

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини,
медсестринства та біоетики

На правах рукопису

Обозна Вікторія Василівна

УДК 614.253.5:618.4/.7:159.94:355.48(043.2)

**Освітня-кваліфікаційна робота на здобуття звання «Магістр» за
спеціальністю “Сестринська справа”
223 - медсестринство**

**РОЛЬ АКУШЕРКИ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ БЕЗПЕКИ І
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЖІНОК ПІД ЧАС ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ
В УМОВАХ ВІЙНИ**

Науковий керівник
кандидат медичних наук, доцент
Красовська Катерина Олександрівна

Харків – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ І. ОГЛЯД ДАНИХ СУЧАСНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ ЩОДО ВАГІТНОСТІ ТА ДІАГНОСТИКИ Й ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ.....	8
1.1. Сучасний погляд на вагітність та її перебіг.....	8
1.2. Визначення й характеристика пологів та вплив на них війни.....	18
РОЗДІЛ ІІ. МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	25
2.1. Матеріали досліджень.....	25
2.2. Методи досліджень.....	26
2.3. Методи статистичної оцінки результатів досліджень.....	26
Висновки до другого розділу.....	28
РОЗДІЛ ІІІ. АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	29
3.1. Базова характеристика груп досліджень.....	29
3.2. Основні напрямки акушерського супроводу роділь та породіль під час менеджменту у стаціонарі.....	31
3.3. Функціональні обов'язки медичної сестри у здійсненні акушерського супроводу.....	34
3.4. Оцінка перебігу першого періоду пологів в залежності від принципу ведення роділля.....	36
3.5. Характеристика та інтенсивність болю в першому періоді пологів при різних тактиках ведення роділля.....	38
3.6. Характеристика та перебіг другого та третього періодів пологів	40
3.7. Вплив акушерського супроводу на становлення лактації у породіль.....	41
3.8. Характеристика психоемоційного стану породіль в залежності від тактики їх менеджменту.....	43

Висновки до третього розділу.....	47
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	49
ДОДАТКИ.....	56

ВСТУП

Актуальність проблеми. На теперішній час в Україні фіксується поглиблення демографічної кризи, що має мультифакторне походження й призводить до негативного природного приросту населення. Це, насамперед, зумовлено поєднанням соціально-економічних та медико-біологічних чинників, що погіршилися внаслідок війни.

Хронічний стрес, що виникає під впливом тривалих загрожуючих життю людей ситуацій, поглибив проблему демографічної кризи. Емоційна напруженість несприятливо відбивається на перебігу будь-яких патологічних станів хворих, а також торкається й вагітних жінок. При цьому набуває значущості збереження кожної вагітності, що надалі є підґрунтям для відновлення нації.

Виникає необхідність шукати медичні напрямки, що будуть нівелювати вплив хронічної емоційної напруженості та зможуть забезпечити нормальний перебіг пологів та народження здорової дитини.

Мета дослідження:

Дослідити особливості перебігу пологів, становлення лактації у жінок, вагітність яких проходила під час бойових дій та зазнала впливу хронічного стресу.

Сформувати та використати новий підхід до менеджменту роділь та породіль задля зменшення дії ситуацій, що загрожують, які зумовлені війною. Забезпечити пацієнткам психоемоційний комфорт під час перебування у перинатальному центрі.

Завдання дослідження:

1. Вивчити сучасний погляд на процес гестації й окреслити періоди перебігу вагітності та їх загальну значущість.

2. Проаналізувати особливості перебігу пологів та становлення лактації під впливом бойових дій, що відбуваються тривалий час.

3. Дослідити обов'язки медичної сестри перинатального центру, що допомагають зменшенню впливу хронічного стресу під час перебуванні роділлі чи породіллі у стаціонарі, що покращить перебіг пологів та формування лактації.

Об'єктом дослідження є процес та результати формування системи знань щодо ролі медичної сестри в організації догляду за роділлями та породіллям в умовах Комунального некомерційного підприємства Харківської Обласної ради «Обласний клінічний перинатальний центр» під час ситуацій, що загрожують, які зумовлені бойовими діями.

Предметом дослідження є особливості реалізації організаційно-професійних обов'язків медичної сестри в умовах роботи обласного клінічного перинатального центру під час війни.

За **гіпотезу** в даній роботі прийнято твердження, що психоемоційний комфорт роділлі й породіллі є запорукою задовільного перебігу усіх етапів пологів та становлення лактації. Саме такий стан жінки є головною умовою для уникнення ускладнень пологів та задовільного стану новонародженого, коли його мати знаходиться у стані хронічного стресу, зумовленого війною.

Методи дослідження:

- Клінічні спостереження;
- Аналіз медичної інформації з історій вагітності пологів та післяпологового періоду;
- Опрацювання інформаційних матеріалів, зібраних шляхом анкетування породіль;
- Статистична обробка даних з метою систематизації отриманих результатів.

Наукова новизна.

Під час перебуванні роділлі чи породіллі в умовах перинатального центра її психоемоційний стан залежить від навколишньої безпекової ситуації. При цьому особливої уваги заслуговує зменшення впливу хронічного стресу, що зумовлений можливою небезпекою як для жінки, так і для її новонародженої дитини.

При перебуванні роділлі чи породіллі в обласному перинатальному центрі особливої уваги заслуговує акушерський супровід, що здійснюється з перших хвилин перебування жінки у стаціонарі.

В процесі проведеного дослідження встановлено, що існує необхідність модифікованих обов'язків медичної сестри задля надання впевненості жінки й забезпечення її зосередження на народженні дитини чи виходжуванні новонародженого.

Практична значущість отриманих результатів.

Сукупність результатів, отриманих під час дослідження, обґрунтовують необхідність зміни менеджменту роділь та породіль, що перебувають у перинатальному центрі в умовах безпекової ситуації, що загрожує.

Показана доцільність участі медичної сестри у модифікації ведення пацієнток, що перебувають у стаціонарі. Впровадження у щоденну професійну діяльність медичних працівників під час війни принципу «акушерського супроводу» роділь та породіль демонструє позитивний ефект у перебігу пологів та становленні лактації у зазначеного контингенту жінок.

Положення, що виносяться на захист.

Основні положення, що виносяться на захист, містяться у розділі «Висновки».

Власний внесок здобувача ступеня магістра.

Магістерська робота є науковим дослідженням, що виконано самостійно. Автор здійснив систематичний добір, опрацювання та аналітичну оцінку вітчизняних та закордонних наукових джерел літератури; виконав систематичне вивчення методик збору дослідницького матеріалу; створення, обґрунтування та упорядкування комплексу заходів «акушерського супроводу» пацієнток перинатального центру; провів комплекс досліджень щодо оцінки перебігу пологів, становлення лактації та оцінки психоемоційного стану жінок; виконав оформлення текстового варіанту роботи, шляхом написання всіх розділів.

Обсяг і структура магістерської роботи. Науково-кваліфікаційна робота презентована на 60 сторінках машинописного тексту та виконана з дотриманням встановлених правил оформлення підсумкових наукових робіт.

Текстовий формат представлено вступом, оглядом літератури, характеристикою матеріалів та методів, що використано у дослідженні, презентована клінічна характеристика груп вагітних, результати власних досліджень, проведено аналіз та узагальнення результатів досліджень, зроблено висновки, перелік використаної літератури, роботу доповнено додатками. Робота ілюстрована 14 малюнками та 5 таблицями, містить 5 додатків. Перелік літератури включає 55 джерел літератури, з яких 31 робота вітчизняних авторів та 24 джерел закордонних авторів.

РОЗДІЛ І

ОГЛЯД ДАНИХ СУЧАСНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ ЩОДО ВАГІТНОСТІ ТА ДІАГНОСТИКИ ЇЇ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ

1.1. Сучасний погляд на вагітність та її перебіг

1.1.1. Визначення вагітності в медицині

Вагітність або внутрішньоутробний розвиток (пренатальний розвиток) починається з моменту запліднення яйцеклітини й триває у нормі 280 днів, або 40 тижнів, які визначаються 10 лунними місяцями [29].

Запліднення розпізнають тоді, коли відбувається злиття чоловічої та жіночої статевих клітин, а саме гамет, що надалі веде до утворення зиготи (**рис. 1.1.1.1**). З'єднання гамет відбувається в ампулярному відділі маткової труби й тільки за умовою присутності у жінки овуляції – явища, коли внаслідок розриву зрілого фолікула з яєчника виходить яйцеклітина [7]. Саме яйцеклітина, об'єднуючись зі сперматозоїдом, або чоловічою статевією клітиною, формує та забезпечує розвиток зиготи, з якої надалі розвивається ембріон [14].

