. Загальна анестезія розглядається як менш бажаний варіант через потенційні ризики та вплив на свідомість породіллі [1]. Загалом, українські науковці акцентують увагу на необхідності зваженого підходу до вибору методу анестезії в акушерстві, віддаючи перевагу регіонарним методам знеболення та застосовуючи загальну анестезію лише за наявності чітких показань.

Необхідними й важливими є також праці, у яких здійснено порівняння різних фармакологічних методів знеболення, зважаючи на епідуральну, спінальну та загальну анестезію, щоб визначити, який із методів є найбільш ефективним залежно від ситуації. Наприклад, у статті Є.М. Суліменко «Аналіз використання регіонарних методик у знеболюванні пологів», яку розміщено 2023 року в українському журналі «Здоров'я жінки», порівняно три методи регіонарної аналгезії: епідуральну аналгезію з проколом твердої мозкової оболонки (DPE), комбіновану спінально-епідуральну аналгезію (КСЕА) та класичну епідуральну аналгезію (ЕА). За кінцевими результатами дослідження, можна підсумувати, що методика DPE забезпечує швидший початок дії та кращу якість аналгезії з меншою кількістю ускладнень порівняно з іншими методами [20].

А от у статті В.В. Петриченко, Р.О. Ткаченко «Порівняння методів анестезіологічного забезпечення гістероскопії», надрукованої в журналі «Репродуктивне здоров'я жінки» 2023 року, здійснено аналіз різних методів анестезії, зокрема загальної та регіонарної, при проведенні гістероскопії. Автори спробували оцінити ефективність, безпеку та вплив на відновлення пацієнток після процедури [33].

У своєму дослідженні Н.П. Середенко «Порівняльна оцінка безпеки різних методів анестезіологічного забезпечення при плановому та ургентному абдомінальному розродженні» зіставляє безпеку загальної й спінальної анестезії

під час кесаревого розтину, аналізуючи частоту ускладнень і побічних ефектів у інтра- та післяопераційний періоди [34, 35].

Про альтернативні методи знеболення під час пологів і використання епідуральної аналгезії в акушерських стаціонарах України зібрано інформацію у статті «Застосування епідуральної аналгезії в акушерських стаціонарах України та її альтернатива», яку написав колектив авторів (Н.Я. Жилка, О.М. Ковальова, О.С. Щербінська, С.В. Дудник, А.П. Прищепа, А.О. Щедров), опубліковано 2024 року в науково-практичному виданні «Репродуктивне здоров'я жінки» [18].

Отже, фармакологічні методи знеболення такі, як: епідуральна, спінальна та загальна анестезія є основою сучасної акушерської практики. Кожен із них має свої переваги й недоліки, і вибір методу залежить від клінічної ситуації, стану матері та плода. У більшості сучасних дослідженнях підтверджено ефективність епідуральної анестезії в зменшенні болю під час пологів, тоді як спінальна анестезія є переважним методом для кесаревого розтину. Загальну анестезію краще застосовувати в екстрених випадках, оскільки є більше ризиків для обох пацієнтів.

1.4. Нефармакологічні методи знеболення (психопрофілактична підготовка, дихальні техніки, водні пологи, акупунктура тощо)

Останні наукові дослідження українських акушерів-гінекологів, проведені після 2020 року, висвітлюють ефективність різних нефармакологічних методів знеболення під час пологів. Наприклад, про психопрофілактичну підготовку та психологічний супровід було опубліковане дослідження в «Українському медичному часописі», у якому наголошено на важливості психологічного супроводу вагітних. У здійсненому аналізі 524 вагітних жінок показано, що 88,7 % відчували підвищену тривожність щодо перебігу вагітності й пологів. Психопрофілактична робота, яка базувалася на методах релаксації й дихальній гімнастиці, сприяла зниженню психоемоційного напруження та покращенню перебігу пологів [36].

У проєкті, який опубліковано в журналі «Репродуктивне здоров'я жінки», оцінено перебіг пологів у 150 жінок, які обрали розродження у воді. Відповідно до зібраних результатів, застосування гідротехнологій у першому та другому періодах пологів сприяло зниженню інтенсивності пологового болю та зменшенню кількості акушерських ускладнень. Зокрема 78 % жінок, які використовували цей метод, мали фізіологічне розродження без ускладнень [37].

Досить продуманим за своїм змістом є й дослідження, опубліковане в журналі «Pain, Anaesthesia & Intensive Care» (перекладено), оскільки в ньому проаналізовано рівень задоволеності пологами залежно від використаних методів знеболення. Було опитано 321 жінку, кожна з яких використовувала різні методи знеболення, включаючи пацієнт-контрольовану епідуральну аналгезію, суміш закису азоту з киснем та альтернативні методи в домашніх умовах. За висновками можна простежити, що ефективне знеболення та позитивний пологовий досвід пов'язані з адекватною комунікацією з медичним персоналом та інформуванням жінки щодо переваг та недоліків різних методів знеболення [5].

Отже, у сучасних дослідженнях підтверджено ефективність нефармакологічних методів знеболення під час пологів, а саме: психопрофілактична підготовка, водні пологи та інші альтернативні підходи. Вибір оптимального методу залежить від індивідуальних особливостей жінки та рекомендацій медичних фахівців.

1.5. Можливі ускладнення та побічні ефекти знеболення для породіллі

Ускладнення та побічні ефекти знеболення під час пологів є важливим аспектом, який розглядають у численних наукових працях. Як фармакологічні, так і нефармакологічні методи знеболення можуть мати потенційні ризики як для матері, так і для плода.

У наведених вище дослідженнях і працях автори також аналізують можливі ускладнення та побічні ефекти різних методів знеболення. Так, наприклад, епідуральна анестезія є популярним методом знеболення під час

пологів, однак під час її застосування можуть виникати побічні ефекти. В одній зі статей автори обговорюють потенційні ускладнення епідуральної анестезії, а саме: зниження артеріального тиску, головний біль, інфекції в місці введення катетера, також можливі проблеми з рухливістю після пологів. Вони також відзначають, що хоча епідуральна анестезія є ефективним методом знеболення, неправильне введення або технічні помилки можуть призвести до серйозних ускладнень [38, 39, 40, 42]. Акушери-гінекологи в іншому проєкті детально розглядають побічні ефекти епідуральної анестезії, зокрема зниження кров'яного тиску, що може призвести до розвитку гіпотонії, а також потенційність інфекцій і порушень функції м'язів. Зазначено, що в деяких випадках виникає необхідність уведення додаткових ліків для корекції цих ефектів [40, 41]. У статті інших практиків звернено увагу на побічному ефекті епідуральної анестезії, зокрема головному болю, інфекції, кровотечі, а також підвищенні ризику післяпологових ускладнень. Водночас підкреслено, що сучасні методи введення та моніторинг зменшують ризик серйозних побічних ефектів [41].

Що ж до спінальної анестезії, яку найчастіше, як уже було зазначено, використовують зокрема під час кесаревих розділах, то вона має свої особливості та ризики. Наприклад, в одному з досліджень здійснено порівняння спінальної й епідуральної анестезій під час кесаревого розтину, визначаючи, що хоча спінальна анестезія є більш швидкою та ефективною, вона має більший ризик розвитку гіпотензії, головного болю та тривалих порушень рухливості. Також зазначено, що після введення спінальної анестезії ризик пневмонії або затримки сечі може збільшуватися [34]. У значній кількості статей порушується питання побічних ефектів спінальної анестезії, зокрема того, як вона може впливати на рухливість жінки під час пологів та після них, указано на можливість розвитку головного болю після застосування спінальної анестезії, особливо при неадекватному введенні або після виведення катетера [34].

Уже йшла мова й про загальну анестезію, яку рідше використовують під час пологів, але часто є необхідною у випадку екстрених ситуацій таких, як

важкий кесарів розтин або інші ускладнення. І є також імовірність побічних ефектів цього методу: депресія дихання, артеріальна гіпотензія, порушення свідомості, тому обов'язковим є ретельний моніторинг стану матері й новонародженого. Особливу увагу потрібно приділяти інгаляційним анестетикам і їх впливу на стан плода [43, 44, 45]. Вважають, загальна анестезія має вищий рівень ризику для матері й плода, оскільки містить складніші технічні аспекти, а саме: інтубація, моніторинг за допомогою спеціального обладнання й перспектива післяопераційних ускладнень.

Нефармакологічні методи, хоча й є більш безпечними, також можуть мати певні обмеження або побічні ефекти. Наприклад, пологи у воді сприяють зниженню болю, але якщо неправильно їх застосувати й організувати або в умовах без належного моніторингу можуть призвести до ускладнень таких, як переохолодження або інфекції. Акушери-гінекологи зазначають, що такий метод не підходить у разі певних медичних показань (кровотечі чи інфекції) [25, 27].

Що ж до ефективності акупунктури для зменшення болю під час пологів, то автори багатьох праць зазначають, що вона може бути корисною, але в окремих рідкісних випадках таки виникають побічні ефекти: локальні інфекції або кровотечі в місці введення голок [2, 3].

У багатьох проєктах розглядають різні нефармакологічні методи знеболення, загалом масаж, зміну позицій і використання тепла чи холоду. Автори вказують, що ці методи є безпечними, однак вимагають правильного застосування та знання технік, щоб уникнути потенційних побічних ефектів, таких, як м'язові спазми чи травми [25, 27, 46].

Кожен метод знеболення (як фармакологічний, так і нефармакологічний) має свої ризики та побічні ефекти (Додаток М). Важливо враховувати індивідуальні особливості жінки та її стан, щоб мінімізувати ці небезпеки. Фармакологічні методи можуть викликати побічні ефекти такі, як: гіпотензія, головний біль, порушення рухливості, а також ризики для плода. Нефармакологічні методи, хоча і менш інвазивні, мають здатність спричиняти дискомфорт, інфекції чи інші непередбачувані реакції. Однак усі ці методи, якщо

правильно використовувати й моніторити (Додаток П), спроможні значно полегшити процес пологів і знизити потребу в медикаментозних знеболеннях.

РОЗДІЛ 2. АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ В ПОЛОГАХ

2.1. Біомеханізм пологів і роль знеболення під час їх перебігу

Біомеханізм пологів – це комплекс поступальних, обертальних, згинальних і розгинальних рухів, які здійснює плід, проходячи пологовим каналом. Детальне обстеження й знання біомеханізму пологів дозволяє своєчасно проводити профілактичні чи лікувальні заходи, що, зрештою, приводить до зниження материнської та перинатальної смертності під час пологів. Головним є визначення позиції й передлежання плоду, а також розмірів тазу, його звуження в задньобічних відділах за рахунок м'язів і здатності голівки до конфігурації, оскільки всі фактори визначають прогноз і тактику ведення пологів [47].

Під час пологів плід проходить через кілька площин тазу: 1) вхід у таз, який обмежений ззаду мисом крижової кістки, із боків – пограничними (дугоподібними) лініями клубових кісток, спереду – верхнім краєм лобкової кістки та симфізу; 2) широка частина: обмежена ззаду з'єднанням II і III крижових хребців, із боків – серединою кульшових западин, спереду – серединою внутрішньої поверхні симфізу; 3) вузька частина: обмежена спереду нижнім краєм лобкового симфізу, ззаду – крижово-куприковим з'єднанням, із боків – остями сідничних кісток; 4) площа виходу з малого тазу обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду – верхівкою куприка, із боків – внутрішніми поверхнями сідничних м'язів (Додаток Г).

Під час проходження через родові шляхи плід виконує серію таких рухів: флексію (згинання) голівки (підборіддя плода наближається до грудної клітки, що зменшує діаметр голівки і полегшує її проходження через таз), потім внутрішній поворот голівки (під час просування через таз голівка плода обертається, щоб відповідати найбільшим розмірам тазу матері), екстензію (розгинання) голівки (після проходження через таз голівка розгинається, дозволяючи потилиці, тім'ячку та обличчю з'явитися назовні) й останнім є зовнішній поворот голівки (після народження голівки: вона обертається назовні, що дозволяє плечам плода пройти через таз). Ці рухи забезпечують оптимальне

пристосування плоду до родових шляхів матері та сприяють успішному завершенню пологів.

Проте успішність пологів залежить також від ефективно підібраного методу знеболення для породіллі. Дослідження рівня задоволеності жінки пологами та народженням дитини має доведену ефективність для зниження ризику виникнення негативних наслідків у матері та дитини (Додаток А). Контроль індикаторів пологового досвіду існує в усьому світі, бо він відображає ключову інформацію щодо якості медичного сервісу для матерів. Адекватне знеболення вагінальних пологів є важливою складовою задоволеності породіллі пологами та народженням дитини (Додаток В). Недостатній контроль пологового болю має безпосередні та віддалені ментальні наслідки. За статистикою, 13 % жінок страждають від післяпологової депресії (ППД), 4 – 6% від посттравматичного синдрому. Післяпологові психологічні розлади у жінки призводять до когнітивно-поведінкових розладів у дітей [6].

2.2. Варіанти методів знеболення в акушерстві: спінальна, ендотрахеальна анестезія й пологи без знеболення

Біль під час пологів може бути інтенсивним і впливати на фізичний та емоційний стан породіллі, тому застосування ефективних методів знеболення є основним аспектом акушерської практики. Сучасні методи знеболення поділяються на: немедикаментозні методи (психологічна підтримка: забезпечення емоційної підтримки та створення комфортних умов для породіллі; масаж та гідротерапія: використання теплих ванн або душу для розслаблення м'язів та зменшення болю; дихальні техніки та релаксація: контроль дихання полегшить тривожність та біль за рахунок насичення киснем та розслаблення м'язів; акупунктура та акупресура: стимуляція певного току на тілі може сприяти вивільненню ендорфінів, що діють як природних знеболювальні речовини, електростимуляція застосовується тільки у першому періоді пологів і важливою перевагою цього методу є відсутність побічних реакцій і ускладнень) та фармакологічні методи (опіоїдні анальгетики: застосовуються

внутрішньовенно або внутрішньом'язово, забезпечуючи тимчасове знеболення (Додатки Д, Е). Вони можуть викликати сонливість або пригнічення дихання у плода та інгаляційна аналгезія: використання закису азоту (N_2O) у поєднанні з киснем дозволяє жінці контролювати рівень знеболення, хоча цей метод є менш ефективним при інтенсивному болю) [47].

Одним із найпопулярніших і найефективніших методів знечулення є регіонарна аналгезія (Додаток Е), яка поділяється на епідуральну: введення місцевого анестетика в епідуральний простір, вона блокує больові імпульси від матки та родових шляхів, що дозволяє породі залишитися притомною без виражених больових відчуттів, та спінальну: використовують рідше, оскільки вона дає швидкий ефект, але короткотривалу дію. При значних ускладненнях чи коли регіонарна аналгезія (епідуральна, спінальна) є неефективною, то проводять ендотрахеальне знеболення – це метод загальної анестезії, який застосовується в акушерстві при певних медичних показаннях: 1) екстремному кесаревому розтині; 2) алергічних реакціях чи протипоказах до регіонарної анестезії (наприклад, порушення згортання крові); 3) гострих ускладненнях під час пологів, таких як передчасне відшарування плаценти, маткова кровотеча, преєклампсія, еклампсія; 4) при необхідності у тривалій хірургічній маніпуляціях після пологів (наприклад, при значних травмах статевих шляхів або при необхідності екстреної гістеректомії) [2, 3, 6, 47].

Важливим практичним значенням для розвитку і вдосконалення анестезіології у акушерстві є нейроаксіальна методика (епідуральна аналгезія, комбінована спінально-епідуральна та епідуральна аналгезія з пункцією твердої мозкової оболони), що стало «золотим стандартом» знеболення пологів у сучасному світі. Важливими вимогами її проведення є диференційований блок (сенсорна блокада з мінімальним моторним блоком), мінімальні гемодинамічні ефекти, мінімальне трансплацентарне проникнення та низька токсичність препарату, оскільки токсичний ефект локальних анестетиків може бути шкідливим як для матері, так і для плода [17].

2.3. Уплив знеболення на стан породіллі під час пологів і в ранньому післяпологовому періоді

Ураховуючи, що пологовий біль може викликати стресову реакцію, що супроводжується підвищеним рівнем катехоламінів, тахікардією, гіпертензією та гіпервентиляцією, а це, зі свого боку, може негативно впливати на плацентарний кровообіг і стан плода (Додатки А, Б). Вибір методу знеболення має вирішальне значення для зменшення цих ризиків і забезпечення комфорту породіллі, оскільки впливає на такі ключові показники стану породіллі: гемодинамічні параметри (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень); дихальну функцію (рівень оксигенації крові); гормональний баланс (рівень кортизолу, адреналіну та ендорфінів); родову діяльність (тривалість та ефективність перейм і потуг); психоемоційний стан (рівень стресу, тривожності та ризик післяпологової депресії); лактацію (утворення та секреція молока під впливом рівня окситоцину) [2, 48].

Наприклад, для **епідуральної аналгезії**, механізмом якої є введення знеболювальної речовини в простір перед твердою мозковою оболонкою, який оточує спинний мозок та викликає достатній знеболювальний ефект, але при цьому не викликає у породіллі сонливості, не впливає на функцію дихання дитини (Додатки З, Л). Такий метод знечулення дозволяє при збереженні свідомості породіллі повністю блокувати больові відчуття всієї нижньої половини тіла. Однак дефектом цього знеболювання є те, що жінка разом із больовими відчуттями втрачає вплив на подразнення м'язів тазового дна, що може подовжити активну фазу першого періоду пологів, а також збільшити тривалість другого періоду пологів через зниження сили потуги, що може призвести до застосування вакуум-аспірації чи термінового кесаревого розтину (Додаток К). Провідною зміною серед гормональних показників є зниження рівня окситоцину з подальшою необхідністю застосування додаткової стимуляції пологів [28]. Гемодинамічні зміни – можливе зниження артеріального тиску, що інколи потребує введення рідини або вазопресорів. Післяпологові ускладнення – головний біль (постпункційна гіпотензія) при випадковому

проколі твердої мозкової хвороби; оніміння або слабкість у ногах, яке минає за кілька годин; рідко можливі інфекційні або неврологічні ускладнення. Деякі дослідження показують на можливий короточасний вплив на ініціацію грудного вигодовування, але загалом вплив не є значним.

При епідуральній анестезії найчастіше використовують такі анестетики: 80-120 мг лідокаїну кожні 2 години мікрострумінно або тримекаїну 3% 6-8 мл з двогодинним інтервалом. За тими ж показаннями – бупівакаїн 0,5% 4-6 мл через 4 години, ропівакаїн 0,5% 4-6 мл з приводу болю при амплітуді перейм вище 25-30 мм рт. ст. у 1-му періоді пологів. Із початком 1-го періоду можливо введення в епідуральний простір наркотичних анальгетиків – промедолу 10 мг чи морфіну 5 мг, альфентанілу, реміфентанілу чи фентанілу 50-100 мкг [28].

Перевагою епідуральної аналгезії є безпека методу, а також можливість контролю введення кількості препарату в залежності від відкриття шийки матки і перебування породіллі упродовж всього періоду перейм у свідомості, відповідно вона може брати активну участь у процесі пологів і слідувати рекомендаціям акушера-гінеколога. При виникненні термінових показань до проведення кесаревого розтину цей метод знеболювання продовжують використовувати і під час цієї операції [52].

Спінальний метод знеболення має швидку дію, на відміну від епідуральної анестезії, яка починає діяти на поверхню. Враховуючи, що має короткотривалий ефект, його не використовують під час першого періоду пологів. Застосування перед потугами, може погіршити їх ефективність, що іноді потребує додаткової стимуляції пологової діяльності або ймовірність інструментального розродження через зниження тонуусу тазового дна. Тому найчастіше цей метод знечулення є дієвим при хірургічному втручанні плановому або екстремому кесаревому розтині. Щодо впливу на породіллю, основними гемодинамічними змінами є різке зниження артеріального тиску (гіпотензію), що може призвести до запаморочення, нудоти та порушення матково-плацентарного кровообігу. Для профілактики гіпотензії вводять внутрішньовенні рідини та вазопресори. Через

ризик гемодинамічного ускладнення є необхідність постійного моніторингу за станом породіллі [50].

Ендотрахеальна анестезія (ЕТА) – це метод загального знеболення, при якому пацієнту вводять внутрішньовенний анестетик та міорелаксанти, після чого інтубують трахею та підключають до апарату ШВЛ. Застосовується переважно при кесаревій розтині, коли регіонарні методи (епідуральна або спінальна анестезія) протипоказані або екстрена ситуація, яка потребує невідкладного хірургічного втручання: відшарування плаценти, прееклампсія, еклампсія, важка кровотеча, гострий дистрес плода. Використання інгаляційних анестетиків може спричинити атонію матки, що збільшує ризик післяпологових кровотеч, а деякі можуть підвищувати тонус матки, що не завжди є бажаним [44, 51].

Гемодинамічними змінами при введенні анестетиків та міорелаксантів є різке зниження артеріального тиску, однак під час інтубації можливий рефлекторний підйом артеріального тиску та частоти серцевих скорочень. Негативною побічною дією для дихальної системи є ймовірність високого ризику аспірації шлункового вмісту через зниження тону сфінктера стравоходу (особливо у вагітних жінок, які мають уповільнене спорожнення шлунка), можливість при штучній вентиляції легень, легкого ризику гіпоксії та гіперкапнії. Неврологічними та післяопераційними ефектами є можливі після пробудження запаморочення, нудота, м'язова слабкість. Високий ризик післяопераційного болювого синдрому, після загальної анестезії, яка не забезпечує післяопераційного знеболення так добре, як регіонарні методи. Незначний вплив на лактацію, що є тимчасовим, але їх концентрація зазвичай не є небезпечною для немовляти [44, 51].

2.4. Уплив знеболення на стан плода внутрішньоутробно і новонародженого (результати шкали Апгар, метаболічні показники)

Вплив методів знеболення під час пологів на стан плода внутрішньоутробно та новонародженого є предметом численних наукових

досліджень. Регіонарні методи знеболення, зокрема нейроаксіальна анестезія (епідуральна та спінальна), вважаються найбільш ефективними для полегшення болю під час пологів і мають мінімальний вплив на плід та новонародженого.

У дослідженні Євгена Суліменка «Оптимізація регіонарних методів знеболення пологів» було проаналізовано ефективність різних варіантів регіонарної аналгезії в пологах. Результати показали, що застосування нейроаксіальної аналгезії забезпечує ефективний контроль болю, дозволяє породіллі залишатися в свідомості й тужитися, та не призводить до седації новонародженого [2].

Дослідження, опубліковане в журналі «Pain Medicine» Гріжимальським Є.В., Гаргою А.Й. та Суліменком Є.М., підкреслює, що нейроаксіальні методи є найбільш ефективними для знеболення пологів та операції кесаревого розтину. Автори зазначають, що застосування нейроаксіальної аналгезії розчинами місцевих анестетиків у низькій концентрації є безпечним методом знеболення пологів, який мінімізує негативний вплив на плід та новонародженого [3].

Необхідно зазначити, що порівняння антропометричних показників новонароджених (вага та зріст, шкала Апгар (Додаток Н)) та часу вилучення плода під час оперативних пологів є важливим для оцінки ефективності й безпеки різних методів розродження. Однак, на жаль, є надзвичайно мало джерел із конкретними даними українських акушерів, які б детально аналізували ці показники саме в контексті оперативних пологів. Відомо, що оперативні втручання можуть упливати на стан новонародженого, зокрема на його антропометричні показники та адаптацію після народження. Час вилучення плода під час таких втручань також є критичним фактором, оскільки затримка може підвищувати ризик ускладнень для матері та дитини.

Аналіз третього періоду пологів та стану плаценти, пуповини й посліду є важливим для оцінення впливу різних методів знеболення на перебіг пологів та післяпологовий період.

У третьому періоді пологів передбачено відділення та виділення плаценти. Існують різні методи його ведення, ураховуючи активне й очікувальне. При

активному веденні застосовують медикаментозні засоби для стимуляції скорочення матки та прискорення відділення плаценти. Очікувальне – спостереження за природним процесом відділення плаценти без втручання. Вибір методики залежить від клінічної ситуації та стану породіллі [18, 30].

Після народження плаценти необхідно ретельно оглянути її структуру та стан пуповини. Звертають увагу на розмір, масу, цілісність плаценти, наявність патологічних змін таких, як: інфаркти, кальцифікація або ознаки передчасного відшарування. Оглядаючи пуповину, визначають її довжину, наявність обвиття, вузлів або інших аномалій. Ці дані важливі для оцінки стану новонародженого та можливих ускладнень [18, 30, 55].

