

Передвісники пологів та латентна фаза



Психологічні та фізичні складнощі напереродні пологів

1. Тривожність супроводжує жінку під час всієї вагітності

Під кінець вагітності більшість жінок відчують виснаження та фізичний дискомфорт, однак **ідея "пологи = полегшення" може бути хибною.**

2. Зосереджуємось на ментальному сповільненню та методах полегшення свого стану

Фокус на проведенні часу з близькими та наодинці.
Важливість фізичної активності, технік релаксації та
приємних ритуалів.

3. Будуємо реалістичні очікування від післяпологового періоду

(Розберемо детально в подальших уроках)

Передвісники пологів

Зміна співвідношення гормональної системи під кінець вагітності. Вплив на нервову систему. Синдром гніздування.

Тренувальні перейми - передвісники пологів чи ні?

- Опущення живота (полегшення дихання, збільшена частота сечовипускання).
- Зупинка чи сповільнення набору ваги, зменшення набряків.
- Збільшення об'єму вагінальних виділень
- Нормалізація артеріального тиску (якщо був знижений під час вагітності)
- Зміни в активності малюка
- Відходження слизової пробки





Що відбувається під час латентної фази пологів?

Початок пологової діяльності: підготовка шийки матки, налагодження м'язової координації маткових скорочень.

Розкриття шийки матки до 3-5см. Фізіологічно латентна фаза полога у першонароджуючих жінок може тривати навіть пару днів. В умовах пологового керуються клінічними протоколами - не більше 8 годин (та не більше 5 годин для повторнонароджуючих).

Латентна фаза характеризується появою регулярних перейм:

Спочатку з інтервалами 10-15 хв та тривалістю 30-45 секунд, поступово проміжки між переймами буде зменшуватись, а самі перейми будуть довшими. На цьому етапі відчуття можуть бути схожими на менструальні болі (тиск/спазми внизу живота, дискомфорт у спині).

Відпочиваємо/спимо допоки це є можливим.

З початком сильніших відчуттів краще активно рухатись, постійно змінювати позиції тіла. Розповсюджені помилки.

Споживаємо достатньо води та їжі, підготовлюємо поживні перекуси в пологовий (батончики протеїнові чи з сухофруктів, шоколад, хлібці, горіхи, кокосова вода, протеїновий коктейль, напій "labor aid" (натуральний сік апельсину + кокосова вода + проста вода + електроліти/мінеральний комплекс).

Коли їхати в пологовий будинок?

Враховуємо відстань до пологового та кількість пологів в анамнезі. **Орієнтуємось на правило "5-1-1"** (мінімізація ризику медичних втручань). Суб'єктивна оцінка болю як дуже сильного, нудота, приливи жару чи ознобу.

Увага! Для повторнонароджуючих жінок цей орієнтир може бути не оптимальним. Варто готуватись до виїзду як тільки відчуваєте інтенсивне наростання перейм.

Відходження вод до початку перейм: очікувальна тактика 24-74 годин за умови прозорих вод, задовільного стану мами та малюка, відсутність стрептококу групи Б.

Правила безпеки в пологовому будинку

Інформовані згоди, розуміння доцільності медичних втручань в латентній фазі пологів.

Підготовка **пологового плану**.

Обов'язок медичного персоналу отримувати згоду/відмову від будь-якого втручання та будь-якому етапі пологів.

Золоте правило: не робимо нічого там, де немає проблем.

(важливість недопущення безпідставної індукції пологів та стимуляції в латентній фазі пологів).

Індукція та стимуляція пологів

Індукція - це запуск пологів до їх самостійного початку. **Стимуляція** - це прискорення вже існуючої пологової діяльності. Таким чином, мета індукції - почати пологи, а мета стимуляції - зробити їх швидшими.

Показання до індукції:

- **Термін вагітності 42 тижні та більше** (якщо термін встановлено правильно).
- **Прееклампсія**, яка прогресує або погано контролюється.
- **Важкі хронічні захворювання**, що погіршують стан мами/дитини (той же гестаційний цукровий діабет чи гіпертензія не буде прямим показом до індукції раніше 42 тижнів, якщо ці стани вдається ефективно контролювати).
- **Погіршення стану дитини** за результатами КТГ та УЗД (порушення ЧСС у малюка (в нормі 120-160уд/хв), порушення матко-плацентарного кровообігу - відповідно гіпоксія у дитини).

Реальних показань мало! У 80-90% індукція робиться без поважних причин.

Відходження навколоплідних вод до початку пологової діяльності не є прямим показанням до індукції! За умови відсутності ознак інфекції та задовільного стану, очікувальна тактика 24-72 години. Відходять тільки передні води, до того ж продовжують постійно вироблятись нові, тому **"безводний період" не є абсолютно безводним.**

Індукція та стимуляція пологів

Методи індукції:

- Найнебезпечніший та найагресивніший метод - це **ручне відділення плодових оболонок**. Часто є прихованою індукцією під виглядом "планового огляду" (особливо на термінах 38-40 тижнів вагітності). Може спричинити кровотечу, сильний біль, порушення нормального ходу пологів. Подальший сценарій передбачити вкрай складно.
- **Катетер Фолея** - це пристрій для механічного розкриття шийки матки, може спричинити дуже сильні перейми, значний дискомфорт під час використання.
- **Ламінарії** - водорості, що вводяться в шийку матки і набухють, теж механічно розкривають шийку. Можливий ризик інфекції, якщо довго не замінювати ламінарії. В рідких випадках (при недотриманні техніки безпеки процедури) є ризик розриву шийки матки (це стосується і катетера Фолея).
- **Гелі з простагландінами** - наносяться на шийку матки. Побічні дії включають: гіперстимуляцію матки, біль, тахікардію/дистрес плода, в дуже рідких випадках анафілактичний шок у жінки.
- **Мізопростол** - медикаментозний препарат, першочергово в парі з Міфепристоном використовується для виконання абортів. Ризики включають: патологічні скорочення матки, кровотечу, розрив матки, дистрес плода. Використовується з великою обережністю!

Індукція та стимуляція пологів

Показання до стимуляції пологів:

- Затяжна латентна фаза (довше 8 годин).
- Повільне розкриття шийки матки (<1см/год).
- Відсутність прогресу після повного розкриття.
- Погіршення стану дитини.

Кожен з цих пунктів є сумнівним.

Основні методи:

- **Аміотомія** (є особливо небезпечною на ранньому етапі пологів, ризик випадіння пуповини, неправильного вставлення в таз).
- **Введення штучного окситоцину** (провокує дуже болючі, занадто інтенсивні перейми, більший ризик дистресу малюка, гіперстимуляція матки).

Не існує абсолютно безпечних методів індукції. Втручання мають застосовуватись лише за реальних медичних показань, а не зі зручності чи бажання пришвидшити процес. Пологи зарускаються самостійно тоді, коли всі гормони та системи організму мами і дитини знаходяться в повній синергії, саме тоді механізм пологової діяльності є справним.

КТГ: допоміжний інструмент, **не зловживаємо!** Безперервний КТГ моніторинг може погіршити перебіг пологів за рахунок зниженої рухливості жінки, більш болючих відчуттів, нефізіологічного положення тіла та надмірної тривожності, овердіагностики.