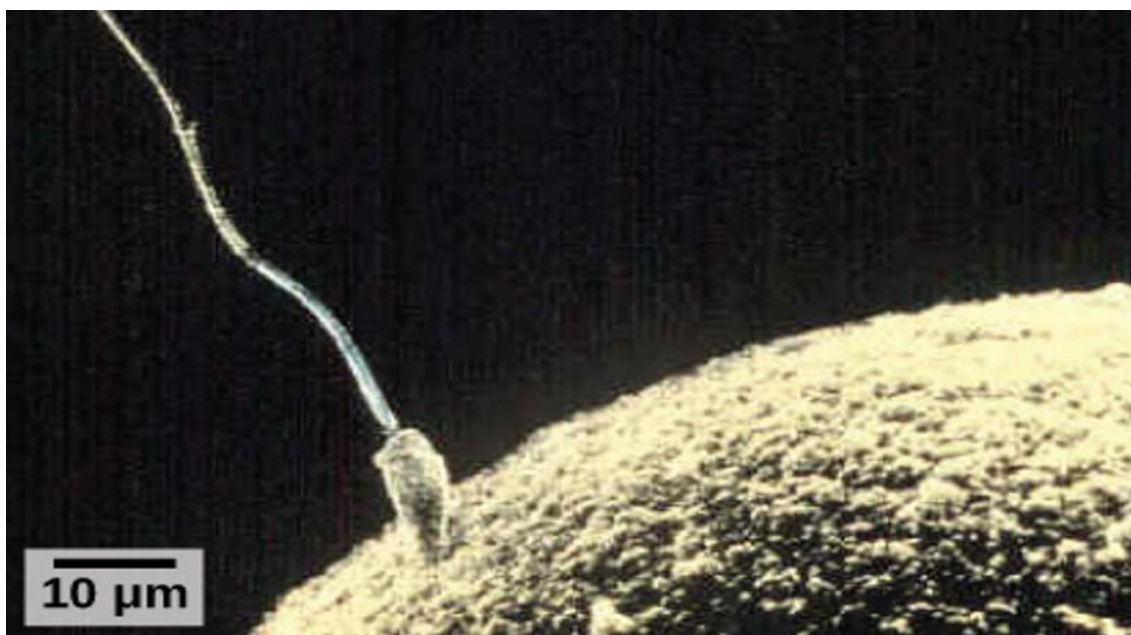


Рис. 1.1.1.1 Запліднення

Вагітність є дуже значущим періодом у житті жінки. Її також називають гестацією, тому що це проміжок часу, протягом якого всередині організму жінки відбувається розвиток одного або кількох плодів. Вказаний етап є чутливим до різноманітних чинників та характеризується численними змінами [32].

Для жінки настання вагітності, виношування та народження дитини є головним аспектом реалізації репродуктивного потенціалу її особистості. Напрямок здійснення генеративних можливостей відбувається шляхом системного встановлення всієї життєдіяльності жінки. Він поєднує у собі три основні складові частини: психічну, що базується на мотивації; фізіологічну, основою якої є морфофункціональне формування й нейро-гуморальне налагодження репродуктивної функції; тілесну, яке включає саме жіноче тіло з певною поведінкою та специфічними функціями – виношування плоду, пологи, грудне вигодовування [3]. Крім того, слід зазначити, що материнство саме зараз, коли жінка перебуває в умовах постійної небезпеки, яка зумовлена війною, часто отримує нове значення – воно вважається не тільки як особистий вибір, але й як моральний обов'язок перед майбутнім поколінням [3].

Отже, вагітність жінки не можна розглядати виключно як медичну проблему. Кут зору повинен торкатися й психологічного напрямку, що насамперед зумовлено жіночою особистістю, її відповідальністю й загальним розумінням стану.

1.1.2. Періоди перебігу вагітності та їх загальна значущість

Ембріогенез людини поділяється на три основні етапи. Першим етапом визначають преємбріональний, що розпочинається відразу після запліднення яйцеклітини й триває до кінця першого тижня вагітності. Основними подіями цього етапу є саме запліднення з формуванням зиготи та наступна імплантація, тобто занурення зиготи, що пройшла певну кількість повторних поділів, у підготовлений ендометрій. Другий етап має назву ембріонального та продовжується до 8 тижня вагітності. За час цього етапу спостерігається поділ яйцеклітини, її перетворення на ембріон, й спостерігається початок формування

органів (органогенез). Третій – фетальний етап, стартує з 9 тижнів гестації та продовжується до народження дитини. Цей етап відзначається активним ростом, розвитком тканин, органів й систем плода. Ключовим моментом у цей час є процес утворення плаценти [29].

Вперше термін «преембріон» чи «концептус» запропонувала Енн Макларен у 1986 році задля визначення продукту заплідненої яйцеклітини до кінця стадії імплантації [44]. Ключову роль процесі передімплантації грають невеликі білки – нейротрофіни, які виробляє материнський організм у чотирьох варіантах [39].

Цікавою є спроба науковців пояснити значущість передімплантаційного етапу з позицій загальних клінічних досліджень, особливостей демографії, епідеміологічних обставин, ембріології, імунології та молекулярної біології. За думкою дослідників натеper існують суттєві та різноманітні докази того, що у жінок близько 50 % ранніх ембріонів не розвиваються після передімплантаційного періоду. Автори вважають, що існує так званий фактор ранньої вагітності, що сприяє придушенню материнської реакції, завдяки чому відбувається постійне забезпечення життєздатності раннього ембріона. Також фактор передімплантації, секреція якого відбувається між 2 та 4 добою після запліднення, становить собою лінійну пептидну молекулу, має самозахисну й антитоксичну дію та присутня лише при життєздатних ембріонах [35].

Після імплантації визначається ембріональний етап, під час якого здійснюється формування плаценти, а саме – наприкінці другого тижня внутрішньоутробного життя, коли починається формування хоріона й трофобласта, який є оболонкою, що здійснює живлення поділеної декілька разів заплідненої яйцеклітини (до стадії бластоцисти), утворює епітеліальні ворсинки [1].

З іншого боку в ембріональний етап здійснюється інтегрований набір складного та водночас скоординованого розвитку різних органів й тканин завдяки змінам експресії близько 50 % генів. Саме у цей час, який є критичним періодом, розвивається більшість органів [55].

За думкою закордонних дослідників, під час ембріонального етапу, на вагітність мають змогу вплинути метаболічні порушення збоку матері у вигляді змін рівня поживних речовин, що може мати ефект при розвитку ембріональної нервової трубки. Зазначений розлад відіб'ється періоді первинної нейруляції, ще до повноцінного функціонування плаценти, коли спостерігається лише гістіотрофний обмін поживними речовинами [45].

За даними С. І. Жук та О. Д. Щурівської (2017) при фетальному етапі розвитку плода спостерігаються максимальні значення росту плода внаслідок клітинного ділення [12].

Фетальний етап внутрішньоутробного розвитку поділяють на ранній, що продовжується до кінця 28 тижня та пізній – після 28 тижня до початку пологів. Для раннього етапу характерна наявність процесів диференціювання та дозрівання усіх тканин плода. При наявності різноманітних шкідливих факторів, що впливають на організм матері, можуть виникати вади внутрішньоутробного розвитку, що проявляється затримкою росту та диференціювання органів або порушенням диференціювання тканин (гіпопластичні чи диспластичні процеси). У цей період плід чутливий до інфекційних захворювань матері – грипу, краснухи, цитомегалії, вірусного гепатиту та інші, що призводять до проліферативної реакції сполучної тканини, зокрема цирози чи фібрози. Внаслідок вказаних явищ виникають зміни у плода, що мають назву ранніх фетопатій [21].

Пізній фетальний період характеризується наявністю чутливості плода до несприятливих факторів, що призводить до виникнення у новонародженого ознак функціональної незрілості або внутрішньоутробної гіпотрофії. Крім того, у плодів, під впливом інфекції, виникають типові запальні процеси з характерними симптомами чи проявами. Додатково організм плоду накопичує (депонує) багато мікронутрієнтів, таких як солі кальцію, залізо, мідь, вітаміни тощо, оскільки після народження материнське молоко не задовольняє потребу в них [21].

Підсумкова думка відносно вагітності представлена у роботі групи закордонних авторів, які вважають, що гестаційний процес запрограмований як комплекс динамічних фізіологічних змін та будь-яке суттєве відхилення у його нормальному перебігу призведе до переривання вагітності, або збереже порушення протягом усього пренатального періоду. Таким чином, встановлення причин розладів на пізніх термінах вагітності потребує оцінювання патологічних явищ, починаючи з ембріонального періоду [38].

1.1.3. Екстрагенітальні зміни в організмі жінки під час вагітності

З моменту запліднення яйцеклітини, а особливо тоді, коли бластоциста занурюється у слизову ендометрія, починається фізіологічна адаптаційна перебудова організму жінки, що забезпечує належний гомеостаз у біокомплексі мати-плацента-плід. Механізми пристосування у жіночому організмі спрямовані на забезпечення нормальному розвитку плода й напружуються, якщо у жінки присутні соматичні захворювання [15].

Під час вагітності виникають зміни найрізноманітнішого характеру які можуть бути як фізіологічні, так і анатомічні й можуть впливати на емоційний стан жінки та загальну життєву активність [4].

