

Підходи з обмеження втручання під час переймів та пологів*

Американський коледж акушерів і гінекологів
Висновок лікарів комітету охорони здоров'я жінки
Номер 687 Лютий 2017
Комітет з акушерської практики
The American College of Obstetricians and Gynecologists

Цей документ схвалено Американським коледжем медсестер-акушерок та Асоціацією охорони здоров'я жінок, акушерок і медсестер із догляду за новонародженими.

Висновок розроблено робочою групою експертів Американського коледжу акушерів і гінекологів з акушерської практики у співпраці з членом Американського коледжу медсестер-акушерок, магістром у сфері суспільної охорони здоров'я Текоа Л. Кінг (м. Карлсбад, шт. Нью-Мексико, США), та членами комітету коледжу — лікарем Кертом Р. Вартоном, лікарем Джефрі Л. Екером і лікарем Джозефом Р. Ваксом.

Документ відображає нові клінічні та наукові досягнення станом на дату випуску і може змінюватися. Наведену інформацію не слід вважати як винятковий курс лікування чи процедуру, що потребують суворого дотримання.

Резюме. Акушери-гінекологи у співпраці з акушерками, медичними сестрами, пацієнтками та особами, які надають підтримку під час пологів, можуть допомагати роділлям під час переймів і пологів, використовуючи підходи мінімального втручання з високими показниками задоволеності пацієнток. Багато загально-прийнятих акушерських методів мають обмежену або непевну ефективність для роділь із групи низького ризику під час самовільних пологів. Під час латентної фази пологів у позалікарняних умовах роділлі приймають рішення разом із лікарем. Госпіталізація під час латентної фази пологів є необхідною з різних причин. При передчасному розриві плодових оболонок (ПРПО, або дородовий розрив плодових оболонок) стан роділлі оцінюють, і вона разом з акушером-гінекологом або акушеркою складають план очікувального ведення чи госпіталізації та індукції пологів. За науковими даними, роділлям із нормальним прогресуванням пологів та відсутністю симптомів порушення з боку плода не проводять рутинну амніотомію. Широке використання безперервного електронного фетального моніторингу серцевого ритму плода не поліпшує результатів у роділь із групи низького ризику. У жінок застосовують декілька немедикаментозних і медикаментозних методів для полегшення потуг. Роділлям під час нормального прогресування пологів не проводять планової тривалої внутрішньовенної інфузійної терапії. Для більшості жінок жодне положення під час пологів не є обов'язковим або забороненим. Роділлям, які вперше народжують із застосуванням епідуральної анестезії, за відсутності показань до негайного розродження, надають відпочинок упродовж 1–2 год. до настання потужної фази. Акушери-гінекологи та акушерки повинні добре володіти методами мінімаль-

ного втручання під час самовільних пологів у роділь із групи низького ризику.

Рекомендації та висновки

Експерти Американського коледжу акушерів і гінекологів (далі — Коледж) дійшли певних висновків та надають такі рекомендації:

- Індивідуальний підхід до ведення строкових самовільних пологів при потиличному передлежанні плода (залежно від стану матері та плода та ризиків) із використанням таких методів, як періодична аускультация та немедикаментозні методи знеболення.
- Відстрочення госпіталізації у зв'язку з переймами та пологами роділь у латентній фазі пологів при задовільному стані матері та плода. Роділлям забезпечують часті контакти з медперсоналом і підтримку, а також немедикаментозні заходи контролю болю.
- У роділь, яких спостерігають або госпіталізують у зв'язку з болем або втомою під час латентної фази пологів, варто застосовувати такі методики, як навчання та психологічна підтримка, пероральна гідратація, положення комфорту та немедикаментозні методи контролю болю, зокрема, масаж або занурення у воду.
- Акушери-гінекологи та акушерки повинні постійно інформувати роділь, яким показане очікувальне ведення, щодо термінового ПРПО (дородового розриву плодових оболонок) як потенційного ризику, пов'язаного з очікувальним веденням та обмеженням доступних об'єктивних даних. Поінформованим роділлям, у разі їх бажання та за відсутності інших причин з боку матері та плода для негайного розродження, потрібно запропонувати очікувальну тактику та підтримку протягом певного періоду.