Активна фаза та другий період пологів

Що таке активна фаза пологів?

Другий етап першого періоду пологів, розкриття шийки матки від 3-5 до 10см.

Перейми стають все інтенсивнішими, частішими, довшими, інтервали скорочуються. (~45-60 секунд кожні 3-5хв, під кінець можливо 1/1 чи 1/2). Можуть супроводжуватись нудотою, блюванням, приливами жару чи ознобу.

Скорочується активність кори головного мозку (неокортексу), може виникнути дивна поведінка, складнощі з мисленням, аналізом ситуації, приглушення слуху. Пологи - це процес, який контролюється первісними, інстинктивними структурами мозку (гіпоталамусом і гіпофізом), які відповідають за синтез гормонів, потрібних для народження дитини: **окситоцину** (гормон любові, в пологах провокує маткові скорочення) і **ендорфінів** (природне знеболююче для мами та малюка).

Для цього жінка має бути розслабленою, знаходитись у безпечній, інтимній атмосфері. Коли жінці заважають, вона активно думає, говорить, відчуває спостереження, тіло переходить у стан настороженості - активується симпатична нервова система. Цей стан гальмує роботу гіпоталамуса і гіпофіза, бо організм сприймає ситуацію як небезпечну і "вимикає" пологи.



Як собі допомогти: позиції, дихання, фізіологічне знеболення

- Забезпечуємо безпечний, інтимний простір (**правило “трьох Т”**: **тепло, тихо, темно**).
- Займаємо будь-які **зручні позиції**, бажано активно рухатись, щоб ділянка тазу була мобільною (це буде покращувати кровообіг в області малого тазу, профілакувати гіпоксію).
- Налаштовуємось на **глибоке послідовне дихання** - глибокий вдих (за можливості носом) і довгий повільний видих, якщо хочеться, то на видиху можна звучати (mmm, aaa, uuu - **низькі ноти**), низько наспівувати чи “задувати свічку”. Уникаємо писку і вереску (високого крику з напруженням обличчя), натомість розслабляємо всі м'язи низьким звучанням.
- **Пробуйте використовувати воду!** (ванна з теплою водою / теплий душ на область поясниці та живота / вологі теплі компреси до поясниці, низу живота / прохолодні до обличчя).

Як собі допомогти: позиції, дихання, фізіологічне знеболення

- **Партнер стискає кістки тазу** - це зменшує біль і сприяє кращому розкриттю тазу (коли партнер натискає на задню частину клубових кісток (з боків таза), виникає невелике розширення тазового кільця, що зменшує тиск головки дитини на крижово-клубові суглоби, полегшує біль у попереку. Кут входу в малий таз теж трохи змінюється, що може сприяти кращому просуванню дитини).
- Партнер може **масажувати** область куприка, спину, руки, ноги (якщо жінці це приємно), тримати портативний вентилятор чи віяло, створювати приємну атмосферу, пропонувати **напої та перекуси**, нагадувати про **сечовипускання** (~кожні 2 години), адже жінка може не відчувати бажання, але переповнений сечовий міхур заважає хорошему скороченню матки. Це важливо і після пологів!
- Є практика використання **міостимулятора-TENS** (прикріплення на область попереку), але тільки на суші, не можна мочити датчики і пристрій.
- Є практика **ін'єкцій стерильної води** підшкірно в область ромба Міхаеліса (так звана водна блокада, описана теж Мішелем Оденом, зменшення болю до 2 годин, але сама ін'єкція болюча, не скрізь виконують).

Другий період пологів

Поділяється на **ранню фазу** (повне розкриття шийки матки, голівка у порожнині тазі, позивів до потуг ще немає) і **пізню фазу** (передлегла частина тіла малюка досягає дна таза, починаються потуги). Між цими двома фазами може бути так звана “**фаза відпочинку**” - це перехідний стан тривалістю 10-30хв, ідеальний час для відпочинку!

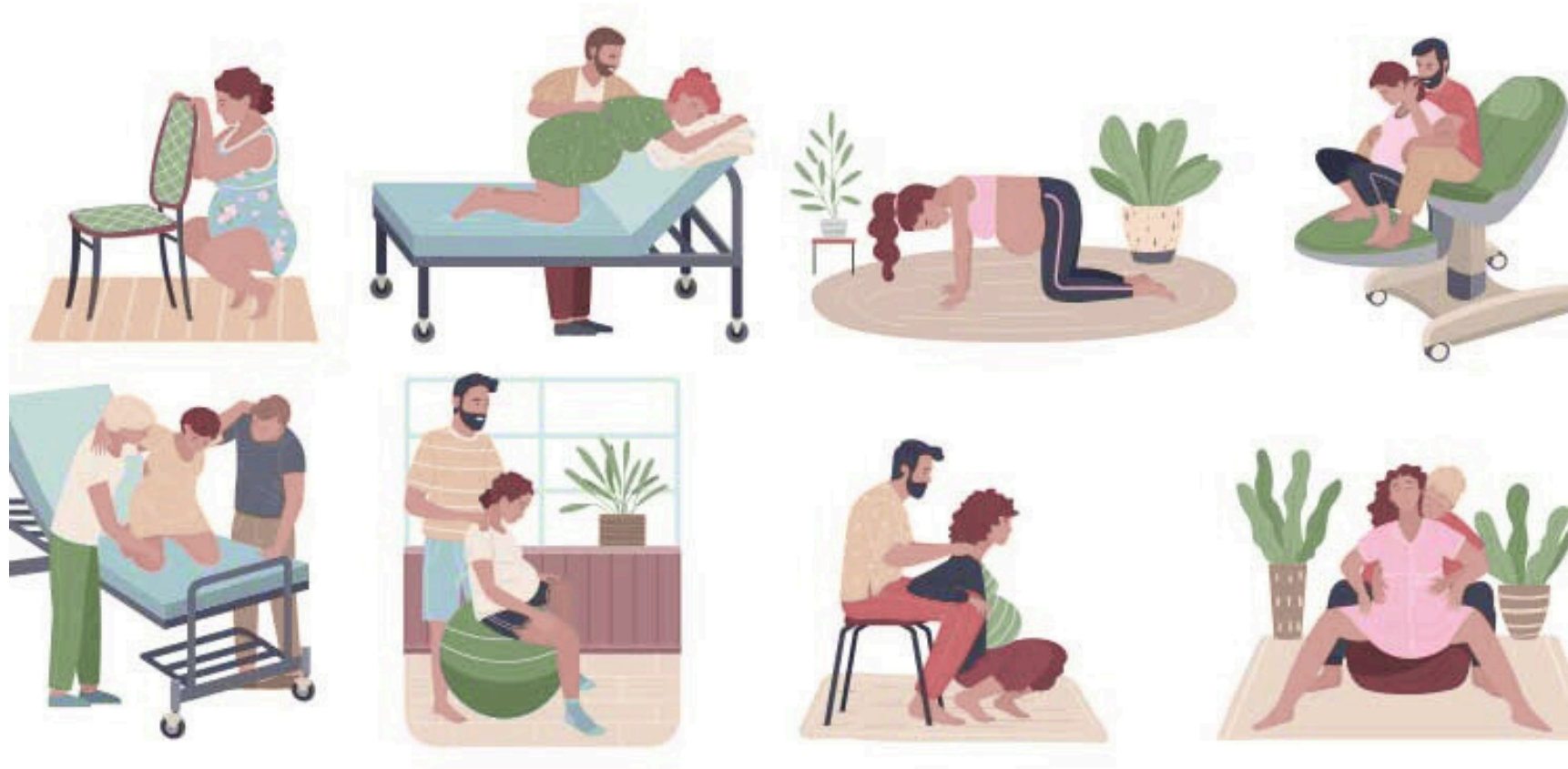
Під час перейм відчувається **сильний тиск внизу тазу**, інколи - мимовільне скорочення м'язів черевного пресу. Під час “коронації” голівки відбувається найсильніше натягнення тканин промежини, може відчуватись так зване “**вогняне кільце**”. Тривалість ~15 хв - 3 год.