Насамперед під час гестації слід визначити зміни у центральній нервовій системі, зокрема багатьох її центрів, що забезпечують відповідь у вигляді стійкого збереження тимчасових констант гомеостазу. Фіксується зниження збудливості кори головного мозку при одночасному суттєвому зростанні активності інших анатомічних структур: підкорки, ретикулярної формації стовбура, спинного мозку, рецепторного апарата матки. Формується так звана «домінанті вагітності», яка забезпечує фізіологічний перебіг вагітності й консолідує в єдине динамічне сполучення вищі нервові центри й «автономна нервова система» (гангліонарні сплетіння, нейсмекери). Клінічно у вагітних жінок спостерігається зниження уваги, стомлюваність, невірноваженість й пріоритетність думок, пов'язаних із самою вагітністю чи народженням дитини. Якщо жінка відчуває стрес або емоційне перевантаження виникають додаткові

джерела збудливості у корі півкуль головного мозку, що може призвести до патологічного перебігу вагітності [15].

Суттєві зміни викликає вагітність в ендокринній системі, що характеризується збільшенням об'єму гіпофіза на 135 %; рівень пролактину збільшується у 10 разів; фіксується зростання рівня естрогенів, завдяки їх синтезу у плаценті; хоріонічний гонадотропін людини досягає максимального значення в 10–12 тижнів й поступово знижується після 15 тижнів вагітності; прогестерон відіграє значну функцію, розслаблюючи гладкі м'язи матки; зростання васкуляризації та гіперплазія залозистої тканини зумовлюють збільшення щитоподібної залози, також підвищуються рівні тироксину і трийодтироніну; стимулюється вивільнення паратиреоїдного гормону; спостерігається зростання рівня кортизолу [4]. Можна зробити висновок про те, що за даними літератури, спостерігаються численні зміни практично в усіх ланках ендокринної системи.

Суттєву частину серед змін під час вагітності набувають метаболічні зміни. Насамперед відбувається створення «материнського резерву» завдяки відкладанню жиру і протеїнів, що призводить до збільшення ваги жінки на 10-12 кг [27].

Під час вагітності спостерігається трансформування стану серцево-судинної системи завдяки утворенню «нового» матково-плацентарного кола кровообігу (**рис. 1.1.3.1**), що супроводжується збільшенням маси циркулюючої крові, а також об'єму крові, що циркулює, приблизно на 40 – 50%. Вказані зміни призводять до підвищеного навантаження на серце [15].

За думкою Ю.С.Паращука (2013) перетворення у серцево-судинній системі вагітної орієнтовані на поліпшення оксигенації плода. Протягом терміну гестації серцевий викид збільшується до 1,5 л/хвил. шляхом позитивної динаміки інотропного ефекту. Фіксується збільшення маткового кровообігу до 500 мл/хвилину. Описані явища беруть начало з першого триместру вагітності й мають максимальний підйом у терміні 20-24 тижні, триваючи до пологів [27].



Рис. 1.1.3.1 Матково-плацентарне коло кровообігу

Тотожної думки дотримуються й інші автори, стверджуючи, що фізіологічна перебудова серцево-судинної системи жінки спрямована на поліпшення доставляння кисню плоду. При вагітності зростає серцевий викид на 30–50 % водночас фіксується збільшення частоти серцевих скорочень на 15 уд/хв. Крім того, наявність високого рівня прогестерону, як важливого гормону вагітності, завдяки розслаблюючому впливу на гладкі м'язи, зумовлює суттєве збільшення васкуляризації матки, розширення вен, зокрема таза та нижніх кінцівок [4].

Загальні адаптаційні зміни з боку серцево-судинної системи під час вагітності показані на **рис. 1.1.3.2** [25]. Окрім збільшення кількох параметрів, про що сказано вище, при фізіологічній вагітності фіксується зниження артеріального тиску на 5-15 мм рт ст до терміну вагітності 24-28 тижнів, також зменшується системний судинний опір на 20 %.

Гемодинамічний показник	Зміни під час вагітності
Об'єм циркулюючої крові	↑ 30-50 %
Частота серцевих скорочень	↑ 15 %
Серцевий викид	↑ 30-40 %
Артеріальний тиск	↓ на 5-15 мм. рт.ст до 24-28 тижня
Системний судинний опір	↓ 20 %

Рис. 1.1.3.2 Адаптаційні зміни серцево-судинної системи при вагітності

У тісному зв'язку з викладеними вище змінами стає трансформування дихальної системи вагітної жінки. Це насамперед має прояви у вигляді збільшення частоти дихальних рухів, що зумовлено впливом прогестерону на дихальний центр та змінами самої механіки дихання. Спостерігається підвищення чутливості дихального центру до різноманітних стимулів: хімічних, метаболічних та механічних. Фіксується подвоєння вентиляційної відповіді на кисневе голодування й формується суб'єктивне відчуття задишки, що найбільшу вираженість має у пізні терміни гестації [31, 36].

Функціональні прояви змін збоку дихальної системи виступають у збільшенні на 20-40 % хвилинної вентиляції та на 50-70 % альвеолярної [36, 41, 54].

Встановлене підвищення метаболічної активності під час вагітності призводить до зростання вживання жінкою їжі й виникненню деяких особливостей у функціонуванні травної системи. У вагітної жінки фіксується збільшення апетиту й пригнічення смакових відчуттів. З іншого боку,

гальмується моторика шлунково-кишкового тракту, що зумовлено зменшенням його тону під впливом вегетативної ланки нервової системи та певним зміщенням у розташуванні завдяки зростанню матки. Стають більш активними процеси пристінкового травлення, що покращує хід всмоктування в тонкому кишківнику. В товстій кишці уповільнюється всмоктування води й електролітів [4]. Клінічно вказані зміни зумовлюють виникнення закрепів, набряку прямої кишки, спостерігається збільшення рецидивів геморою, що викликано явищем стазу у венах, які впадають в нижню порожнисту вену [15].

Комплексні зміни, що відбуваються у жінки під час вагітності торкаються й сечовидільної системи. Спостерігається розширення чашково-мискової системи внаслідок зростання розмірів нирок на 1,5-2,0 см, підвищується на 25-30 % кровообіг нирок, а клубочкова фільтрація – на 35-50 %, при цьому без змін залишається канальцева реабсорбція, що призводить до фізіологічних протеїнурії та глюкозурії, спостерігається стійка лужна реакція сечі [34, 36, 47].

Вагітність впливає й на опорно-руховий апарат жінки, особливо після початку повноцінного функціонування плаценти, що утворює релаксин, який, своєю чергою, зумовлює розпушування й пом'якшення зв'язок та зчленувань тазу. Внаслідок вказаних змін у вагітних спостерігається «качина хода» та біль у кістках тазу [29].

Отож, проведений аналіз літературних джерел демонструє, що фізіологічний процес, яким є вагітність, зумовлює низку змін практично в усіх ланках організму, що мають не тільки структурний, а й функціональний характер. Таким чином жінка пристосовується до гестаційного процесу й готується до відповідального кроку, яким є пологи.

1.1.4. Зміни в репродуктивній системі жінки під час вагітності

Плодове яйце протягом усього гестаційного терміну розташовано у матці й зумовлює її поступове збільшення від 70 г до 1100 г зі зростанням порожнини від 10 мл до 5-20 літрів, тобто у 500-1000 разів. Приріст матки протягом

вагітності відбувається завдяки розтягненню й гіпертрофії м'язових клітин, але при цьому спостерігається обмежене утворення нових міоцитів [25].

Особливої уваги заслуговує судинна система матки, що демонструє розширення кровоносних судин, перш за все – венозних, спостерігається утворення нових судин, що зумовлює зростання кровоплину більш ніж у 10 разів. У цей час створюється маткове коло кровообігу, що має назву «друге серце» та зв'язок з плацентарним та плодовим кровоплином [4].

Після запліднення в одному з яєчників, там де пройшла овуляція, формується нова залоза внутрішньої секреції, що має назву жовте тіло. Утворення продукує основний гормон вагітності – прогестерон, що забезпечує нормальний розвиток плідного яйця. Жовте тіло існує не весь термін гестації, а лише до 10-12 тижнів, після чого його функцію бере на себе плацента [29].

Окрім прогестерону жовте тіло продукує релаксин, що має схожість з інсуліном або інсулін подібних факторів росту I чи II. та значущість у ремоделюванні сполучної тканини репродуктивного тракту, що є необхідним як для вагітності, так і для пологів [4].

Шийка матки, піхва та вульва під час вагітності зазнають збільшення васкуляризації та водночас розм'якшуються; м'язи маткових труб гіпертрофуються, а епітелій слизової оболонки сплющується [4]. Протягом вагітності, починаючи з ранніх термінів, фіксується розм'якшення шийки матки завдяки наявності суттєвої перебудови колагенвміщуючої сполучної тканини до рівня 12-разового зменшення механічної резистентності у пологах [27].

Під час вагітності суттєвих змін зазнають молочні залози. У ранні терміни вагітності спостерігаються їх підвищена чутливість, болючість та нагрубання. Другий місяць вагітності дає старт збільшенню розмірів молочних залоз, а під впливом естрогенів виникає зростання протокової тканини, в той самий час прогестерон зумовлює їх гіпертрофію. Фіксується збільшення сосків та залоз Монтгомері, розширення ареол (рис. 1.1.4.1) [4].