Хоча конкретні дослідження українських акушерів із зазначеної проблеми обмежені, відомо, що вибір методу знеболення може впливати на тонус матки та, відповідно, на перебіг третього періоду пологів. Наприклад, епідуральна аналгезія може знижувати тонус матки, що іноді потребує додаткової стимуляції для ефективного відділення плаценти. Тому важливо індивідуально підходити до вибору методу знеболення, враховуючи можливі ризики та переваги для матері та дитини [18, 30, 55]. У працях науковців можна виокремити кілька рекомендацій. Наприклад, проводити ретельний огляд плаценти та пуповини після пологів для виявлення можливих патологій; урахувувати можливий вплив обраного методу знеболення на перебіг третього періоду пологів і своєчасно реагувати на зміни в стані породіллі; застосовувати індивідуальний підхід при виборі методики ведення третього періоду пологів, спираючись на клінічну ситуацію та стан пацієнтки [18, 30, 55].

Загалом, у сучасних дослідженнях зазначено, що правильний вибір та застосування методів знеболення під час пологів можуть забезпечити ефективне знеболення для матері без негативного впливу на стан плода та новонародженого. Нейроаксіальна анестезія, зокрема епідуральна та спінальна, є пріоритетними методами знеболення під час пологів, оскільки вони забезпечують ефективний контроль болю та мінімізують ризики для матері та дитини.

2.5. Ризики й ускладнення для плоду при застосуванні різних видів знеболення

Знеболення під час пологів є важливим аспектом акушерської допомоги, оскільки воно впливає на комфорт породіллі та перебіг пологів, але не менш важливим є і стан новонародженого, тому різні методи знеболення мають свої переваги та потенційні ризики не тільки для матері, а й для плода. Варто розуміти й знати всі негативні наслідки кожного методу й на організм немовляти (Додаток А).

Якщо взяти до уваги найбільш використовувану епідуральну анестезію, то її вплив на плід та новонародженого залишається предметом наукових досліджень. На основі аналізу праць українських фахівців, опублікованих після 2020 року, можна окреслити основні аспекти цього впливу.

Так, за допомогою дослідження, проведеного Жилкою Н. Я. та співавторами у 2024 році, з'ясовано, що застосування ЕА під час вагінальних пологів асоціюється з підвищеним ризиком дистресу плода. Зокрема, частота дистресу плода була вищою в групі жінок, яким застосовували ЕА, порівняно з тими, хто народжував без цього методу знеболення. Такі висновки є підтвердженням про необхідність зваженого підходу до використання ЕА, враховуючи потенційні ризики для плода [18].

У статті Є.М. Суліменка «Аналіз використання регіонарних методик у знеболюванні пологів» (2023) порівняно три методи регіонарного знеболення: епідуральна аналгезія з проколом твердої мозкової оболонки (DPE), комбінована спінально-епідуральна аналгезія (КСЕА) та класична епідуральна аналгезія (ЕА). Зважаючи на результати, узагальнено, що методика DPE забезпечує швидший початок дії та кращу якість аналгезії з меншою кількістю ускладнень. А вплив на плід оцінювано за допомогою кардіотокографії (КТГ), рівня лактату та рН пуповинної крові. Значущої різниці в стані новонароджених між групами не виявлено, що свідчить про відносну безпеку всіх трьох методів знеболення для плода [20].

Отже, застосування епідуральної аналгезії під час пологів може впливати на стан плода та новонародженого, зокрема підвищуючи ризик дистресу плода. Проте порівняльні дослідження різних методик регіонарної аналгезії не виявили значущих відмінностей у стані новонароджених. Це підкреслює важливість індивідуального підходу до вибору методу знеболення, враховуючи клінічну ситуацію та потенційні ризики для матері та дитини (Додатки А, Б, Г).

Як уже було зазначено, спінальну анестезію поширено застосовують під час кесаревого розтину, проте її вплив на плід та новонародженого також на сьогодні залишається предметом наукових досліджень.

Згідно з даними, опублікованими в MSD Manual, нейроаксіальна анестезія, включно зі спінальною, є кращим підходом до знеболення під час пологів та розродження. Вона забезпечує ефективний контроль болю, дозволяє породіллі залишатися в свідомості й тужитися, не призводить до седації новонародженого. Спінальна анестезія має швидкий початок дії та може бути використана для кесаревого розтину у пацієток без епідурального катетера (Додаток 3). Проте вона є короткочасною (приблизно 2–3 години), що може обмежувати її застосування при тривалих пологах [51].

Отже, спінальна анестезія під час пологів є ефективним методом знеболення, який не призводить до седації новонародженого. Проте необхідно враховувати можливі ускладнення такі, як гіпотонія у матері, що може впливати на стан плода. Порівняння з іншими методами знеболення такими, як комбінована спінально-епідуральна анестезія, не дає однозначних переваг, що знову ж таки підкреслює важливість індивідуального підходу при виборі методу анестезії [19, 20].

Парентеральне знеболення під час пологів, зокрема із застосуванням опіоїдів, спроможне впливати на плід та новонародженого. Опіоїди проникають через плацентарний бар'єр і можуть спричиняти пригнічення дихання та седацію в новонароджених. Тому їх використання під час пологів обмежене й застосовують лише за відсутності змоги використання нейроаксіальної анестезії або при наявності протипоказань до неї. Також необхідно уважно спостерігати

за станом плода та новонародженого при їх використанні, зокрема контролювати дихання та рівень свідомості. Медичний персонал повинен бути готовий до надання невідкладної допомоги новонародженому, включаючи застосування налоксону для нейтралізації ефектів опіоїдів (Додаток Е).

Таким чином, виокремлюють такі можливі наслідки для новонародженого: 1) пригнічення дихання (опіоїди мають властивість викликати пригнічення дихання в новонародженого, що потребує ретельного моніторингу та, за необхідності, застосування антагоністів опіатів таких, як налоксон); 2) седація та зниження активності (новонароджені можуть бути млявими, зі зниженою здатністю до смоктання та адаптації до позаутробного життя).

Отже, знову ж таки, зважаючи на потенційні ризики, вибір методу знеболення під час пологів має бути індивідуальним, із урахуванням стану матері та плода, а також наявних ресурсів і кваліфікації медичного персоналу [51].

Що ж до загальної анестезії під час пологів, то вона може мати різноманітний вплив на плід та новонародженого. Зокрема, у дослідженнях зазначено, що її використання має здатність до зниження оцінок за шкалою Апгар у новонароджених на 1-й хвилині життя. Проте ці ефекти є короточасними й оборотними, а на 5-й хвилині відмінності в оцінках за шкалою Апгар між різними методами анестезії зазвичай не спостерігаються [57].

Крім того, загальна анестезія може впливати на гемодинамічні показники матері, що, у свою чергу, може позначитися на стані плода. Тому важливо ретельно зважувати показання до застосування загальної анестезії під час пологів, надаючи перевагу методам, які мають менший вплив на плід таким, як нейроаксіальна анестезія [51].

Отже, і під час застосування загальної анестезії практики переконані, що вибір методу знеболення під час пологів повинен базуватися на індивідуальних особливостях пацієнтки, стані плода та наявності медичних показань чи протипоказань до певних видів анестезії. Співпраця між акушерами та анестезіологами є ключовою для забезпечення безпеки матері та дитини.

Зважаючи на особливості немедикаментозних методів знеболення під час пологів, то першочергово вони спрямовані на зменшення больових відчуттів без використання фармакологічних засобів. До таких способів зараховують психологічну підтримку, дихальні техніки, масаж, водні процедури та інші підходи. Застосування цих методів не має негативного впливу на плід і сприяє природному перебігу пологів.

Наприклад, психологічна підтримка (тримання за руку, слова підбадьорення та допомогу з дихальними вправами). Присутність близької людини або доули під час пологів може значно знизити рівень тривожності та болю в породіллі, створити відчуття безпеки та комфорту для матері, а все загалом обов'язково позитивно впливатиме на плід [36, 61].

У працях практиків акушерів-гінекологів часто згадують і про використання дихальних технік, адже, на їхню думку, контрольоване дихання допомагає розслабитися та зменшити напруження під час переймів, правильне його застосування сприяє покращенню оксигенації, що позитивно впливає на стан плода.

Ще одним із немедикаментозних способів є масаж попереково-крижового відділу, який, за спостереженнями фахівців, значно полегшує біль під час пологів. Кругові рухи або натискання на болючі точки сприяють розслабленню м'язів та зменшенню дискомфорту, а це впливає позитивно на плід [26, 27]. Також не завдає шкоди новонародженому теплий душ або ванна, які приймає матір, оскільки вони сприяють розслабленню м'язів, зменшенню болю та покращенню кровообігу. Важливо, щоб температура води була комфортною та не надто гарячою [26, 27].

Отже, немедикаментозні методи знеболення є перевагами для плода, оскільки не впливають негативно на нього, адже не використовують фармакологічні засоби, які можуть проникати через плаценту. Зменшення стресу та болю в матері сприяють стабілізації її фізіологічних показників, що позитивно відображається на стані новонародженого. Але варто пам'ятати, що ефективність немедикаментозних методів знеболення може варіюватися залежно

від індивідуальних особливостей жінки та перебігу пологів. У деяких випадках може виникнути потреба в додатковому застосуванні медикаментозних методів знеболення. Загалом, ці способи є безпечними для плода та можуть бути рекомендовані як первинний підхід до полегшення болю під час пологів.

РОЗДІЛ 3. МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ МЕТОДІВ ЗНЕБОЛЕННЯ

3.1. Дизайн дослідження та критерії залучення / вилучення учасників

Немедикаментозні методи знеболення під час пологів (дихальні техніки, гідротерапія та акупресура) стають важливою частиною сучасного акушерства. Вони не тільки знижують інтенсивність болю, але й сприяють емоційному комфорту жінки, зменшують стрес і покращують загальний перебіг пологів, що важливо для як фізичного, так і психологічного стану матері. Тому дослідження спрямовано на мету оцінити ефективність зазначених способів знеболення під час пологів. Оскільки дослідження стосується специфічного досвіду учасниць під час пологів, то важливо використовувати якісні та кількісні методи збору даних.

Зважаючи на мету дослідження, а саме: оцінити ефективність альтернативних методів знеболення в пологах порівняно з традиційними фармакологічними методами, то необхідно за головні аспекти окреслити завдання, на основі яких проведено дослідження:

- визначити рівень знеболення при використанні альтернативних методів;
- оцінити вплив альтернативних методів на тривалість та перебіг пологів;
- дослідити рівень задоволеності породіль вибраним методом;
- окреслити потенційні переваги та ризики альтернативних методів знеболення [14, 26].

Що ж до методології, то можна зазначити такі основні фактори:

1. Дизайн дослідження: проспективне когортне.
2. Вибірка: 100 породіль, які погодилися на участь у дослідженні (50 осіб – альтернативні методи знеболення, 50 осіб – медикаментозне знеболення).
3. Критерії включення: вагітні жінки без ускладнень, які народжують вперше або повторно.
4. Критерії виключення: наявність патологій вагітності, протипоказання до природних пологів.

5. Методи збору даних: анкетування породіль, оцінка больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (VAS) (Додаток Н), спостереження за перебігом пологів, оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар [6, 21, 37], (Додатки Н, П).

Рандомізоване контрольоване випробування (RCT) полягає в тому, що в цьому випадку жінки, які надають згоду на участь у дослідженні, випадковим чином розподіляються на дві групи: одна – отримує традиційні медичні методи знеболення (наприклад, епідуральну анестезію), а інша – немедикаментозні методи (наприклад, дихальні вправи, методи релаксації, акупресура тощо) [6, 21, 37].

Особливістю когортного дослідження є те, що в цьому випадку можна спостерігати за групами жінок, які обирають різні методи знеболення на основі своїх власних уподобань або медичних показань (Додаток П). У такому разі основна увага приділяється дослідженню відмінностей у результатах для тих, хто вибирає немедикаментозні методи знеболення.

Для кількісного аналізу можна використовувати такі методи збору даних, як: шкала болю (наприклад, візуально-аналогова), а для якісного — інтерв'ю чи опитувальники після пологів для збору інформації про сприйняття жінок щодо ефективності обраного методу знеболення (Додаток П).

Із огляду на визначену мету й завдання дослідження можна виокремити ряд очікуваних результатів:

1. Визначення ефективності альтернативних методів знеболення.
2. Оцінення їхнього впливу на емоційний стан породіль.
3. Можливість розширення використання альтернативних методів у пологових стаціонарах [6, 21, 37].

Отже, дослідження сприятиме обґрунтуванню застосування альтернативних методів знеболення під час пологів та упорядкуванню рекомендацій для практичного використання у медичних закладах.

3.2. Групи спостереження й особливості застосованих методів знеболення

Для здійснення дослідження було зроблено вибірку зі 100 жінок, оскільки саме така (від 100 до 200) є досить поширеною у спостереженнях, що проводяться в медицині, зокрема акушерстві щодо вивчення ефективності методів знеболення під час пологів, адже саме така кількість сприяє статистичній потужності (забезпечення виявлення істотних відмінностей між групами спостереження; зменшення ймовірності випадкових помилок і отримання надійних результатів); збалансованості груп (при такому розмірі вибірки можна сформувати достатньо великі та збалансовані групи для порівняння різних методів знеболення (немедикаментозних та медикаментозних); оцінити ефективність методів у контексті їхнього впливу на біль, психоемоційний стан жінки та результат пологів); загальній репрезентативності (200 породіль можуть представляти більш широку популяцію жінок, які народжують, що дозволяє зробити висновки, які можуть бути застосовані до більшої кількості пацієнток); можливості корекції на випадкові зміни (під час спостереження можуть виникати ситуації, які потребують виключення учасників через різні фактори (наприклад, екстрені медичні втручання); численна вибірка дозволяє компенсувати втрати учасниць і зберегти достовірність результатів) [6, 21, 37].

Для досягнення необхідних результатів, необхідно здійснити характеристику груп спостереження. Однією є така, у якій використовують немедикаментозні методи знеболення. Жінки цієї когорти можуть застосовувати такі методи, як: гідротерапія (купання у воді), дихальні техніки, релаксація, акупресура, йога чи масаж. Усі ці способи спрямовані на полегшення болю й покращення емоційного стану жінки без застосування лікарських засобів [6, 21, 25, 27, 37].

Другою є група, у якій використовують медикаментозні методи знеболення. Її учасниці можуть застосовувати традиційні методи знеболення, як-от: епідуральна анестезія, анальгезія за допомогою опіоїдів або інші фармакологічні засоби (Додатки С, Т, Ф).

Також можна виокремити ще одну – група контролю. У деяких випадках створюється додаткова когорта жінок, які отримують стандартну медичну

допомогу без конкретних утручань або застосовують для них різні альтернативи з метою порівняння результатів (Додатки С, Т, Ф).

Варто зазначити й причини вибору конкретних методів знеболення, однією з яких є ефективність (застосовані методи знеболення обираються з огляду на їхню дієвість, продуктивність у зменшенні інтенсивності болю під час пологів; немедикаментозні методи можуть бути менш інвазивними й мати менше побічних ефектів, ніж медикаментозні).

Важливим аргументом є й бажання жінки, адже часто вибір методів знеболення залежить від індивідуальних уподобань породіллі, її фізіології та готовності до використання певних прийомів [6].

Не можна не враховувати під час вибору способів знеболення й показання та протипоказання, бо в деяких випадках медичні показання можуть визначити, чи варто застосовувати немедикаментозні методи або необхідні більш інвазивні, наприклад, для жінок із високим рівнем стресу або медичними проблемами, що потребують додаткових знеболювальних заходів [34].

Якщо охарактеризувати вибірку для спостереження, то обрано жінок, які без серйозних медичних ускладнень таких, як серцево-судинні захворювання, передчасне вилиття навколоплідних вод або інші патології, що можуть впливати на вибір методу знеболення.

Урахування психологічних факторів є не менш важливим, оскільки деякі породіллі можуть мати страх перед болем або попередній досвід, що впливає на вибір методу знеболення.

Зважати потрібно під час спостереження й на етичні та практичні аспекти. Згода породіль є вагомим чинником, адже кожна жінка має дати інформовану згоду на участь, що передбачає ознайомлення з методами знеболення, їх перевагами та ризиками [30].

Необхідно для повноцінних і чітких результатів спостереження здійснювати моніторинг і корекцію (Додаток П). Усі жінки мають бути під наглядом медичних працівників протягом усього процесу пологів, що гарантує безпеку і своєчасну допомогу в разі непередбачених ситуацій [6, 19, 21, 37].

Отже, для відстеження було обрано 100 жінок (50 – використовували альтернативні методи знеболення, 50 – медикаментозне знеболення), така кількість є достатньою для проведення наукового дослідження, сприяє отриманню більш-менш надійних і обґрунтованих результатів для оцінки ефективності й безпеки різних методів знеболення під час пологів.

У дослідженні критерієм включення стали вагітні жінки віком 18 - 40 років. Обрано саме цю категорію, оскільки це найбільш типова вікова група для пологів, цей період вважають оптимальним для оцінки ефективності методів знеболення, є ймовірність меншої варіативності, яку можуть додавати значні вікові відмінності (Додатки С, Т, Ф). Також зазвичай має менше фізіологічних ускладнень порівняно з іншими віковими категоріями [6, 21, 37].

До критеріїв включення враховано фізіологічну вагітність без ускладнень. Причиною такого вибору є те, що жінки з серйозними медичними проблемами такими, як: серцево-судинні захворювання, порушення функції нирок, ендокринні захворювання або інші важкі патології, можуть мати специфічні потреби в знеболенні, і їх занесення до дослідження може ускладнити інтерпретацію результатів. Для досягнення достовірних результатів спостереження важливо включати жінок, чия фізіологія й медичний стан не мають ускладнень, які можуть вплинути на перебіг пологів або сприйняття болю [6, 21, 37].

Що ж до гестаційного віку, то він коливається від 37 до 41 тижня. Причиною визначають, що пологи в цей термін є найбільш безпечними для матері й дитини. У разі передчасних пологів (до 37 тижня) або післятермінових (понад 41 тиждень) можуть виникнути додаткові ризики, які можуть вплинути на результати дослідження. Вибір жінок на 37–41 тижні вагітності дозволяє забезпечити певну стандартизацію щодо стадії пологів і зменшити вплив передчасних або запізнених пологів на ефективність застосованих методів знеболення [6, 21, 37], (Додатки С, Т, Ф).

Потрібно враховувати бажання жінок брати участь у дослідженні, оскільки важливо, щоб учасниці добровільно погоджувалися на участь у спостереженні й

були готові до можливих маніпуляцій, адже процес пологів може бути стресовим, і необхідно, щоб породіллі були психічно підготовлені до участі у відстеженні. Добровільна згода є важливим етичним аспектом дослідження, тому лише жінки, які самі бажають брати участь, включають до вибірки.

На думку акушерів-гінекологів, має значення, якою є вагітність: першою чи другою, адже пологи в жінок із попереднім досвідом можуть бути відмінними від тих, хто народжує вперше (перші пологи можуть бути більш болючими через відсутність досвіду й підготовленості організму). Перші пологи важливіші для вивчення ефективності методів знеболення, оскільки вони є більш інтенсивними фізіологічно і психологічно. Обмеження до першої або другої вагітності дозволяє більш рівно оцінити ефективність методів знеболення без значних варіацій у фізіологічних і психологічних реакціях жінок на пологи [6, 21, 37], (Додатки П, Р, С, Т, Ф).

Для спостереження краще обирати жінок, які не мають протипоказань до застосування обраних методів знеболення, бо для деяких способів можуть існувати медичні протипоказання (наприклад, для водної терапії або акупресури). Включення тільки тих породіль, які безпечно застосовуватимуть запропоновані методи, є важливим для створення безпечного перебігу пологів. Цей критерій справді є необхідним для збереження етики й безпеки учасниць дослідження. Якщо жінка має протипоказання до певного методу, вона не може бути зарахована в групу, що застосовує саме цей спосіб, щоб уникнути негативних наслідків [6, 21, 37], (Додатки П, Р, С, Т, Ф).

Отже, критерії включення в дослідження допомагають визначити, хто саме може брати участь у спостереженні для отримання найбільш точних і надійних результатів. Вони також забезпечують надійність учасниць і етичну чистоту дослідження. У даному випадку критерії включення спрямовані на те, щоб породіллі мали схожі фізіологічні умови та не мали медичних протипоказань до обраних методів знеболення [6, 21, 37].

У дослідженні відіграють важливу роль у забезпеченні достовірності та безпеки результатів і критерії виключення, а також у збереженні етичних

стандартів. Вони визначають, яких учасників не можна зарахувати в групу для спостереження через специфічні умови, що можуть спотворити результати або поставити під загрозу їхню безпеку [6, 21, 37].

Основними критеріями виключення практики вважають

- передчасні пологи (менше 37 тижнів);
- оперативні втручання (кесарів розтин, вакуум-екстракція тощо);
- важкі соматичні захворювання або акушерські патології;
- психічні розлади, що можуть впливати на оцінку больового сприйняття.

Якщо жінки мають медичні протипоказання до застосування певних методів знеболення (наприклад, алергія на компоненти препаратів, серцево-судинні захворювання, інфекційні хвороби чи інші медичні показання, що виключають застосування методів знеболення), то їх не повинно бути зараховано в дослідження. Це є важливим фактором для створення безпеки породіллі та її дитини під час пологів. Виключення таких учасниць є необхідним для мінімізації ризиків, адже застосування деяких методів знеболення таких, як епідуральна анестезія або використання сильних анальгетиків, може бути небезпечним для жінок із певними захворюваннями або фізіологічними обмеженнями, а також сприяє чистоті результатів і знижує можливість виникнення ускладнень, що можуть вплинути на хід пологів [39, 40, 41, 53].

Потрібно враховувати наявність ускладнень під час вагітності або пологів тому, що жінки з утрудненнями такими, як: прееклампсія, гестоз, передчасний розрив оболонок, крайове або бокове передлежання плаценти, многоводдя, можуть потребувати особливого нагляду та використання специфічних медичних методів знеболення, що не відповідатимуть протоколу [51]. Виключення таких породіль є важливим для того, щоб зменшити вплив цих факторів на результати дослідження. Ускладнення можуть вимагати екстреного застосування медичних методів знеболення таких, як: епідуральна анестезія, що може вплинути на порівняння ефективності немедикаментозних методів знеболення. Таким чином, виключення таких учасниць дозволяє зосередитися на порівнянні методів знеболення в більш контрольованих умовах [39].

Крім вищезазначеного, на результат спостережень впливають психологічні та емоційні фактори (психічні розлади), оскільки жінки з діагностованими психічними розладами (наприклад, важка депресія, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад) можуть мати специфічну реакцію на біль або на застосування певних методів знеболення. Психологічні фактори мають здатність значно вплинути на сприйняття болю, а також на потенціал ефективно реагувати на способи знечулення. Наприклад, породіллі з високим рівнем тривоги або панічними атаками можуть мати іншу реакцію на стрес під час пологів, що вплине на спотворення результатів, особливо при застосуванні немедикаментозних способів, які розраховано на здатність жінки розслабитися та зосередитися на техніках знеболення [26, 61].

Обов'язково потрібно взяти до уваги відмову від участі або нездатність до інформованої згоди через мовний бар'єр, психічний стан або інші фактори. Таких жінок також виключають із вибірки. Інформована згода є ключовим етичним принципом у наукових дослідженнях, особливо коли йдеться про пологи та використання методів знеболення. Виключення учасниць, які не можуть надати таку згоду, є необхідним для забезпечення етичності та законності спостереження.

Вагомим чинником, який потрібно враховувати під час вибірки, наявність плану щодо проведення екстрених медичних утручань (наприклад, кесарів розтин). Жінки, у яких заздалегідь визначено необхідність проведення кесаревого розтину чи іншого хірургічного втручання під час пологів, не повинні брати участь у дослідженні. Екстрені медичні втручання такі, як кесарів розтин, часто потребують змін у методах знечулення, тому вони можуть серйозно вплинути на результати. Породіллі, яким передбачено кесарів розтин, зазвичай отримують загальну анестезію або епідуральну анестезію, що не є частиною досліджуваних немедикаментозних методів знеболення [51, 52, 53].

Проводячи вибірку, необхідно звернути увагу на наявність вищих чи нижчих ризиків для матері та дитини. До цієї групи можуть належати жінки з високим або низьким рівнем загрози для їхнього ж здоров'я й новонародженого

(наприклад, із великим плодом, занадто малим або іншими ускладненнями). Виключення таких учасниць важливе для того, щоб уникнути факторів, які можуть значно вплинути на результати (Додатки П, Р, С, Т, Ф). Наприклад, настання ускладнень сприятиме змінам у виборі знечулення під час пологів, що знову ж таки спотворюватиме висліди дослідження [6, 9].

Отже, критерії виключення допомагають створити безпечні умови для учасниць і сприяти точності результатів дослідження. Вони дозволяють зменшити кількість варіабельних факторів, які можуть впливати на ефективність знеболення під час пологів, і таким чином дозволяють зробити висновки про ефективність немедикаментозних методів знечулення в контрольованих і надійних умовах.