Це час, коли потрібно максимально **прислухатись до сигналів тіла** - займати будь-які **зручні позиції** (на суші чи у воді), старатись **розслабляти м'язи обличчя та промежини** послідовним диханням (глибокий вдих носом і довгий плавний видих ротом, направляючи повітря вниз тіла, можна супроводжувати низькими звуками або техніка дихання “кінь”). **Не затримуйте повітря під час потуг** - це може провокувати гіпоксію у дитини! В моменті прорізування голівки можна застосовувати техніку дихання “кашель”, щоб голівка максимально плавно пройшла промежину, не спричиняти сильного тиску в цей момент (може спровокувати розриви).

Що спричиняє пологовий травматизм?

Будь-які втручання в процес пологів можуть мати серйозні наслідки. **Не варто робити нічого там, де на то немає чітких показань.** В другому періоді пологів основними факторами ризику пологового травматизму можуть стати:

- **Форсовані потуги** “по команді” (коли змушують тужитись навіть за відсутності позивів до потуг, тужитись виключано під рахунок медичного персоналу). Підвищує ризик розривів та гіпоксії у дитини.
- **Нефізіологічна позиція** під час потуг (лежачи на спині - не дає куприку рухатись, ускладнює просування дитини пологовими шляхами, не працює закон гравітації). Оптимальними позиціями в природніх пологах вважаються пози “на четвереньках”, “навприсядки”, стоячи на колінах нависаючи на опору, лежачи на боці з підтримкою ноги, сидячи на пологовому стільчику.



Що спричиняє пологовий травматизм?

- Виконання рутинної епісіотомії (нерідко тканини рвуться далі, згідно протоколу показано лише у випадку необхідності накладання вакуум-екстрактора або щипців).
- Застосування епідуральної анестезії під час всього періоду пологів, особливо якщо ефект все ще триває в період потуг (значно знижує відчуття позивів до потуг, статистично підвищує ризик необхідності епісіотомії та вакуум-екстракції, провокує дискоординацію пологової діяльності в цілому).
- Заборонені прийоми (особливо прийом “Кристеллера” - видавлювання дитини через живіт, найбільш небезпечний акушерський прийом, офіційно заборонений, ризики включають важку інвалідизацію жінки (розрив промежини 3-го та 4-го ступеню, розрив матки та шийки матки, пошкодження внутрішніх органів, післяпологова кровотеча) та малюка (підвищення внутрішньочерепного тиску, крововиливи в мозок, гіпоксія чи асфіксія (нерідко призводить до незворотнього ураження мозку, наприклад ДЦП), травми шийного відділу хребта, ключиці, плечового сплетення).
- Витягування малюка за шию після прорізування голівки (розтягнення і розрив нервів плечового сплетення, підвивих і травми шийних хребців, розриви м'язів шиї та плечового поясу (туди ж - кривошия), ротація в протилежну сторону, підвищення ризику дисточії плечиків).

Пологові ускладнення

Хоч і не всі, але переважна більшість ускладнень виникають через **несприятливі умови в пологах** та як результат **каскаду втручань!**

- **Порушення маткових скорочень** (надто слабкі або хаотичні перейми). Виникає через: сильний страх, напругу (високий адреналін блокує природній окситоцин), стимуляцію пологів (неправильний ритм задається першочергово), рання епідуральна анестезія (знижує тонус м'язів, в т.ч. матки).
- **Зупинка розкриття шийки матки** на тому чи іншому етапі. Причини теж включають не відповідні для пологів умови, примусова нефізіологічна позиція, напруга/спазм м'язів тазового дна, будь-які втручання (що порушує природній синтез гормонів). Інколи, при тривалому спазмі шийки матки, коли фізіологічні методи не допомагають - може бути доречною епідуральна анестезія (вона може зняти м'язовий спазм від надто сильного болю/страху/ПА/ПТСР, але не допоможе у випадку, якщо зупинка розкриття спричинена попередніми втручаннями, що порушили фізіологію пологів, гормональну складову, коли організм ще не був готовий до пологів).
- **Дистрес плоду** (зміни серцебиття, ознаки гіпоксії). Головними причинами є: тривалі інтенсивні перейми після стиснування, позиції тіла, що погіршують кровообіг, епідуральна анестезія, амніотомія, перетискання пуповини (під час потуг частинами тіла дитини, у випадку короткої пуповини, пролабування пуповини), сильний стрес у жінки, інфекції. Частина дистресів є короткотерміновим фізіологічними коливаннями, яке минає при зміні позиції та знятті напруги, гідрації та поживних перекусах. Важливо, щоб між переймами ЧСС стабілізувалась (нормальний діапазон: 110-170уд/хв під час пологів).

Пологові ускладнення

- **Затяжні пологи:** причини практично ідентичні до зупинки розкриття шийки матки, гормональна дискоординація, втома/зневоднення/голод.
- **Дистоція плечиків:** не дуже часте, але небезпечне ускладнення. Великий відсоток випадків припадає на пологи великих малюків (особливо у випадку гестаційного цукрового діабету, тоді дитина не просто більша, а пропорції тулуба більші) в комбінації з нефізіологічною позою жінки (лежачи не спині), також трапляється у випадку стрімких пологів. Виконуються різні прийоми та маневри, одним з найм'якший вважається маневр Гаскін (Flip FLOP). Фізіологічна профілактика: пологи в вертикальних позиціях.
- **Розриви** (1 та 2 ступеня вважаються варіантом норми і в природніх пологах, є міри направлені на їх профілактику, але гарантувати відсутність неможливо. Інколи анатомічні особливості будуть спричиняти розриви (наприклад, висока промежина).

Розриви ж 3-4 ступеню є патологічними, можуть нести серйозні наслідки, в природніх пологах практично не зустрічаються, є результатом форсованих керованих потуг, видавлювань, нефізіологічної позиції. До рекомендацій профілактики розривів під час пологів відносять: прикладання теплого компресу на промежину під час потуг, використання спеціального гелю під час потуг, масаж промежини під час вагітності (починаючи з 34-36 тижня), тренування м'язів тазового дна, елімінація кандидозу, інших грибкових, бактеріальних та інфекційних уражень, підтримка достатнього водного балансу.