Рис. 1.1.4.1 Зміни зовнішнього вигляду молочної залози під час вагітності та лактації

Зі зростанням гестаційного терміну починається утворення та виділення молозива. Спостерігається інтенсивний кровообіг молочних залоз з максимальною вираженістю наприкінці вагітності [4].

Таким чином, огляд літературних джерел демонструє наявність суттєвих структурних та функціональних змін в усіх відділах репродуктивної системи жінки, що зумовлені вагітністю. Ці перебудови спрямовані на виношування вагітності й регулюються гормональною системою.

1.2. Визначення й характеристика пологів та вплив на них війни

1.2.1. Загальна характеристика пологів

В літературних джерелах існує два підходи для визначення пологів – загальне та те, що базується на певних ознаках, більш деталізованого, а саме – нормальних пологів. Поширене визначення пологів – це фізіологічний процес,

що характеризується зганянням з матки через пологові шляхи плідного яйця. Нормальні пологи – це пологи одним плодом зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у терміні вагітності 37-42 тижні з наявністю потиличного передлежання плода, які проходять без ускладнень протягом усіх періодів пологів, з визначенням задовільного стану породіллі та новонародженого [20].

Натепер у фізіологічному акушерстві вважають, що етап від трьох тижнів до двох тижнів після розрахованої передбачуваної дати пологів має назву «доношеного» з очікуванням задовільного неонатального підсумку у весь визначений проміжок часу. Термінові пологи при цьому поділяються на ранні термінові (ранні пологи), що відбуваються у терміні вагітності $37_{+0} - 38_{+6}$ тижнів вагітності; термінові або своєчасні, які проходять при $39_{+0} - 40_{+6}$ тижнях гестації; пізні термінові або пізні, трапляються у терміні вагітності $41_{+0} - 41_{+6}$ тижнів [16].

Важливо зазначити, що наявність передчасного розриву плодових оболонок, виконання штучного розриву плодових оболонок при відсутності проведення індукції пологів, а також діагностований розрив промежини 1-го ступеня не є причиною виключення пологів з групи нормальних [28].

1.2.2. Причинні фактори початку пологів

Основна функція організму жінки спрямована на виношування плода й народження дитини, що комплектує материнську домінанту, а «пологова домінанта» є її важливою складовою частиною [2]. Пологова домінанта має дві складові частини – фізіологічний і психологічний компоненти, стан яких впливає на результат пологів [18].

Старт пологів є складним і включає участь як організму матері, так і плода. Виникає певне дублювання механізмів, що ініціюють пологи. Зрілий плід починає надсилати сигнал до центральної нервової системи матері, що означає початок пологів, але, в свою чергу, організм матері до цього часу повинен підготуватися до їх виникнення завдяки наявності сформованої домінанти

пологів, існування якої демонструє налаштування всіх органів та систем до народження плодового яйця [6].

За думкою D. Amis (2019) для початку пологів необхідні чотири основних гормона – окситоцин, ендорфіни, катехоламіни й пролактин, рівень яких підвищується протягом вагітності й досягає максимального рівня на початку пологів. Якщо пологи починаються мимовільно з достатнім рівнем окситоцину та кількістю рецепторів для його сприйняття, що збільшувалося протягом усієї вагітності, то спостерігалася велика ймовірність фізіологічного перебігу пологів та надалі оптимального вигодовування дитини [33].

Роль ендорфінів у пологах розглядається з позиції їх впливу на оптимальний перебіг процесу народження дитини, підкреслюючи умову спонтанного початку на тлі помірного фізичного навантаження у вигляді занять спортом протягом усієї вагітності, яке зумовлює поступове фізіологічне збільшення [33].

Рівень катехоламінів, за думкою D. Amis (2019), також збільшується перед початком спонтанних пологів, що має значущість у підготовці легень плода до спонтанного дихання повітрям й суттєво зменшує ризик виникнення респіраторних ускладнень. Також, в дозріванні легень плода бере участь й пролактин, суттєве підскакування якого фіксується напередодні пологів. Надалі гормон безпосередньо забезпечує добру лактацію жінки [33].

Дослідження L. Gao та співавт. (2015) демонструє безпосередній вплив самого плода на пології, шляхом створення двох білків у їх легенях, які сприяють початку вигнання плідного яйця. Слід зазначити, що вказані речовини з'являються після вироблення сурфактанту й спрямовані на підготовку легені плода до дихання повітрям після народження [42].

Цікавої думки дотримується Erin Digitale (2021), вважаючи пологи запальною реакцією з тонким налаштуванням імунних реакцій під час переходу до підготовки до них [31].

Імовірно, що існує каскад пологів у терміні, який видаляє механізми, що підтримують спокій матки, та залучає фактори, що сприяють активності матки. У такій моделі кожен елемент пов'язаний з наступним, й багато елементів є частиною множинних петель позитивного зворотного зв'язку. Каскад змін в окремих ланках організму жінки, завдяки яким починаються та розвиваються пологи, представлено на **рис. 1.2.2.1** [50].

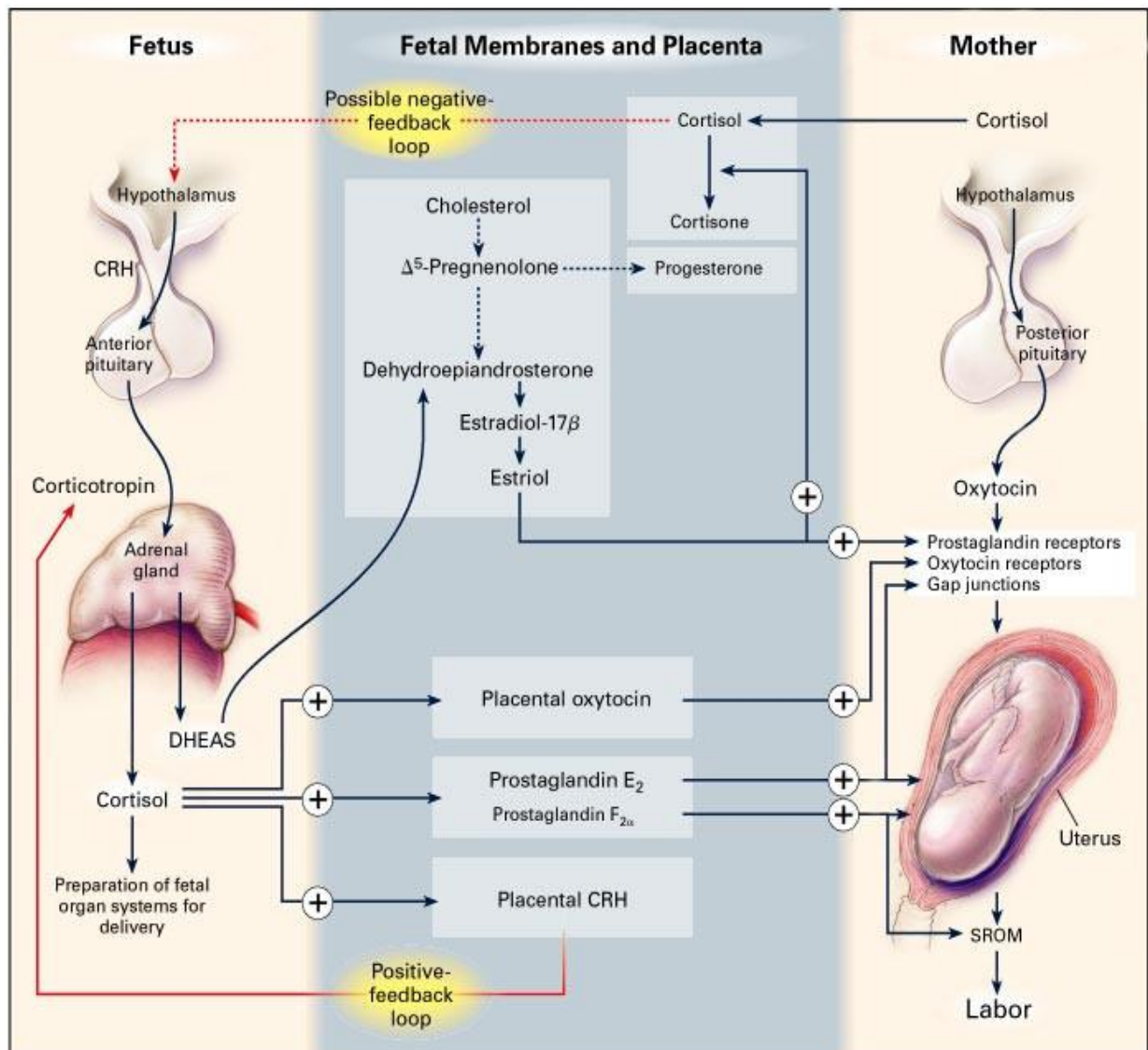


Рис. 1.2.2.1 Комплексні зміни, що зумовлюють початок пологів

Проведений аналіз літературних джерел демонструє відсутність єдиного погляду на причинні фактори виникнення пологів, але наявність багатьох ланок, може свідчити про складність механізмів й присутність взаємодії між їх окремими напрямками. Стає зрозумілим, що на кожен крок можливо вплинути,

що призведе до змін іншого й зумовить суттєвий вплив як на старт пологів, так й надалі – на їх розвиток.