3.3. Методи визначення стану породіллі (шкала болю, клініко-лабораторні показники)

Оцінювання стану породіллі є важливою складовою надання медичної допомоги під час пологів. Для цього використовують різноманітні методи, серед яких шкала болю, клініко-лабораторні показники та інші інструменти, які допомагають об'єктивно визначити фізичний і психологічний стан жінки в процесі пологів. У наукових працях докладно описані різні методи оцінки стану породіллі, їх переваги й обмеження.

Одним із основних інструментів для визначення інтенсивності болю під час пологів є шкала болю (Pain Scales). Існує кілька її варіантів, серед яких найпоширенішими є шкала за візуальною аналогією (VAS) та вербальна шкала болю (VRS). Так, шкала візуальної аналогії (Visual Analog Scale) є однією з найбільш широко використовуваних для оцінення інтенсивності болю (Додаток Н). Це лінія, на якій пацієнт указує місце, яке найкраще відповідає його відчуттям болю від 0 (відсутність болю) до 10 (найсильніший біль). У багатьох дослідженнях проведено порівняння ефективності шкали VAS в оцінці болю у породіль. Автори статей відзначають, що VAS є зручним і ефективним інструментом для кількісного визначення болю під час пологів і можна

використовувати для моніторингу змін інтенсивності болю в реальному часі [10, 37].

Вербальна шкала (Verbal Rating Scale) має мінімально п'ять ступенів для оцінки інтенсивності болю: «немає», «легкий», «помірний», «сильний біль» та «нестерпний». Цей метод більш суб'єктивний порівняно з VAS, але він є простим і зручним для пацієнтів, які мають труднощі з розумінням числових оцінок [10, 37].

Ще однією використовуваною шкалою є клініко-лабораторні показники, на основі яких можна визначити фізіологічний стан породіллі, виявити можливі відхилення і своєчасно прийняти відповідні медичні рішення. Звичайно, клінічні показники болю є суб'єктивною оцінкою болю, але їх застосування (візуально-аналогової шкали (ВАШ), (Додаток Н)) допомагає породіллі самостійно проаналізувати інтенсивність болю, що є важливим інструментом для індивідуалізації знеболювальних заходів. Можна також простежити фізіологічні зміни. Під час пологів спостерігається активація симпатичної нервової системи, що проявляється підвищенням систолічного артеріального тиску на 10,1%, частоти серцевих скорочень на 7,7%, ударного об'єму серця на 29,0%, хвилинного об'єму серця на 38,4% та серцевого індексу на 45,3%. Такі зміни свідчать про значне навантаження на серцево-судинну систему під час пологів [20].

Якщо враховувати лабораторні показники, то за допомогою них можна встановити гормональні зміни. Наприклад, інтенсивний біль під час пологів супроводжується підвищенням рівня стресових гормонів таких, як катехоламіни та кортизол. Це може впливати на перебіг пологів та стан плода.

Також рівень β -ендорфінів. Під час пологів відбувається активація системи ендогенних опіоїдних пептидів, зокрема β -ендорфінів, які відіграють роль у регуляції больової чутливості та адаптації до стресу. Підвищення рівня β -ендорфінів сприяє зниженню сприйняття болю та захисту нервової системи матері та плода від стресових ситуацій [20, 22].

Отже, оцінення клініко-лабораторних показників болю під час пологів є важливим для вибору оптимальної стратегії знеболення та забезпечення безпеки матері та дитини. Використання суб'єктивних шкал в поєднанні з аналізом фізіологічних і гормональних змін сприяє тому, що акушери-гінекологи ефективно контролюють больовий синдром та можуть покращувати результати пологів.

Моніторинг артеріального тиску (АТ) під час пологів є також важливим компонентом для створення безпеки матері й плода. Підвищення або зниження АТ може свідчити про наявність гестаційної гіпертонії або преєклампсії, що потребує невідкладного втручання. Регулярне вимірювання АТ сприяє своєчасному виявленню й коригуванню гіпертензивних станів таких, як преєклампсія, які можуть спричинити серйозні ускладнення [30, 50]. Серед рекомендації щодо моніторингу АТ під час пологів, то необхідно регулярно вимірювати АТ у породіллі протягом усього періоду пологів, особливо при наявності факторів ризику гіпертензії. Такий підхід сприяє ранньому виявленню підвищеного АТ та запобіганню можливим ускладненням [30, 50]. Акушери-гінекологи визначають порогові значення для втручання. Якщо систолічний АТ досягає або перевищує 160 мм рт. ст., а діастолічний — 110 мм рт. ст., необхідно негайно розпочати антигіпертензивну терапію для зниження ризику ускладнень таких, як інсульт або набряк легень [50]. Саме епідуральна анестезія може бути ефективною для знеболення під час пологів і сприяти стабілізації АТ. У випадках, коли епідуральна анестезія протипоказана або недоступна, можуть застосовувати ненаркотичні аналгетики, седативні засоби або фентаніл [50].

У післяпологовий період необхідно продовжувати моніторинг АТ, оскільки можливе його підвищення в перші дні після народження дитини. Навіть у жінок з нормальним АТ під час вагітності може спостерігатися його підвищення після пологів, що потребує відповідного контролю та, за необхідності, лікування [50].

Таким чином, забезпечення ретельного моніторингу та своєчасного втручання при відхиленнях АТ під час пологів є ключовим для збереження здоров'я матері та дитини [50].

Деякі лабораторні показники можуть відображати фізіологічну реакцію організму на біль. Загальний аналіз крові та сечі можуть допомогти виявити можливі ускладнення під час пологів, а саме: анемію, зневоднення або проблеми з нирками. Наприклад, за аналізом крові можна визначити рівень β -ендорфінів. Вважають, що позитивний кореляційний зв'язок між інтенсивністю болю під час пологів і концентрацією β -ендорфінів у плазмі крові породіль. Підвищення рівня β -ендорфінів свідчить про активацію ендогенної системи знеболення у відповідь на біль [50, 63]. Інтенсивний біль може призводити до підвищення рівня в крові катехоламінів та кортизолу, що відображає стресову реакцію організму.

На даний момент немає прямих доказів використання аналізу сечі для оцінки інтенсивності болю під час пологів. Однак загальний аналіз сечі може бути корисним для виявлення інших станів таких, як протеїнурія, що може свідчити про ускладнення вагітності, наприклад, прееклампсію [64]. Так, в одній зі статей було проаналізовано можливі ускладнення, пов'язані з інфекціями сечових шляхів під час пологів. Автори звертають увагу на важливість лабораторних досліджень сечі для діагностики цих інфекцій та оцінки їх впливу на перебіг пологів.

Визначають також систему оцінки «Альдретта» (Aldrete Score), яку використовують для характеристики відновлення породіллі після анестезії або операцій таких, як кесарів розтин. Оцінюється кілька факторів, включаючи рівень свідомості, активність, дихання, кровообіг та колір шкіри [29, 32, 44]. Акушери-гінекологи зважають ще на шкалу оцінення рівня тривоги та депресії. Психологічні відчуття породіллі також мають велике значення для її фізичного стану. Високий рівень тривоги чи депресії може впливати на збільшення сприйняття болю та процес пологів.

Отже, методи визначення стану породіллі під час пологів є важливим інструментом для створення безпеки для матері та плода. Шкали болю, клініко-

лабораторні показники, а також психологічні оцінки є необхідними для моніторингу та своєчасного реагування на будь-які ускладнення. Вони допомагають медичним працівникам приймати обґрунтовані рішення щодо вибору методів знеболення та іншого лікування в ході пологів.

3.4. Методи аналізу стану плода (шкала Апгар, біохімічні показники, моніторинг)

Аналіз стану плода є важливою частиною ведення пологів, оскільки він сприяє своєчасному виявленню будь-яких відхилень і забезпеченню необхідної медичної допомоги. Для оцінки стану новонародженого використовують різноманітні методи, серед яких найбільш розповсюдженими є шкала Апгар (Додаток Н), біохімічні показники, а також моніторинг серцевого ритму плода.

Зважаючи на практичні дослідження й наукові праці, можна визначити, що найбільш використовуваний метод швидкої оцінки стану новонародженого на 1-й та 5-й хвилині після народження є шкала Апгар (Apgar Score). За нею оцінюють п'ять основних показників: частота серцевих скорочень, дихання, м'язовий тонус, реакція на подразники та колір шкіри. Аналіз проводять за шкалою від 0 до 10 для кожного з цих показників, де максимальна сума — 10 [60].

У своїй класичній роботі Вірджинія Апгар уперше представила шкалу, за якою можна було швидко оцінювати фізіологічний стан новонародженого. Вона підкреслила, що своєчасна характеристика стану немовляти після народження важлива для швидкого реагування медичного персоналу. Апгар також зазначила, що завдяки шкалі легко передбачити майбутній розвиток плода та його адаптацію до позаутробного життя [57, 58, 60]. Наприклад, за результатами досліджень можна підсумувати, що низька оцінка за шкалою Апгар (менше 7 балів) на 1-й хвилині життя може свідчити про проблеми з диханням, серцево-судинною системою або порушенням адаптації новонародженого, що потребує негайного медичного втручання. Однак варто також зазначити, що шкала Апгар не може точно передбачити довгостроковий розвиток немовляти, і її потрібно використовувати разом з іншими методами оцінки [57, 58, 60].

Важливими індикаторами для визначення стану плода є біохімічні показники (параметри газового складу крові), зокрема рН, PaO_2 , PaCO_2 , оскільки вони допомагають визначити рівень кисню та кислотно-лужний баланс, що є критичними для функціонування органів плода. Використання газового складу пуповинної крові для оцінки стану плода є також важливим, оскільки дослідженнями підтверджено, що низький рівень рН у пуповинній крові або високі рівні PaCO_2 можуть бути ознаками гіпоксії або інших порушень таких, як асфіксія, що може призвести до серйозних наслідків для здоров'я новонародженого: церебрального паралічу або інших неврологічних порушень [58].

Вивчення крові плода є важливим методом для аналізу рівня кисню та кислотно-лужного балансу, особливо у випадках, коли звичайний моніторинг серцевого ритму не дає достатньо інформації. Високий рівень лактації (Lactate) в крові плода може свідчити про стрес плода або гіпоксію.

Здійснення моніторингу серцевого ритму плода (NST — non-stress test), зокрема його варіабельність, прискорення та уповільнення, є одним з основних способів, завдяки якому оцінюють стан плода та його здатність адаптуватися до стресових умов. Цей метод базується на реєстрації серцевого ритму плода і його змін у відповідь на рухи дитини чи інші зовнішні стимули. Важливо своєчасно виявляти аномалії в серцевому ритмі плода, наприклад, тривала брадикардія або різкі зміни в ритмі, бо вони можуть вказувати на розвиток гіпоксії або інших порушень [62]. Є різні стратегії моніторингу в умовах високого ризику (наприклад, у жінок із гестаційним діабетом або прееклампсією), де збої в серцевому ритмі можуть вказувати на критичні порушення в адаптації плода.

Для моніторингу серцевого ритму плода використовують різні способи, як-от: електронний фетальний моніторинг (EFM), який відіграє важливу роль у визначенні стресу плода.

Застосовують для аналізу стану плода за допомогою ультразвукове дослідження (УЗД), завдяки якому визначають фізіологічний стан плода, його позицію, кількість навколоплідних вод, а також можливі порушення розвитку,

включаючи вимірювання серцевого ритму, товщини плаценти та оцінки кровообігу в пуповині для виявлення можливих ознак гіпоксії.

Для безпосереднього спостереження за станом плода, зокрема його серцевими скороченнями й реакцією на дії медичних процедур використовують фетоскопію – метод, що дозволяє безпосередньо оцінити стан дитини, зокрема його серця, рухи та реакції на зовнішні подразники. Зазвичай фетоскопія використовується в екстрених ситуаціях.

Отже, аналіз стану плода є ключовим для забезпечення здоров'я матері й дитини під час пологів. Шкала Апгар є основним методом для оцінки адаптації новонародженого до життя поза маткою. Біохімічні показники, зокрема газовий склад пуповинної крові, допомагають визначити можливі порушення кисневого забезпечення плода. Моніторинг серцевого ритму плода є важливим інструментом для виявлення ознак стресу або гіпоксії. Ультразвукове дослідження та інші методи оцінки також відіграють вагомую роль в оцінці фізіологічного стану плода. Усі ці методи допомагають своєчасно реагувати на можливі ускладнення та покращують прогнози для здоров'я новонародженого.

3.5. Статистичні методи аналізу отриманих даних

Статистичний аналіз є ключовим інструментом для оцінки стану породіллі та плода, оскільки сприяє виявленню закономірності, прогнозуванню можливих ускладнень та підвищенню якості акушерської допомоги. За допомогою статистичних методів можна обґрунтувати медичні рішення, виявити значущі зв'язки та закономірності, а також оцінити ефективність застосованих методів знеболення чи інших інтервенцій.

Для отримати загальної картини про основні характеристики даних (середні значення, стандартні відхилення, мінімальні та максимальні значення, а також розподіли даних) використовують описову статистику. Наприклад, середнє значення (Mean) з метою оцінки середнього рівня болю (за шкалою болю) або середніх результатів моніторингу серцевого ритму плода. А медіана (Median) є корисною, коли дані мають виражену асиметрію (для шкали Апгар,

коли результати сильно зосереджені в нижчих або вищих значеннях). Що ж до стандартного відхилення (Standard Deviation), то за допомогою нього вимірюють варіативності показників: пульс, рівень рН у пуповинній крові, показники серцевого ритму плода [62].

Ще одним статистичним методом є кореляційний аналіз, який застосовують для виявлення взаємозв'язку між двома або більше змінними. Наприклад, можна досліджувати, як зміни в шкалі болю породіллі можуть корелювати з рівнем пульсу або серцевого ритму плода, як зміни в біохімічних показниках (рН, рівень лактації) впливають на оцінки за шкалою Апгар. Так, для аналізу лінійних зв'язків між змінними (наприклад, між рівнем болю у породіллі та результатами моніторингу серцевого ритму плода) практикують кореляцію Пірсона (Pearson's Correlation). А для оцінки монотонних зв'язків, коли змінні не мають лінійного розподілу (наприклад, для оцінки кореляції між клініко-лабораторними показниками та оцінками Апгар) – кореляцію Спірмена (Spearman's Rank Correlation) [65].

У ряді досліджень проаналізовано кореляцію між інтенсивністю болю породіллі (оціненою за шкалою болю) та варіабельністю серцевого ритму плода, що допомогло виявити важливі закономірності у відповіді плода на біль матері [22].

Застосовують на практиці й тестування гіпотез, оскільки за допомогою цього способу отримання інформації можна визначити, чи є статистично значущі відмінності між різними групами даних, наприклад, порівняти ефективність різних методів знеболення або оцінити, чи змінюється стан плода в залежності від лікувальних утручань. Виокремлюють такі види:

- t-тест (Student's t-test): для порівняння середніх значень між двома групами (наприклад, середні оцінки за шкалою Апгар для двох груп (група з епідуральною анестезією та група без знеболення));
- аналіз варіацій (ANOVA): з метою порівняння середніх значень більше ніж двох груп (наприклад, порівняння ефективності різних методів знеболення за допомогою шкали болю);

- тест Манна-Уїтні (Mann-Whitney U test): порівняння двох незалежних груп, коли дані мають ненормальний розподіл [2, 6, 67].

Серед статистичних методів є також регресійний аналіз, завдяки якому оцінюють вплив різних факторів на один основний результат. Наприклад, можна використати регресійний аналіз для вивчення того, як різні фактори (вік матері, тип знеболення, клініко-лабораторні показники) впливають на оцінки за шкалою Апгар або на результати моніторингу серцевого ритму плода. Лінійну регресію (Linear Regression) застосовують для оцінки впливу одного або кількох факторів на безперервну змінну (наприклад, як вік породіллі і метод знеболення впливають на середній бал за шкалою Апгар), а логістичну регресію (Logistic Regression) – з метою аналізу ймовірності певних подій (наприклад, імовірність виникнення асфіксії у плода в залежності від рівня кисню в крові та застосування анестезії) [2, 6, 67].

Для визначення часу до настання події, наприклад, терміну, який потрібен для покращення стану плода після певних лікувальних утручань (після проведення реанімаційних заходів, зокрема, після застосування різних методів знеболення), використовують кокс-регресію (коефіцієнт корисної дії (Cox Regression)). Такий підхід може бути корисним для аналізу ефективності різних методів знеболення або інших медичних процедур у динаміці [67].

Аналіз ускладнень вагітності та прогнозування динаміки показників до 2026 року здійснено в дослідженні, проведеному Вежновець Т. А. та співавторами, а також проаналізовано статистичні дані закладів охорони здоров'я України за період 2011–2022 років. Використовуючи однофакторні моделі лінійної регресії, було виявлено тенденції до зменшення загальної кількості пологів і фізіологічних пологів, а також зростання частоти кесаревого розтину й ускладнень, як-от: кровотечі та утруднені пологи. Прогнозується подальше збільшення частоти соматичних захворювань та ускладнень вагітності до 2026 року. Аналіз ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду та екстрагенітальної захворюваності у вагітних в Україні та прогнозування динаміки обраних показників до 2026 року [68].

У статті «Статистичний аналіз впливу SARS-COV-2 на перебіг вагітності та пологів» Бойчук А.В. та колеги провели статистичний аналіз впливу інфекції SARS-CoV-2 на перебіг вагітності й пологів. Дослідження показало, що в жінок, які перенесли COVID-19 під час вагітності, спостерігалось зростання частоти ускладнень, а саме: дисфункція плаценти (75,7% проти 33,6% у середньостатистичній групі), гестоз (51,5% проти 24,3%) та інфекції сечостатевої системи (15,1% проти 8,8%). Крім того, відзначено підвищення частоти кесаревого розтину й передчасних пологів у цій групі [69].

Особливості перебігу вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) подано в ретроспективному аналізі, проведеному українськими дослідниками, вивчено особливості перебігу вагітності та пологів у жінок після застосування ДРТ. На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що в цих жінок частіше спостерігалися ускладнення вагітності, була загроза пізнього викидня, істміко-цервікальна недостатність та вагінит. У пологах відзначено зростання частоти аномалій пологової діяльності та передчасного розриву плодових оболонок. Серед новонароджених від цих матерів перинатальна смертність становила 18,0 % [70].

Характеристику пологів у жінок з патологічним гестаційним збільшенням маси тіла й вплив індексу маси тіла (ІМТ) та гестаційного збільшення маси тіла (ГЗМТ) на перебіг пологів проаналізував Остафійчук С.О. у співавторстві з іншими науковцями. Встановлено, що надлишкове ГЗМТ підвищує ризик кесаревого розтину, індукованих пологів, аномалій скоротливої діяльності матки та необхідності застосування окситоцину. Ці результати підкреслюють важливість контролю маси тіла під час вагітності для зниження ризику ускладнень [71].

Отже, застосування статистичних методів у цих дослідженнях сприяє виявленню важливих тенденцій та факторів ризику, що впливають на стан породіллі та плода, сприяючи покращенню якості акушерської допомоги та перинатальних наслідків.

РОЗДІЛ 4. КОМПАРАТИВНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЗНЕБОЛЕННЯ

4.1. Тривалість пологів й особливості їх перебігу при різних методах знеболення

Тривалість пологів й особливості їх перебігу значною мірою залежать від застосованих методів знеболення, яке може впливати на різні етапи пологів, зокрема на перший період (розкриття шийки матки), другий (потуги й народження плода) і третій (народження плаценти). Неоднакові методи знеболення мають свої впливи на ці етапи як за тривалістю, так і за клінічними характеристиками перебігу пологів.

Розгляд часу й особливостей перебігу пологів при застосуванні різних методів знеболення є важливим аспектом сучасного акушерства.

У дослідженні вже зазначено, що найбільш поширеним методом знеболення при пологах є епідуральна анестезія, за допомогою якої блокують біль у нижній частині тіла, зберігаючи при цьому свідомість породіллі. Якщо застосувати її в першому періоді, то вона може подовжити пологи. Це пов'язано з тим, що знеболення знижує ефективність скорочень матки, зменшуючи їх інтенсивність і частоту. Згідно з дослідженнями, у жінок, які отримали епідуральну анестезію, період розкриття шийки матки може збільшитися на 1-2 години (Додатки П, Р, С, Т, Ф).

У разі застосування епідуральної анестезії у другий період пологів (під час потугів), то він також може бути подовжений. Поясненням є те, що блокування болю впливатиме на здатність породіллі контролювати свої потуги. Порівняно з жінками, які не отримали епідуральне знеболення, у них може спостерігатися більш тривалий період потуг.

Третій період, до якого входить і народження плаценти, зазвичай не зазнає значних змін у тривалості при використанні епідуральної анестезії [39, 40, 41].

Що ж до впливу на час пологів спінальної анестезії, при якій анестезуючий препарат вводиться в спинномозковий канал, яка забезпечує більш глибоке знеболення, ніж епідуральна анестезія, і використовують здебільшого під час

кесаревого розтину або в складних випадках пологів, то акушери-гінекологи в працях зазначають, що на перший період пологів зовсім не впливає. А от застосування на другому етапі може значно зменшити ефективність потуг, тому цей період стане подовжений. Крім того, у деяких випадках необхідна буде допомога для завершення пологів (наприклад, вакуум-екстракція). Під час третього періоду спінальна анестезія також має здатність упливати на тривалість, але цей ефект зазвичай менший [2, 6, 20, 51, 52, 53].

Оскільки загальна анестезія використовують у край рідко при пологах і зазвичай при екстреному кесаревому розтині, коли необхідно швидко знеболити породілля для виконання операції, то вона не впливає на перебіг природних пологів, адже її застосовують тільки під час оперативного втручання, але вона є потенційно більш небезпечною для матері та дитини, тому може збільшити ризики для породіллі та плода, особливо в разі необхідності швидкого втручання [44, 52, 53, 54].

Доречно, розглядаючи зазначену проблему, пригадати дослідження Є.М. Суліменка, опубліковане 2023 року. У ньому порівняно три методики регіонарної аналгезії: епідуральна аналгезія з проколом твердої мозкової оболонки (DPE), комбінована спінально-епідуральна аналгезія (КСЕА) та традиційна епідуральна аналгезія (ЕА). На основі результатів можна підсумувати, що час досягнення ефективного знеболення (оцінка болю за візуально-аналоговою шкалою <1) був найкоротшим при КСЕА ($4,4 \pm 2,1$ хв), тоді як при DPE цей показник становив $11,4 \pm 3,3$ хв, а при ЕА — $21,5 \pm 7,2$ хв (Додаток К).

Важливо зазначити, що, хоча КСЕА забезпечувала швидке знеболення, вона також асоціювалася з вищою частотою гіпотензії (20%) порівняно з іншими методами. Дослідження не виявило значущого впливу цих методів знечулення на тривалість пологів [20].

Менший уплив на тривалість пологів порівняно з фармакологічними методами мають нефармакологічні (психопрофілактична підготовка, водні пологи, акупунктура, використання медитації, йоги та інші методи фізичної та

психологічної релаксації). Наприклад, психопрофілактична підготовка може допомогти жінці краще керувати болем і стресом під час пологів, знижуючи потребу в медикаментозному знечуленні, але на загальну тривалість не має значного впливу [12, 61, 62].

Так само у дослідженнях зазначено, що водні пологи сприяють розслабленню жінки, скороченню періоду розкриття шийки матки, хоча загальний вплив на тривалість пологів може варіюватися [11, 25].

Оскільки акупунктуру використовують для знеболення і стимулювання скорочень матки, вона може мати позитивний ефект на скорочення тривалості пологів, але цей метод потребує додаткових досліджень [13].

Актуальним є також дослідження Т.М. Фурси-Совгири та співавторів, надруковане 2024 року, адже в ньому зосереджено увагу на оціненні перебігу пологів у жінок, які обрали альтернативні методи розродження, зокрема використання гідротерапії (пологи у воді). Відповідно до результатів, отриманих науковцями, у породіль спостерігалось пізніше розкриття плодових оболонок на фоні задовільного прогресу пологової діяльності (при розкритті шийки матки $8,6 \pm 0,3$ см в основній групі проти $5,6 \pm 0,3$ см у контрольній групі). Хоча у дослідженні не наведено прямих даних про загальну тривалість пологів, зазначено, що застосування гідротерапії сприяло зниженню частоти акушерських ускладнень, як-от: слабкість пологової діяльності та дистрес плода, що може опосередковано вказувати на позитивний вплив на перебіг пологів [37].

Про задоволеність жінок пологами залежно від застосованих методів знеболення 2022 року було опубліковано дослідження А. М. Романенка та Ю. Л. Кучина, у якому подано аналіз рівнів задоволеності породіль пологами, зважаючи на застосований спосіб знечулення. Хоча основну увагу приділено суб'єктивній оцінці пологового досвіду, згідно з результатами можна зробити висновок, що ефективне знеболення, зокрема пацієнт-контрольована епідуральна аналгезія (ПТЕА), сприяє підвищенню задоволеності жінок пологами. Дослідження не надає конкретних даних щодо впливу ПТЕА на

тривалість пологів, але підкреслює важливість адекватного знеболення для позитивного пологового досвіду [5].