*Повний текст англійською мовою читайте: Obstet Gynecol 2017; 129: e20-8; <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co687.pdf>

Жінкам із позитивними результатами обстеження на стрептококи групи В (СГВ) слід призначати антибіотики для профілактики розвитку інфекцій, спричинених СГВ, протягом очікувального ведення. У таких випадках багато пацієнток та акушерів-гінекологів надають перевагу негайній індукції пологів.

- Практика свідчить, що, крім регулярної медичної допомоги, постійна персональна емоційна підтримка поліпшує результати пологів у жінок.
- У жінок із нормальним прогресуванням пологів та відсутністю загрози з боку плода не варто проводити планову амніотомію, за винятком випадків, якщо вона потрібна для полегшення моніторингу.
- З метою забезпечення періодичної аускультації акушери-гінекологи та інший медичний персонал, який надає допомогу в пологах, а також медичні заклади мають впроваджувати протоколи і проводити підготовку персоналу для використання ручного доплерівського аналізатора серцевої діяльності плода в роділь із групи низького ризику (за бажанням роділь проводити такий контроль під час пологів).
- Використання шкали керування в поєднанні з різними немедикаментозними та медикаментозними методами лікування болю може допомогти акушерам-гінекологам та акушерським службам розробити втручання, які б максимально відповідали потребам кожної жінки.
- Часті зміни положення під час пологів для відчуття комфорту в матері та сприяння оптимальному положенню плода є можливими доти, доки це дає змогу проводити належний моніторинг, лікування матері та плода, а також не має медичних або акушерських протипоказань із боку матері.
- Якщо роділля не навчена спеціальній техніці дихання під час пологів, вона повинна тужитися з відкритим ротом. З огляду на недостатні дані щодо наслідків самовільних потуг, порівняно з потугами із застосуванням проби Вальсальви, кожна жінка може використовувати ту методику, якій надає перевагу і яка для неї найбільш ефективна.
- За відсутності показань до негайного розродження, роділлям (особливо тим, хто народжує вперше із застосуванням епідуральної аналгезії) слід надати відпочинок упродовж 1–2 год. (за винятком випадків, коли жінка має бажання народити раніше) на початку другого періоду пологів.

Вступ

У цьому висновку Комітету наведено дані щодо практики ведення пологів, яка полегшує фізіологічний процес пологів при мінімальному втручанні в роділь зі строковими нормальними пологами. Прагнення уникнути непотрібних втручань під час переймів і пологів поділяють як медичні працівники, так і роділлі. Акушери-гінекологи у співпраці з акушерками, медичними сестрами, пацієнтками та особами, які надають підтримку під час пологів, можуть допомагати роділлям під час переймів і пологів, використовуючи підходи мінімального втручання з високими показниками задоволеності пацієнток [1].

У цьому документі термін «низький ризик» вказує на клінічний сценарій, за якого ефективність від застосування медичного втручання не доведена. Клінічний сценарій, що відноситься до низького ризику, може змінюватися залежно від конкретних обставин та запропонованого втручання. Наприклад, жінка, якій проводять стимуляцію окситоцином, потребує постійного електронного контролю частоти серцевих скорочень плода. Отже, вона не входить до категорії низького ризику з огляду на необхідність проведення періодичної аускультації. Мета цього документа полягає не у визначенні, до якої групи ризику відноситься роділля (низького чи високого), а в тому, щоб акушер-гінеколог або інший спеціаліст, який надає допомогу під час пологів, правильно обрав і ретельно розробив індивідуальний підхід щодо втручання під час пологів відповідно до показань та з урахуванням побажань жінки.