Пологові ускладнення

- **Післяпологова кровотеча** (>500мл крові при вагінальних пологах, >1000мл при КР). Поділяється на первинну (протягом 24 годин після пологів) та вторинну (до 12 тижнів після пологів). Основною причиною є атонія матки, яка часто є результатом індукції та стимуляції, затяжних чи стрімких пологів, терапевтичного введення сульфату магнію, перерозтягнення матки (чисельні пологи, багатоплідна вагітність, макросомія плоду), хоріоамніоніту. Інші причини післяпологової кровотечі включають пологові травми (розриви пологових шляхів, шийки матки, матки), затримку плацентарних тканин в порожнині матки, порушення згортання крові (дуже рідко, менше 1% випадків).
- **Неправильна позиція плоду.** Сюди відносяться неправильне вставлення в таз (асинклітизм), розгинальні передлежання голівки (передньоголовне, лобне, лицеве). Важливо уникати ранньої амніотомії, активно рухатись під час пологів, працювати з силою та еластичністю м'язів черевного пресу та тазового дна під час вагітності.

Епідуральна анестезія

Варто пам'ятати, що ЕА є не просто знеболенням, а медичним втручанням з фармакологічним, нейрологічним та гормональним ефектом. Добре, якщо використовується виключно за поважних причин, коли потенційна користь переважає потенційні ризики.

- В близько 70% випадків під час виконання ЕА не вдається знайти правильно епідуральний простір, відповідно можуть **пошкоджуватись нервові закінчення, тверда мозкова оболонка**. Це є головною причиною постпункційного головного болю (через витік ліквору), хронічного болю в місці уколу. Переконайтесь в кваліфікації та вміннях анестезіолога!
- Епідуральна анестезія знижує **артеріальний тиск**, може **гальмувати пологову діяльність, порушує моторику та чутливість** (особливо це важливо в період потуг), можливі алергічні реакції, гематоми та абсцеси в місці пункції (на щастя, рідше).
- Препарати, що використовуються при ЕА (бупівакаїн, ропівакаїн, лідокаїн, опіоїди) мають здатність **проходити плацентарний бар'єр** шляхом пасивної дифузії. Анестетик може накопичуватись нервовою системою малюка, що призводить до пригнічення смоктального рефлексу після пологів, чинити токсичний вплив на шваннівські клітини (саме вони формують мієлінові оболонки нервів у мозку, порушення мієлінізації пов'язане з підвищеним ризиком неврологічних порушень у майбутньому).
- В результаті використання ЕА під час пологів дитина не отримує природне знеболення, **захист від пологового стресу** (в природних пологах біль у мамі запускає вироблення ендорфінів, які полегшують відчуття не тільки у жінки, а й проходять через плаценту до дитини, допомагаючи пережити адаптацію в пологових шляхах, епізоди гіпоксії, захищають нервову систему. В результаті місцевого знеболення сигнали про біль більше не посиляються в мозок, ендорфіни не виробляються, малюк не має цього гормонального захисту.

Тазові пологи

Тазове передлежання дитини під час вагітності не є вироком! Існує кілька варіантів розвитку подій:

- **Малюк може самостійно змінити положення** аж до моменту пологів та навіть під час них, але після 36-38-го тижня ймовірність знижується. Для цього під час вагітності можна робити вправи (наприклад, від **Spinning Babies** “Three Balances” та ін.), направлені на перевертання малюка.
- Можливе виконання **зовнішнього акушерського повороту** на терміні 36-37 тижнів вагітності, але обов'язково в умовах стаціонару, під контролем стану малюка по УЗД. Успішність процедури оцінюється близько 50-60%. Інколи поворот може бути не ефективним (не вдається виконати безпечно, або малюк знову повертається в першочергове положення). В деяких випадках можливі ускладнення (гіпоксія плоду, передчасне відшарування плаценти), тому лікарі мають бути готові до надання медичної допомоги, за необхідності - проведення ЕКР.

Важливо пам'ятати, що часто є чіткі **причини знаходження малюка в тазовому передлежанні**: пов'язані з аномаліями пуповини (коротка пуповина), паталогічним розташуванням плаценти, анатомічними особливостями матки чи тазу, новоутвореннями в матці, особливостями розвитку малюка, мало- чи багатоводдя. Тому за певних обставин дана процедура може нести ризики.

Тазові пологи

Природні пологи в тазовому передлежанні теж можливі! Особливо у випадках **чисто сідничного** та **змішаного сідничного** передлежання. Такі пологи мають бути особливо м'якими, без обмеження рухливої активності жінки, вибором довільної позиції під час потуг (дуже бажано - вертикальних, в тазових пологах гравітація є нашим головним другом), найбільше обмеження - період народження голівки, має тривати не більше 4-6хв, інакше занадто високий ризик перетискання пуповини тілом малюка, не можна допускати тривалого кисневого голодування. **Загальний принцип - hands-off** (не чіпати взагалі до моменту народження тулубу, далі за необхідності тільки легка підтримка тазу, жодного витягування за шию/голову/крутіння голови, дочекатись самостійної ротації голівки та плечиків). У разі затримки народження рук чи голівки використовують маневри Ловсета та ін. Також важливою умовою є не надто велика очікувана вага малюка та відсутність супутніх важких патологій зі сторони жінки чи дитини.

У випадку **ножного передлежання - кесарів розтин** (високий ризик випадіння пуповини, нерівномірного розкриття шийки матки, застрягання голівки).



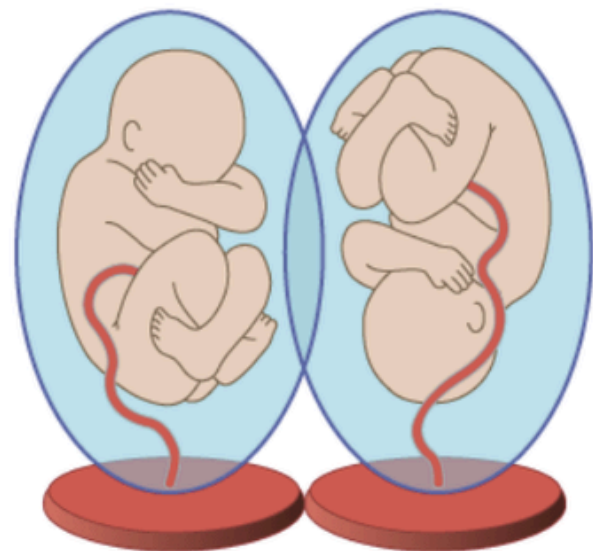
Мал. Тазові передлежання.

- а — чисто сідничне (передлежать сіднички плода);
- б — змішане сідничне (передлежать сіднички разом із стопами плода).
- в — повне ножне передлежання (передлежать обидві ніжки плода);
- г — неповне ножне (передлежить одна ніжка плода).