Отже, на основі аналізу сучасних наукових праць українських акушерів-гінекологів можна зробити висновок, що вибір методики знеболення впливає на якість та ефективність знеболення, гемодинамічні показники породіллі та частоту акушерських ускладнень. Загалом, методи знеболення мають значний вплив на тривалість пологів. Фармакологічні методи (епідуральна та спінальна анестезія) можуть подовжувати перші та другі періоди пологів через зменшення інтенсивності скорочень матки та здатність породіллі до ефективних потуг. Загальну анестезію зазвичай застосовують при екстрених кесаревих розтинах, тому не має прямого впливу на тривалість пологів. Нефармакологічні методи можуть допомогти скоротити тривалість деяких етапів пологів, але менше впливають на загальну тривалість.

Зрештою, прямий вплив різних методів знеболення на загальну тривалість пологів потребує подальших досліджень, оскільки наявні дані не дозволяють зробити однозначних висновків. Вибір оптимального методу знеболення має базуватися на індивідуальних особливостях пацієнтки, клінічній ситуації та доступності відповідних ресурсів.

4.2. Зіставлення медичних і фізіологічних методів знеболення з точки зору досвіду матері

Важливим аспектом дослідження в акушерстві й гінекології є зіставлення медичних і фізіологічних методів знеболення з точки зору досвіду матері. Важливо врахувати, що цей аналіз ґрунтується на наукових дослідженнях, проведених в Україні з 2020 до 2025 років. порушене питання можна розглянути за ключовими напрямками. Наприклад, медичними методами знеболення під час пологів вважають ін'єкції наркотичних анальгетиків, епідуральну та спінальну анестезію [2, 6, 10, 11, 17, 34].

Так, українські акушери-гінекологи проводили дослідження, у яких проведено порівняння медичних і фізіологічних методів знечулення під час пологів саме з точки зору досвіду матерів.

У своїй дисертаційній роботі «Обґрунтування вибору методу знеболення вагінальних пологів шляхом визначення рівня задоволеності жінки пологами та народженням дитини» 2023 року Романенко А. М. аналізує вплив різних методів знеболення на задоволеність жінок пологовим процесом та народженням дитини.

Частоту застосування фармакологічних та нефармакологічних методів знеболення серед породіль у Києві простежено колективом науковців (Кучин Ю. Л., Говсеєв Д. О., Белка К. Ю., Романенко А. М.) й викладено 2021 року в статті «Знеболення вагінальних пологів у місті Києві (Україна)» [4].

Актуальним є дослідження Романенко А. М., Кучин Ю. Л. «Рівень задоволеності жінки пологами та народженням дитини в залежності від методу знеболення вагінальних пологів», опубліковане 2022 року, оскільки в ньому вивчено аспекти, як різні методи знечулення впливають на рівень задоволеності жінок пологами та народженням дитини [5].

Згідно з дослідженнями, застосування епідуральної анестезії допомагає значно знизити інтенсивність болю, але може призвести до деяких побічних ефектів таких, як гіпотензія або зниження активності маткових скорочень. Водночас, у результаті опитувань матерів, які використовували цей метод, більшість відзначає значне зниження фізичного стресу й полегшення під час пологів, хоча є деякі занепокоєння щодо обмеженої мобільності. Цей спосіб допомагає знизити стрес, пов'язаний із болем, але при цьому створює певне відчуття відокремленості від процесу пологів, що деяким матерям не подобається [4, 5].

У першій фазі пологів використовуються для зниження болю наркотичні анальгетики. Вони можуть бути ефективними, але мають певні ризики для матері (погіршення дихальної функції, нудота, блювання) й дитини (риск депресії дихання після народження) [4, 5].

За результатами досліджень, застосування таких анальгетиків зменшує біль, але не завжди забезпечує достатній ефект для пологів з високою інтенсивністю болю [4, 5].

Зазвичай для кесаревого розтину або в разі сильного болю під час пологів застосовують спінальну анестезію. Вона ефективно знижує біль, але має більшу ймовірність ускладнень таких, як головний біль після пункції або ризик переривання природного процесу пологів [2, 6].

На природних механізмах зниження болю (без лікарських засобів) ґрунтуються фізіологічні методи знеболення. Їх зазвичай використовують у поєднанні з медичними препаратами або як основну альтернативу [11, 27].

Фізіологічні методи, як-от: техніки глибокого дихання, медитація й релаксація, є популярними серед жінок в Україні, що не хочуть або не можуть використовувати медикаментозні засоби.

Згідно з даними українських спостережень, матері, які використовують фізіологічні методи знечулення, часто відзначають позитивні емоційні аспекти такі, як почуття контролю та активної участі у процесі пологів. Вони відчують себе більш автономними та вважають, що менше зазнають лікарських утручань. Однак ці методи можуть бути менш ефективними для жінок, які переживають сильні болі під час пологів, не забезпечують значного полегшення, особливо на пізніх етапах пологів [11, 14, 27].

Серед досліджень про методи знеболення з точки зору досвіду матері було зазначено, що багато породіль вважають гідротерапію більш природним і комфортним, порівняно з медичними методами. Використання води (ванни або душу) під час пологів сприяє зниженню болю та відчуття дискомфорту. Цей спосіб допомагає розслабитися, знижує інтенсивність болю та покращує циркуляцію крові [25, 26, 27].

Серед методів, які сприяють покращенню загального самопочуття жінки під час пологів, акушери-гінекологи виокремлюють масаж і фізичну активність. Саме ці способи (легка фізична активність, прогулянки та масаж) можуть бути

корисними для зменшення болю, а також для поліпшення кровообігу. Масаж особливо ефективний для зниження напруженості м'язів.

У багатьох статтях проаналізовано й психологічний аспект вибору методу знеболення. Так, жінки, які обирають фізіологічні методи, часто відзначають більшу психологічну задоволеність від процесу пологів, оскільки вони відчують вищий рівень контролю над ситуацією. Однак це може призвести до психічного стресу в разі, якщо біль стає надмірним і не піддається врегулюванню [25, 26, 27].

Отже, медичні методи забезпечують більш ефективне знеболення, але можуть мати побічні ефекти та обмеження в мобільності. Фізіологічні ж часто сприяють покращенню психологічного стану жінки, даючи їй відчуття контролю, але не завжди забезпечують достатньо ефективне знеболення. Найкращим підходом є комбінування медичних і фізіологічних методів, що дозволяє забезпечити як фізичне, так і емоційне знеболення під час пологів. Згідно з українськими дослідженнями, вибір методу знеболення залежить від індивідуальних переваг жінки, її медичних показань та психологічного стану, і цю альтернативу необхідно здійснювати у співпраці з медичним персоналом.

4.3. Потенційні довготермінові ефекти-впливи на репродуктивне здоров'я жінки та можливість ускладнень у майбутніх вагітностях після використання різних методів знечулення

Вивчення потенційних довготермінових ефектів різних методів знечулення на репродуктивне здоров'я жінок є важливою складовою сучасної акушерсько-гінекологічної практики. Деякі дослідження українських учених надають інформацію про вплив певних способів на репродуктивну функцію.

Наприклад, І. Ю. Костюк у своєму дослідженні зазначила, що після деструктивних процедур на шийці матки жінки можуть мати підвищений ризик гестаційних ускладнень таких, як загроза переривання вагітності. Найменший ризик спостерігався після кріодеструкції, а найбільший — після електроконізації [72].

Про допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) написано в роботі О. В. Голяновського та співавторів. За результатами спостережень, було з'ясовано, що вагітності після застосування ДРТ асоціюються з підвищеною частотою передчасних пологів, кесаревого розтину та акушерських ускладнень, особливо в жінок пізнього репродуктивного віку [73].

На часі є праця К. Д. Бодашевської, у якій проаналізовано вплив артифіційних абортів на стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку. Науковиця зазначає, що наявність абортів в анамнезі пов'язана з підвищеним ризиком непліддя, запальних захворювань органів малого таза та акушерських ускладнень, таких як звичне невиношування вагітності [74].

На жаль, конкретні дослідження, які б детально аналізували довготермінові ефекти всіх методів знечуження на репродуктивне здоров'я жінок в Україні, є обмеженими. Більшість наявних робіт розкривають проблеми окремих аспектів таких, як вплив хірургічних утручань на шийці матки, використання ДРТ або наслідки абортів. Для більш повного розуміння необхідні подальші дослідження, які б комплексно оцінювали всі методи знеболення та їхній вплив на репродуктивне здоров'я жінок [72].

5. ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОПТИМАЛЬНИХ МЕТОДІВ ЗНЕБОЛЕННЯ

5.1. Клінічні практичні рекомендації щодо вибору методів знеболення

Вибір оптимального методу знеболення під час пологів є важливим аспектом акушерської допомоги, що впливає на комфорт та безпеку породіллі та новонародженого (Додатки П, Р, С, Т, Ф). На основі клінічних практичних рекомендацій та наукових публікацій українських фахівців можна сформулювати такі рекомендації щодо вибору методів знеболення:

1. Індивідуальний підхід до вибору методу знеболення: ураховуватиме бажання породіллі, її медичний анамнез, наявність протипоказань та особливості перебігу вагітності [39].
2. Немедикаментозні методи знеболення: рекомендують як первинний підхід для жінок із низьким рівнем інтенсивності болю або як доповнення до медикаментозних методів.
3. Медикаментозні методи знеболення:
 - епідуральна аналгезія (забезпечує адекватне полегшення болю з мінімальним впливом на моторну функцію; сучасні підходи передбачають використання малих доз місцевих анестетиків у поєднанні з опіоїдами для зниження ризику розвитку сенсорно-моторного блоку) [1];
 - спінальна аналгезія (для швидкого знеболення, особливо при стрімкому перебігу пологів або необхідності термінового розродження);
 - омбінована спінально-епідуральна аналгезія поєднує переваги обох методів і може бути рекомендована в окремих випадках;
 - системна аналгезія (опіоїдні анальгетики можуть використовуватися, але необхідно враховувати можливий вплив на плід та новонародженого, зокрема ризик пригнічення дихання);
 - інгаляційна аналгезія (наприклад, закис азоту) може бути ефективною для короточасного знеболення та має швидкий початок дії.

4. Партнерські пологи та знеболення: наявність партнера під час пологів може позитивно впливати на сприйняття болю та знижувати потребу в медикаментозному знеболенні [46].

5. Моніторинг та безпека: незалежно від обраного методу знечулення, необхідно забезпечити постійний моніторинг стану матері та плода, ураховуючи контроль артеріального тиску, частоти серцевих скорочень та сатурації кисню [57, 65, 68].

6. Освіта та інформування: породілля повинна бути поінформована про доступні методи знеболення, їхні переваги, ризики та можливі побічні ефекти, щоб зробити усвідомлений вибір [31, 34, 44, 48].

Застосування цих рекомендацій сприятиме підвищенню якості акушерської допомоги та задоволеності жінок процесом пологів.

Клінічні практичні рекомендації щодо вибору методу знеболення необхідно базувати на кількох критеріях, враховувати фізіологічний стан породіллі, стан плода, можливі ускладнення та індивідуальні переваги матері (Додатки П, Р, С, Т, Ф).

Наприклад, переваги епідуральної анестезії в тому, що завдяки їй можна забезпечити ефективне знеболення під час активної фази пологів, при цьому породілля залишається при свідомості.

Клінічні показання: активні пологи на стадії розкриття шийки матки; наявність болю, який значно знижує якість життя під час пологів; вибір жінки після попереднього консультування щодо можливих ускладнень; пологи за допомогою інструментів (форцепс, вакуум).

Протипоказання: наявність серйозних захворювань (важка форма гіпотензії, інфекції в місці введення катетера, порушення згортання крові, алергія на місцеві анестетики); швидкий перебіг пологів, коли застосування епідуральної анестезії може бути технічно неможливим.

Ускладнення: гіпотонія у матері; можливий головний біль після введення катетера; у рідкісних випадках — ускладнення на рівні нервової системи, затримка сечовипускання [3, 16, 17, 18, 19].

Що ж до спінальної анестезії, яку застосовують переважно при кесаревому розтині або екстрених випадках, коли швидке знеболення є критично важливим.

Клінічні показання: кесарів розтин (плановий або екстрений); інші хірургічні втручання під час пологів (наприклад, операції на матці); необхідність забезпечення більш глибокого знеболення при термінових ситуаціях.

Протипоказання: як і у випадку з епідуральною анестезією, можлива алергія на анестетики, інфекційні захворювання; порушення згортання крові, а також інші медичні стани, які можуть збільшити ризик ускладнень.

Ускладнення: гіпотонія; головний біль після спінальної анестезії; травми спинномозкових оболонок (дуже рідко); зниження кровопостачання до плода через гіпотонію у матері [28, 39, 40, 52, 53].

Коли інші методи знеболення не є можливими або коли є термінова необхідність в оперативному втручанні, застосовують у таких екстрених випадках загальну анестезію.

Клінічні показання: терміновий кесарів розтин або інші невідкладні хірургічні втручання; невідкладні ситуації, коли час на використання інших методів знеболення обмежений; наявність протипоказань до інших методів знеболення.

Протипоказання: не можна використовувати при серйозних порушеннях дихальної або серцево-судинної функції, а також за наявності алергії на компоненти анестезії.

Ускладнення: респіраторні ускладнення (аспірація, затримка дихання у новонародженого); порушення серцевої діяльності; тривала адаптація новонародженого до зовнішнього середовища; зниження кисню в організмі матері та плода [29, 33, 34, 43].

Клінічні практичні рекомендації щодо вибору нефармакологічних методів знеболення також базують на перевагах, оскільки вони є безпечними для матері та плода, їх можуть використовувати в комбінації з фармакологічними методами або самотійно. Ці методи особливо підходять для жінок, які хочуть уникнути медикаментозного знеболення.

Клінічні показання: пологи, які протікають без ускладнень; налаштування породіллі за допомогою психопрофілактичних методик; вибір жінки, яка бажає використовувати природні методи знеболення.

Протипоказання: відсутність підготовленості матері до застосування таких методів; сильний біль під час пологів, що потребує медикаментозного знеболення.

Ускладнення: як таких немає, але можливе психологічне перевантаження або стрес, якщо жінка не підготовлена до використання цих методів. Іноді може не забезпечуватися достатній рівень знеболення, що може викликати додатковий стрес [11, 12, 14, 15, 25, 26, 27].

Серед переваг водних пологів є відносна безпечність, яка сприяє розслабленню жінку та зменшення болю під час процесу розродження.

Клінічні показання: жінки, які прагнуть зменшити біль без застосування медикаментів; пологи, що протікають без ускладнень; допомога в психологічному комфорті породіллі.

Протипоказання: ризик інфекції або проблем із серцево-судинною системою матері; високий ризик передчасних пологів або інших ускладнень.

Ускладнення: інфекції, якщо не дотримуються правила гігієни; можливе підвищення температури тіла матері.

Отже, зважаючи на клінічні показання, протипоказання й ускладнення, можна узагальнити клінічні рекомендації щодо вибору методів знеболення:

1. Індивідуальний підхід: вибір методу знеболення повинен залежати від фізичного і психологічного стану породіллі, наявності медичних показань, а також бажань жінки;
2. Обговорення з пацієнткою: важливо заздалегідь провести консультацію, щоб породілля могла зробити усвідомлений вибір на основі інформації про переваги, ризики та можливі ускладнення.
3. Спільний вибір з медичним персоналом: під час пологів необхідно підтримувати спільне рішення між породіллею та лікарем, особливо в умовах зміни стану породіллі або плода.

4. Комбінація методів: у деяких випадках доцільно комбінувати фармакологічні та нефармакологічні методи знеболення для досягнення найкращих результатів.

Отже, клінічні практичні рекомендації щодо вибору методів знечулення під час пологів повинні бути максимально адаптованими до індивідуальних умов кожної жінки та її пологів. Важливо, щоб вибір методу базувався на медичних показаннях, перевагах та готовності породіллі до різних видів знеболення, а також на потенційному впливі на здоров'я як матері, так і новонародженого.

5.2. Можливості індивідуалізації підходу до знеболення залежно від стану породіллі

Персоналізація щодо вибору знечулення під час пологів є ключовим аспектом створення безпеки та комфорту матері. Кожна жінка має свої фізіологічні та психологічні особливості, а також різні медичні показання та ризики, що потребують індивідуального підходу при визначенні способу знеболення. Врахування стану породіллі, її медичної історії, переваг та побажань дозволяє підібрати оптимальний, який забезпечить найкращі результати як для матері, так і для новонародженого (Додатки А, Б).

Одним із основних критеріїв для вибору методу знечулення є фізіологічний стан породіллі, ураховуючи загальний стан здоров'я, наявність супутніх захворювань, фізіологічну готовність до пологів. Ключовими аспектами розглядають загальний стан, оскільки для жінок із хронічними захворюваннями такими, як: серцево-судинні захворювання, діабет, порушення згортання крові або проблеми з нирками, необхідно обирати метод, що мінімізуватиме ризики для їхнього здоров'я. Наприклад, у разі гіпотонії або схильності до тромбоутворення, застосування епідуральної анестезії може бути обмежене, тоді як інші методи, як-от: психопрофілактична підготовка чи водні пологи, будуть більш безпечними [27, 31, 47, 49].

Іншим вагомим критерієм вибору способу знечулення вважають перебіг вагітності та пологів. Якщо пологи протікають без ускладнень, і породілля бажає уникнути медикаментозного втручання, то можна застосувати нефармакологічні

методи знеболення, наприклад, дихальні техніки або водні пологи [10, 11, 37, 44, 46].

Необхідно також урахувати період вагітності та стан плода. Вагітність, що ускладнена прееклампсією або іншими патологіями, то можливий варіант застосування знеболення, яке не впливатиме на гемодинаміку та стан плода. У таких випадках фармакологічні методи може бути обмежено, а перевагу надають технікам, що не впливають на артеріальний тиск, або ж упорядкувати комбіновану систему з медикаментозними засобами, наприклад, знеболення в воді чи психопрофілактична підготовка [63, 64, 66, 67].

Психологічний стан жінки також має значний вплив на вибір методу знечулення. Стрес, тривога чи страх можуть вплинути на сприйняття болю, тому важливо враховувати психологічні особливості породіллі, щоб вибрати метод, що найбільше підходить для її емоційного комфорту [11, 12, 14, 26].

Серед ключових аспектів акушери-гінекологи визначають наявність страху або тривожності. Для жінок, які мають сильний страх перед болем або пологами, може бути корисним поєднання фармакологічних і нефармакологічних методів. Наприклад, використання епідуральної анестезії в поєднанні з психопрофілактичною підготовкою (релаксаційні техніки, дихальні вправи) допоможе зменшити тривогу та стрес.

Налаштування породіллі, усвідомлення нею процесу народження дитини сприятиме усвідомленому виборі способу знечулення. Якщо жінка була належно підготовлена через психологічну підтримку, навчена вправ релаксації, то для неї можливе застосування нефармакологічних методів знеболення таких, як: акупунктура, водні пологи або дихальні техніки. Такий підхід допоможе зменшити потребу в медикаментозному втручанні, якщо це можливо [11, 12, 26].

Важливо враховувати бажання породіллі щодо вибору методу знеболення (Додаток П). У деяких випадках жінка може схилитися до мінімального використання медикаментів, вибираючи природні методи знеболення, або навпаки — бажати знеболення з використанням фармакологічних засобів.

Завжди необхідно враховувати медичні показання, оскільки вони визначають, які методи знечулення є найбільш безпечними для конкретної породіллі. При наявності хронічних захворювань чи специфічних станів, вибір способу має бути обережним та індивідуальним.

Обираючи методи знеболення для кожної жінки зокрема, необхідно зважати ще на один ключовий аспект: можливі захворювання (Додатки С, Т, Ф). Наприклад, для жінок із серцево-судинними недугами важливо уникати способів знечулення, які можуть значно впливати на гемодинаміку, зокрема, епідуральну або спінальну анестезію, бо мають здатність викликати різке зниження артеріального тиску. Замість цього, можна застосовувати менш інвазивні методи, наприклад, водні пологи або психопрофілактичні техніки [69, 70, 71].

У разі діабету, важливо зберігати стабільний рівень глюкози в крові, тому методи знеболення, які не впливають на обмін речовин, можуть бути перевагою, наприклад, використання дихальних технік або водних пологів.

Для породіль із порушеннями згортання крові, застосування епідуральної або спінальної анестезії може бути небезпечним через ризик розвитку гематом. У таких випадках безпечнішими будуть нефармакологічні методи знеболення [11, 12, 26].

Вибір методу знеболення також має залежати від типу пологів. Якщо вони протікають фізіологічно й без ускладнень, жінка може вибрати більш природні способи знечулення. У такому разі доречно буде застосовувати нефармакологічні методи знеболення (водні пологи, дихальні вправи, акупунктура, масаж або методи психопрофілактичної підготовки).

Якщо ж пологи є ускладненими (неправильне положення плода) або є потреба в оперативному втручанні (в кесаревому розтині), то вибір може бути обмежений медикаментозними, тобто фармакологічне знеболення стає необхідним. У такому випадку доцільно застосовувати епідуральну або спінальну анестезію, оскільки вони надають ефективне знеболення при необхідності оперативного втручання [53, 54, 59, 62, 63, 68, 69].

Під час екстрених пологах, коли час на прийняття рішення обмежений, може бути застосовано поєднання швидких і ефективних методів знеболення, зокрема спінальної анестезії або загальної анестезії, якщо є необхідність у хірургічному втручанні.

Отже, індивідуалізація підходу до знеболення є важливою складовою процесу пологів. Вибір методу залежить від фізіологічного та психологічного стану породіллі, її медичних показань, типу пологів та особистих побажань. Підхід до знеболення має бути гнучким і адаптованим до кожної конкретної ситуації, щоб забезпечити комфорт і безпеку як для матері, так і для новонародженого.

5.3. Перспективи досліджень щодо полегшення перебігу періоду пологів

Проекти спостережень щодо безпечного перебігу процесу пологів є надзвичайно важливими, оскільки народження дитини є критичним моментом як для матері, так і для дитини. Упродовж останніх років науковці активно працюють над удосконаленням методів знеболення, покращенням психологічної підтримки жінок та мінімізацією ризиків [1, 2, 4, 5, 6].

Зважаючи на проаналізовані праці щодо правильного вибору методів знеболення під час пологів, можна окреслити кілька ключових напрямків, у яких наразі можна спостерігати перспективи для подальших досліджень.

1. Інноваційні методи знеболення та їх комбінації.

Одним із найбільш активних напрямків є пошук нових, менш інвазивних і більш ефективних методів знеболення. Урахування інноваційних технологій та сучасних фармакологічних підходів може значно покращити якість знеболення та знизити ризики для матері й плода.

Варто звернути увагу на застосування нанотехнології у знечуленні, оскільки наноматеріали мають здатність проникати в тканини з високою ефективністю та мінімальним впливом на здоров'я, їхнє використання для полегшення болю може знизити побічні ефекти й знизити рівень страждань під

час пологах. Вивчення наночасток для локального знеболення може стати важливою темою майбутніх досліджень [17].

Також розробка комбінованих підходів до знеболення, що поєднують класичні методи (епідуральна анестезія) з нефамакологічними (дихальні техніки, гідротерапія), може знизити потребу в медикаментах і водночас забезпечити ефективне знечулення. Дослідження такого підходу сприятиме винайденню оптимальних методів зменшення болю в пологах при збереженні безпеки [17].

2. Психологічна підготовка та підтримка породіллі.

Уже неодноразово звернено було увагу на те, психологічний аспект є важливим для зменшення стресу та болю під час пологів. Різні методи психопрофілактичної підготовки можуть значно вплинути на сприйняття болю. Тому актуальними є дослідження щодо ролі психологічної підтримки. Вивчення ефективності психологічних технік таких, як: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), медитація та релаксація, у зниженні тривожності та болю в породіль допоможе розробити програми, які мінімізують потребу в медикаментозному знеболенні [12, 26].

Відстеження про підтримку партнера під час пологів (психологічної та фізичної) та її впливу на знеболення й загальний процес пологів стає все більш затребуваним. Вивчення того, як присутність партнера впливає на процес пологів, може допомогти в розробці інтервенцій для покращення фізичного й емоційного комфорту жінок [46].

3. Технічні інновації в моніторингу та управлінні пологами.

Технологічний прогрес спрямований на створення нових методів здійснення моніторингу стану матері та плода в реальному часі, що може сприяти зниженню ризиків ускладнень під час пологів і полегшенню перебігу процесу. Розробка нових сенсорних технологій для моніторингу болю є актуальними на сьогодні. Вивчення й застосування новітніх сенсорних технологій для вимірювання інтенсивності болю та фізіологічних параметрів породіллі під час пологів допомагає адаптувати знеболення до змін у стані жінки. Це може вносити, наприклад, інтеграцію натільних пристроїв (які можна носити)

для вимірювання рівня болю та стресу, які автоматично регулюють інтенсивність знеболення[1, 17, 47].