Латентна фаза пологів: Ведення пологів та вибір часу госпіталізації

Під час обсерваційних досліджень встановлено, що госпіталізація в латентній фазі пологів пов'язана з вищою частотою пригнічення/зупинки переймів і пологів шляхом кесаревого розтину в активній фазі, а також із більшою частотою застосування окситоцину, катетерів для контролю внутрішньоматкового тиску й антибіотиків при лихоманці під час пологів [2–4]. Однак у цих дослідженнях не показано, чи ці наслідки відображають втручання, пов'язані з більш раннім і тривалим перебуванням в умовах лікарні або схильністю до функціональних порушень під час пологів серед роділь, які потребують догляду під час латентної фази. Під час рандомізованого контрольованого дослідження (РКД), в якому порівнювали госпіталізацію до пологового відділення при первинному огляді (невідкладна госпіталізація) та госпіталізацію в період активної фази (відстрочена госпіталіза-

ція), встановлено, що роділлі з групи відстроченої госпіталізації мають нижчу частоту застосування епідуральної аналгезії та стимуляції пологів, більш задоволені і менше часу перебувають у пологовому відділенні. Хоча суттєвих відмінностей між групами порівняння щодо оперативних вагінальних пологів та пологів шляхом кесаревого розтину або наслідків з боку новонародженого не виявлено, оцінити ці результати не було можливості через малу потужність дослідження [5]. Слід зазначити, що останні дані Консорціуму з питань безпечних пологів підтверджують нові визначення латентної та активної фаз пологів. На відміну від попереднього запропонованого граничного показника 4 см, активна фаза пологів для багатьох роділь може не розпочатися при розкритті шийки матки до 5–6 см [6–8]. Ці дані вказують на те, що очікувальне ведення є доцільним у жінок із розкриттям шийки 4–6 см, які знаходяться в латентній фазі, за умови задовільного стану матері та плода. Роділлі під час латентної фази пологів у позалікарняних умовах повинні разом із лікарем розробити план надання самостійних дій та використання методу керування. Під час кожного контакту слід узгоджувати час для повторної оцінки стану роділлі. Догляд за роділлями під час латентної фази можна полегшити за наявності альтернативного відділення, де їм забезпечують відпочинок і підтримку перед госпіталізацією до пологового відділення.

Госпіталізація під час латентної фази пологів є необхідною з ряду причин, зокрема, для контролю болю або втоми в матері [9,10]. Якщо жінок спостерігають або госпіталізують через біль або втому в латентній фазі пологів, доцільними є такі методики, як навчання та підтримка, пероральна гідратація, положення комфорту та немедикаментозні методи контролю болю, зокрема, масаж або занурення у воду [11,12].

Терміновий передчасний розрив плодових оболонок

За умови термінового ПРПО до початку пологів, приблизно у 77–79% жінок протягом 12 годин, а у 95% випадків протягом 24–28 годин спонтанно розпочинаються пологи [13,14]. У такому разі оцінюють стан роділлі з ПРПО, і жінка разом з акушером-гінекологом або акушеркою складають план очікувальної тактики, на противагу госпіталізації та стимуляції пологів. У Кокранівському огляді, в якому порівнювали негайну індукцію пологів з очікувальною тактикою ведення, не виявлено різниці щодо пологів шляхом кесаревого розтину або неонатальної

інфекції, але встановлено менший ризик розвитку хоріоамніоніту (відношення ризиків [ВР] 0,74; 95% довірчий інтервал [ДІ] 0,56–0,97), ендометриту (ВР 0,30; 95% ДІ 0,12–0,74) та госпіталізацію до відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) (ВР 0,72; 95% ДІ 0,57–0,92) в групі з індукцією пологів [15]. На думку авторів Кокранівської групи, через відсутність відмінностей щодо неонатальних інфекцій, вища частота випадків госпіталізації до відділень інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) у групі з очікувальною тактикою ведення «може стосуватися політики лікарень, але може [також] відображати меншу кількість хвороб у дітей із плановим [негайна індукція] введенням». За результатами Кокранівського огляду зроблено висновок: «Оскільки планове [негайна індукція] та очікувальне ведення не дуже різняться, роділь потрібно відповідним чином інформувати, щоб зробити обґрунтований вибір». В іншому найбільшому РКД щодо термінового ПРПО виявлено, що «індукція пологів ... і очікувальне ведення є доцільними варіантами для роділь та їхніх дітей, якщо плодові оболонки розриваються перед початком строкових пологів, оскільки вони мають аналогічні показники неонатальної інфекції та кесаревого розтину» [16].