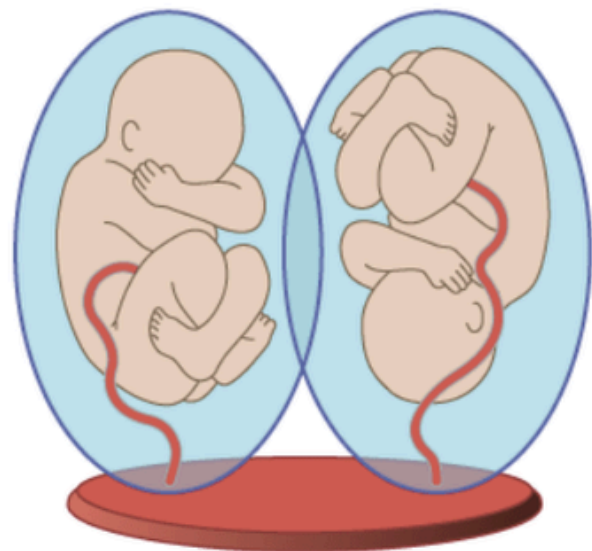
Багатоплідні пологи

Природні пологи при багатоплідній вагітності теж цілком можливі! Однак є певні нюанси. В першу чергу відсутність важких патологій розвитку плодів та серйозних ускладнень зі сторони жінки. Найбільш сприятливою вважається ситуація діхоріальної діамніотичної двійні, з обережністю можливо також монохоріальної діамніотичної двійні. Якщо обидва близнюки знаходяться в головному передлежанні - рекомендовані вагітнальні пологи. Якщо ні, то важливо, щоб хоч перший близнюк був у головному передлежанні (другий може змінити своє положення після народження першого, сценарій народження другого малюка буде залежати від акушерської ситуації).

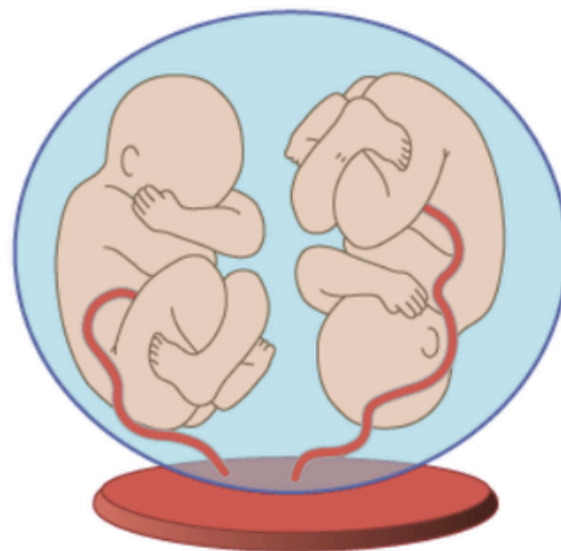
У випадку **монохоріальної моноамніотичної двійні - кесарів розтин** (виконується планово на терміні 32-33 тижні вагітності). Трійня та більше плодів теж є показом до кесарського розтину.



Діхоріальні діамніотичні близнюки (ДХДА). Кожна дитина має свою власну плаценту і свій власний амніотичний мішок.



Монохоріальні діамніотичні близнюки (МХДА). Діти ділять 1 плаценту, кожен з них має свій власний амніотичний мішок.



Монохоріальні моноамніотичні близнюки (МХМА). Діти розділяють одну плаценту і знаходяться в одному амніотичному мішку.

Кесарів розтин

В першу чергу - хірургічне втручання! Елективний КР без показань несе статистично **більші ризики**, ніж вагінальні пологи (більша крововтрата, вищий ризик післяпологових інфекцій, довший та важчий період відновлення, ускладнення в наступних вагітностях та пологів). Кесарів розтин може бути **плановим** та **ургентним**.

Показання до планового КР:

- **Передлежання плаценти** (плацента прикріплена до внутрішнього зіву шийки матки, вагінальні пологи неможливі).
- **Тазове або поперечне положення плода** (у випадках, коли природні пологи при тазовому положенні не рекомендовані).
- **Клінічно вузький таз** (коли голівка не зможе пройти, діагностується лише в активних пологах! анатомічно вузький таз не є показанням до КР, важливе співвідношення розміру тазу до розміру голівки дитини).
- **Макросомія** (велика очікувана вага плоду, умовне показання).
- **Важкі хронічні захворювання у мамі** (серцево-судинні, офтальмологічні (коли є ризик відшарування сітківки, якщо не була проведена лазерна коагуляція сітківки до пологів), психічні, ускладнений діабет чи прееклампсія).
- **Повторний кесарів розтин** (VBAC цілком можливий! Залежить від стану рубця, інтервалу після попереднього КР, очікуваними розмірами малюка. Якщо попередній КР був з вертикальним розрізом матки - тільки повторний КР).
- **Некориговані генітальні інфекції** (наприклад, активний генітальний герпес, особливо у випадку первинного зараження в третьому триместрі вагітності).

Кесарів розтин

Останнім часом більшої популярності набирає більш **м'який кесарів розтин**. В ситуаціях планового КР, коли це можливо, ідеальним варіантом буде дочекатись початку пологової діяльності (самостійних перейм). Таким чином в організмі жінки дозріває необхідний **гормональний коктейль**, котрий виробляється під час пологів (високий рівень природного окситоцину, піднімається рівень ендорфінів, пролактину), відповідно це несе **користь для жінки та малюка** (кращий старт грудного вигодовування, сильніше формування зв'язку мами з малюком, зниження ризику післяпологової депресії у жінки, покращується післяпологова адаптація, терморегуляція, рівні глюкози у малюка). Це не завжди буде можливим, але у випадку планового КР, особливо по причині неправильного положення малюка, макросомії, аномалій тазу, певних хронічних станів варто розглянути такий варіант. Також після КР, варто забезпечити якнайшвидший тісний контакт мами та дитини (тому спинальна анестезія буде більш оптимальним варіантом, ніж загальним наркозом).

Ургентний кесарів розтин роблять в ситуаціях, коли є раптова загроза життю та здоров'ю жінки чи малюка. Показання:

- **Гострий дистрес плоду** (серйозні зміни ЧСС, ознаки гіпоксії).
- **Відшарування плаценти** (починається кровотеча, дитина не отримує кисень).
- **Випадіння пуповини** (блокується доступ кисню через перетискання пуповини)
- **Зупинка пологової діяльності** (не однозначне показання)
- **Еклампсія, судоми, критичний тиск**
- **Розрив матки** (більш рідкісний стан, потребує негайної операції).

Третій та ранній післяпологовий період пологів

Народження плаценти

Відразу після народження малюка розпочинається етап народження плаценти. Тривалість від декількох хвилин до 1-2 годин (зазвичай 5-30 хв).

- **Тактика активного ведення** (введення окситоцину відразу після народження малюка, контрольоване натягування пуповини, масаж дна матки).
- **Тактика фізіологічного ведення** (очікування самостійного відділення і народження плаценти - ідеальний, м'який варіант, при задовільному стані жінки, відсутності надмірної крововтрати та гіпотонії матки). В умовах пологового в Україні не будуть чекати довше 30 хвилин. Однак спершу важливо **оцінити готовність відділення плаценти** (потужні позиви, пуповина видовжується, а при натужуванні чи кашлі не втягується назад, змінюється форма та висота стояння дна матки, випуклість над лобковим симфізом) і задіяти фізіологічні методи її виходу (зайняти більш вертикальну позицію, можна покашляти - напруження пресу буде сприяти виходу плаценти, виконується Спосіб Абуладзе (менш інвазивний, ніж Спосіб Гентера чи Спосіб Креде-Лазаревича).