Усе частіше звертають увагу на інтелектуальні системи управління знеболенням. Використання систем штучного інтелекту для автоматичного налаштування інтенсивності знеболення залежно від параметрів, як-от: частота серцебиття, тиск, рухи матки, може значно підвищити точність і ефективність знеболення. Дослідження у цій галузі відкривають можливості для персоналізованого підходу до кожної породіллі [1].

4. Гідротерапія та водні пологи.

Водні пологи — це одна з альтернатив фармакологічним методам знеболення, що стає все більш популярною. Вивчення впливу водних пологів на зменшення болю та покращення стану породіллі відкриває нові перспективи для розвитку цієї методики. Тому дослідження ефективності водних пологів є затребуваним у сучасному суспільстві. Поглиблені спостереження про вплив водних пологів на знеболення та їх безпеку для матері й плода сприятимуть розширенню показання для застосування цієї методики. Оцінка впливу гідротерапії на зменшення болю, стресу, тривоги та тривалості пологів може спричинити до більш широкого використання цієї техніки в клінічній практиці [25].

5. Покращення післяпологової допомоги.

Важливим на сьогоднішній аспект досліджень є покращення стану породіллі після пологів. Зменшення болю та забезпечення швидкої реабілітації після пологів сприяє більш швидкому відновленню та покращенню психологічного стану жінки [22, 24, 68].

Оскільки післяпологовий період може супроводжуватися болем (особливо після кесаревого розтину або при сильних розтягненнях м'язів), вивчення нових методів післяпологового знеболення, зокрема використання низькодозових анестетиків, може значно покращити відновлення жінки після пологів [22, 24, 68].

Дослідження ефективності фізичних вправ та фізіотерапії в післяпологовий період для полегшення болю та поліпшення загального стану матері, зокрема розробку спеціальних програм вправ для післяпологового відновлення [11, 14, 15].

6. Генетичні та молекулярні аспекти знеболення.

Перспективним є також дослідження генетичних факторів, які можуть впливати на чутливість до болю під час пологів. Різні жінки можуть по-іншому реагувати на методи знечулення, тому вивчення молекулярних механізмів болю може допомогти у створенні персоналізованих підходів до знеболення [1, 4, 51].

Мало вивчено й генетику сприйняття болю, тому дослідження на молекулярному рівні, як різні гени можуть впливати на сприйняття болю під час пологів, допоможе розробити нові методи для передбачення індивідуальної чутливості до болю та відповідно налаштувати методи знеболення.

Отже, перспективи досліджень щодо полегшення перебігу пологів зосереджені на пошуку нових ефективних методів знеболення, покращенні психологічної підтримки породіллі, розвитку нових технологій для моніторингу й управління болем, а також на поліпшенні післяпологової допомоги. Це дасть змогу не лише зробити пологи більш комфортними для жінки, але й мінімізувати ризики для матері й новонародженого, забезпечуючи найкращі умови для їхнього здоров'я та благополуччя.

ВИСНОВКИ

Знеболення під час пологів є важливим аспектом акушерської практики, оскільки воно безпосередньо впливає на якість пологів, фізичний і психологічний стан породіллі, а також на здоров'я новонародженого. Використання різних методів знеболення має як позитивні, так і негативні наслідки, що зумовлює необхідність ретельного вибору методу в залежності від клінічної ситуації.

У рамках цього порівняльного аналізу було досліджено кілька основних методів знеболення під час пологів, зокрема фармакологічні (епідуральна, спінальна, загальна анестезії), а також нефармакологічні методи (психопрофілактична підготовка, дихальні техніки, водні пологи та акупунктура) (Додатки С, Т, Ф).

Щодо фармакологічних методів, зокрема епідуральної та спінальної анестезій, то вони є найбільш ефективними для знеболення під час пологів, оскільки забезпечують значне зниження болю та допомагають зберегти активну участь породіллі в процесі пологів. Однак ці методи можуть викликати певні побічні ефекти такі, як: зниження артеріального тиску, порушення рухової активності, головний біль у післяпологовий період і ризик розвитку інфекцій.

У випадку використання загальної анестезії, переважно під час кесаревого розтину, хоча й забезпечується повне знеболення, цей метод має більш виражені побічні ефекти, навіть можливий ризик асфіксії в новонародженого, утруднене відновлення породіллі після операції та негативний вплив на фізіологічні функції дитини.

Нефармакологічні методи (водні пологи, дихальні техніки, акупунктура та психопрофілактична підготовка) становлять альтернативу медикаментозному знеболенню, їх усе частіше використовують в акушерській практиці. Вони мають переваги щодо мінімізації побічних ефектів, зокрема для новонароджених, та можуть бути ефективними в зменшенні болю під час фізіологічних пологів.

На основі досліджень було з'ясовано, що водні пологи значно зменшують відчуття болю, покращують фізичний стан породіллі, знижують тривожність і можуть позитивно впливати на процес розкриття шийки матки. Проте для таких методів важливою є наявність відповідних умов і досвіду медичного персоналу.

Дихальні техніки та психопрофілактична підготовка є особливо корисними для жінок, які мають високий рівень тривожності або страху перед болем. Ці методи не тільки сприяють зниженню болю, але й підвищують ефективність пологів, покращують емоційний стан породіллі та зменшують потребу в медикаментозному знеболенні.

Відповідно до спостережень було проаналізовано, що вибір методу знеболення під час пологів має безпосередній вплив на стан новонародженого. Фармакологічні методи, зокрема епідуральна та спінальна анестезії, можуть спричинити тимчасове уповільнення дихання або зниження апгар-оцінки в новонароджених, хоча ці ефекти зазвичай є короточасними й минають після пологів. У випадку загальної анестезії ризик асфіксії дитини вимагає особливої уваги, адже лікарі повинні забезпечити своєчасне забезпечення дихання для плода.

Нефармакологічні методи, як правило, мають менший вплив на новонародженого, що робить їх привабливими для жінок, які хочуть уникнути можливих ускладнень, пов'язаних із фармакологічними засобами. Водні пологи та психопрофілактичні техніки не мають практично жодного негативного впливу на дитину й забезпечують природний перебіг пологів.

Також, зважаючи на праці акушерів-гінекологів, було простежено, що післяпологовий період є ще одним важливим аспектом, який потребує уваги під час вибору методу знеболення. Породіллі, які використовують епідуральну або спінальну анестезію, можуть стикатися з такими проблемами, як: головний біль, порушення рухливості, утруднене відновлення після пологів. У той же час ці методи дозволяють жінці швидше повернутися до активного життя після пологів, оскільки знеболення допомагає зменшити біль при загоєнні періодичних травм.

Нефамакологічні методи мають перевагу в післяпологовий період, оскільки вони не залишають фізіологічних побічних ефектів та сприяють швидшому відновленню після пологів. Психопрофілактична підготовка допомагає знизити рівень стресу і тривоги, що позитивно впливає на емоційний стан матері, та уникнути розвитку післяпологової депресії.

Серед практичних рекомендацій для акушерів-гінекологів було зазначено індивідуальний підхід до вибору методу знеболення, оскільки кожна жінка має особистісні потреби, інший стан здоров'я та переваги щодо вибору методів знеболення. Акушеру-гінекологу необхідно проводити індивідуальну оцінку стану матері й плода, ураховуючи медичні показання, психологічний стан жінки та її бажання. Важливо провести консультацію щодо переваг та недоліків кожного методу знеболення.

Для багатьох жінок найбільш ефективним є комбінування фармакологічних і нефармакологічних методів знеболення. Наприклад, застосування епідуральної анестезії в поєднанні з техніками дихання та релаксації може значно знизити рівень болю й стресу, одночасно мінімізуючи ризики для матері та плода.

Активну роль у підготовці породіллі відіграють психологічні тренінги. Психологічна підготовка є важливою складовою процесу знеболення. Вивчення технік релаксації, медитації та дихальних вправ повинно бути частиною післяпологової програми. Такий підхід сприятиме не лише зменшенню стресу й страху перед пологами, але й покращенню загального самопочуття жінки.

У випадку ускладнень під час пологів (наприклад, у разі гіпертонії, патологій плаценти, порушень згортання крові), необхідно обирати методи, що мінімізують ризики для здоров'я матері та плода. У таких випадках перевагу слід надавати більш контрольованим фармакологічним методам, уникаючи при цьому способів, які можуть викликати значні коливання артеріального тиску чи інші ризики (Додатки С, Т, Ф).

Після пологів необхідно надавати породіллі ефективну підтримку для швидкого відновлення, саме: адекватне знеболення в післяпологовий період, психологічну підтримку та допомогу в реабілітації після пологів.

Отже, щоб вибрати оптимальний метод знеболення, що сприятиме успішному результату пологів та мінімізує ризики для матері й новонародженого, необхідно враховувати всі клінічні показання, протипоказання, можливі ускладнення, а також можливі індивідуальні підходи до вибору методу знечулення, необхідно враховувати фізіологічні, психологічні та медичні аспекти.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Чабан О. С., Геряк С. М., Кукуруза І. Л. Безпечні та безболісні природні пологи: сучасні рекомендації та підходи : матеріали конференції. *Партнерські пологи: акушер-гінеколог та анестезіолог*, м. Київ, 29 червня 2022 р. Здоров'я України. 2022. № 3-4 (49-50). С. 22-23.
URL: <https://health-ua.com/multimedia/7/0/6/9/6/1668778217.pdf> (дата звернення: 26 жовтня 2024).
2. Суліменко Є. М. Оптимізація регіонарних методів знеболення пологів: дис. на здобуття наукового ступеня доктора філософії. Київ, 2024. 155 с.
URL: https://www.nuozu.edu.ua/zagruzka3/Dr_Sulimenko.pdf (дата звернення: 26 жовтня 2024).
3. Гріжимальський Є. В., Гарга А. Й., Суліменко Є. М. Сучасний підхід до знеболення пологів. *Міждисциплінарний науково-практичний журнал Pain Medicine Journal*. 2020. Том 5. № 4. С. 36-42.
URL: [file:///C:/Users/38095/Downloads/admin,+Pain+Medicine_5-4_2020-38-44%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/38095/Downloads/admin,+Pain+Medicine_5-4_2020-38-44%20(1).pdf) (дата звернення: 26 жовтня 2024).
4. Кучин Ю. Л., Говсєєв Д. О., Белка К. Ю., Романенко А. М. Знеболення вагінальних пологів у місті Києві (Україна). *PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE*. 2021. № 2(95). С. 39-46.
URL: <https://jpaic.aaukr.org/article/view/238306> (дата звернення: 28 жовтня 2024).
5. Романенко А. М., Кучин Ю. Л. Рівень задоволеності жінки пологами та народженням дитини в залежності від методів знеболення вагінальних пологів. *PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE*. 2022. №2(99). С. 49–55. URL: <https://jpaic.aaukr.org/article/view/265839> (дата звернення: 28 жовтня 2024).
6. Романенко А. М. Обґрунтування вибору методу знеболення вагінальних пологів шляхом визначення рівня задоволеності жінки пологами та народженням дитини : дис. ДФ 26.003.001. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Київ. 2023. 259 с.

URL: <https://uacademic.info/ua/document/0823U100695> (дата звернення: 28 жовтня 2024).

7. Жилка Н. Я., Гойда Н. Г., Щербінська О. С. Реабілітація в акушерстві та гінекології. *Український медичний часопис*. 2023. 23 січня. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-237660-reabilitatsiya-v-akusherstvi-ta-ginekologiyi> (дата звернення: 2 листопада 2024).

8. Шурпак С. О., Козловський І. В., Пирогова В. І., Охабська І. І. Аналіз діагностично-лікувальних заходів при хронічному тазовому болю у жінок в рутинній клінічній практиці. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2023. № 6. С. 23–28. URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/289993> (дата звернення: 2 листопада 2024).

9. Білодід О. О., Гордійчук О. О. Біль за межами ендометріозу : мімікрія гінекологічного болю та роль міофасціального синдрому. Гормони, фасції, нейрони – погляд на патофізіологію та терапію. *Український медичний часопис*. 2025. Березень. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-264244-bil-za-mezhami-endometrioza-mimikriya-ginekologichnogo-bolyu-ta-rol-miofastsialnogo-sindromu-gormoni-fastsii-nejroni-poglyad-na-patofiziologiyu-ta-terapiyu> (дата звернення: 7 квітня 2025).

10. Давидова Ю. В., Мар'ясова О. В., Лиманська А. Ю., Кравець О. М. Особливості управління болем у вагітних та породіль. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2023. № 2 (94).

URL: https://med-expert.com.ua/journals/ua/osoblivosti-upravlinnja-bolem-u-vagitnih-ta-porodil/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 10 листопада 2024).

11. Виноградова-Аник О. О., Шуляк В. Д. Сучасні уявлення про фізіологічні механізми гуморальної регуляції пологового процесу. *Медицина та фармація : освітні дискурси*. 2024. №1. С. 72–83.

URL: https://journals.nmuofficial.kyiv.ua/index.php/eddiscourses/article/view/31?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 21 грудня 2024).

12. Іщенко Г. І. Психоемоційні розлади у вагітних та породіль. Аналітичний огляд та практичні сторони проблеми в Україні. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2023. № 4(96). С. 100-105. URL: https://med-expert.com.ua/journals/ua/psihoemocijni-rozladi-u-vagitnih-ta-porodil-analitichnij-ogljad-ta-praktichni-storoni-problemi-v-ukraini/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 1 грудня 2024).

13. Броваренко Т. А. Чи безпечна акупунктура під час вагітності? *Медицина України*. 2022. Червень. URL: <https://medukr.org/%D1%87%D0%B8-%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%B0-%D0%B0%D0%BA%D1%83%D0%BF%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0-%D0%BF%D1%96%D0%B4-%D1%87%D0%B0%D1%81-%D0%B2%D0%B0%D0%B3%D1%96%D1%82> (дата звернення: 1 грудня 2024).

14. Альтернативні методи лікування болю під час пологів. URL: <https://uk.madreshoy.com/%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%96-%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8-%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F-%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D1%8E-%D0%BF%D1%96%D0%B4-%D1%87%D0%B0%D1%81-%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D0%B2/> (дата звернення: 8 грудня 2024).

15. Заняття йогою на останньому місяці вагітності. Йога для вагітних. Відео : діафрагмальне дихання для релаксації. *Goodnet*. Онлайн простір українців. URL: <https://goodnet.org.ua/zanyattya-jogoyu-na-ostannomu-misyaci-vagitnosti-chn-joga-dlya-vagitnix-video-diafragmalne-dixannya-dlya-relaksaci%D1%97/> (дата звернення: 8 грудня 2024).

16. Жарікова Ю. В. Безпека епідуральної анестезії під час пологів. *Український медичний часопис*. 2021. Січень. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-196758->

[bezpeka-epiduralnoyi-anesteziyi-pid-chas-pologiv?utm_source=chatgpt.com](https://www.uf.ua/akusher-ginekolog/vybir-lokalnogo-anestetyka-v-akusherskij-anesteziologiyi-oglyad-literatury-ta-demonstratsiya-vlasnogo-dosvidu/?utm_source=chatgpt.com) (дата звернення: 9 грудня 2024).

17. Гарга А. Й., Гріжимальський Є. В. Вибір локального анестетика в акушерській анестезіології : огляд літератури та демонстрація власного досвіду. *Міждисциплінарний, Науково-практичний журнал Pain Medicine Journal*. 2021. Том 6. №4. С. 38-41. URL: https://www.uf.ua/akusher-ginekolog/vybir-lokalnogo-anestetyka-v-akusherskij-anesteziologiyi-oglyad-literatury-ta-demonstratsiya-vlasnogo-dosvidu/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 10 грудня 2024).

18. Жилка Н. Я., Ковальова О. М., Щербінська О. С., Дудник С. В., Прищеп А. П., Щедров А.О. Застосування епідуральної аналгезії в акушерських стаціонарах України та її альтернатива. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024. №2. С. 36–44. URL: https://repro-health.com.ua/article/view/304650?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 11 грудня 2024).

19. Суліменко Є. М. Знеболювання в пологах – порівняння і аналіз класичної методики епідуральної аналгезії та модифікованої з пункцією твердої мозкової оболонки. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2023. №3 (95). С. 12-20. URL: https://med-expert.com.ua/journals/ua/zneboljuvannja-v-pologah-porivnjannja-analiz-klasichnoi-metodiki-epiduralnoi-analgezii-ta-modifikovanoi-z-punkcieju-tverdoi-mozkovo-obolonki/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 21 грудня 2024).

20. Суліменко Є. М. Аналіз використання регіонарних методик у знеболюванні пологів. *Український журнал Здоров'я жінки*. 2023. №6 (169). С.45-51. URL: https://med-expert.com.ua/journals/ua/publishing-activity-uk/ukrainskij-zhurnal-zdorovja-zhinki/ukrainskij-zhurnal-zdorovja-zhinki-%e2%84%96-06_2023/#dflipe-df_37200/45/ (дата звернення: 21 грудня 2024).

21. Антонюк Є. С., Станін Д. М. Оцінка ефективності знеболення пологів шляхом епідуральної аналгезії. In : 42 Наукові читання імені О.О. Богомольця : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченій 140-річчю з дня народження академіка О.О. Богомольця (24 травня 2021 р.). НМУ імені О.О. Богомольця. Київ. 2021.

URL: https://repo.dma.dp.ua/7591/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 21 грудня 2024).

22. Рибін М. С., Ткаченко Р. А., Зайченко С. П., Ткаченко Р.О. Мультиmodalна безопіатна післяопераційна аналгезія в акушерсько-гінекологічній практиці. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2018. №6 (119). URL: https://www.uf.ua/akusher-ginekolog/multymodalna-bezopiatna-pislyaoperatsijna-analgeziya-v-akushersko-ginekologichnij-praktytsi/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 11 січня 2025).

23. Ткаченко Р. О., Зайченко С. П., Поліщук Л. М., Петриченко В. В. Місце мультиmodalної анестезії / аналгезії в сучасному періопераційному веденні пацієнтів (огляд літератури). *PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE*. 2024. № 2(107). С. 14–22.

URL: https://jpaic.aaukr.org/article/view/308305?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 11 січня 2025).

24. Малей М. Лікування післяопераційного болю в акушерстві й гінекології: сучасні виклики та шляхи їх подолання. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2024. №5 (157). С. 18-20. URL: https://mazg.com.ua/ua/archive/2024/5%28157%29/pages-18-20/likuvannya-pislyaoperaciynogo-bolyu-v-akusherstvi-y-ginekologiyi-suchasni-vikliki-ta-shlyahi-yih-podolannya?utm_source=chatgpt.com (12 січня 2025).

25. Кадакова К. Народження дитини у воді є безпечною альтернативою традиційним пологам — дослідження. *Незалежний жіночий журнал DIVOCHE.MEDIA*. 2024. Червень. URL: https://divoche.media/2024/06/11/narodzhennia-dytyny-u-vodi-ie-bezpechnoiu-alternatyvoiu-tradytsiynym-poloham-doslidzhennia/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 12 січня 2025).

26. Дерев'янка С. П. Сучасна проблематика когнітивно-поведінкової терапії. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія Психологія : науковий журнал*. Острог : Вид-во НаУОА. 2021. Червень № 13. С. 104–109.

URL:

file:///C:/Users/User/Downloads/017_%D0%94%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%

[B2%E2%80%99%D1%8F%D0%BD%D0%BA%D0%BE+%D0%A1%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%B0+%D0%9F%D0%B5%D1%82%D1%80%D1%96%D0%B2%D0%BD%D0%B0_104-109.pdf](#) (дата звернення: 18 січня 2025).

27. Чепрасова Л. Методи природного знеболення пологів. *Medvoice*. 2024. Вересень. URL: https://medvoice.net/seminars/metody-pryrodnogo-znebolennya-pologiv/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 18 січня 2025).

28. Олійник О. В., Бойчук А. В., Семків А. Л., Якимчук О. М. Ефективність та вплив епідуральної анестезії на перебіг фізіологічних термінових пологів. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2015. №2. URL: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/act-pit-pediatr/article/view/4806?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 25 січня 2025).

29. Волков О. О. Клінічні настанови з анестезіологічного забезпечення в акушерстві. Спеціальний медичний портал. 2020. Травень. URL: https://health-ua.com/article/60157-kljnchn-nastanovi--z-anestezologchnogo-zabezpechennya-v-akusherstv?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 25 січня 2025).

30. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» : затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2022 року № 170. 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/>.

URL: https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/02/2023.02.08_unifikovanyi-protokol-fiz-pology.pdf (дата звернення: 01 лютого 2025).

31. Титаренко Н. Знеболення пологів – картина у пазлах. Пазл #5 : Питання безпеки. *З турботою про жінку*. 2020. №6 (107).

URL: <https://extempore.info/component/content/article/9-journal/3177-znebolennia-polohiv-kartyna-u-pazlakh-pazl-5-pytannia-bezpeky.html> (дата звернення: 01 лютого 2025).

32. Волков О. О. Технічні складності в акушерській анестезіології. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2021. №2 (137). С. 41-43.

URL: <https://mazg.com.ua/ua/archive/2021/2%28137%29/pages-41-43/tehnichni-skladnosti-v-akusherskiy-anesteziologiyi> (дата звернення: 02 лютого 2025).

33. Петриченко В. В., Ткаченко Р. О. Порівняння методів анестезіологічного забезпечення гістероскопії. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2023. №3. С. 60–64.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/283323> (дата звернення: 02 лютого 2025).

34. Середенко Н. П. Порівняльна оцінка безпеки різних методів анестезіологічного забезпечення при плановому та ургентному абдомінальному розродженні. *PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE*. 2018. №4 (85). С. 76-82.

URL: <https://jpaic.aaukr.org/issue/view/9155> (дата звернення: 08 лютого 2025).

35. Фесенко В. С. Регіональна аналгезія вагінальних пологів. Львів : Бона. 2018. 258 с. URL: <https://library.gov.ua/regionalna-analgeziya-vaginalnyh-pologiv/> (дата звернення: 08 лютого 2025).

36. Снегірьов П. Обрії сучасних інновацій в акушерстві та гінекології. *Український медичний часопис*. 2017. №3 (119). С. 41-45. URL: <https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2017/05/PAG.pdf> (дата звернення: 08 лютого 2025).

37. Фурса-Совгира Т. М., Бенюк В. О., Олешко В. Ф., Ковалюк Т. В., Бенюк С. В., Чеботарьова А. С., Брюхань С. О. Клінічні аспекти перебігу пологів у роділь, які обрали альтернативний метод розродження. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024. №8. С. 69–75. URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/320088> (дата звернення: 09 лютого 2025).

38. Сочнєва А. Ропістезія – епідуральне знеболення пологів без моторного блоку : тези наук.-практ. конференції. м. Київ, 2023.

URL: <https://health-ua.com/akusherstvoginekologiya/planuvannia-ta-vedennia-vagitnosti/73292-ropstezya--epduralne-znebolennya-pologv-bez-motornogo-bloku> (дата звернення: 12 лютого 2025).

39. Андрейців І. Епідуральна анестезія не тільки полегшує біль, але й зменшує ризики тяжких ускладнень після пологів – дослідження. *Дорослий погляд на світ. Здоров'я*. 2024. Травень.

URL: https://lb.ua/health/2024/05/31/616332_epiduralna_anesteziya_tilki.html (дата звернення: 22 лютого 2025).

40. Можливі ускладнення після епідуральної анестезії. *РОПІСТЕЗІЯ*. 2022. URL: <https://ropistesia.com.ua/blog/mozhlyvi-uskladnennya-pislya-epiduralnoyi-anesteziyi/> (дата звернення: 22 лютого 2025).

41. Показання до епідуральної анестезії: повний перелік. *РОПІСТЕЗІЯ*. 2022. URL: <https://ropistesia.com.ua/blog/pokazannya-do-epiduralnoyi-anesteziyi-povnyj-perelik/> (дата звернення: 22 лютого 2025).

42. Як роблять епідуральну анестезію та скільки вона діє? *РОПІСТЕЗІЯ*. 2022. URL: <https://ropistesia.com.ua/blog/yak-roiblyat-epiduralnu-anesteziyu-ta-skilky-vona-diye/> (дата звернення: 22 лютого 2025).

43. Пацкун Е. Й. Загальна анестезія та вагітність. Українська тератологічна інформаційна система. 2021. Січень. URL: <http://utis.in.ua/general-anesthesia-and-pregnancy/> (дата звернення: 23 лютого 2025).

44. Волков О. О. Вагітність високого ризику: погляд анестезіолога. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2020. №4-5 (133-134). С. 27-30. URL: <https://mazg.com.ua/ua/archive/2020/4-5%28133-134%29/pages-27-30/vagitnist-visokogo-riziku-poglyad-anesteziologa> (дата звернення: 23 лютого 2025).