У РКД вагітностей із терміновим ПРПО вивчено інтервали очікувального ведення від 10 годин до 4 днів. Ризик інфікування зростає при тривалішому часовому інтервалі ПРПО. Проте оптимальна тривалість очікувального ведення, яка максимально підвищує ймовірність самовільних пологів при мінімізації ризику інфікування, не встановлена. За науковими даними, у значної частки роділь самовільні пологи розпочинаються через декілька годин після термінового ПРПО, і, усвідомлюючи наявність питань без відповідей, акушери-гінекологи та акушерки повинні інформувати роділь із терміновим ПРПО, які знаходяться під спостереженням протягом періоду очікувального ведення, щодо потенційного ризику, пов'язаного з очікувальним веденням та обмеженням доступних об'єктивних даних. Поінформованим роділлям, якщо це співпадає з їхніми індивідуальними уподобаннями і в разі відсутності інших причин з боку матері та дитини для індукції пологів, слід запропонувати очікувальну тактику та підтримку протягом певного періоду [15,16]. Роділлям, які мають позитивні результати обстеження на СГВ, необхідно призначити антибіотики з метою профілактики розвитку інфекцій, спричинених СГВ, протягом очікувального ведення

пологів. У таких випадках багато жінок і акушерів-гінекологів надають перевагу негайній індукції пологів.

Постійна підтримка під час пологів

Практика показує, що, крім регулярної медичної допомоги, постійна індивідуальна емоційна підтримка з боку медичних працівників поліпшує результати пологів у жінок. Серед позитивних впливів, виявлених під час РКД, — скорочення тривалості пологів, менша потреба у знеболенні, менша кількість оперативного розродження та повідомлень роділь щодо негативного досвіду пологів [1,17]. Кокранівський огляд доказів підсумовує, що в роділь, які забезпечені постійною підтримкою, імовірність кесаревого розтину менша (ВР 0,78; 95% ДІ 0,67–0,91), як і ймовірність низького балу в новонародженого за шкалою Апгар на 5-й хвилині (модель із фіксованим ефектом, ВР 0,69; 95% ДІ, 0,50–0,95) [1]. Постійна підтримка роділлі не медичним працівником під час пологів також помірно позитивно впливає на скорочення тривалості пологів (різниця середніх значень -0,58 год., 95% ДІ від -0,85 до -0,31) та підвищує частоту нормальних пологів (ВР 1,08; 95% ДІ 1,04–1,12) [1].

Також може бути ефективним навчання друзів або членів сім'ї методам підтримки пологів. Цей підхід протестований у РКД за участю 600 роділь, які народжували вперше, із малозабезпечених сімей та групи низького ризику. Встановлено, що такий підхід значно скорочує тривалість пологів, забезпечує краще розширення шийки матки на момент епідуральної анестезії та високі бали за шкалою Апгар на 1 та 5-й хвилинах [18]. Постійна підтримка в пологах також економічно ефективна, враховуючи нижчу частоту проведення кесаревого розтину. В одному аналізі показано, що оплата такого персоналу може сприяти суттєвій щорічній економії. [19]. З огляду на ці переваги та відсутність очевидного ризику, роділлям, акушерам-гінекологам та іншим медичним працівникам, які надають допомогу під час пологів, а також закладам охорони здоров'я слід розробити програми та стратегії, спрямовані на залучення навченого допоміжного персоналу під час пологів із метою забезпечення постійної індивідуальної емоційної підтримки роділь під час пологів.

Планова амніотомія

Амніотомія — часте втручання під час пологів, яке використовують для полегшення контролю за плодом або внутрішньоматковим тиском. Її проводять окремо або в комбінації з окситоцином для лікування затримки прогресування пологової діяльності. Проте ефектив-