1.2.3. Ризики перебігу пологів під час війни

Підґрунтям для вивчення впливу бойових дій в Україні на перебіг пологів з'явилася загальна статистична інформація про суттєве збільшення кількості патологічних пологів, викиднів та кесарських розтинів [19].

Дослідження сучасних науковців вичленували та перерахували основні негативні фактори, зумовлені війною у вигляді нашарування стресу на існуючі проблеми – погіршення соціального становища; примусова, а іноді й неодноразова зміна місця проживання, й, навіть, країни; розлад у харчуванні, що зумовлений відсутністю якісних продуктів, перебої з ліками; суттєве погіршення контакту «лікар-пацієнт» з наслідками у вигляді вчасних та якісних консультацій та призначень лікування. Вказане формує суттєві ризики воєнного часу для вагітних, перешкоджаючи сприятливому закінченню гестації, а саме – пологам. Вченими визначено найбільший несприятливий фактор яким є сильна психотравма [8].

Тривалий вплив хронічного стресу зумовлює погіршення стану здоров'я вагітних. У них спостерігається зниження працездатності, погіршення апетиту, наявність млявості та апатії, порушення сну, що призводить до ризику виникнення акушерських ускладнень [10, 12, 24, 37, 52, 53].

Через вагітну пренатальний стрес негативно впливає на внутрішньоутробний розвиток плода й надалі на здоров'я дитини [11, 46, 49, 51]. Науковцями доведено, що у цих дітей спостерігається зростання захворюваності на шизофренію, аутизм, запрограмується патологія серцево-судинної системи, схильність до респіраторних захворювань, існує ризик розвитку астми, ослаблення когнітивних особливостей, зростання випадків смертності новонароджених [24, 48].

Продукція гормонів стресу, що спостерігається у вагітних демонструє суттєве збільшення адреналіну та кортизолу, що призводить до підвищення

кров'яного тиску та збільшення частоти серцебиття, які демонструють підготовку тіла жінки до реакції на загрозу. При цьому віддається перевага організму саме власному виживанню, що призводить до зменшення кровотоку до плода через плаценту. Отже, внаслідок реактивній перебудові кровотоку, спостерігається недостатнє надходження до плода кисню та поживних речовин, що негативно відбивається на його зростанню та розвитку. В пологах фіксується народження дітей з низькою масою, що має довгострокові наслідки для здоров'я дитини [13].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я через пів року після початку війни в Україні суттєво збільшилася частота передчасних пологів [43]. За даними вітчизняних авторів цей показник примножився втричі [17]. Окрім передчасних пологів, під впливом пренатального стресу зростає частота ранніх термінових пологів з застосуванням знеболення у 55 % випадків [5].

В умовах активних бойових дій часто спостерігається переохолодження жінок, коли виникає необхідність жити у підвалах або холодних бомбосховищах, що призводить до гострих інфекційних захворювань, таких як пневмонія, пієлонефрит та інші, які з'являються внаслідок зниження імунітету. Гостре запалення легень або нирок призводять до передчасних пологів, а запалення органів сечовивідної системи додатково – до інфікування плоду [22, 23, 26].

Починаючи діяти у період вагітності несприятливі фактори надалі стають основою для виникнення ускладнень самого пологового акту. Спостерігаються передчасний чи ранній розрив плодного міхура (12,8 %); розвиваються аномалії пологової діяльності (11,7 %); досить часто фіксуються травми м'яких тканин пологових шляхів (19,2 %). За думкою науковців, вказані ускладнення слід вважати результатом порушення центральної регуляції пологової діяльності, що призводить до скоротливої активності матки при наявності незрілих або недостатньо зрілих пологових шляхах [9].

Отож, дані літературних джерел демонструють, що внаслідок війни виникає широкий спектр розладів під час пологів, які зумовлені тривалим

впливом несприятливих факторів й основним виступає тривалий стрес. Бойові дії ускладнюють як процес народження дитини, так й впливають на сам плід.

РОЗДІЛ II

МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Матеріали досліджень

Виконання освітньо-кваліфікаційної роботи ґрунтувалося на підставі детальної оцінки даних сучасних літературних джерел й підсумків власних спостережень за жінками під час пологів, а також у ранній та з частковим включенням пізнього післяпологового періоду. Визначення часу спостереження за жінкою після пологів зумовлено терміном її перебування у післяпологовому відділенні Комунального некомерційного підприємства Харківської Обласної ради «Обласний перинатальний центр». Зазвичай час спостереження за жінкою після пологів складав 2-3 доби.

Робота здійснювалася з неухильним дотриманням фундаментальних етичних норм, що визначають права, безпеку та гідність осіб, як об'єктів наукових досліджень. Усі етапи освітньо-кваліфікаційної роботи узгоджувалися з вимогами та положеннями Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації – міжнародного нормативного документа: "Етичні принципи медичних досліджень за участю людини як об'єкта дослідження" у його останньої редакції (2008 року, Сеул).

З метою вирішення поставленого дослідницького завдання, що стосується визначення професійно-функціональних обов'язків акушерки, на початковому етапі роботи було сформовано дві групи спостереження. Відбір та структурування досліджуваної вибірки проводилися шляхом опрацювання даних обмінних карт та історій вагітності, пологів та післяпологового періоду, тобто основного медичного документа стаціонару, що відображує стан родилля та породіллі.

Першу (основну) групу склали 20 пацієнток, що знаходилися у стаціонарі, менеджмент яких здійснювався із розробленим нами супроводом акушерки. До другої (контрольної) групи було залучено 10 жінок, догляд за якими проводився

відповідно до стандартних, загальноприйнятих клінічних протоколів та алгоритмів надання акушерської допомоги [28].

2.2. Методи досліджень

Другий етап роботи включав аналіз результатів перебування пацієнток у пологовому та післяпологовому відділеннях, відповідно принципу їх ведення. Насамперед ми здійснювали оцінку перебігу першого періоду пологів на підставі вивчення партограм усієї когорти пацієнток (додаток 1). В рамках оцінювання больового синдрому використовували візуальну аналогову шкалу (ВАШ).

Власні спостереження передбачали докладний розгляд та подальший аналіз перебігу другого та третього періодів пологів, використовуючи дані вкладишу № 1 до форми № 096/о «Історія вагітності та пологів» (додаток 2, 3). На етапі власних спостережень ми використали оцінку психологічного стану жінок з когорти спостереження, а також становлення у них лактації.

2.3. Методи статистичної оцінки результатів досліджень

Цифрові показники, отримані в ході дослідження, було піддано математичному опрацюванню відповідно до усталених статистичних підходів, що ґрунтуються на методах варіаційної статистики. Для статистичного аналізу застосовували програмні інструменти Microsoft Office Excel 2010 та Microsoft Word, зокрема модулі, які забезпечують визначення критерію Стюдента з метою встановлення статистичної достовірності розбіжностей між двома вибірками. Отримані значення зіставляли з критичними показниками, наведеними у таблиці (рис. 2.3.1).

На підставі проведеної статистичної обробки числових даних було визначено ймовірність відмінностей, а саме, що показники двох вибірових груп справді різняться між собою. Висновок про статистичну значущість цих відмінностей робився тоді, коли фактичне (обчислене) значення t-критерію перевищувало відповідне значення зі загальноприйнятої таблиці для визначеної кількості ступенів свободи (d).

Кількість ступенів свободи обчислювалася за формулою:

$d = n_1 + n_2 - 2$, де n_1 та n_2 позначають обсяг спостережень у кожній вибірці.

Число средней свободы <i>df</i>	α			Число средней свободы <i>df</i>	α		
	0,10	0,05	0,01		0,10	0,05	0,01
1	6,3138	12,706	63,657	18	1,7341	2,1009	2,8784
2	2,9200	4,3027	9,9248	19	1,7291	2,0930	2,8609
3	2,3534	3,1825	5,8409	20	1,7247	2,0860	2,8453
4	2,1318	2,7764	4,6041	21	1,7207	2,0796	2,8314
5	2,0150	2,5706	4,0321	22	1,7171	2,0739	2,8188
6	1,9432	2,4469	3,7074	23	1,7139	2,0687	2,8073
7	1,8946	2,3646	3,4995	24	1,7109	2,0639	2,7969
8	1,8595	2,3060	3,3554	25	1,7081	2,0595	2,7874
9	1,8331	2,2622	3,2498	26	1,7056	2,0555	2,7787
10	1,8125	2,2281	3,1693	27	1,7033	2,0518	2,7707
11	1,7959	2,2010	3,1058	28	1,7011	2,0484	2,7633
12	1,7823	2,1788	3,0545	29	1,6991	2,0452	2,7564
13	1,7709	2,1604	3,0123	30	1,6973	2,0423	2,7500
14	1,7613	2,1448	2,9768	40	1,6839	2,0211	2,7045
15	1,7530	2,1315	2,9467	60	1,6707	2,0003	2,6603
16	1,7459	2,1199	2,9208	120	1,6577	1,9799	2,6174
17	1,7396	2,1098	2,8982	∞	1,6449	1,9600	2,5758

Рис. 2.3.1. Критичні значення t-критерію Стюдента для рівнів значущості 1 %, 5 % й 10 % залежно від кількості ступенів свободи

Висновки до другого розділу

З урахуванням обраної теми випускного кваліфікаційного дослідження було сформовано дві вибіркові сукупності, загальна чисельність яких становила 30 спостережень. Розподіл пацієнтів на основну та контрольну групи здійснювався залежно від застосованої моделі ведення: із розробленим нами супроводом акушерки або відповідно до стандартних, загальноприйнятих клінічних протоколів та алгоритмів надання акушерської допомоги.

