

ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ

Шифр МКХ-10 – O60

Передчасні пологи – це пологи з спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода вагою більш 500 г у терміні вагітності з 22 до 37 тижнів [A].

У зв'язку з особливостями акушерської тактики та виходжування дітей, які народились при різних термінах гестації доцільно виділити такі періоди:

- 22-27 тижнів;
- 28-33 тижні;
- 34-37 тижні гестації.

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення передчасних пологів у спеціалізованих акушерських стаціонарах, у яких є умови для проведення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених.

Доцільно забезпечення прав роділлі залучення близьких до присутності на пологах.

Принципи ведення передчасних пологів:

1. Оцінка ступеня прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології з метою визначення рівня надання стаціонарної допомоги.
2. Визначення плану ведення пологів та поінформоване узгодження його з жінкою.
3. Контроль за станом матері та плода у пологах з веденням партограми [A].
4. Профілактика респіраторного дистрес-синдрому до 34 тижнів вагітності.
5. Знеболювання пологів за показаннями.
6. Оцінка стану дитини, підтримка теплового ланцюжка, проведення первинного туалету новонародженого, спільне перебування матері та дитини з перших годин після народження, більш широке використання методу “кенгуру” при виходжуванні дітей з малою вагою.

Діагностика і підтвердження пологів:

Підтвердження пологів:

- у вагітної після 22 тижнів з'являються переймоподібні болі внизу живота та крижах з появою слизово-кров'яних або водянистих (у разі відходження навколоплідних вод) виділень із піхви;
- наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд;
- зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне укорочення шийки матки та її згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметру просвіту шийки матки, вимірюється у сантиметрах;
- поступове опускання голівки плода до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно *lin.interspinalis* (при внутрішньому акушерському дослідженні).

Діагностика періодів і фаз пологів.

Симптоми і ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи /відсутність поло- гової діяльності/	
Шийка матки скорочена менш, ніж 3 см, зовніш- нє вічко відкрито від 0,5 см до 2,5 см. Нерегуля- рні переймоподібні скорочення матки	Загроза передчас- них пологів	
Довжина цервікального каналу менш, ніж 1 см, шийка розкрита на 3-4 см. Регулярні переймопо- дібні скорочення матки. Швидкість розкриття шийки матки 0,8 см/год	Перший	Латентна
Шийка розкрита на 3-9 см. Швидкість розкриття шийки матки не більш, ніж 3,5 см/год Початок опускання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см) Голівка плода у порожнині тазу Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см) Передлегла частина плода досягає дна тазу Роділля починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)

Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням плаценти.

Послідовність дій при веденні передчасних пологів

1. Під час госпіталізації вагітної (роділлі) в акушерський стаціонар *у приймально-оглядовому відділенні* (лікар акушер-гінеколог):

- ретельно ознайомлюється із обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності та спостереження її у жіночій консультації. Звертається увага на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні показники амбулаторного обстеження вагітної жінки;

- для оцінки стану роділлі здійснюється фізикальне обстеження: загальний огляд, вимірювання температури тіла, пульсу, артеріального тиску, дихання, обстеження внутрішніх органів за органами і системами;

- здійснюється вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу. Визначається термін вагітності та дата пологів, очікувана маса плода;

- запитується про відчуття рухів плода самою роділлею та проводиться аускультация серцебиття плода;

- проводиться зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження: визначається положення, позиція та вид позиції плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого тазу;

Призначення клізми та гоління лобка роділлі не проводиться [А].

- за даними анамнезу, обмінної карти та результатами фізикального та акушерського обстеження роділлі записують у історію пологів фактори ризику та ступінь прогнозованого перинатального та акушерського ризику за шкалою A.Coopland, приділяючи увагу, насамперед, інтранатальним факторам ризику, встановлюється строк вагітності, акушерський діагноз, визначається тактика ведення вагітної (роділлі);

- до 34 тижнів вагітності при відкритті шийки матки менш ніж 3 см, відсутності амніоніта, прееклампсії, кровотечі, відсутності страждання плода проводиться токоліз – бета-миметиками, або лікування загрози передчасних пологів (токоліз не проводити більш ніж 24-48 годин) [A]. Через 2 години після початку токолізу підтвердити діагноз передчасних пологів констатацією сгладжування, чи розкриття шийки матки. Якщо передчасні пологи прогресують – токоліз відміняється [A]. Далі пологи ведуться по партограмі;

Профілактика респіраторного дистрес синдрому плоду проводиться:

- при зарозі передчасних пологів в/м введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин на курс 24 мг [A], чи бетаметазону по 12 мг кожні 24 години, на курс 24 мг [A];

- у разі початку передчасних пологів введення дексаметазону в/м по 6 мг кожні 6 годин (на курс 24 мг) [C], бетаметазону по 12 мг через 12 годин (на курс 24 мг) (повторні курси цієї профілактики не проводяться) [A].

Не використовувати кортикостероїди при наявності інфекції.

Призначення інтранатальної антибактеріальної терапії проводити у разі наявності ознак інфекції [A].

Спостереження та допомога роділлі в пологах

З метою динамічного та наглядного спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода, а також з метою своєчасної профілактики можливих ускладнень у пологах використовується **запис партограми** [A].

Спостереження за станом роділлі у I періоді пологів включає рутинні процедури, які заносяться акушером-гінекологом до партограми:

1) Оцінюється стан плода:

- підраховуються серцеві скорочення плода за 1 хвилину кожних 15 хвилин протягом активної фази і кожні 5 хвилин протягом другого періоду пологів, ці показники заносяться до партограми. Для своєчасної діагностики гіпоксії плода використовується дворазова аускультация (до і після перейм або потуг);

- якщо частота серцевих скорочень плода менше 120 чи більше 160 ударів за хвилину, це розцінюється як початок розвитку дистреса плода.