ність планової амніотомії без суворих показань є сумнівною. У Кокранівському огляді 15 РКД показано, що застосування лише амніотомії під час нормальних пологів не скорочує їх тривалості (різниця середніх показників -20,43 хв., 95% ДІ від -95,93 до 55,06) та не знижує частоту кесаревого розтину. Аналогічно, під час порівняння роділь, яким не проводили і яким проводили амніотомію, виявлено подібні показники задоволеності пацієнток, частоти балів менше 7 за шкалою Апгар на 5-й хвилині, випадіння петель пуповини та порушення частоти серцевих скорочень плода [20]. В іншому дослідженні проведено оцінку застосування ранньої амніотомії зі стимуляцією окситоцином як поєданого втручання під час нормальних пологів і з незначною затримкою прогресування пологової діяльності [21]. У мета-аналізі 14 РКД показано, що амніотомія зі стимуляцією окситоцином обумовлює помірне зменшення тривалості першого періоду пологів (різниця середніх показників — 1,11 год., 95% ДІ від -1,82 до -0,41) та помірне скорочення розродження шляхом кесаревого розтину порівняно з групою очікувального ведення (ВР 0,87; 95% ДІ 0,77–0,99). Ці дані підтверджують, що в роділь із нормальним прогресуванням пологів і відсутністю загрози з боку плода не слід проводити планову амніотомію, за винятком випадків, якщо вона потрібна для полегшення моніторингу.

Періодична аускультация

Постійний електронний моніторинг частоти серцевих скорочень плода (ЕФМ) проводиться для зменшення частоти перинатальної смертності та церебрального паралічу та як альтернатива періодичної аускультация. Проте широке використання ЕФМ не поліпшує результатів у роділь із групи низького ризику. Це обумовлено різними підходами до визначення вагітних із низької групи ризику, але загалом до цієї групи входять жінки за відсутності меконіального забарвлення навколоплідних вод, кровотечі під час пологів, патологічних або невизначених результатів досліджень плода в допологовому періоді або при першому зверненні до лікаря; без підвищеного ризику розвитку ацидемії в плода під час пологів (наприклад, вроджених аномалій, затримки внутрішньоутробного розвитку); без наявних захворювань матері, які можуть вплинути на стан плода (наприклад, рубець після кесаревого розтину в анамнезі, діабет, гіпертонічна хвороба); і за відсутності необхідності стимуляції пологів окситоцином. У Кокранівський огляд 13 РКД включено жінок із різним ступенем апріорного

ризиком ацидемії в плоді на момент початку пологів [22]. У цьому мета-аналізі показано, що постійне ЕФМ пов'язане зі збільшенням випадків розродження шляхом кесаревого розтину (ВР 1,63; 95% ДІ 1,29–2,07; n=18,861; 11 РКД) і збільшенням частоти інструментальних вагінальних пологів (ВР 1,15; 95% ДІ 1,01–1,33; n=18,615, 10 РКД) порівняно з періодичною аускультатією. Проте постійне ЕФМ пов'язане зі зменшенням удвічі частоти ранніх неонатальних судом (ВР 0,50, 95% ДІ 0,31–0,80, n=32386, 9 РКД, 0,15% у групі ЕФМ проти 0,29% у групі періодичної аускультатії), однак не виявлено істотної різниці показників перинатальної смертності або церебрального паралічу порівняно з періодичною аускультатією [22]. У найбільшому РКД встановлено, що в групі пацієнтів із ранніми судомами частота неонатальної смертності аналогічна такій у групі пацієнтів, яким проводили ЕФМ, порівняно з пацієнтами, в яких застосовували періодичну аускультатію; крім того, у віці 4 років не виявлено різниці щодо частоти церебрального паралічу (1,8 на 1000 пацієнтів у групі ЕФМ порівняно з 1,5 на 1000 хворих у групі періодичної аускультатії) [23].

З метою проведення періодичної аускультатії акушери-гінекологи та інший медичний персонал, який надає допомогу в пологах, а також медичні заклади повинні впровадити протоколи та проводити підготовку персоналу для використання переносного доплерівського апарату в роділь із групи низького ризику (за бажанням жінок проводити такий контроль під час пологів) [24–30]. З огляду на порівняльну ефективність періодичної аускультатії та постійного ЕФМ, пацієнтки, акушери-гінекологи та медичні спеціалісти, які надають допомогу під час пологів, повинні оцінити, як технічні вимоги кожного методу впливають на досвід жінки щодо пологів; періодична аускультатія може полегшити свободу пересування, завдяки чому деякі роділлі почувуються більш комфортно. Вплив на кадрове забезпечення є додатковим важливим аспектом. Клінічні настанови, показання та клінічні протоколи для періодичної аускультатії можна отримати в Американському коледжі медсестер-акушерок [30], Національному інституті підвищення якості охорони здоров'я [31] та Асоціації охорони здоров'я жінок, акушерок і медсестер по догляду за новонародженими [29].