Методичний підхід до спостереження базувався на аналізі загальних оцінок перебігу першого, другого та третього періодів пологів. Організація дослідження передбачала вивчення особливостей становлення лактації та психологічного стану у дослідженої когорти жінок.

Зібрані емпіричні дані були опрацьовані методами варіаційної статистики відповідно до загальноприйнятих методичних вимог щодо наукових досліджень.

РОЗДІЛ III

АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Базова характеристика груп досліджень

Для забезпечення реалізації мети та розв'язання поставлених у дослідженні завдань було сформовано відповідні групи спостереження, які складено в загальній кількості 30 роділь. На етапі комплектування когорти жінок ми вважали доцільним виключити вплив парітету, що зумовило склад досліджуваної вибірки жінок тільки з першовагітних. Вказаний підхід дозволив виключити фактор попереднього знайомства з пологами й дав можливість окреслити саме підходи до менеджменту жінок.

Критерієм включення роділь у дослідження була доношена вагітність у терміні 37-42 тижні вагітності. По групах показник склав $39,7 \pm 0,3$ тижні та $40,1 \pm 0,2$ тижні відповідно ($P > 0,5$), що показує ідентичність груп спостереження за терміном початку пологів.

Оскільки при виконанні дослідження планувалася оцінка психологічного стану роділь, динаміка пологовою діяльності вибірку жінок сформовано із пацієнток, що були у шлюбі та мали задовільні побутові умови.

В попередньому огляді літератури ми показали вплив різноманітних гормонів на перебіг вагітності та пологів, тому патологічні стани, зумовлені ендокринологічними розладами, могли вплинути на результати дослідження й зумовити хибні результати. Тому з роботи було виключено жінок з ендокринними порушеннями, включно й репродуктивної системи. Також, ми не інтегрували у роботу жінок, патологічні стани яких могли призвести до закінчення пологів шляхом кесарева розтину чи накладання акушерських щипців, а саме з наявністю важкої прееклампсії, міопії високого ступеня, важких розладів з боку серцево-судинної чи сечовивідної системи та інш. До спостереження не було включено жінок з багатопліддям та будь-яким варіантом тазового передлежання плоду, оскільки ці фактори впливають на перебіг пологів та можуть зумовити виникнення хибних результатів дослідження.

Вік пацієнток, що включені до когорти дослідження, коливався від 20 до 29 років й складав в середньому $22,5 \pm 0,7$ років та $23,3 \pm 0,4$ роки відповідно ($P > 0,5$). Тож, групи спостереження були тотожні за віком.

Вагітність у жінок обох груп настигла на 12–14 місяці регулярного статевого життя без використання засобів контрацепції, склавши по групах $10,7 \pm 0,4$ місяці та $11,1 \pm 0,2$ місяці відповідно ($P > 0,5$). У невеликої кількості жінок, 2 та 1 випадки відповідно (по 10 % в обох групах), вагітність виникла після року регулярного статевого життя без застосування контрацептивів, але це не вплинуло на їх психологічний стан.

Перебіг вагітності в групах спостереження був задовільним. Протягом вагітності в обох групах жінок спостерігалися певні розлади: у 7 (35 %) основної групи й 5 (50 %) – контрольної. Фіксувалися: анемія легкого ступеня, блювання вагітних легкого ступеня, загроза викидня до 12 тижнів, нейроциркуляторна дистонія за гіпотонічним типом, мікотичний кольпіт, безсимптомна бактеріурія. Усі визначені патологічні стани не вимагали стаціонарного лікування жінки, а менеджмент було здійснено амбулаторно з позитивним ефектом. Дані щодо перебігу вагітності у дослідженої вибірки жінок представлені у таблиці 3.1.1.

Табл. 3.1.1 Розподіл новонароджених груп дослідження за діагнозами (абс. число та %)

Патологічний стан	Основна група	Контрольна група
Анемія вагітних (легкий ступінь)	2 (10 %)	1 (10 %)
Блювання вагітних легкого ступеня	1 (5 %)	0
Загроза викидня (до 12 тижнів)	1 (5 %)	1 (10 %)
Нейроциркуляторна дистонія гіпотонічним типом	0	1 (10 %)
Безсимптомна бактеріурія	1 (5 %)	0
Мікотичний кольпіт	2 (10 %)	2 (20 %)

Задля вирішення завдань роботи нам було важливо сформулювати вибірку жінок таким чином, щоб мінімізувати первинний вплив факторів на перебіг

пологів. Тому на етапі формування сукупності досліджуваних роділь ми проводили оцінку очікуваної маси плоду.

Методика проведення базувалася на використанні формули Жорданія: маса плоду (г) = ВДМ х ОЖ, де ВДМ – висота розташування дна матки (відстань між серединою верхнього краю симфізу й найбільш віддаленої точки дна матки) у см; ОЖ – обвід живота (вимірюється на рівні пупка вагітної) у см. Середній показник очікуваної маси плоду по групах склав 3120 ± 210 г та 3090 ± 240 г ($P > 0,5$), що демонструє недостовірність числових відмінностей та тотожність груп за вказаним параметром.

3.2. Основні напрямки акушерського супроводу роділь та породіль під час менеджменту у стаціонарі

Під час бойових дій у прифронтовому місті безпекова ситуація залишається вкрай напруженою та непередбачуваною та характеризується високими ризиками для цивільного населення. Тому роділлі знаходиться в стані підвищеного стресу, що зумовлено з одного боку самими пологами, а з іншого – необхідністю дотримання посилених заходів безпеки. Після народження дитини стресові впливи підсилюються завдяки наявності занепокоєння за новонародженого й це може відбитися на становленні лактації, яка є основною у годуванні малюка.

Нами запропонована та узгоджена з лікуючим лікарем тактика акушерського супроводу жінки задля зменшення негативних впливів, зумовлених можливими загрозами внаслідок бойових дій у будь-який момент перебування пацієнтки в межах відділень перинатального центра.

Першою стадією виконання акушерського супроводу була підготовка засобів транспортування роділлі, породіллі чи новонародженого в безпечне укриття. Тому на кожному етапі перебування жінки у стаціонарі при оголошенні повітряної тривоги біля жінки та новонародженої дитини відразу знаходилися засоби транспортування: медичне транспортне крісло та візок для транспортування дитини, що представлено на рис. 3.2.1., 3.2.2., 3.2.3, 3.2.4.



Рис. 3.2.1. Медичне транспортне крісло на санітарному пропускнику

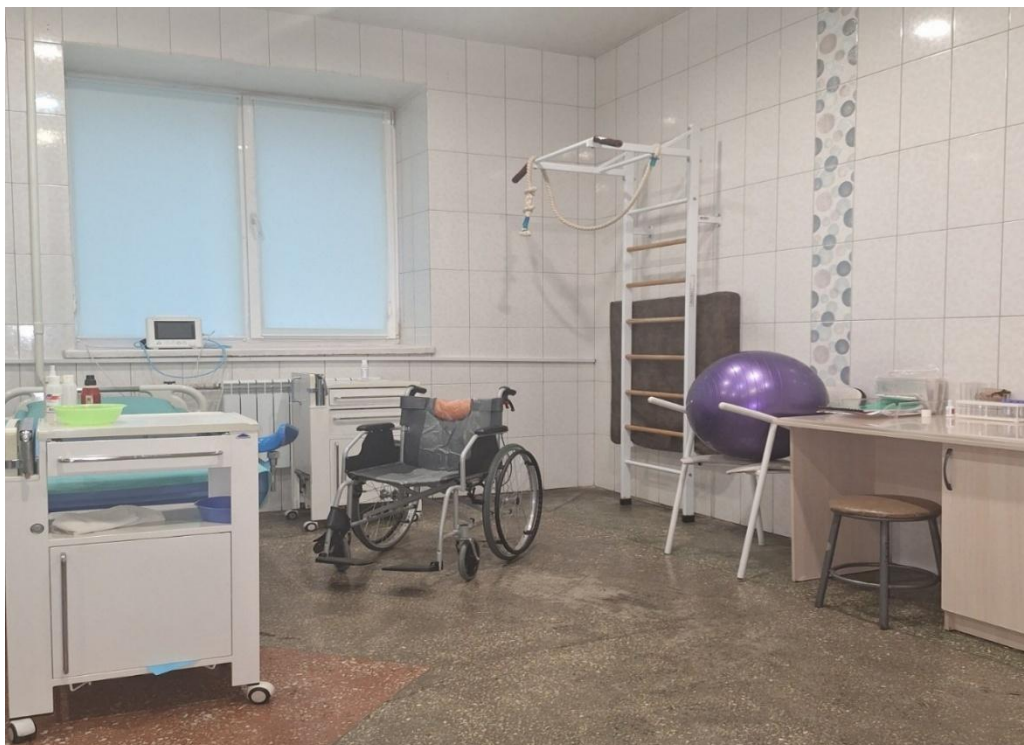


Рис. 3.2.2. Медичне транспортне крісло у пологовій залі



Рис. 3.2.3. Медичне транспортне крісло та візок для новонародженого у післяпологовій палаті



Рис. 3.2.4. Медичне транспортне крісло та неонатальний візок в кабіні ліфта

Друга стадія виконання акушерського супроводу передбачала підготовку та контроль за станом місця для укриття при оголошенні повітряної тривоги чи загрозі обстрілу. Безпечне приміщення, яке закріплене за пологовим та післяпологовим відділенням представлено на рис. 3.2.5.