Заборонено тягти пуповину доки не відділилась плацента!

У випадках ускладнень, коли необхідне ручне відділення плаценти - процедура має виконуватись **виключно під наркозом!**

Плацента - відпрацьований орган, не капсулюємо, не споживаємо.

Якими мають бути перші години після пологів?

Згідно всіх сучасних рекомендацій (в т.ч. клінічних протоколів) важливою є **"золота година" після пологів.**

Це період відразу після пологів, коли малюка викладають на груди мамі (**контакт шкіра-до-шкіри**) і залишають сім'ю наодинці протягом 60-120хв для імпринтінгу, першого знайомства та першого прикладання до грудей.

Зважування, заміри зросту та інші процедури з новонародженим мають відбуватись вже **після** цього часу.

Необхідність накладання швів на промежину не є приводом забирати малюка від мамі! (якщо вона при свідомості та в задовільному стані). Не вставати принаймі протягом 4-6 годин після пологів! (це важливо для профілактики опущень органів малого тазу).

У разі КР малюка зазвичай **викладають на живіт тату** (це теж важливо: заселення мікробіомом вашої родини, стабілізація дихання та температури тіла, зниження стресу після пологів).

Не картати себе, якщо по якійсь причині не було контакту в перші години (особливо, якщо вимагались реанімативні дії для малюка чи мамі), натомість варто почати встановлювати тісний контакт з малюком як тільки це стане можливим.

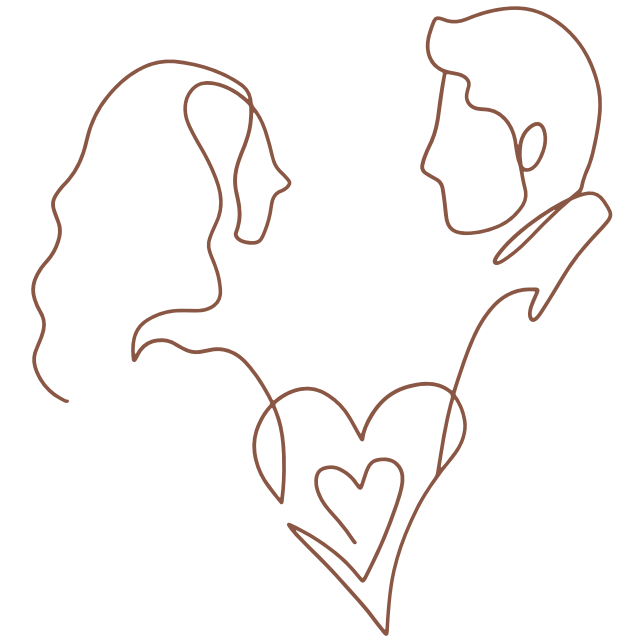
Особливості перших днів після пологів

Досвід протягом перших днів після пологів може бути **абсолютно різним!** На це впливає перебіг пологів, індивідуальна реакція організму на різку гормональну перебудову, зовнішні фактори і т.д. Жінка може відчувати себе повною енергії, радості, любові до малюка, а може дуже спустошеною, розгубленою, втомленою, беземоційною.

Важливо, щоб хтось був **поруч з жінкою** в цей час постійно! Допомога з малюком, пересуванням, гігієнічними процедурами, харчуванням буде вкрай потрібною!

Велика частина складнощів припадає на **післяпологові ускладнення** у вигляді травм промежини (шви/сильний набряк/геморой), слабкості та головокружіння (втрата крові). Встаємо та ходимо тільки **з допомогою**, навіть якщо впевнені в своїх силах.

Для **відновлення** рівня енергії та крововтрати доцільними будуть вживання електролітів, мінеральних комплексів, кокосової води, цитрусового/гранатового соку, протеїнових коктейлів. Для зняття дискомфорту в області промежини корисними можуть бути охолоджуючі прокладки та пінки, спеціальні медикаментозні охолоджені патчі (наприклад, Tucks) від набряку та геморою, повітряні ванни. Перші тижні та місяці після пологів мають бути максимально **бережними** - це запорука якісного відновлення та **жіночого здоров'я** в майбутньому.



Медичні маніпуляції перед випискою

Під час перебування в післяпологовому відділенні у породіллі можуть брати аналіз крові (особливо для контролю показників при більшій крововтраті), а також аналіз сечі (для виключення інфекційного процесу), контролюють температуру тіла. Малюку зазвичай беруть аналіз крові з п'ятки для неонатального скринінгу для виявлення важких генетичних захворювань, проводять скринінг слуху, пульсикометрію, контролюють жовтяницю, температуру тіла.

За відсутності післяпологових ускладнень (лихоманка, кровотеча, блювання, ознаки інфекції) **не показано проведення УЗД чи вагінального огляду перед випискою.**

Матка буде активно скорочуватись ще протягом декількох тижнів, саме тому в переважній більшості випадків через пару днів після пологів на УЗД можуть візуалізуватись якісь залишки тканин в порожнині матки, що часто призводить до непотрібної і травматичної чистки.