Методи контролю болю у жінок під час пологів

З метою контролю болю під час пологів застосовують декілька немедикаментозних і медика-

ментозних методів знеболення. Ці методи можна використовувати послідовно або в комбінації. Деякі немедикаментозні методи допомагають жінкам контролювати перейми, а не безпосередньо полегшують біль. І навпаки, медикаментозні методи полегшують біль, але не знімають тривоги. На сьогодні недостатньо даних щодо відносної ефективності немедикаментозних методів, оскільки до останнього часу біль під час переймів оцінювали за чисельною шкалою болю від 1 до 10, яка, на думку деяких експертів, недостатньо ефективна для оцінки такого складного та багатофакторного випадку, як пологи [32]. Як альтернативу Спільна комісія розробила і затвердила шкалу керування. За даною шкалою ставиться запитання: «За оцінкою від 1 до 10, наскільки добре ви справляєтеся з пологами в даний момент» [33]? Така шкала керування в поєднанні з різними немедикаментозними та медикаментозними методами лікування болю дає змогу акушерам-гінекологам і акушерським службам розробити індивідуальні втручання, які б максимально відповідали потребам кожної жінки.

Багато роділь потребують застосування різноманітних немедикаментозних методів. Доведено, що жоден немедикаментозний метод не чинить негативного впливу на роділь, плід чи перебіг пологів. Однак великі дослідження для встановлення їх явної або відносної ефективності ще не проведені. Встановлено, що протягом першого періоду пологів занурення у воду стабільно знижує бальну оцінку виразності болю [8,34]. Внутрішньшкірне введення стерильної води для ін'єкцій, релаксаційні методики, голкорексфлексотерапія та масаж статистично значуще зменшують біль, але методології оцінки болю та застосування цих методів різні. Отже, найбільш ефективні методи ще не визначені [35,36]. Інші методи, такі як навчання пологам, черезшкірна електростимуляція нервів, аромотерапія або аудіоаналгезія, допомагають жінкам краще керувати пологами, однак не впливають безпосередньо на бальну оцінку болю [11,36]. Важливість уникати медикаментозної аналгезії або епідуральної анестезії варіює залежно від індивідуальних показників пацієнтки і медичних обставин. У лікарні медикаментозна аналгезія має бути доступною для всіх роділь під час пологів за їх бажанням [37].

Гідратація та пероральне вживання рідини під час пологів

Під час нормальних пологів не рекомендують проводити планову постійну внутрішньовенну інфузійну терапію. Незважаючи на безпечність, така терапія обмежує свободу пересування.

За необхідності регулювання водного балансу та калорійності рекомендують пероральний прийом рідини. Аргументи щодо обмеження перорального прийому рідини під час пологів ґрунтуються на побоюваннях щодо аспірації та її наслідків. Поточні рекомендації підтримують пероральний прийом прозорої рідини в помірній кількості роділлями за відсутності ускладнень. Проте слід уникати рідини з твердими частками і твердої їжі [38,39]. Ці обмеження нещодавно поставлені під сумнів, з огляду на низький рівень аспірації за використання сучасних акушерських методів анестезії [40]. Ця інформація стосується існуючих на даний момент оглядів настанов щодо перорального прийому рідини під час пологів. Моніторинг водного балансу проводять шляхом оцінки діурезу та наявності або відсутності кетозу. За наявності виявлених під час моніторингу порушень застосовують внутрішньовенне введення рідини. Якщо показана внутрішньовенна інфузійна терапія, то необхідні розчини і швидкість інфузії визначають за індивідуальною клінічною ситуацією та очікуваною тривалістю пологів. Незважаючи на негативний досвід, обумовлений використанням розчинів, які містять декстрозу, і можливий розвиток гіпоглікемії новонароджених, в останніх дослідженнях не встановлено зниження значень рН у крові пуповини або підвищення показників неонатальної гіпоглікемії після тривалого введення 5% декстрози, розведеної в 0,9% розчині натрію хлориду [41,42].