Рис. 3.2.5. Бомбосховище для пацієнок пологового та післяпологового відділень

Третя стадія реалізації акушерського супроводу передбачала надання пацієнтці повної інформації щодо акушерського супроводу та пам'ятки щодо дій у випадку загрожуючої ситуації.

3.3. Функціональні обов'язки медичної сестри у здійсненні акушерського супроводу

Формуючи ідею акушерського супроводу ми спиралися на те, що емоційне самопочуття пацієнтки перинатального центра знаходилося у стані тривоги. Саме середній медичний персонал своїми діями повинен був зменшити вплив несприятливих факторів, сторонніх від медичного менеджменту.

Перший етап акушерського супроводу передбачав щоденну перевірку наявності й задовільного стану медичного транспортного крісла та візка для транспортування дитини. Проводилася візуальна оцінка цілісності й справності транспортних засобів та обробка їх поверхні дезінфікуючим розчином. Вказані засоби знаходилися поруч з жінкою та новонародженою дитиною при перших ознаках погіршення безпекової ситуації.

В рамках другого етапу акушерського супроводу, кожен робочу зміну медична сестра обов'язково робила контроль доступу до бомбосховища, перевіряла чистоту та освітлення приміщення, наявність водопостачання. За потребою транспортувала до укриття діагностичне чи інше необхідне обладнання.

Третій етап акушерського супроводу передбачав надання повної інформації щодо дій роділлі чи породіллі у випадку повітряної тривоги. Задля цього розроблено спеціальну покрокову схему у вигляді паперового документу: «Пам'ятка для пацієнтки при наявності повітряної тривоги» (додаток 4). Пам'ятка надавалася кожній жінці, що брала участь у дослідженні та належала до основної групи, з часу, коли починалося її знаходження у перинатальному центрі. Окремо медична сестра робила коротке пояснення щодо кожного пункту пам'ятки.

Установчу інструкцію було побудовано таким чином, щоб не тільки регламентувати дії пацієнтки перинатального центру, а й зробити їх доцільними та ефективними. Крім того, пам'ятка демонструвала підготовку персоналу до можливої загрози безпекової ситуації та була спрямована на формування впевненості у жінки, що вона та її дитина знаходяться у відносній безпеці.

Таким чином, функціональні обов'язки медичної сестри при здійсненні акушерського супроводу задля пацієнток перинатального центру становляться більш поширеними й містять дії, що спрямовані на забезпечення психо-емоційного комфорту жінки в період загрози безпекової ситуації, зумовленої війною.

Тривалість латентної фази розкриття шийки матки по групах склала $6,3 \pm 0,4$ години та $7,5 \pm 0,3$ години відповідно ($P < 0,05$), що демонструє достовірну різницю показників. Тривалість активної фази розкриття шийки матки також демонструє менші показники у роділь основної групи ($5,7 \pm 0,3$ години), порівнюючи з групою контролю ($6,8 \pm 0,2$ години) з достовірною різницею, що склала ($P < 0,01$).

Загальна тривалість першого періоду пологів у роділь в залежності від ведення також достовірно відрізнялася й складала $11,7 \pm 0,3$ години та $12,6 \pm 0,2$ години відповідно ($P < 0,05$).

Наочне зображення тривалості періодів пологів представлено на рис. 3.4.2.

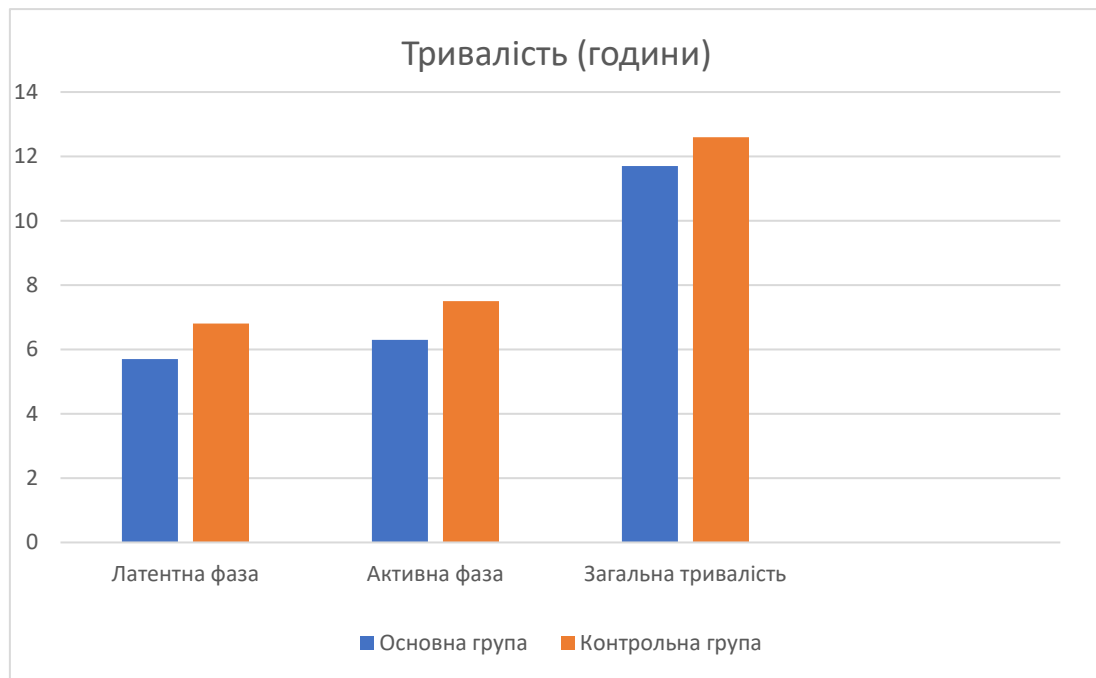


Рис. 3.4.2. Тривалість першого періоду пологів по групах спостереження

Проведений етап спостереження демонструє, що психологічний стан жінок, що базувався на наявності впевненості у нівелюванні загроз збоку безпекової ситуації забезпечує більшу ефективність перебігу першого періоду пологів у вигляді як його загального скорочення, так і швидкого перебігу по фазах.

3.5. Характеристика та інтенсивність болю в першому періоді пологів при різних тактиках ведення роділлі

Наступним етапом роботи визначено спостереження за проявом больового синдрому, як притаманного кожній жінці, що знаходиться у пологах. Задля виконання оцінки цієї ознаки перебігу пологів ми використовували візуальну аналогову шкалу ВАШ (рис.3.5.1.), оскільки цей інструмент є дуже простим у використанні, швидко дає точний результат.



Рис. 3.5.1. Візуально-аналогова шкала оцінки прояву больового синдрому

Отримані показники фіксуються від стану, коли біль відсутній, до рівня, що характеризується як нестерпний або максимально інтенсивний. Такий інструмент відображає суб'єктивне сприйняття сили болю й дозволяє кількісно представити отримані дані у вигляді числової інтерпретації, а саме – кількості балів (табл. 3.5.1).

Табл. 3.5.1. Числова інтерпретація прояву больового синдрому (кількість балів)

Прояви болю	Кількість балів
Відсутність больових відчуттів	0
Слабкий біль	0-2

Помірний біль	2-4
Сильний біль	4-6
Дуже сильний біль	6-8
Нестерпний біль	8-10

Больові відчуття в ділянці нижньої частини живота становлять характерну суб'єктивну клінічну маніфестацію першого періоду пологів. Їх інтенсивність була проаналізована на основі показників, отриманих за допомогою візуально-аналогової шкали. Симптом оцінювали в латентну фазу першого періоду пологів через 2 години після діагностики початку пологів (періоду розкриття шийки матки). Систематизовані дані наведено у таблиці 3.5.2.