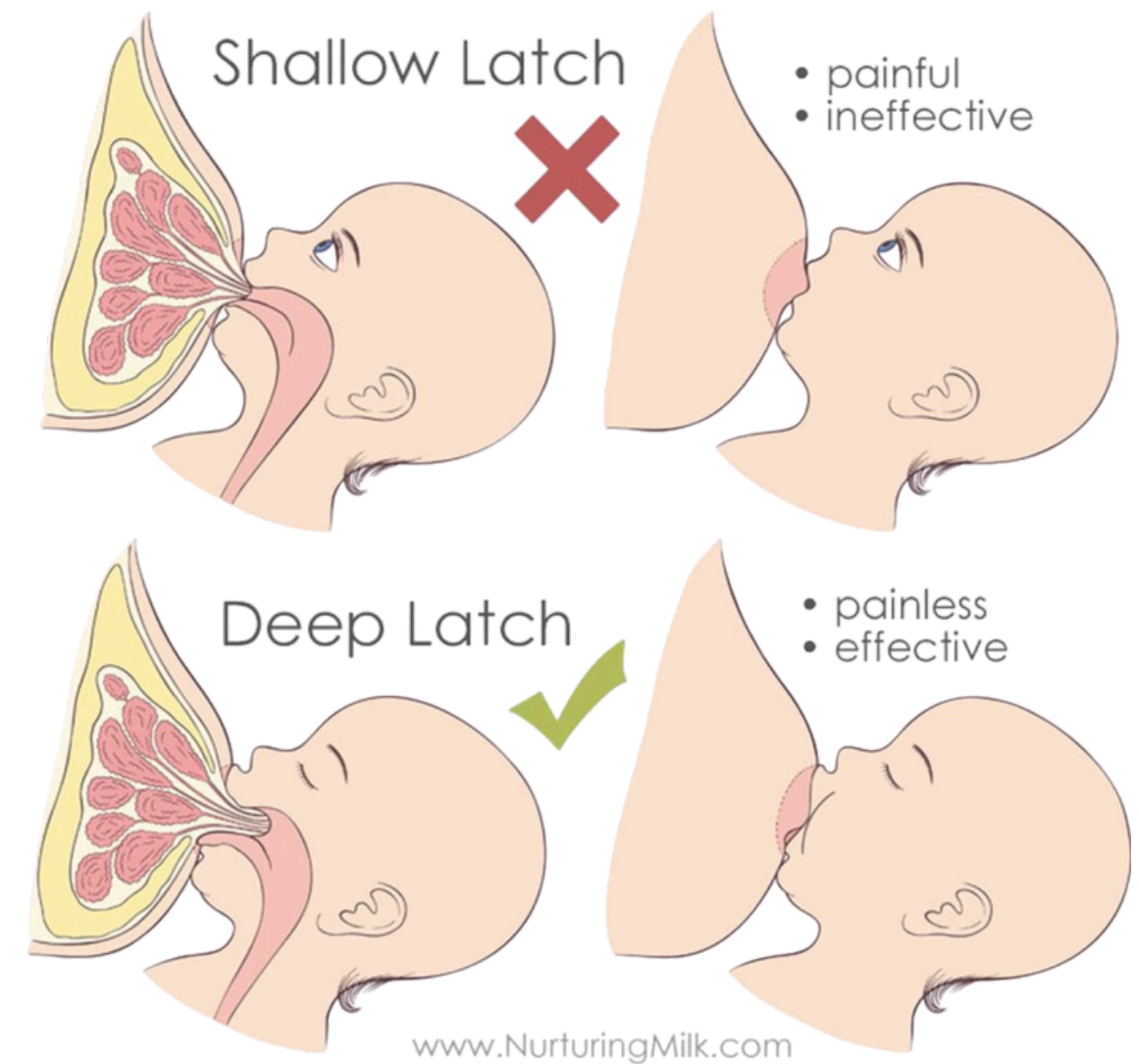
Якщо накладені шви на промежину - показаний зовнішній огляд швів.
Перший повноцінний вагінальний огляд та УЗД рекомендовано проводити **через 42 дні (6 тижнів) після пологів.**

Основи грудного вигодовування

Фундамент успішного ГВ

Грудне вигодовування є природнім **інстинктивним процесом**, однак через особливості сучасного життя, надлишку контраверсійних порад - тут також може виникати не мало **складнощів**. Основні положення:

- **Раннє прикладання до грудей** (по можливості - відразу в пологовому залі, бажано, щоб дитина самостійно знайшла груди, це може зайняти близько 20-60 хвилин після народження).
- **Адекватний графік годування** (тобто відсутність графіку! годування на вимогу, новонароджений малюк сам визначає тривалість та частоту годування, перші місяці це може бути практично цілодобово, до 20 разів на добу).
- **Правильне прикладання** (важливо, щоб дитина захоплювала ареолу, не висіла на сосках! губи вивернуті назовні. Хоч перший період і може бути сильний дискомфорт, груди ще дуже чутливі та не адаптовані до ГВ, але неправильна техніка прикладання буде постійно провокувати тріщини, застої, неефективне вигодовування).
- **Відсутність очікувань**, що все буде легко та само собою. За потреби - звертатись до консультанта по ГВ.



Міфи та помилки

- Безпідставний висновок, що **не вистачає молока** або воно **недостатньо “жирне”**. Часто базується на тому, що дитина часто плаче (що є нормально для малюків), що молоко на вигляд прозоре/водянисте (не потрібно його якось перевіряти), що груди суб’єктивно м’які (зазвичай в перші місяці приходить молоко є дуже відчутними, однак груди - це не склад молока, воно виробляється у відповідь на попит, безпосередньо під час смоктання). **Жирність молока є приблизно однаковою у всіх жінок**, що притаманно для людського виду, і ця жирність достатня для вигодовування дитини. Важливо не міняти груди занадто часто, давати дитині час спорожнити кожну, таким чином жир, що знаходиться на стінках альвеол буде в більшій мірі потрапляти до молока (умовно це називають переднім та заднім молоком, таке розділення є менш виразним при частих прикладаннях). Єдиним адекватним індикатором проблем з ГВ є **занадто малий набір ваги у дитини**.
- **Дієта в період лактації** (абсолютна не потрібна справа, добре харчуйтесь в задоволення, слідкуйте за збалансованістю раціону, усі групи поживних речовин мають бути в достатній мірі! Єдиний виняток - підтверджена АБКМ у дитини, коли на певний період з раціону харчування мами виключаються молочні продукти). Не забуваємо про водний баланс!
- **Раннє введення дурника, пляшечок** (після цього дитина може лінуватись ефективно смоктати груди), **допоювання водою** (це не показано до початку ведення прикорму у віці 6 місяців), **докорм сумішшю без показань** (це має місце тільки за призначенням адекватного лікаря, але таких ситуацій вкрай мало! **Обмеження щодо ГВ**: неконтрольований ВІЛ, активний туберкульоз, HTLV-1/2, вірус Марбург, Ебола, герпес на грудях (можна годувати здоровою), прийом радіоактивних препаратів, хіміотерапія, психічні розлади; зі сторони малюка - галактоземія чи класична фенілкетонурія).

Міфи та помилки

- **Відсутність нічних годувань** (пік гормону пролактину припадає на нічний час: 3-5 година ранку, саме цей гормон відповідальний за вироблення молока, тому активне годування грудьми буде сприяти кращій лактації).
- **Спроби зцідити все молоко** при відчуттях переповненості в грудях, приливах молока (за необхідності зціджувати тільки до полегшення. При інтенсивному зціджуванні лактація стимулюється знову, відповідно приливи будуть ще більшими (гіперлактація).
- **Думка, що суміш - рівнозначна заміна грудному молоку** (сучасніші суміші справді є більш адаптованими для малюків, одна жодна суміш не зможе повторити **унікальний склад** грудного молока, котре є максимально адаптивним, його склад змінюється залежно від віку дитини, часу доби, хвороб, температури, потреб малюка (більше жирів, антитіл, води і т.д.) Молоко містить лейкоцити, антитіла IgA, лактоферин, лізоцим, олігосахариди, які захищають від інфекцій та аутоімунних процесів. Грудне молоко формує **здорову мікрофлору** кишківника, містить **природні гормони та ферменти** для травлення. **Для малюка ГВ зменшує ризик інфекцій, алергій, ожиріння, діабету II типу, синдром раптової смерті немовлят. Для мами зменшує ризик раку грудей і яєчників, остеопорозу, серцево-судинних захворювань, покращує толерантність до глюкози та зменшує ризик розвитку метаболічних розладів.** Звісно, дитина виросте і на суміші, звісно, є обставини, за яких це буде адекватним рішенням. Суміш містить необхідний мінімум, але не дає додаткових переваг. Обирайте якісну суміш, у багатьох зразках зустрічаються значні перевищення по рівню вмісту важких металів (свинець, кадмій, ртуть, миш'як). **Суміш на козиному молоці** зазвичай буде легше засвоюватись (менша ймовірність подразнення кишківника, більше натуральних середньоланцюгових жирних кислот, вища поживна цінність).