2) Оцінюється загальний стан матері:

- вимірюється температура тіла - кожні 4 години; визначаються параметри пульсу - кожні 2 години; артеріального тиску - кожні 2 години; сеча – визначається кількість – кожні 4 години;

- визначається рівень білка і ацетону за показаннями;

- періодично визначається характер дихання.

3) Ефективність пологової діяльності визначається:

- частотою, тривалістю та інтенсивністю перейм – щогодини у латентній фазі та кожні 30 хвилин в активній фазі; при нормальній тривалості передчасних пологів є тенденція до збільшення швидкості розкриття шийки матки, яка у латентній фазі складає 0,8 см/год; у активній – 3,5 см/год [A].

- даніміка внутрішнього акушерського дослідження – кожні 4 години;

- рівнем опускання голівки плода – при проведенні кожного зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження .

4) Якщо відбувся розрив плодового міхура, звертається увага на колір навколоплодових вод:

- наявність густого меконію свідчить про необхідність ретельного спостереження і можливого втручання для надання допомоги у випадку дистреса плода;

- відсутність витікання рідини після розриву плодового міхура вказує на зменшення обсягу амніотичної рідини, що може бути зв'язане з дистресом плода.

Підтримуючий догляд під час пологів і розродження [A]:

1) Персональна психологічна підтримка вагітної від чоловіка, найближчих родичів чи обраного нею партнера під час пологів та розродження;

2) Забезпечується гарне порозуміння та психологічна підтримка медичним персоналом роділлі:

- пояснюється необхідність проведення процедур і маніпуляцій, одержується дозвіл на їх проведення; підтримується підбадьорлива атмосфера при розродженні, поважне відношення до бажань жінки; забезпечується конфіденційність стосунків.

3) Підтримується чистота роділлі та її оточення:

- заохочується самостійне прийняття ванни чи душу жінкою на початку пологів;
- перед кожним піхвовим дослідженням обмиваються зовнішні статеві органи і промежина роділлі, лікарем ретельно миються руки і одягаються стерильні гумові одноразові рукавички.

4) Забезпечується рухливість роділлі:

- жінка заохочується до активної поведінки та вільного ходіння під час пологів;
- допомагають жінці вибрати положення для пологів.

5) Підтримується прийом жінкою їжі і рідини за її бажанням. Прийом невеликої кількості поживної рідини відновлює фізичні сили роділлі.

Знеболювання пологів за погодженням жінки

Якщо роділлі страждає від болю під час перейм або потуг:

- психологічно підтримується та заспокоюється;

- пропонується перемінити положення тіла (див. протокол “Ведення нормальних пологів”); заохочується до активних рухів; пропонується партнеру масажувати їй спину, тримати її руку і протирати обличчя губкою між переймами; пропонується жінці дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих) – у більшості випадків це зменшує відчуття болю;

Вимоги, які ставляться до медикаментозного знеболювання: знеболюючий ефект, відсутність негативного впливу на організм матері і плода, простота та доступність для усіх родопомічних закладів. Для знеболювання пологів використовуються неінгаляційні (системні) та інгаляційні анестетики, регіональна анестезія. Також з цією метою застосовуються системні анальгетики (при розкритті шийки матки не більше 5-6 см).

Наркотичні анальгетики не використовуються [A].

Надання ручної допомоги у II періоді пологів

У II періоді пологів забезпечується право жінки вибрати положення, яке є зручним, як для неї, так і для медичного персоналу. Медичний персонал приймає пологи у чистому халаті, масці, окулярах та стерильних рукавичках.

У другому періоді пологів ведеться спостереження за загальним станом роділлі, гемодинамічними показниками (артеріальний тиск, пульс – кожні 10 хвилин), станом плода – контроль серцевої діяльності плода кожні 5 хвилин, просуванням голівки плода по родовому каналу.

Якщо не відбулося своєчасного вилиття навколоплідних вод, в асептичних умовах проводиться амніотомія.

Рутинна пудендальна анестезія та епізіо-перінеотомія не проводиться [A].

При передчасних пологах II період пологів ведеться у присутності неонатолога. Після народження дитина передається неонатологу.

Ведення III періоду пологів

З метою профілактики кровотечі протягом першої хвилини після народження плода внутрішньом'язово вводиться 10 ОД окситоцину (А).

Проводиться контрольована тракція за пуповину тільки за умови наявності ознак відділення плаценти від матки. При цьому однією рукою здійснюється обережне контрольоване потягування за пуповину, а другою рукою, що знаходиться безпосередньо над лобком, утримується матка і дещо відводиться від лона, тобто у протилежному напрямку відносно контрольованої тракції.

За відсутності ознак відшарування плаценти і зовнішньої кровотечі протягом 30 хвилин після народження плода проводиться ручне відокремлення плаценти і виділення посліду.

Масаж дна матки через передню черевну стінку породіллі здійснюється відразу після народження посліду. Після цього жінці пропонується випорожнити сечовий міхур. Катетеризація сечового міхура здійснюється за показаннями.

Після народження посліду пересвідчуються у тому, що плацента, оболонки плодового міхура повністю видалені та матка скоротилася.

Ранній післяпологовий період передбачає: огляд пологових шляхів у дзеркалах, відновлення цілісності промежини у разі проведеної епізіотомії або перінеотомії безперервним або окремими швами полігліколевою ниткою, спостереження за загальним станом матері, скорочувальною функцією матки та кількістю кров'яних виділень кожні 15 хвилин протягом 2-х годин після пологів у пологовій залі і у наступні 2 години у післяпологовій палаті.

Використання міхура з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовується [A].