45. Посохова С. П. Септичні ускладнення в акушерстві. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2021. №4 (139). С. 5-8.

URL: <https://mazg.com.ua/ua/archive/2021/4%28139%29/pages-5-8/septichni-uskladnennya-v-akusherstvi> (дата звернення: 23 лютого 2025).

46. Ткаченко Р. О., Кукуруза І. Л., Белка К. Ю. Партнерські пологи : як обрати оптимальний метод знеболення? *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2022. № 3-4 (144-145). С. 9-14. URL: <https://mazg.com.ua/ua/archive/2022/3-4%28144-145%29/pages-9-14/partnerski-pologi-yak-obrati-optimalniy-metod-znebolennya> (дата звернення: 24 лютого 2025).

47. Бойко В. І., Сухарєв А. Б., Нікітіна І. М., Калашник Н. В. Акушерські прийоми : навчальний посібник / за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В. І. Бойка. Суми : Сумський державний університет, 2021. 186 с. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/85513/1/Boyko.pdf> (дата звернення: 25 – 28 лютого 2025).
48. Невишна Ю. В. Оптимізація підготовки до перших пологів та профілактика акушерських і перинатальних ускладнень у здорових вагітних : дис. на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук : 14.01.01. Київ, 2021. 217 с. URL: https://ipag-kiev.org.ua/wp-content/uploads/2021/12/Dis%20N.pdf?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 03 березня 2025).
49. Курганська А. Знеболення пологів, що потрібно знати. *Daughtly : Поділись досвідом.* 2023. Серпень. URL: <https://www.daughtly.com.ua/vahitnist-ta-polohy/pidhotovka-do-polohiv-ta-polohy/yak-unyknyty-bolyu-pid-chas-polohiv> (дата звернення: 03 березня 2025).
50. Torroni P., Настенко О. М., Фесенко, В. С. Антигіпотензивна дія мінідозы окситоцину на початку спінальної анестезії для кесаревого розтину. *PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE.* 2019. №2 (87). С. 128–133. URL: <https://jpaic.aaukr.org/article/view/171020> (дата звернення: 04 березня 2025).
51. Julie S. Moldenhauer. Знеболення та анестезія під час пологів та розродження. *VSD : ДОБІДНИК : версія для фахівців.* 2024. URL: <https://www.msdmanuals.com/uk/professional/gynecology-and-obstetrics/labor-and-delivery/analgesia-and-anesthesia-for-labor-and-delivery> (дата звернення: 05 березня 2025).
52. Гріжимальський Є. В., Гарга А. Й., Суліменко Є. М. Конверсія епідуральної аналгезії в анестезію для кесаревого розтину. Медичний центр Лелека. 2021. URL: <https://leleka.com.ua/ua/media-center/scientific-articles/konversiya-analgezii-v-anesteziyu-pri-kesarevo/> (дата звернення: 05 березня 2025).

53. Титаренко Н. В., Кукуруза І. Л., Бевз Г. В., Папишев Д. С., Сергійчук О. В., Машевський Ю. А., Пелих В. П., Засаднюк О. П. Епідуральна аналгезія в пологах : Стандарт дій медичного персоналу. 2021. 6 с.

URL: https://anest.vn.ua/file/EDA_standard_project.pdf (дата звернення: 05 березня 2025).

54. Бієнсток Дж. Л., Еке А.К., Гюппхен Н.А. Післяпологова кровотеча. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2021. № 5-6 (140-141). С. 44-52. URL:

<https://mazg.com.ua/ua/archive/2021/5-6%28140-141%29/pages-44-52/pislyapologova-krovotecha> (дата звернення: 09 березня 2025).

55. Гріжимальський Є. В., Гарга А. Й. Сучасні методи купірування больового синдрому в акушерстві та гінекології. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2018. №4 (117). С. 30-35. URL:

https://mazg.com.ua/ua/archive/2018/4%28117%29/pages-30-35/suchasni-metodi-kupiruvannya-bolovogo-sindromu-v-akusherstvi-ta-ginekologiyi-?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 09 березня 2025).

56. Сергейчик М. С. Знеболення пологів або як уникнути болю під час пологів? Медичний центр Лелека. 2023. URL: <https://leleka.com.ua/ua/media-center/article-information/yak-unyknuty-bolyu-pid-chas-polohiv/> (дата звернення: 10 березня 2025).

57. Аббуд Є. Ш., Абед Д. Н., Аль-Хіалі С. Д. Порівняльний аналіз балів за шкалою Апгар у новонароджених : вплив методів анестезії під час кесарева розтину. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024. № 4. С. 70–75. URL: https://repro-health.com.ua/article/view/308997?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 14 березня 2025).

58. Низька оцінка за шкалою Апгар. Sutura : вебсайт. URL: <https://sutura.org.ua/unsorted/nyzka-otsinka-za-shkaloiu-aphar/> (дата звернення: 14 березня 2025).

59. Sitnikova V. O., Nadvorna O. M., Kashiyan O. V. Морфологічне дослідження посліду в жінок із передчасними пологами. *Вісник наукових досліджень*. 2019. №2. С. 58–61. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-nauk-dos/article/view/10272> (дата звернення: 15 березня 2025).

60. Броваренко Т. А. Оцінка за шкалою Апгар: що потрібно знати. *Медицина України*. 2021. Грудень. URL:

<https://medukr.org/%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%B0-%D0%B7%D0%B0-%D1%88%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D1%8E-%D0%B0%D0%BF%D0%B3%D0%B0%D1%80-%D1%89%D0%BE-%D0%BF%D0%BE%D1%82%D1%80%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%BE-%D0%B7%D0%BD%D0%B0> (дата звернення: 15 березня 2025).

61. Психологічна підготовка до пологів : поради від експертів. 40weeks: вебсайт. URL: https://40weeks.com.ua/psihologichna-pidgotovka-do-pologiv-poradi-vid-ekspertiv/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 16 березня 2025).

62. Іваньо В. (2023). Неврологічні відхилення та системні показники розвитку новонароджених, народжених з використанням різних методів знеболення в акушерстві. *ACADEMIA : Перспективи та інновації науки. Педагогіка, психологія, медицина*. 2023.

URL:

https://www.academia.edu/124071211/%D0%9D%D0%95%D0%92%D0%A0%D0%9E%D0%9B%D0%9E%D0%93%D0%86%D0%A7%D0%9D%D0%86_%D0%92%D0%86%D0%94%D0%A5%D0%98%D0%9B%D0%95%D0%9D%D0%9D%D0%AF_%D0%A2%D0%90_%D0%A1%D0%98%D0%A1%D0%A2%D0%95%D0%9C%D0%9D%D0%86_%D0%9F%D0%9E%D0%9A%D0%90%D0%97%D0%9D%D0%98%D0%9A%D0%98_%D0%A0%D0%9E%D0%97%D0%92%D0%98%D0%A2%D0%9A%D0%A3_%D0%9D%D0%9E%D0%92%D0%9E%D0%9D%D0%90%D0%A0%D0%9E%D0%94%D0%96%D0%95%D0%9D%D0%98%D0%A5_%D0%9D%D0%90%D0%A0%D0%9E%D0%94%D0%96%D0%95%D0%9D%D0%98%D0%A5_%D0%97_%D0%92%D0%98%D0%9A%D0%9E%D0%A0%D0%98%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9D%D0%9D%D0%AF%D0%9C_%D0%A0%D0%86%D0%97%D0%9D%D0%98%D0%A5_%D0%9C%D0%95%D0%A2%D0%9E%D0%94%D0%86%D0%92_%D0%97%D0%9D%D0%95%D0%91%D0%9E%D0%9B%D0%95%D0%9D%D0%9D%D0%AF_%D0%92_%D0%90%D0%9A%

[D0%A3%D0%A8%D0%95%D0%A0%D0%A1%D0%A2%D0%92%D0%86?utm_source=chatgpt.com](#) (дата звернення: 17 березня 2025).

63. Хиць А. Р. Артеріальна гіпертензія вагітних: рекомендації ESC/ESH 2020. *Український медичний часопис*. 2020. Січень. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-170792-arterialna-gipertenziya-vagitnih-rekomendatsiyi-esc-esh-2020> (дата звернення: 17 березня 2025).

64. Лахно І. В. Сучасні можливості прогнозування та профілактики преєклампсії. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2021. № 2 (137). С. 17-19. URL: https://mazg.com.ua/ua/archive/2021/2%28137%29/pages-17-19/suchasni-mozhливosti-prognozuvannya-ta-profilaktiki-preeklampsii?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 18 березня 2025).

65. Ошовський В. І. Аналіз результатів ретроспективного когортного дослідження перебігу вагітностей, пологів та післяпологового періоду у пацієнток з групи високого перинатального ризику для виявлення факторів несприятливих наслідків та побудови прогностичної моделі плодови. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2021. № 2. С. 47–52. URL: https://repro-health.com.ua/article/view/232552?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 18 березня 2025).

66. Лахно І. В., Мартиненко О. В., Раймонді Ж., Шульгін В. І. Значення деяких показників варіабельності серцевого ритму у діагностиці затримки росту плода. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2023. №6. С. 63–67. URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/289998> (дата звернення: 18 березня 2025).

67. Бабінцева А. Г., Годованець Ю. Д., Марандюк П. С., Петров В. А. Неонатальна лікувальна гіпотермія після зупинки серця, не пов'язаної з асфіксацією при народженні : дискусійні питання та клінічний випадок. Матеріали конгресу анестезіологів України : КАН 2023. *PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE*. 2023. № 3. URL: <file:///C:/Users/User/Downloads/287876-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-669227-1-10-20231027.pdf> (дата звернення: 19 березня 2025).

68. Вежновець Т. А., Гур'янов В. Г., Короткий О. В., Орабіна Т. М., Геревич Н. В., Говсєєв Д. О. Аналіз ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду та екстрагенітальної захворюваності у вагітних в Україні та прогнозування динаміки обраних показників до 2026 року. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*. 2024. № 3 (99). С. 13-24. URL: <http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/13468/1/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7%20%D1%83%D1%81%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D1%8C%20%D0%B2%D0%B0%D0%B3%D1%96%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96.pdf> (дата звернення: 20 березня 2025).
69. Бойчук А. В., Берегуляк С. О., Берегуляк О. О., Якимчук Ю. Б. Статистичний аналіз впливу SARS-COV-2 на перебіг вагітності та пологів. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2022. №1 (11). С. 131-135. URL: <file:///C:/Users/User/Downloads/Bulletin%20of%20Medical%20and%20Biological%20Research%202022%20Vol.%204%20No.%201%20-131-135.pdf> (дата звернення: 20 березня 2025).
70. Бенюк В. О., Вигівська Л. М. Визначення особливостей перебігу вагітності та пологів, стану плода і новонародженого у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій (дані ретроспективного аналізу). *Український журнал Здоров'я жінки*. 2023. №5 (168). С. 4-7. URL: file:///C:/Users/User/Downloads/2023_%D0%92%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%B9_%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B1%D1%96%D0%B3%D1%83_%D0%B2%D0%B0%D0%B3%D1%96%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96_%D1%82%D0%B0_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D0%B2.pdf (дата звернення: 20 березня 2025).
71. Остафійчук С. О., Нейко О. В., Куса О. М., Левицький І. В., Кінаш Н. М. Особливості перебігу пологів у жінок з паталогічним гестаційним збільшенням маси тіла. *Art of Medicine*. 2024. №1 (29). С. 112-119. URL:

<file:///C:/Users/User/Downloads/rd12356rd,+21.pdf> (дата звернення: 21 березня 2025).

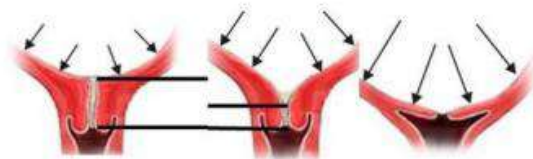
72. Костюк І. Ю. Вплив хірургічних методів лікування шийки матки на репродуктивну функцію жінок. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2020. №4 (44). С. 13-17. URL: <file:///C:/Users/User/Downloads/222138-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-502891-1-10-20201230.pdf> (дата звернення: 21 березня 2025).

73. Голяновський О. В., Зукін В. Д., Шемякіна Н. М., Рубінштейн А. М. Особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду на тлі застосування допоміжних репродуктивних технологій. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2021. №9-10. С. 79–87. URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/252598> (дата звернення: 22 березня 2025).

74. Бодашевська К. Д. Вплив артифіційних абортів на стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку. Результати когортного дослідження. *Український журнал Здоров'я жінки*. 2024. №2 (171). С. 57-62. URL: <https://med-expert.com.ua/journals/ua/vpliv-artificijnih-abortiv-na-stan-reproduktivnogo-zdorovja-zhinok-fertilnogo-viku-rezultati-kogortnogo-doslidzhennja/> (дата звернення: 22 березня 2025).

ДОДАТКИ

Чому виникає пологовий біль?



Болісні відчуття виникають внаслідок розкриття шийки матки, розтягування нижнього її сегменту, тиску плоду на тазове дно, розтягування шкіри промежини внаслідок проходження плоду.

Інтенсивність больових відчуттів під час пологів

-  Сильний та нестерпний біль - **61%**
-  Помірний біль - **33%**
-  Не відчують біль - **6%**

Негативний вплив болю



ВПЛИВ НА МАТІР

збільшення частоти дихання та споживання кисню, підвищення рівня катехоламінів, що веде до збільшення серцевого викиду та артеріального тиску

- гіпервентиляція
- респіраторний алкалоз
- шкідливий вплив на вагітних з супутньою серцевою патологією

ВПЛИВ НА ПЛІД

зменшення фето-плацентарного кровообігу, що призводить до фетального метаболічного ацидозу, гіпоксемії

- дистрес плода
- ацидоз
- підвищення чутливості нервової системи плода до травми

ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ

- післяпологова депресія (10-20% породілей)
- збільшення частоти Кесарських розтинів
- підвищення рівня майбутніх абортів
- виникнення негативних емоцій до новонародженого та проблем у грудному вигодовуванні

<https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf>

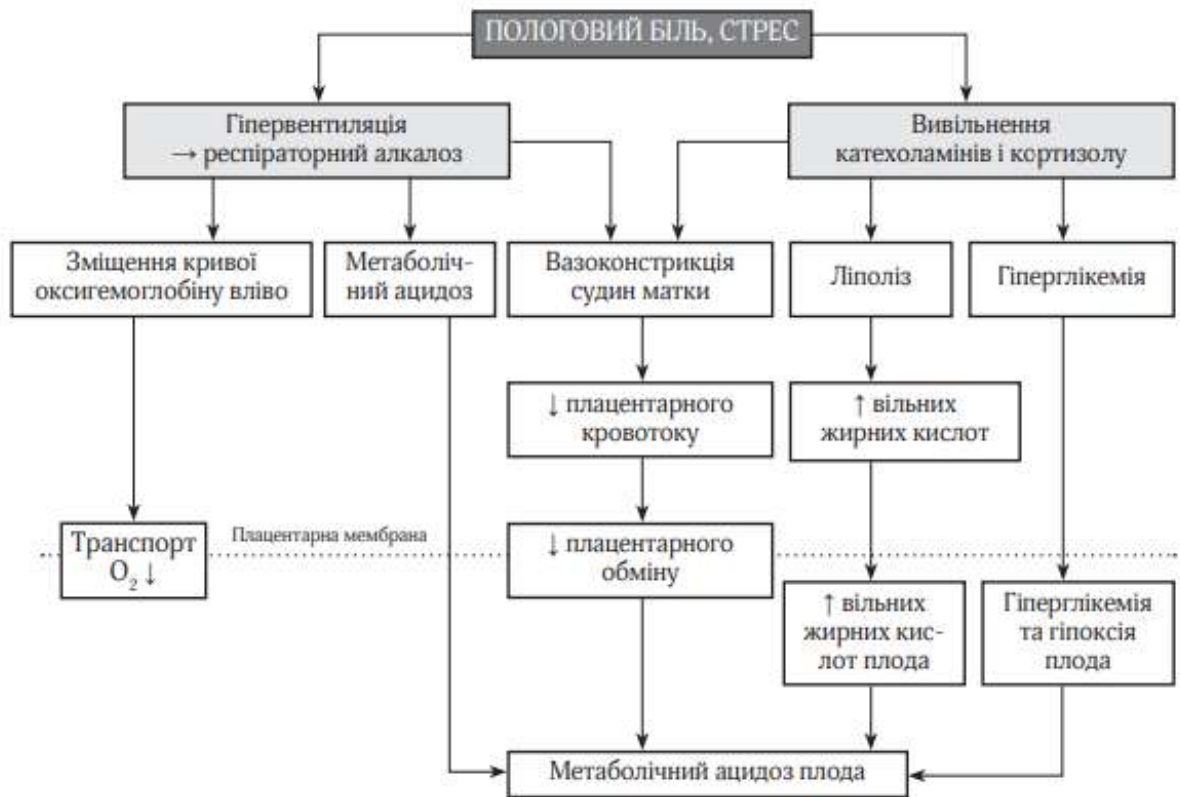


Рис. 1. Механізми стресу при пологах

<https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf>

Права жінки на знеболення в пологах



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

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

За бажанням жінки можливе використання медикаментозного (системного) знеболення: неопіоїдна, опіоїдна, інгаляційна та регіонарна аналгезія (епідуральна аналгезія, спинальна анестезія).

Це норма! сказати лікарю, що ви відчуваєте біль і потребуєте знеболення. Адже біль суб'єктивний показник і тільки ви можете його оцінити.

<https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf>

Періоди пологів



- **I період** – період відкриття шийки матки – 10-16 год (першонароджуючі) і 8-10 год (повторнонароджуючі)
- **II період** – період вигнання 1-2 год (першонароджуючі) і 15 хв - 1 год (повторнонароджуючі)
- **III період** – період народження плаценти - 10-30 хв



Коли починати знеболення пологів?



Знеболення можна починати при появі болю з початком пологової діяльності



Оцінити рівень болю можна завдяки шкалі ВАШ (Візуальна Аналогова Шкала).



Якщо біль вище 3 балів у спокої та вище 5 балів у русі - порадьтесь зі своїм лікарем про додаткове медикаментозне знеболення.

<https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf>

Види медикаментозного знеболення пологів



- **Епідуральна аналгезія** - це "золотий стандарт" знеболення пологів у всьому світі. Знеболюючі засоби вводяться у епідуральний простір через катетер. Має хороший знеболюючий ефект. Можна застосовувати тривало
- **Спінальна анестезія** - технічно майже така сама, як і епідуральна аналгезія, але має свої відмінності за ефектом знеболення – більш короткочасний (1-2 год) та швидкий (знеболення протягом 5 хв)

При епідуральному знеболенні знеболюючий препарат вводиться в епідуральний простір, який оточує спинний мозок

*Чи є ризик ушкодження спинного мозку після епідуральної анестезії?

*Ні, оскільки епідуральний катетер встановлюється в тому місці, де спинного мозку немає (він закінчується значно вище).



Види медикаментозного знеболення пологів



- **Опіати** - знеболюючі ліки, що вводяться через внутрішньовенний катетер або підшкірно. Можуть виникати ускладнення з боку плоду та майбутньої мами.
- **Закис азоту** - інгаляційний знеболюючий засіб, так званий «звеселяючий газ», який ви вдихаєте через маску, і поки ви дихаєте, знеболення триває.
- **Парацетамол** - знижує інтенсивність больового синдрому під час пологів, є безпечним для матері та дитини, але знеболююча дія може бути недостатня в порівнянні з епідуральною/спінальною аналгезією.

<https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf>

Таблиця 1. Характеристики методики регіонарної аналгезії пологів

	CSE	DPE	EPL
Швидкість початку знеболення	швидко	повільно	повільно
Потреба в заміні катетера	низька	звиська	частіше
Симетричність блоку	✓	✓	✗
Частота неадекватного блоку	✓	✓/✗	✗
Свербіж	✗	✓	✓
Фетальна брадикардія	✓/✗	✓	✓
Кесарів розтин	✓	✓	✓

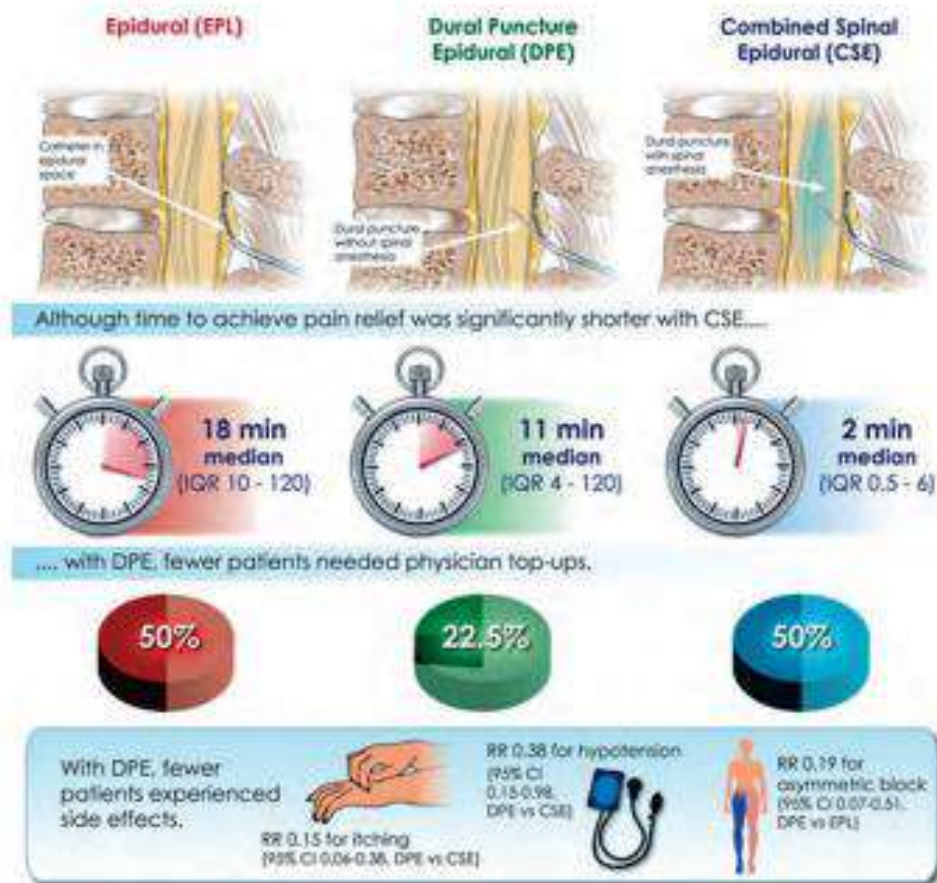


Рис. 3. Порівняння методик регіонарної аналгезії пологів.

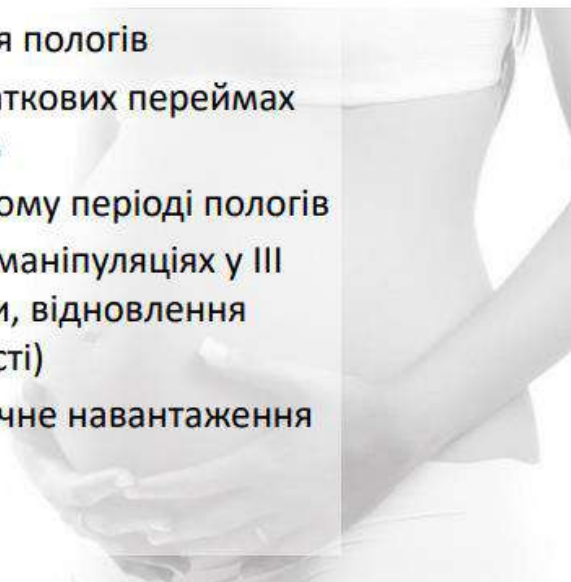
Chau A., Bibbo C., Huang C.-C., Elterman K. G., Cappiello E. C., Robinson J. N. & Tien L. C. (2017). Dural Puncture Epidural Technique Improves Labor Analgesia Quality With Fewer Side Effects Compared With Epidural and Combined Spinal Epidural Techniques. *Anesthesia & Analgesia*, 124(2), 560–569. doi:10.1213/ane.0000000000001798

<https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf>

Епідуральна аналгезія – золотий стандарт знеболення пологів



- Найефективніший метод знеболення пологів
- Показана при дискоординованих маткових переймах під час затяжного 1-го періоду пологів
- Сприяє розкриттю шийки матки в 1-ому періоді пологів
- Забезпечує сильне знеболення при маніпуляціях у III періоді пологів (народження плаценти, відновлення цілісності м'яких тканин за необхідності)
- Забезпечує мінімальне фармакологічне навантаження на плід та жінку
- Безпечний під час лактації



Показання до епідурального знеболення



- **Бажання жінки полегшити пологовий біль***
- Артеріальна гіпертензія будь-якої етіології (прееклампсія, гіпертонічна хвороба, симптоматична артеріальна гіпертензія)
- Багатоплодова вагітність
- Пологи у жінок із антенатальною загибеллю плода (в даному випадку головним аспектом є психологічний стан жінок)
- Юні роділлі (молодші 18 років)
- Ожиріння
- Ригідність шийки матки



<https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf>

Як проводиться епідуральне знеболення пологів?