Положення матері під час пологів

Обсерваційні дослідження положення матері під час пологів свідчать, що у процесі пологів жінки спонтанно приймають багато різних положень [43]. Не встановлено, яке положення найкраще. Більше того, положення лежачи на спині під час пологів, яке багато хто вважає оптимальним, відоме побічними ефектами, у тому числі артеріальною гіпотензією унаслідок положення на спині та збільшення випадків уповільнення частоти серцевих скорочень плода [44,45]. Тому для більшості жінок жодне положення не має бути обов'язковим або забороненим.

У наукових дослідженнях складно виокремити незалежний вплив положення жінки на пологи. Роділлі навряд чи залишаться в одному положенні під час дослідження. Незважаючи на це, у мета-аналізі, в якому порівнювали вертикальне положення, вільне пересування або обидва варіанти з лежачим положенням із відхиленням назад, на боку або спині протягом першого періоду пологів, показано, що

вертикальні положення скорочують тривалість першого періоду пологів приблизно на 1 год. 22 хв. (різниця середніх показників – 1,36; 95% ДІ від -2,22 до -0,51), різниця середніх показників, яка перевищувала вплив амніотомії з окситоцином (різниця середніх показників – 1,11 год.). Жінки у вертикальному положенні також менше потребують проведення кесаревого розтину (ВР 0,71; 95% ДІ 0,54–0,94) [43]. В іншому Кокранівському мета-аналізі, в якому вивчали вплив положення жінки протягом другого періоду пологів, показано, що вертикальні або положення на боку порівняно з положенням на спині пов'язані з меншою кількістю «ненормальної» частоти серцевих скорочень плода (ВР 0,46; 95% ДІ 0,22–0,93), зменшенням числа епізіотомій (ВР 0,79; 95% ДІ 0,70–0,90) та скороченням частоти оперативних вагінальних пологів (ВР 0,78; 95% ДІ 0,68–0,90) [46]. Проте в цьому аналізі у роділь, які приймали вертикальне положення, встановлено статистично значуще збільшення розривів промежини другого ступеня (ВР 1,35; 95% ДІ 1,20–1,51), а розрахункова крововтрата перевищує 500 мл (ВР 1,65; 95% ДІ 1,32–2,60) [46]. Часті зміни положення під час пологів для поліпшення відчуття комфорту в матері та сприяння оптимальному положенню плода можливі доти, доки вони дають змогу проводити належний моніторинг і лікування матері та плода, а також не мають медичних або акушерських протипоказань із боку матері.

Другий період пологів: Техніка потуг

Акушер-гінеколог та медичні працівники, які допомагають під час пологів, у США часто заохочують жінок під час пологів тужитися тривало із закритим ротом (тобто за методом Вальсальви) під час кожного скорочення. Проте якщо жінка не навчена спеціальному диханню під час пологів, вона тужиться з відкритим ротом. У Кокранівському огляді 7 РКД, в яких порівнювали спонтанні потуги з потугами за методом Вальсальви під час другого періоду пологів, не виявлено різниці в тривалості другого періоду, частоті оперативних вагінальних пологів, кесаревого розтину, епізіотомії, розривів промежини, менше ніж 7-бальної оцінки за шкалою Апгар на 5-й хвилині або госпіталізації до відділення інтенсивної терапії новонароджених. Метод Вальсальви обумовлює незначне скорочення потужної фази (різниця середніх показників – 5,2 хв., 95% ДІ від -7,78 до -2,62) [48].

У мета-аналізі 3 РКД, в якому обстежували жінок із групи низького ризику, що вперше народжували на 36-му тижні вагітності

або більше без епідуральної аналгезії, не виявлено різниці щодо частоти оперативного вагінального розродження, пологів шляхом кесаревого розтину, епізіотомії або розривів промежини. Проте встановлено деяке скорочення другого періоду пологів при застосуванні проби Вальсальви, хоча довірчі інтервали були широкими (різниця середніх показників – 18,59 хв., 95% ДІ від -46 до -36,75) [49]. В одному з цих досліджень виявлено збільшення частоти порушення уродинаміки через 3 місяці після пологів у зв'язку з потугами за методом Вальсальви [50]. Відстрочена клінічна значущість результатів не досліджена. З огляду на недостатні дані щодо наслідків самовільних потуг порівняно з потугами за методом Вальсальви, кожна жінка може використовувати ту методику, якій надає перевагу і яка для неї найбільш ефективна [48,49].