Лактостаз

Лактостаз - це застій молока, в грудях утворюються ущільнення, погіршується відтік молока. Прояви включають в себе ущільнення в грудях, біль, набряк, почервоніння, підвищена температура тіла. Найчастіше зустрічається в перші місяці лактації, основними тригерами є: механічний тиск на груди (дитиною, бюстгалтером, позою під час сну), переохолодження, довгими інтервалами між годуваннями, неефективною технікою ГВ.

При ластостазі потрібно відразу почати робити певні дії, щоб не дійти до ускладнення - маститу, котре є гострим запальним процесом, потребує медичної допомоги, інколи - хірургічної.

Як допомогти собі при лактостазі:

- **Часте прикладання до грудей** (особливо до “проблемної”, пробувати позу, де підборіддя дитини “дивиться” в сторону ущільнення).
- **Легкий масаж перед годуванням** (дуже ніжний, без тиску та болю, від центру грудей до периферії, кругові рухи).
- **Холодний компрес після годування** (на 2-5 хвилин)
- Якщо груди надто тверді, малюк не може прикластись, то трохи! зцідити перед годуванням (існують теж рекомендації робити це під теплим (не гарячим!) душем).
- З саплементів інколи використовують лецитин (зменшує в'язкість молока), омега-3, віт. С, магній, бромелайн. Краще узгоджувати з консультантом по ГВ чи лікарем-мамологом.

Транзиторні стани новонародженого

- **Транзиторна втрата ваги** (фізіологічна втрата до 10% маси тіла від народження в перші 3-4 дні. Вага в нормі має повернутись до 10-14 дня після народження і після цього вже починається набір ваги (раніше теж може). Пов'язано з першою дефекацією, втратою рідини, адаптацією до грудного вигодовування. Лікування не потрібне - забезпечуємо часте прикладання до грудей).
- **Фізіологічна еритема та лущення** (почервоніння та лущення шкіри в перші дні життя. Реакція на зміну середовища та оновлення епідермісу. Минає самостійно).
- **Мілії** (дрібні світлі папульозні висипання біля носика, викликані закупоркою сальних залоз. Не турбують дитину, не видавлювати, зникають самі).
- **Акне новонароджених** (з'являється зазвичай в віці 2-3 тижні, пов'язане з стимуляцією сальних залоз малюка материнськими гормонами (андрогенами). Не алергія, не хвороба, не пов'язане з їжею матері. Може тривати кілька місяців та минає самостійно).
- **Пітниця** (часто зустрічається в перші місяці (може і пізніше) через незрілість терморегуляції. Важливо не перегрівати, використовувати легкі емолієнти/молочко, підтримувати гігієну й сухість складок, повітряні ванни, відсутність грубих швів в одязі. Може виглядати подібно до акне новонароджених, однак пітниця зазвичай вражає саме тіло (особливо всі складки та спину). Минає після ліквідації перегріву та правильного догляду).
- **Мармурова шкіра та акроціаноз** (синюшно-фіолетовий сіточка на тілі або синюшність кінцівок. Нормальна реакція незрілої нервової системи на холод. Це не привід кутати малюка, просто так проявляється незрілість регуляції периферійних судин. Однак в нормі після зігрівання синюшність має зникати!)

Акне новонароджених



Пітниця



Лущення шкіри



Мілії

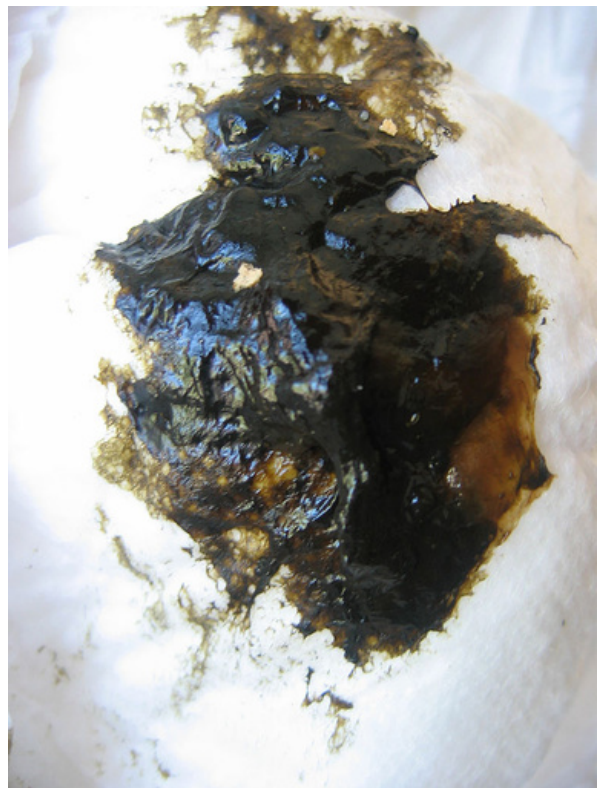


Мармурова шкіра та акроціаноз



- **Молочні кірки (себорейний дерматит)** - жирні лусочки на голові чи бровах, виникають через активність сальних залоз під дією гормонів матері, зазвичай минають самостійно; можна використовувати олійки для розм'якшення, але не віддирати!).
- **Монголоїдні плями** (синювато-сірі або зеленуваті плями на попереку/сідницях. Вроджені, пов'язані зі скупченням пігменту в глибинних шарах шкіри, зазвичай зникають до 1-2 років, інколи залишаються, лікування не потрібне. У представників європеїдної раси зустрічаються рідко).
- **Гормональний (статевий) криз** (набухання молочних залоз, виділення схожі на молозиво (груди не масажувати, не видавлювати), у хлопчиків набряк мошонки, у дівчаток кров'яністі виділення з піхви. Реакція на материнські гормони, минає протягом кількох тижнів).
- **Меконій** (перший кал: густий, чорний/темно-зелений, липкий. Має вийти в перші 24-48 годин після народження, що є ознакою нормальної роботи кишківника).
- **Сечокислий інфаркт** (помаранчеві або цегляні за кольором плями чи кристали на підгузку в перші дні. Це солі сечової кислоти (не кров), минає до 7-10 дня. Важливо забезпечити часті прикладання до грудей для гідратії, але не відпоювати водою!)
- **Фізіологічна жовтяниця** трапляється у 60-80% новонароджених, з 2-3 до 10-14 дня після народження. Причиною є розпад фетального гемоглобіну та накопичення непрямого білірубіну як транзиторний стан. Лікування не потрібне, забезпечуємо часті прикладання до грудей.
- **Патологічна жовтяниця** з'являється в перші 24 години, млявість, відмова від їжі, надмірна втрата ваги, не зникає за 14-21 дні, дуже виразна жовта шкіра (включаючи долоні та стопи), потребує звернення до лікаря та допомоги!

Меконій



Сечокислий інфаркт



Монголоїдні плями



Гормональний криз



Молочні кірки