1

Вас попросять сісти і нахилитися вперед або лягти на бік

Шкіра знеболюється місцевим анестетиком

2



3

Між переймами лікар встановлює через голку тонкий катетер у епідуральний простір

Через катетер поступово вводяться знеболюючі ліки

4



Чи боляче ставити епідуральний катетер?



- Епідуральний катетер встановлюється під місцевою анестезією. Для цього використовують розчин лідокаїну, який вводять тоненькою голкою.
- Саме це є неприємним процесом. Так само, як анестезія зуба.
- Далі відчувається тільки те, що лікар щось робить (тиск, дотик), але це вже абсолютно безболісно.



<https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf>

Тривалість епідурального знеболення



Через епідуральний катетер можна тривало вводити знеболююче (анестетик)

Епідуральне знеболення можливе до закінчення третього періоду пологів або продовжити знеболення в післяпологовому періоді

Епідуральне знеболення безпечне при лактації



Побічні ефекти



Можливі ускладнення епідурального знеболення:

- незначне зниження артеріального тиску (10%)
- незадовільне знеболення, що потребує перестановки епідурального катетера (5%)
- помірний свербіж шкіри (7%)
- головний біль (0,6%)

Правильно виконана епідуральна анестезія є безпечною для мами і малюка

<https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf>

Що можна робити під час епідуральної аналгезії



Катетер для введення ліків надійно фіксується спеціальним пластирем! Він гнучкий, тому з ним можна рухатися!

- Ходити по палаті
- Сидіти на фітболі
- Приймати душ
- Ходити в туалет
- Лежати, спати



<https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf>

Міфи про знеболення пологів



Міф: Жінка має народити сама з болем Епідуральна аналгезія – це не фізіологічно, здорова жінка має народити сама

Правда: жінки, які терплять біль, не отримують нагороди після пологів

Вибір епідуральної анестезії не є невдачею. Це вибір, який допоможе вам залишатися спокійним та зосередженим, що так важливо для успішних пологів.

Міф: Знеболення має бути строго за медичними показами

Реальність: жінка має право на знеболення за власним бажанням

За медичними протоколами Першим показанням до проведення медикаментозного знеболювання пологів – бажання жінки.

Знеболення пологів – це нормально в сучасному світі!

Міф: після епідуральної аналгезії я не відчуватиму перейми

Правда: епідуральна аналгезія зменшує тільки больову чутливість

Досягнення в області епідурального введення ліків дозволили лікарям контролювати біль, не змушуючи вас почуватися слабкими. Ви, як і раніше, відчуватимете тиск від скорочень (з меншим болем або без неї).

Міф: Мамам, яким роблять епідуральну анестезію, частіше потрібний кесарів розтин.

Правда: Епідуральна анестезія не збільшує ймовірність кесаревого розтину.

Світові дослідження показали, що епідуральна анестезія не збільшує ймовірність того, що вам знадобиться кесарів розтин.

Міф: після епідуральної аналгезії я не зможу ходити

Правда: епідуральна аналгезія сучасними препаратами не впливає на рухову активність

Анестезіолог надійно закріпить катетер на місці після того, як він буде вставлений, щоб ви могли зручно переміщатися в ліжку та змінювати положення на власний розсуд відразу після процедури.

Міф: Епідуральна анестезія викликає тривалий біль у спині після пологів.

Правда: епідуральна анестезія не викличе хронічного болю в спині.

Найімовірніша причина полягає в тому, що ваше тіло болить через вагітність і пологи, а також через постійне згинання та підйом тяжкості, необхідних для догляду за новонародженим.

Після будь-якої ін'єкції, від щеплення від грипу до епідуральної анестезії, ви, ймовірно, відчуєте деякий біль та набряк у місці ін'єкції, які мають зникнути протягом тижня.

Міф: Пологи займуть більше часу, якщо мені зроблять епідуральну анестезію.

Правда: немає достовірних досліджень, що підтверджують, що це правда.

Пологи діляться на два етапи - прогресуюче розкриття шийки матки до 10 см та вигнання. Епідуральна анестезія не впливає на розкриття шийки матки. Світові дослідження показують, що етап вигнання може бути трохи довшим, але мова йдеться про хвилини, а не години.



STEP-UP аналгезія – покрокова терапія болю



<https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf>

Додаток Н

Таблиця

Оцінка болю за ВАШ залежно від знеболення пологів

Оцінка болю за шкалою VAS	Показник ВАШ в групі жінок, які отримували знеболення пологів Інфулганом	Показник ВАШ в групі жінок, які не отримували знеболення
Перед в/в введенням	6,91 $\pm$ 1,31	7,02 $\pm$ 1,28
Через 30 хв	6,18 $\pm$ 1,02*	6,90 $\pm$ 1,09
Через 1 годину	5,12 $\pm$ 1,02**	6,72 $\pm$ 1,12
Через 2 години	4,76 $\pm$ 1,04***	6,86 $\pm$ 1,04
Через 3 години	5,36 $\pm$ 1,05 ****	7,23 $\pm$ 1,21
Через 4 години	6,51 $\pm$ 1,10	7,20 $\pm$ 1,15

Примітка:

*достовірність різниці між показниками в групах;

** – достовірність різниці між показниками в межах одної групи через 1 годину порівняно із вихідним показником;

*** – достовірність різниці між показниками в межах одної групи через 2 години порівняно із вихідним показником;

**** – достовірність різниці між показниками в межах одної групи через 3 години порівняно із вихідним показником

[https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-](https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf)

[Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf](https://ropistesia.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/Znebolennya-polohiv.-Prezentatsiya.-Shkola-vidpovidalnoho-batkivstva.pdf)



Прізвище лікарки Вірджинії Апгар відоме майже кожному батькові та матері на Землі.

ШКАЛА АПГАР

Показник	0 балів	1 бал	2 бали
Забарвлення шкірного покриву	Загальна блідість або загальна синюшність	Рожеве забарвлення тіла і синюшне забарвлення кінцівок	Рожевий колір всього тіла
Частота серцевих скорочень за 1 хв.	Серцебиття відсутнє	100	100
Рефлекторне збудження	Відсутнє	Реакція слабо виражена (grimace, рух)	Реакція у вигляді рухів, кашлю, чхання, голосного крику
М'язовий тонус	Відсутнє, кінцівки звисають	Знижений, певне згинання кінцівок	Виразні активні рухи
Дихання	Відсутнє	Нерегулярне, крик слабкий, гіповентиляція	Нормальне, крик голосний



APGAR SCORE

SCORE	APPEARANCE	PULSE	GRIMACE	ACTIVITY	RESPIRATION
0	 Blue all over	 No pulse	 No response to stimulation	 No movement	 No respiration
1	 Blue extremities	 <100 bpm/min	 Grimace on stimulation	 Some flexion	 Weak, irregular, slow
2	 No blue coloration	 >100 bpm/min	 Cry on stimulation	 Flexed limbs that resist extension	 Strong cry

≥ 7 **NORMAL**
4-6 **LOW**
≤ 3 **CRITICAL**

More FREE resources at eventmedicinegroup.org

**Зразок анкети-опитувальника
для вагітних жінок, які ще не народжували**

Мета: зібрати дані про рівень поінформованості та ставлення до методів знеболення пологів.

1. На котрому Ви тижні вагітності?

2. Це ваша перша вагітність?

Так / Ні

3. Чи відвідуєте Ви курси підготовки до пологів?

Так / Ні / Планую

4. Чи знаєте про можливість знеболення під час пологів?

Так / Частково / Ні

5. Які методи знеболення Вам відомі? (можна обрати кілька)

Епідуральна анестезія.

Внутрішньовенне знеболення.

Дихальні техніки.

Масаж.

Ароматерапія.

Водні пологи.

Інше (вказіть): _____.

6. Чи плануєте використовувати знеболення під час пологів?

Так, медикаментозне.

Так, немедикаментозне.

Обидва варіанти.

Не планую.

Ще не вирішила.

7. Що найбільше впливає на Ваше рішення щодо знеболення? (оберіть до 3-х варіантів)

Безпека для дитини.

Додаток П

Безпека для себе.

Біль і страх.

Досвід подруг.

Рекомендація лікаря.

Інтернет/соціальні мережі.

Власні переконання.

Інше: _____

Зразок анкети-опитувальника

для жінок, які вже народжували

Мета: дослідити досвід використання різних методів знеболення під час пологів.

1. Скільки у Вас уже було пологів?

1 / 2 / 3 і більше.

2. Скільки часу минуло з останніх пологів?

<1 року / 1–3 роки / понад 3 роки.

3. Чи використовували Ви знеболення під час пологів?

Так / Ні

4. Які саме методи ви застосовували? (оберіть усі, що були)

Епідуральна анестезія.

Внутрішньовенне знеболення.

Дихальні техніки.

Масаж.

Ванна / душ під час перейм.

Інше: _____.

5. Як оцінюєте ефективність знеболення за шкалою від 1 до 5?

(1 — не допомогло зовсім, 5 — повністю задоволена).

6. Чи були побічні ефекти або ускладнення?

Так (вказіть): _____ / Ні

7. Чи задоволені Ви своїм вибором знеболення?

Так / Частково / Ні

8. Що Ви обрали б наступного разу (якщо плануєте ще пологи)?

Те саме знеболення

Інший метод (який?): _____

Не використовувала б

8. Ваші поради або побажання іншим жінкам щодо знеболення.

(необхідно написати власні міркування) _____

Зразок анкети-опитувальника

«Очікування щодо знеболення перед пологами»

Мета: з'ясувати рівень поінформованості, страхів та очікувань жінки стосовно болю і його знеболення.

Блок 1. Загальні відомості.

1. Скільки Вам років?
2. На якому Ви тижні вагітності?
3. Це Ваші перші пологи? (Так / Ні)

Блок 2. Поінформованість.

4. Чи обговорювали знеболення з лікарем або акушеркою? (Так / Ні)
5. Звідки Ви отримували інформацію про знеболення під час пологів?

Курси для вагітних.

Лікар / акушер.

Інтернет / соцмережі.

Друзі / родичі.

Інше: _____.

Блок 3. Очікування.

6. Наскільки сильним Ви уявляєте біль під час пологів? (шкала 1–5).
7. Яких методів знеболення Ви очікуєте?

Епідуральна анестезія.

Ін'єкції знеболювального.

Дихальні техніки.

Масаж.

Душ / ванна.

Інше: _____.

8. Що для Вас важливіше: комфорт чи природність процесу?

Комфорт, навіть із медичним утручанням.

Природність, без медикаментів.

Додаток П

Баланс обох.

9. Які у Вас найбільші страхи щодо болю або знеболення? (відкрите питання)

Зразок анкети-опитувальника

«Реальний досвід після пологів»

Мета: зібрати дані про реальний досвід, рівень болю, застосовані методи знеболення та їх ефективність.

Блок 1. Загальні дані.

1. Скільки пологів Ви мали?
2. Коли були останні пологи? (місяць / рік)

Блок 2. Процес і знеболення.

3. Чи Ви відчували сильний біль під час пологів? (Так / Ні)
4. Чи застосовувалось якесь знеболення? (Так / Ні)
5. Які методи використовувались? (оберіть усе, що застосовувалось)

Епідуральна анестезія.

Внутрішньовенне знеболення.

Немедикаментозне (дихання, масаж, ванна тощо).

Нічого не застосовувалось.

Блок 3. Ефективність та оцінка.

6. Як оціните ефективність знеболення? (шкала 1–5).
7. Чи були побічні ефекти або ускладнення?

Так / Ні

8. Чи повторили б Ви той самий вибір знеболення?

Так / Ні / Не знаю

Блок 4. Загальне враження.

9. Наскільки задоволені Ви своїм досвідом загалом? (шкала від 1 до 5).
 10. Ваші рекомендації або поради іншим жінкам... (необхідно записати власні міркування).
-

Додаток П

Зразок анкети-опитувальника

«Порівняння методів знеболення (після пологів)»

Мета: оцінити ефективність різних методів із точки зору жінок, які мали досвід кількох пологів або методів.

Блок 1. Фонові дані.

1. Скільки у Вас було пологів?

2. Які методи знеболення Ви застосовували в різних пологах? (табличка)

Пологи №	Епідуралка	Ін'єкції	Дихання	Масаж	Ванна	Без знеболення
Перші	✓		✓			
Другі		✓		✓	✓	

Блок 2. Порівняння.

3. Під час яких пологів Вам було легше?

4. Який із методів знеболення був найбільш ефективним, на Вашу думку?

5. Чи залежить Ваш вибір знеболення від пологового будинку / медперсоналу? 6.

Якщо була б можливість, що Ви обрали б наступного разу?

Орієнтовна структура таблиці «Аналіз відповідей на анкету щодо знеболення під час пологів»

№	Тяжкість анкету	Вік	Тяжкість вагітності / Дата пологів	Перша вагітність	Використання знеболення	Які використовувались/плануються	Ефективність (1-5)	Побічні ефекти	Задоволення (1-5)	Повторна б?	Коментарі
1	Очікування	29	34 тижнів	Так	Планув. медикаментозне	Епіуралка, дикланер	-	-	-	-	Немає
2	Досвід	35	Березень 2023	Ні	Так	Ванна, дикланер	4	Ні	5	Так	Було дуже спокійно
3	Порівняння	31	Пологи: 1 - 2020; 2 - 2023	Ні	Так (обидва рази)	Пологи: 1 - ін'єкції, Пологи: 2 - епіуралка	3-5	Так (після ін'єкцій)	4-5	Образ епіуралки	Залежить від лікарів

Колонки можна запланувати під...

- Анкети «Для вагітних жінок, які ще не народжували», «Для жінок, які вже народжували», «Очікування щодо знеболення перед пологами» — або зробити окремі вкладки.
- Питання з можливим вибором (наприклад, «Які методи») можна розбити на кілька стовпів з позначками ✓/X.
- ✓ Завдяки таблиці можна...
 - Порахувати, скільки людей планують той чи інший метод.
 - Знайти середній бал задоволеності чи ефективності.
 - Побачити співвідношення між очікуваннями та досвідом.

Додаток С

Звіт про чергування в акушерському відділенні КНП "Чернівецький обласний перинатальний центр"

Чергування з _____ год. до _____ год. «____» _____ 2023 р.

П.І.Б. (студента) _____ група _____, курс _____

1. П.І.Б. та № історій пологів куруємих жінок ____

2. Присутність на пологах, операціях, функціонально-інструментальних дослідженнях (П.І.Б. родиль, № історій)

3. Самостійне виконання медичних маніпуляцій, процедур, досліджень, оформлення медичної документації (необхідне підкреслити):

Заповнення історії пологів, етапний епікриз, виписний епікриз, щоденники динамічного спостереження

Збір загального та акушерського анамнеза

Зовнішнє акушерське дослідження, внутрішнє акушерське дослідження:

Загальний та акушерський огляд (за Леопольдом)

Акушерське дослідження (огляд піхвовий, у дзеркалах)

Вимірювання розмірів таза, живота вагітних

Визначення терміну вагітності, передбачуваного терміну пологів.

Визначення передбачуваної ваги плода

Обхід у відділенні патології вагітності, обхід у післяпологовому відділенні, робота в приймальному відділенні, робота в родильно-операційному блоці, реанімаційному відділенні.

Визначення АТ, пульса.

Забір аналізів крові, сечі, біохімічного аналізу крові, коагулограми та інших.

Вислуховування серцебиття плода, запис кардіотокограми.

Прийом пологів

Визначення групи крові та резус-фактора

Переливання крові, плазми, кровозамінників, визначення сумісності крові

Ін'єкції, внутрішньовенні інфузії

Огляд родових шляхів

Заходи по забезпеченню санітарно-епідемічного режиму ____

Відповідальний черговий лікар _____

(Прізвище, підпис)

Ви зайшли під ім'ям Кохан Марта Олександрівна (Вихід)

АІГ- 5к. Модуль 2. Фізіологічний перебіг вагітності пологів та післяпологового періоду.

Додаток С

ІСТОРІЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ № _____

1. Відділення _____ Палата № _____	3. Група крові _____	0 (I)	A (II)	B (III)	AB (IV)
2. Відділення _____ Палата № _____	4. Резус-фактор _____	Позитивний		Негативний	
5. Дата визначення []/[]/20[]					
6. Підпис та реєстраційний номер лікуючого лікаря _____					

ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

7. Прізвище _____ Ім'я _____ Побатькові _____

8. Дата народження: []/[]/[]

9. Вік в роках: []

10. Назва та номер документа, що посвідчує особу _____

11. Застрахована: так [1]; ні [2]

12. Найменування та код за ЄДРПОУ страхової компанії _____

13. Постійне місце проживання/перебування: місто [1]; село [2] _____
 Поштовий індекс [] [] [] [] (область, район, місто, вул., будинок, квартира)

Місце проживання за паспортними даними: місто [1]; село [2] _____
 (область, район, місто, вулиця, будинок, квартира)
 Поштовий індекс [] [] [] []

14. Телефон: домашній _____ мобільний _____
 Контактна особа: П.І.Б. _____
 Телефон контактної особи: домашній _____ мобільний _____

15. Одружена: так [1]; ні [2]

16. Професія/місце роботи _____

17. Відноситься до 1–3 групи диспансерного обліку постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС: так [1]; ні [2] категорія: 1, 2, 3, серія посвідчення № _____

18. Інвалідність: так [1]; ні [2], 1, 2, 3 група, інвалід з дитинства [4]

19. Діагноз при поступленні _____ [] [] [] []
 (код за МКХ-10) _____ [] [] [] []
 (код за МКХ-10)

20. Ким направлена _____ [] [] [] [] [] []
 (найменування закладу охорони здоров'я та код)

21. Доставлена: самостійно [1]; бригадою швидкої медичної допомоги [2]; інше [3] _____
 (уточнення)

22. Дата поступлення у заклад охорони здоров'я: []/[]/20[] час [] : []

23. Дата виписки із закладу охорони здоров'я: []/[]/20[] час [] : []

24. Переведена в інший заклад охорони здоров'я: []/[]/20[] _____ [] [] [] []
 у _____ (найменування закладу охорони здоров'я та код)

25. Померла: []/[]/20[] час [] : []

26. Проведено ліжко-днів: []

27. Виписано листок непрацездатності № _____ з []/[]/20[] до []/[]/20[]

28. КІЛЬКІСТЬ ПОПЕРЕДНІХ ВАГІТНОСТЕЙ

1. Доношені []	2. Передчасні []	3. Позаматкові []	4. Штучні аборти []	5. Мимовільні викидні []	6. Кількість вагітностей, включаючи цю []	7. Загальна кількість живих дітей []
--------------------	----------------------	-----------------------	----------------------------	---------------------------------	--	---

29. ПОПЕРЕДНІ ВАГІТНОСТІ, що закінчились пологами

№	1. Дата (міс./рік)	2. Строк гестації (тижні)	3. Вага тіла дитини	4. Стать		5. Народилася живою		6. Пологи		7. Коментарі/Ускладнення (включаючи аборти та позаматкові вагітності) (код за МКХ-10)
				ж	ч	так	ні	вагінальні	кесарів розтин	
1				1	2	1	2	1	2	
2				1	2	1	2	1	2	
3				1	2	1	2	1	2	

Додаток С

30. АНАМНЕЗ

Захворювання (код за МКХ-10)	Так	Ні	Немає даних	Захворювання (код за МКХ-10)	Так	Ні	Немає даних
30.1. Діабет	1	2	0	30.13. Безпліддя	1	2	0
30.2. Гіпертонія	1	2	0	30.14. Вроджені вади матки	1	2	0
30.3. Серцеві захворювання	1	2	0	30.15. Гінекологіч операції	1	2	0
30.4. Аутоімунні розлади	1	2	0	30.16. Алергічні реакції (на ліки)	1	2	0
30.5. Захворювання нирок/Інфекції сечових шляхів	1	2	0	30.17. D (Rh) сенсibilізація	1	2	0
30.6. Психіатричні захворювання	1	2	0	30.18. Травми	1	2	0
30.7. Неврологічні захворювання /Епілепсія	1	2	0	30.19. Переливання крові	1	2	0
30.8. Захворювання печінки	1	2	0	30.20. Ускладнення при анестезії	1	2	0
30.9. Варикоз/Флебїт	1	2	0	30.21. Захворювання в сім'ї	1	2	0
30.10. Захворювання щитовидної залози	1	2	0	30.22. Насильство в сім'ї	1	2	0
30.11. Захворювання органів дихання (туберкульоз, астма)	1	2	0	30.23. Оперативні втручання	1	2	0
30.12. Патологія молочних залоз	1	2	0				
30.24. Куріння: так [1]; ні [2]				30.25. Вживання алкоголю: так [1]; ні [2]			
				30.26. Вживання наркотиків: так [1]; ні [2]			
30.27. Інше							

Підпис пацієнтки _____

31. ДАНІ ПРО ВАГІТНІСТЬ

- 31.1. Маса тіла до вагітності: [] [] [] кг
 31.2. Індекс маси тіла до вагітності: норма (>25) []
 31.3. Маса тіла при поступленні: [] [] [] кг
 31.4. Зріст: [] [] [] см
 31.5. Надмірна вага (25-29.9) [] Ожиріння (>30) []

32. Очікувана дата пологів (ОДП)

Критерії	Дата	ОДП	Остаточна ОДП [] [] [] / [] [] [] / 20 [] []
32.1. Остання менструація	[] [] / [] [] / 20 [] [] невідомо []	[] [] / [] [] / [] [] [] []	
32.2. Перший огляд	[] [] / [] [] / 20 [] [] у [] [] тижні(в)	[] [] / [] [] / [] [] [] []	
32.3. Перше УЗД	[] [] / [] [] / 20 [] [] у [] [] тижні(в)	[] [] / [] [] / [] [] [] []	
32.4. Дата ембріону (при ДРТ)	[] [] / [] [] / 20 [] [] у [] [] тижні(в)	[] [] / [] [] / [] [] [] []	

33. Антенатальний догляд	Так	Ні	34. Стани/захворювання під час вагітності (код за МКХ-10)	Та к	Ні
33.1. Відвідування жіночої консультації або сімейного лікаря	1	2	34.1. Анемія (<110 г/л)	1	2
33.2. Відвідування школи батьківства самостійно	1	2	34.2. Лихоманка $\geq 38^{\circ}\text{C}$	1	2
з партнером	1	2	34.3. Високий АТ (>140/90 мм рт. ст.)	1	2
33.3. Консультація генетика	1	2	34.4. Прееклампсія	1	2
33.4. Заповнена гравідограма Побудований графік висоти стояння дна матки Якщо так, чи є ознаки ЗВУР плода	1	2	34.5. Гестаційний діабет	1	2
33.5. Кількість УЗД	[] []		34.6. Вагінальна кровотеча	1	2
33.6. Під час УЗД знайдено аномалії Якщо так, уточніть які	1	2	34.7. Безсимптомна бактеріурія	1	2
33.7. Виявлені Rh-антитіла Якщо так [] [] / [] [] / 20 [] [] титр 1: [] []	1	2	34.8. Інфекції сечових шляхів	1	2
Інше (уточніть)			34.9. Бактеріальний вагіноз	1	2
			34.10. Гостра вірусна інфекція	1	2

35. ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ ПІД ЧАС ЦІЄЇ ВАГІТНОСТІ

№	Найменування закладу охорони здоров'я та код	Строк гестації при поступленні(тижнів)	Тривалість (днів)	Діагноз (код за МКХ-10)	Медичне лікування
1					
2					

Додаток С

36. СКРИНІНГ ПІД ЧАС ЦІЄЇ ВАГІТНОСТІ

Дослідження	№	Дата	Результат	
			-	+
36.1. Сифіліс (RW)	1	При взятті на облік []/[]/20[]		
	2	29 тижнів []/[]/20[]		
		[]/[]/20[]		
36.2. HbsAg	1	[]/[]/20[]		
		[]/[]/20[]		
36.3. Краснуха		[]/[]/20[]		
36.4. ВІЛ	1	При взятті на облік []/[]/20[]		
	2	22-23 тижні []/[]/20[]		
		[]/[]/20[]		
36.5. Гепатит HCV		[]/[]/20[]		
36.6. Інше		[]/[]/20[]		

36.7. ВІЛ статус невідомий: тест IFA: дата []/[]/20[] Результат: негативний – 1; позитивний – 2; неоднозначний – 3.

36.7.1. П.І.Б. лікуючого лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____
 36.8. Експрес-тест (жінка в пологах): дата []/[]/20[] час []:[] Результат: негативний – 1; позитивний – 2; неоднозначний – 3.