Негайні та відстрочені потуги жінок, які народжують вперше із застосуванням епідуральної аналгезії

Роділлям, які народжують уперше із застосуванням епідуральної аналгезії, надають відпочинок при розкритті шийки матки до 10 см перед потужною фазою за теорією, що період відпочинку дає змогу плоду пасивно обертатися і спускатися, зберігаючи сили жінки для потуг [51]. Ця практика називається «відстрочені потуги», «фаза уповільнення пологів» або «пасивне опущення».

Другий період пологів має дві фази: 1) пасивне опущення плода через материнський таз і 2) активну фазу потуг у матері. У дослідженнях, в яких вивчали підвищення ризику несприятливих побічних реакцій з боку матері та новонародженого зі збільшенням тривалості другого періоду пологів, зазвичай не враховано тривалість цих пасивних та активних фаз [52,53].

У 2 останніх мета-аналізах РКД, в яких порівнювали наслідки з боку матері та новонародженого в жінок із негайними потугами порівняно з відстроченими, виявлено, що відстрочення потуг на 1–2 год. подовжує тривалість другого періоду в середньому приблизно на 1 год., незважаючи на те, що тривалість активних потуг матері в середньому зменшується приблизно на 20 хв. [48,54]. Незважаючи на те, що в обох звітах йдеться про значне збільшення частоти самовільних вагінальних пологів із відстроченими потугами, ця різниця незначна при аналізі лише високоякісних РКД (ВР 1,07; 95% ДІ 0,98–1,16) [54]. Під час Кокранівського огляду 13 РКД не встановлено різниці щодо епізіотомії, розривів промежини, оцінки менше

7 балів за шкалою Апгар або госпіталізації до ВІТН [48]. Проте в 1 РКД, в якому використовувався як граничний показник низького значення рН умбілікальної артерії 7,10, спостерігалися частіші випадки низького рН умбілікальної артерії при відстроченні потуг [55]. Клінічне значення біохімічного дослідження не встановлено. З урахуванням неоднорідності граничних значень рН у дослідженнях та відсутності інших суттєвих відмінностей щодо несприятливих наслідків новонароджених, у недавньому великому ретроспективному аналізі показано, що відстрочені потуги на 60 і більше хвилин пов'язані з помірним збільшенням частоти пологів шляхом кесаревого розтину (кореговане відношення шансів (КВШ) 1,86; 95% ДІ 1,63–2,12) та оперативних вагінальних пологів (КВШ 1,26; 95% ДІ 1,14–1,40), післяпологової кровотечі (КВШ 1,43; 95% ДІ 1,05–1,95) і трансфузії (КВШ 1,51; 95% ДІ 1,04–2,17), але без збільшення негативних наслідків із боку новонародженого. Дизайн дослідження не мав на меті встановити причинно-наслідкові зв'язки і не враховував важливості можливих факторів, що спотворюють, зокрема, показання до відстрочених потуг або положення плоду при настанні другого періоду пологів [56]. Ці дані вказують, що роділлям (особливо тим, хто народжує вперше із застосуванням епідуральної аналгезії), за відсутності показань до негайного розродження, надають відпочинок упродовж 1–2 год. (за винятком випадків, коли жінка має бажання народити раніше) на початку другого періоду пологів.

Висновок

Багато загальноприйнятих акушерських методів мають обмежену або непевну ефективність для роділь із групи низького ризику під час самовільних пологів. Крім того, деякі жінки прагнуть скоротити медичні втручання під час пологів і переймів. Задоволення досвідом народження також пов'язане з очікуваннями роділі, підтримкою з боку середніх медичних працівників, якістю відносин пацієнтки та персоналу, який забезпечує догляд, і залучення жінки до прийняття рішень [57]. Акушери-гінекологи та акушерки повинні добре володіти методами невтручання під час інтранатального ведення жінок із групи низького ризику при самовільних пологах.

Література: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co687.pdf>