36.8.1. П.І.Б. лікуючого лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____
 36.9. Якщо результат неоднозначний, 2 тест: дата []/[]/20[] час []:[] Результат: негативний – 1; позитивний – 2.

36.9.1. П.І.Б. лікуючого лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Консультація спеціалістів:

Терапевт _____

Невропатолог _____

Офтальмолог _____

Отоларинголог _____

Стоматолог _____

Інші спеціалісти: _____

Додаток Т

Лабораторні дослідження у жіночій консультації:

Аналіз крові загальний Дати:

Еритроцити (х 10 ⁹ /л)			
Гемоглобін (г/л)			
Кольоровий показник			
Ретикулоцити (%)			
Тромбоцити (х 10 ⁹ /л)			
Лейкоцити:			
Базофіли (%)			
Еозинофіли (%)			
Паличкоядерні нейтрофіли (%)			
Сегментоядерні нейтрофіли (%)			
Моноцити (%)			
Лімфоцити (%)			
ШОЕ (мм/год)			
Гематокрит (%)			

Аналіз сечі загальний. Дати:

Кількість (мл)			
Колір			
Прозорість			
Білок			
Відносна щільність			
Цукор сечі			
Ацетон			
Ацетооцтова кислота			
Жовчні пігменти			
Уробілін			
Індикан			
Осад			
Реакція (pH)			
Плоский епітелій (у полі зору)			
Перехідний епітелій (у полі зору)			
Нирковий епітелій			
Лейкоцити (у полі зору)			
Еритроцити (у полі зору)			

Коагулограма Дати:

Протромбіновий індекс%			
Час рекальцифікації плазми (с)			
Тромботест (ступінь)			
Фібриноген (мкмоль/л)			
Фібриноген В			
Фібринолітична активність (хв)			
Толерантність плазми до гепарину (хв)			
Час згортання крові за Лі-Уайтом (хв)			
Тривалість кровотечі за Дюке (хв)			
Ретракція кров'яного згортка (%)			

Біохімія крові Дати:

Азот залишковий (небілковий) (ммоль/л)			
Сечовина (ммоль/л)			
Креатинін (мкмоль/л)			
Креатин (мкмоль/л)			
Сечова кислота (ммоль/л)			
Білок загальний (г/л)			

Мазок на флору. Дати:

Лейкоцити (у полі зору)			
Еритроцити (у полі зору)			
Епітелій (у полі зору)			
Гонококи, трихомонади			
Флора			

Мазок на цитологію

Артеріальний тиск

Дата	права рука (мм рт.ст.)	ліва рука (мм рт.ст.)

Група крові (), резус фактор _____, від «_» _____ 20_р.

Титр антитіл _____

від «_» _____ 20_р.

Група крові батька дитини (), резус фактор _____,

ІУЗД (11 тиж.+1 день - 13 тиж.+6 днів):

«_» _____ 20_р.:

Дата передбачуваних пологів «_» _____ 20_р.

ІІУЗД (18-20 тиж. + 6 днів):

«_» _____ 20_р.:

Дата передбачуваних пологів «_» _____ 20_р.

ІІІУЗД (за показами):

«_» _____ 20_р.:

Дата передбачуваних пологів «_» _____ 20_р.

Кардіотокографія «_» _____ 20_р.:

Кардіотокографія «_» _____ 20_р.:

Біохімічний скринінг на вроджені вади розвитку (за згодою жінки):

I скринінг(11 тиж.+1 день - 13 тиж.+6 днів):

RAPP _____

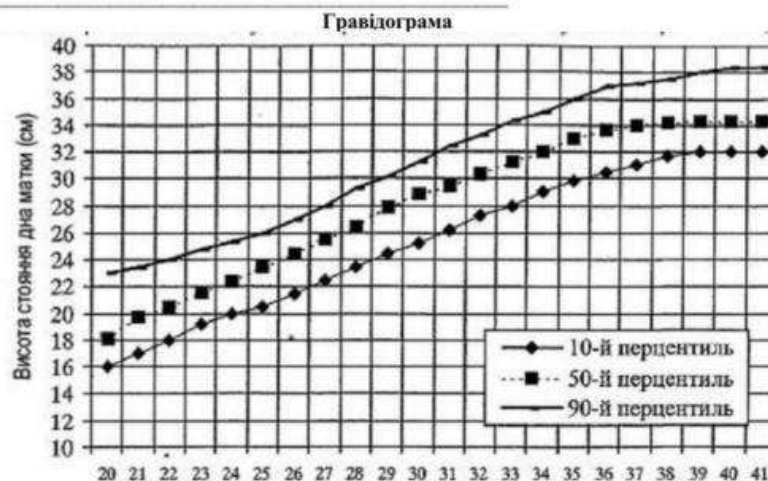
β -ХГЛ _____

II скринінг(18 тиж. - 20 тиж.+6 днів):

RAPP _____

β -ХГЛ _____

Ризики _____



Психопрофілактична підготовка вагітних до пологів.

Мета психопрофілактичної підготовки жінок до пологів - зняти психогенний компонент пологового болю та сприяти утворення нового уявлення про пологи як про сприятливий фізіологічний процес, при якому біль не обов'язковий. Вплив на кору великого мозку в процесі психопрофілактичної підготовки сприяє зменшенню больового відчуття.

Вагітних жінок слід переконувати в можливості безболісного перебігу пологів за умови правильної поведінки. В процесі психопрофілактичної підготовки жінок навчають спокійній та активній поведінці під час пологів, їй знайомлять з основними відомостями про фізіологію пологів, їх клінічний перебіг, а також з відчуттям, що виникають в різні періоди пологів. Особливо акцентується увага на присутності та активній допомозі в пологах партнера (чоловіка, матері, сестри), проводиться їх навчання.

Психопрофілактична підготовка до пологів складається з переліку дій, необхідних для проведення з самого початку вагітності, особливо за чотири тижні до пологів та під час їх перебігу. З 35 - 36 тижнів вагітності з жінкою проводять спеціальні заняття, під час яких їй знайомлять з перебігом пологів, навчають правильній поведінці та прийомам, які сприяють зменшенню болі у пологах. (описати методику проведення занять).

Заняття 1.

Заняття 2.

Заняття 3.

37. СТАН ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

Інше (уточніть) _____

1. Дата: 09/11/2024 Час 22.10
 2. Строк вагітності: тижні 33 дні 4
 3. Причини/скарги при поступленні:
 3.1. Загрозливі ознаки: так [1]; ні [2]
 3.2. Сильна кровотеча: / / 20
 3.3. Судоми: / / 20
 3.4. Непритомність: / / 20
 3.5. Запаморочення чи летаргія
 3.6. Задиха
 4. Скарги жінки: на кров'янисті виділення з вагіни, у деци-
 мальному кількості
 4.1. Перейми: так [1]; ні [2] на 20:40:09.11.24
 Дата початку / / 20 Час :
 Частота /10 хв. Тривалість :
 4.2. Біль в животі без перейм: так [1]; ні [2]
 Дата початку / / 20 Час :
 4.3. Підтікання навколоплідних вод: так [1]; ні [2]
 Дата початку / / 20 Час :
 Колір амніотичної рідини під час розриву оболонок:
 Прозора ☐ Кров ☐ Меконій ☐
 4.4. Відчуває рухи плода: так ☒; ні ☐
 Дата / / 20 Час :
 4.5. Лихоманка: так ☐; ні ☒
 Дата / / 20 Час :
 4.6. Головний біль: так ☐; ні ☒
 Дата / / 20 Час :
 4.7. Набряки: так ☐; ні ☒
 Дата / / 20 Час :
 Інше (уточніть) _____

38. ЗАГАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД

38.1. Пульс /хв.
 38.2. Кров'яний тиск: ліва рука 100/60 мм рт. ст.
 права рука 105/60 мм рт. ст.
 38.3. Температура 36,4°C

Назва органу	Норма	Є проблеми
38.4. Шкіра		
38.5. Педикульоз: так [1]; ні [2]	Лікування: так [1]; ні [2]	
38.6. Лімфовузли		
38.7. Молочні залози		
38.8. Дихання		
38.9. Серце		
38.10. Живіт		
38.11. Геморой: так [1]; ні [2]		
38.12. Суглоби		
38.13. Набряки: так [1]; ні [2] (уточніть)		
38.14. Варикоз: так [1]; ні [2] (уточніть)		

39. АКУШЕРСЬКИЙ ОГЛЯД

39.1. Зовнішній акушерський огляд

1. Висота дна матки 34 см
 2. Окружність живота 105 см
 3. Передбачувана вага плода 3570 г
 4. Кількість плодів: 1 2 3 4
 5. Рухи плода (запитайте жінку): так [1]; ні [2]
 6. Положення (для 1-го плода у випадку багатоплідної вагітності):
 повздовжнє [1]; поперечне [2]; косе [3]
 7. Передлежання: головне ☒; тазове ☐
 Опущення головки плода (обведіть)
 5/5 4/5 3/5 2/5 1/5 0/5
 Вид у малому тазі Порозуміння малого тазу

Серцеві скорочення плода:
 1 плід 110 /хв. Немає ☐
 2 плід /хв. Немає ☐
 8. Розмір таза у старій формі 26/19/31/20
 9. Промежина: норма [1]; патологія [2]; рубець [3] Якщо патологія, уточніть _____

39.2. Внутрішній акушерський огляд

39.2.1. Огляд в дзеркалах: так [1]; ні [2]
 1. Піхва: норма [1]; патологія [2] Якщо патологія, уточніть _____
 2. Шийка: норма [1]; патологія [2] Якщо патологія, уточніть _____
 3. Виділення: так [1]; ні [2] Якщо так, уточніть які криваві виділення ~ 500 мл
 4. Навколоплідні води: так [1]; ні [2]
 прозорі [1]; кров [2]; меконій [3]

39.2.2. Пальцеве дослідження: так [1]; ні [2]
 1. Піхва: норма [1]; патологія [2] Якщо патологія, уточніть _____
 2. Консистенція шийки: м'яка [1]; щільна [2]
 3. Довжина шийки ☐ см Розкриття ☐ см
 4. Оцінка за шкалою Бішоп, балів ☐
 5. Навколоплідні оболонки: цілі [1]; розірвані [2]
 6. Екзостози: так [1]; ні [2]
 7. Мис недосяжний ☐
 8. Діагональна кон'югата ☐ см

39.2.3. Передлежання плода
 (тільки для поздовжнього положення):
 1. Головне: потиличне ☐
 2. Тазове: чисто сідничне [1]; змішане [2]; ножне [3]
 3. Інше (вказіть) _____

Одружена, анамнез з приводу
 вагітності скаржи на
 кров'янисті виділення з
 вагіни з 20:40:09.11.24, термін
 33-34 тижнів, нв 10641

Продовження вкладки № 2 до форми
№ 096/о «Історія вагітності та пологів»

13. Спостереження за станом матері після операції кесаревого розтину

Час (години, хвилини)	5 хв.	10	15	20	25	30	1 год.	1,5	2	3	4	5
1. Артеріальний тиск (мм рт. ст.)	115/75	115/75	115/75	115/75	115/75	115/75	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
2. Пульс (уд/хв)	98	98	93	96	97	97	97	97	92	66	60	60
3. Температура, °C				38,0					36,4			
4. Серцевий ритм	ритмічний											
5. Частота дихання за хвилину	17	17	17	18	18	18	18	18	17	17	17	17
6. Крововтрата (мл)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Консистенція матки	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч
8. Масаж матки	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
9. Біль (від 1-10)	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2
10. Сеча, мл						100			300			500
11. Лікарські призначення (додатково до карти інтенсивного спостереження)												

14. П.І.Б. лікуючого лікаря Квак ІВ підпис [підпис] реєстраційний номер

15. П.І.Б. акушера Рахмєв підпис [підпис] реєстраційний номер

16. Загальна крововтрата: <500 мл [1]; 500-999 мл [2]; > 1000 мл [3]

30-400 мл

ЕПІКРИЗ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

Прізвище, ім'я, по батькові: Григор Тетяна Григорівна

Дата народження: 29.09.1993

Адреса: Сєрпівська обл. Сєрпівський р-н с. Ставеани

Дата операції кесарева розтину: 04.11.2012

Дата виписки: 04.11.2012

Вік: 29

Вагітність № <u>1</u>	Дата	Розтин матки
Пологи № <u>1</u>		В нижньому сегменті поперечний
Передчасні (до 37 тижнів)		Корпоральний ☒
Термінові (37-42 тижнів)	☒	Інше
Після 42 тижнів		Профілактика інфекції
Плановий кесарів розтин		Препарат, доза
Ургентний кесарів розтин		Кратність
Категорія ургентності: <u>1, 2, 3</u>	☒	<u>цефотриксон 2 гр</u>
Показання <u>Виступс погд 1 го данни</u>		Ушивання розтину матки
<u>кровооток маточних вен</u>		Шовний матеріал
<u>розширення 1 пог час вагітності</u>		<u>Поліпролен</u>
Анестезія	Загальна	Однорядний шов
	Спінальна ☒	Дворядний шов ☒
	Епідуральна	Загальна крововтрата
	Інше	500 – 999 мл <u>400 мл</u>
Ускладнення		>1000 мл
Кровотеча		Переливання
Інше		плазми
Інше		еритроцитарної маси
Гістеректомія, уточніть		Мати переведено до:
Інші втручання		Післяпологові палати разом з дитиною (дітьми)
Тривалість операції <u>0 год 35 хв</u>		Післяпологові палати саму.
		Палати інтенсивної терапії ☒
		Іншого закладу
		Призначені медикаменти
		<u>Ріперлаксом 1 се</u>
		<u>Налс 400.0</u>
		<u>цефотриксон 2 гр</u>
		<u>оректоміл 2.0</u>
		<u>корбетолон 2.0</u>
		<u>осетолон 10.0</u>

Додаток Ф

Інформація про новонародженого				2-га дитина			3-тя дитина		
Новонароджений	1-ша дитина			Жива	Ангенаталь на загибель плота	Інтраутераль на загибель плота	Жива	Ангенаталь на загибель плота	Інтраутераль на загибель плота
Стан при народженні	Жива	Ангенаталь на загибель плота	Інтраутераль на загибель плота						
Оцінка за Апгар	1 хв.	9							
	5 хв.	9		Так	Ні		Так	Ні	
Первинна реанімація	Так	Ні	✓						
При наявності видимих вад, уточніть:									
Маса/Довжина тіла	3300	53		ч	ж		ч	ж	
Стать	ч	ж							
Новонародженого переведено до:									
Відділення спільного перебування	✓								
Палати інтенсивної терапії									
Дитячого відділення									
Іншого стаціонару									

Перебіг післяопераційного періоду

Тривалість перебування в стаціонарі	Температура тіла породіллі $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ пізніше 48 годин після операції	Призначення антибіотиків більше однієї доби	Дренування черевної порожнини	Інфекція рани	Кюртаж матки
3	—	—	—	—	—

Коментар

Після 1 в 39-40 тижнів вагітності
 Клінічний діагноз: патологічний процес передіагностика дисфункції під час вагітності. Гестационний діабет.
 ПМК, гіпертонічність, неважкий СНО, варикозне розширення вен, обсяг кінцівок, цитомегаловірус.
 Ускладнення та черес-в-русна інфекція, хронічна ерозія ст. речей.

Інші втручання: лапаротомія до нефрэктомії
 Кесарів розтин в к. сегменті.

Рекомендації по плануванню сім'ї

Додаток Ф

31. ДАНІ ПРО ВАГІТНІСТЬ

31.1. Маса тіла до вагітності: 64 кг
 31.2. Індекс маси тіла до вагітності: норма (>25) []
 31.3. Маса тіла при поступленні: 75 кг
 31.4. Зріст: 169 см
 31.5. Надмірна вага (25-29.9) 26.3 Ожиріння (>30) []
гіпергіростоз

32. Очікувана дата пологів (ОДП)

Критерій	Дата	ОДП
32.1. Остання менструація	<u>04/02/2024</u> / невідомо []	<u>11/11/2024</u>
32.2. Перший огляд	<u>1/1/2024</u> у <u>9-10</u> тижні(в)	<u>1/1/2024</u>
32.3. Перше УЗД	<u>30/04/2024</u> у <u>12-13</u> тижні(в)	<u>12/11/2024</u>
32.4. Дата еμβріону (при ДРТ)	<u>1/1/2024</u> у <u>1</u> тижні(в)	<u>1/1/2024</u>

Остаточна ОДП 11/11/2024

33. Антенатальний догляд

	Так	Ні
33.1. Відвідування жіночої консультації або сімейного лікаря	<u>1</u>	<u>2</u>
33.2. Відвідування школи батьківства самостійно	<u>1</u>	<u>2</u>
33.3. Консультація генетика	<u>1</u>	<u>2</u>
33.4. Заповнена графік висоти стояння дна матки Побудований графік висоти стояння дна матки	<u>1</u>	<u>2</u>
Якщо так, чи є ознаки ЗВУР плода	<u>25</u>	<u>2</u>
33.5. Кількість УЗД	<u>1</u>	<u>2</u>
33.6. Під час УЗД знайдено аномалії	<u>1</u>	<u>2</u>
Якщо так, уточніть які	<u>1</u>	<u>2</u>
33.7. Викваєні Rh-антитіла	<u>1</u>	<u>2</u>
Якщо так [] [] [] /20 [] титр 1: [] [] []		
Інше (уточніть)		

34. Стани/захворювання під час вагітності (код за МКХ-10)

	Так	Ні
34.1. Анемія (<110 г/л)	<u>1</u>	<u>2</u>
34.2. Лихоманка $\geq 38^{\circ}\text{C}$	<u>1</u>	<u>2</u>
34.3. Високий АТ (>140/90 мм рт. ст.)	<u>1</u>	<u>2</u>
34.4. Преєклампсія	<u>1</u>	<u>2</u>
34.5. Гестаційний діабет	<u>1</u>	<u>2</u>
34.6. Вагінальна кровотеча <u>6.12.1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>
34.7. Безсимптомна бактеріурія	<u>1</u>	<u>2</u>
34.8. Інфекції сечових шляхів	<u>1</u>	<u>2</u>
34.9. Бактеріальний вагіноз	<u>1</u>	<u>2</u>
34.10. Гостра вірусна інфекція	<u>1</u>	<u>2</u>

ГРВІ 6 III триместра

35. ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ ПІД ЧАС ЦІЄЇ ВАГІТНОСТІ

№	Найменування закладу охорони здоров'я та код	Строк гестації при поступленні (тижнів)	Тривалість (днів)	Діагноз (код за МКХ-10)	Медичне лікування
1	<u>Хірургічний чб</u>	<u>18</u>	<u>2</u>	<u>вагітніска анемія</u>	<u>Гемостатична терапія, 250 мг</u>
2				<u>гіперкаліємія</u>	

36. СКРИНІНГ ПІД ЧАС ЦІЄЇ ВАГІТНОСТІ

Дослідження	№	Дата	Результат	
			-	+
36.1. Сифіліс	1	<u>16/04/2024</u>	<u>нег</u>	
	2	<u>22/08/2024</u>	<u>нег</u>	
36.2. HbsAg	1	<u>16/04/2024</u>	<u>нег</u>	
		<u>1/20</u>		
36.3. Краснуха		<u>1/20</u>		
36.4. ВІЛ	1	<u>17/04/2024</u>	<u>нег</u>	
	2	<u>17/04/2024</u>	<u>нег</u>	
36.5. Гепатит HCV		<u>1/20</u>		
		<u>1/20</u>		
36.6. Інше		<u>1/20</u>		

36.7. ВІЛ статус невідомий: тест IFA: дата []/[]/[]/20 [] Результат: негативний - 1; позитивний - 2; неоднозначний - 3

36.7.1. П.І.Б. лікуючого лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

36.8. Експрес-тест (жінка в пологах): дата []/[]/[]/20 [] час []: [] Результат: негативний - 1; позитивний - 2; неоднозначний - 3

36.8.1. П.І.Б. лікуючого лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

36.9. Якщо результат неоднозначний, 2 тест: дата []/[]/[]/20 [] час []: [] Результат: негативний - 1; позитивний - 2

36.9.1. П.І.Б. лікуючого лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____

Додаток Ф

31. ДАНІ ПРО ВАГІТНІСТЬ

31.1. Маса тіла до вагітності: 52 кг
 31.2. Індекс маси тіла до вагітності: норма (>25) []
 31.3. Маса тіла при поступленні: 72 кг
 31.4. Зріст: 161 см
 31.5. Надмірна вага (25-29.9) [] Ожиріння (>30) []
24 и периферія

32. Очікувана дата пологів (ОДП)

Критерії	Дата	ОДП	Остаточна ОДП <u>25/12/2024</u>
32.1. Остання менструація	<u>15/03/24</u> невідомо []	<u>1/1/</u>	
32.2. Перший огляд	<u>15/05/2024</u> у <u>7-8</u> тижні(в)	<u>22/12/2024</u>	
32.3. Перше УЗД	<u>19/06/2024</u> у <u>13</u> тижні(в)	<u>25/12/2024</u>	
32.4. Дата ембріону (при ДРТ)	<u>/ /</u> у <u>/</u> тижні(в)	<u>/ /</u>	

33. Антенатальний догляд

	Так	Ні
33.1. Відвідування жіночої консультації або сімейного лікаря	<u>1</u>	<u>2</u>
33.2. Відвідування школи батьківства самостійно	<u>1</u>	<u>2</u>
33.3. Консультація генетика	<u>1</u>	<u>2</u>
33.4. Заповнена гравідограма	<u>1</u>	<u>2</u>
Побудований графік висоти стояння дна матки	<u>1</u>	<u>2</u>
Якщо так, чи є ознаки ЗВУР плода	<u>1</u>	<u>2</u>
33.5. Кількість УЗД	<u>1</u>	<u>23</u>
33.6. Під час УЗД знайдено аномалії	<u>1</u>	<u>2</u>
Якщо так, уточніть які		
33.7. Виявлені Rh-антитіла	<u>1</u>	<u>2</u>
Якщо так [] [] [] /20 [] титр 1: [] [] []		
Інше (уточніть)		

34. Стани/захворювання під час вагітності (код за МКХ-10)

	Так	Ні
34.1. Анемія (<110 г/л)	<u>1</u>	<u>2</u>
34.2. Лихоманка $\geq 38^\circ\text{C}$	<u>1</u>	<u>2</u>
34.3. Високий АТ (>140/90 мм рт. ст.)	<u>1</u>	<u>2</u>
34.4. Преєклампсія	<u>1</u>	<u>2</u>
34.5. Гестаційний діабет	<u>1</u>	<u>2</u>
34.6. Вагінальна кровотеча	<u>1</u>	<u>2</u>
34.7. Безсимптомна бактеріурія	<u>1</u>	<u>2</u>
34.8. Інфекції сечових шляхів	<u>1</u>	<u>2</u>
34.9. Бактеріальний вагіноз	<u>1</u>	<u>2</u>
34.10. Гостра вірусна інфекція	<u>1</u>	<u>2</u>

35. ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ ПІД ЧАС ЦЬОЇ ВАГІТНОСТІ

№	Найменування закладу охорони здоров'я та код	Строк гестації при поступленні (тижнів)	Тривалість (днів)	Діагноз (код за МКХ-10)	Медичне лікування
1	<u>2024</u>	<u>28-29</u>	<u>23</u>	<u>Беременність</u>	<u>-</u>
2	<u>2024</u>	<u>32-33</u>	<u>5</u>	<u>Беременність</u>	<u>-</u>

36. СКРИНІНГ ПІД ЧАС ЦЬОЇ ВАГІТНОСТІ

Дослідження	№	Дата	Результат
36.1. Сифіліс	1	<u>11/05/2024</u>	<u>не</u>
	2	<u>14/10/2024</u>	<u>не</u>
36.2. HbsAg	1	<u>16/05/2024</u>	<u>не</u>
36.3. Краснуха		<u>/ /20</u>	
36.4. ВІЛ	1	<u>23/05/2024</u>	<u>не</u>
	2	<u>11/10/2024</u>	<u>не</u>
36.5. Гепатит HCV		<u>/ /20</u>	
36.6. Інше		<u>/ /20</u>	

Профілактико-РДС неода:
08.10.24 - 09.10.24
дексаметазон по схемі
26.10.24 - 27.10.24
дексаметазон по схемі

36.7. ВІЛ статус невідомий: тест IFA; дата []/[]/20 [] Результат: негативний - 1; позитивний - 2; неоднозначний - 3
 36.7.1. П.І.Б. лікуючого лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____
 36.8. Експрес-тест (жінка в пологах); дата []/[]/20 [] час _____ Результат: негативний - 1; позитивний - 2; неоднозначний - 3
 36.8.1. П.І.Б. лікуючого лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____
 36.9. Якщо результат неоднозначний, 2 тест: дата []/[]/20 [] час []:[] Результат: негативний - 1; позитивний - 2
 36.9.1. П.І.Б. лікуючого лікаря _____ підпис _____ реєстраційний номер _____