Табл. 3.5.2. Прояви больового синдрому по групах (абс. число, відсоток)

Інтенсивність болю	Основна група	Контрольна група
Відсутність больових відчуттів	0 (0 %)	0 (0 %)
Слабкий біль	1 (5 %)	0 (0 %)
Помірний біль	10 (50 %)	1 (10 %)
Сильний біль	8 (40 %)	7 (70 %)
Дуже сильний біль	1 (5 %)	2 (20 %)
Нестерпний біль	0 (0 %)	0 (0 %)

Отримані дані свідчать про те, що в основній групі спостереження прояви болю коливалися від рівня слабого до дуже сильного. У той час у роділь контрольної групи коливання прояву болю зафіксовано від помірного до дуже сильного. Основним проявом вказаного синдрому в основній групі зафіксовано на рівні помірного болю – 10 спостережень (50 %). В групі контролю найчастіше спостерігався сильний біль (7 випадків, 70 %).

Ми обчислили середні показники прояву болю по групах ($4,6 \pm 0,4$ бали та $5,7 \pm 0,3$ бали відповідно) й встановили достовірну різницю між показниками $P < 0,05$.

Слід зазначити, що усі роділлі когорти спостереження отримували знеболювання пологів, але його варіанти й ефективність були сприйняті по-різному. В основній групі спостереження 15 роділь (75 %) мали немедикаментозне знеболювання (зміна положення тіла та активні рухи роділлі, локальне натискання на крижову ділянку, колінне натискання тощо), у 5 випадках (25 %) використано медикаментозне знеболювання. В той же час у контрольній групі немедикаментозне знеболювання мало позитивний ефект тільки у 2 жінок (20 %), а 8 роділь (80 %) отримали медикаментозне знеболювання. Усі медикаментозні призначення з метою знеболювання по обох групах жінок, мали позитивний ефект.

Тож, жінки, яким здійснювався акушерський супровід, завдяки зосередженості лише на народженні дитини, мали більш швидкий перебіг першого періоду пологів, у 75 % впорались с біллю завдяки використанню немедикаментозних методів знеболювання, згідно чинним клінічним протоколам, що закріплено наказом МОЗ України [28].

3.6. Характеристика та перебіг другого та третього періодів пологів

Народження дитини в обох групах здійснювалося з використанням техніки «не регульованих фізіологічних потуг» з самостійним виконанням кількох коротких, спонтанних та інтенсивних м'язових напружень без затримки дихання. В рамках дослідження ми проводили аналіз тривалості перебігу другого періоду пологів.

Тривалість другого періоду пологів у дослідженої когорти жінок обох груп знаходилася в межах норми, тобто до двох годин, але у роділь основної групи вигнання плоду пройшло скоріше, ніж у жінок контрольної групи, склавши $1,3 \pm 0,4$ години та $1,5 \pm 0,3$ години відповідно. Слід зазначити, що різниця між тривалістю перебігу другого періоду пологів не була достовірною ($P > 0,5$).

Третій період пологів характеризувався відшаруванням плаценти та народженням посліду. Всі жінки дали письмову поінформовану згоду на активне ведення третього періоду пологів. Його тривалість у обстеженої когорти жінок знаходилися у межах норми й складала до 30 хвилин: $20,2 \pm 0,5$ год та $23,2 \pm 0,4$ години відповідно. Зафіксовано достовірну різницю між показниками основної та контрольної групи ($P < 0,05$).

Таким чином, на даному етапі роботи ми встановили справжню різницю між тривалістю перебігу третього періоду пологів у жінок основної та контрольної групи. Недостовірну варіабільність ми знайшли у часі перебігу другого періоду пологів.

3.7. Вплив акушерського супроводу на становлення лактації у породіль

Перші дні після пологів є відповідальними щодо становлення лактації. Ці дні зазвичай породілля проводить у стаціонарі. Відомо, що психологічний стан жінки виступає як ключовий чинник, що безпосередньо формує ефективність та стабільність процесу лактації.

Оскільки в нашому дослідженні завдяки акушерському супроводу ми намагалися нівелювати вплив стресу, зумовленого бойовими діями, завдяки ретельній підготовці до загрозової ситуації.

Медична сестра навчає породіллю правильному годуванню дитини задля формування саморегулюючої лактації:

1. Правильне прикладання до грудей із захопленням соска й більшої частини ареоли;
2. Правильне положення немовляти;
3. Створення сприятливого для формування лактації режиму харчування дитини: регулярне, за вимогою немовляти;
4. Медична сестра навчає породіллю зціджуванню молока, пояснює необхідність частих та тривалих цих дій.

Критерієм правильного становлення лактації є спостереження за немовляти:

1. Присутність спокою у немовляти після смоктання грудей;
2. Потреба у зміні підгузок 6-8 разів на добу;
3. Активне смоктання грудей під час годування, відчуються ковтання материнського молока;
4. На підгузку фіксуються м'які жовті випорожнення.

За вказаними ознаками ми оцінили становлення лактації у обстеженої когорти жінок. Систематизовані дані представлені у таблиці 3.7.1.

Табл. 3.7.1. Характеристика становлення лактації за відносними показниками (абс. число, відсоток)

Варіант ознаки	Основна група	Контрольна група
Спокійний стан немовляти після годування	18 (90 %)	7 (70 %)
Потреба у зміні підгузок 6-8 разів на добу	19 (95 %)	7 (70 %)
Активне смоктання грудей під час годування, відчуються ковтання материнського молока	20 (100 %)	9 (90 %)
На підгузку фіксуються м'які жовті випорожнення	18 (90 %)	6 (60 %)

Аналіз представлених ознак показав, що навіть годування молозивом та перехідним молоком при частому прикладанні дитини до грудей має велику значущість для усіх новонароджених від жінок з когорти спостереження. Але слід зазначити, що певні характеристики були різними по групах спостереження.

Спокійний стан немовляти після годування грудьми зафіксовано у 18 випадках (90 %) основної групи та 7 (70 %) – контрольної. При цьому 20 спостережень основної групи (100 %) й 9 – контрольної (90 %) показали наявність активного смоктання грудей під час годування, що демонструє добрий стан немовлят та присутність відчуття голоду у них.

Активне сечовиділення у дітей обох груп фіксувалося на підставі потреби у зміні підгузок з частотою 6-8 разів на добу й складало 19 (95,5 %) та 7 (70 %) відповідно. Ми можемо зазначити менший об'єм рідини, що отримали при смоктанні грудей немовляти контрольної групи.

Значущою задля контролю ефективності годування є оцінка випорожнень малюка, які були задовільними у 18 випадках основної групи (90 %) та 6 – контрольної (60 %). Випорожнення, що вважалися не добрими, мали багато слизу та мали рідку консистенцію.

Таким чином, спостереження за становленням лактації у перші дві доби після пологів, показало, що у жінок основної групи воно було більш швидким, ніж у групі контролю. Ми вважаємо, що визначена різниця зумовлена позитивним впливом акушерського супроводу, який був присутнім у жінок першої групи.

3.8. Характеристика психоемоційного стану породіль в залежності від тактики їх менеджменту

Структура проведеної роботи спиралася на вплив розробленої нами тактики менеджменту пацієнток перинатального центру на основні параметри, що характеризують перебіг пологів та післяпологового періоду. На цьому етапі роботи ми вирішили підвести певний підсумок причинам, що призвели до змін, презентованих на попередніх етапах роботи.

Задля виконання представленого кроку обрано час після пологів, коли у породіллі виключено фактор хвилювання за перебіг процесу народження дитини і є вільний час.

Показаний етап дослідницької роботи здійснювався шляхом опитування учасниць обох груп спостереження із застосуванням стандартизованого інструменту оцінювання тривожних розладів – шкали Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), яку ми адаптували за структурою відповідно до концепції даного дослідження. Зазначений опитувальник містив такі запитання:

1. Чи спостерігаєте ви у себе присутність порушень сну або зниження якості денного відпочинку?
2. Як часто ви відчуваєте емоційну байдужість до оточення?
3. Замислюєтесь ви над тим, що за будь-яких умов не впораєтесь зі своєю дитиною?
4. Як часто до вас приходять думки, ви не зможете захистити свою дитину, чи себе?

Перероблена анкета-опитувальник, яку ми використовували у респонденток когорти спостереження, у підсумковому вигляді включала до себе 11 запитань (додаток 5). Опитувальник передбачав обрання респондентками один з чотирьох фіксованих варіантів відповідей, що відповідали певної кількості балів:

- 0 – ніколи;
- 1 – один прояв на декілька днів;
- 2 – прояви більше половини часу;
- 3 – прояви спостерігаються майже щодня.

Сукупний кількісний показник балів співвідносили з валідованими критеріями рівнів тривожності: 0 – 4 бали характеризує стан з нульовим рівнем тривоги; 5 – 11 балів відображають легкий ступінь прояву тривоги; 12 – 22 бали свідчать про помірну, а 23 – 33 тривогу важкого ступеня.

Анкетування відзначалося високою зрозумілістю та простотою при наданні відповідей на запитання. Середній час, необхідний для заповнення опитувальника, становив приблизно 10 хвилин. Запитання були сформульовані таким чином, щоб респондентки мали можливість обирати лише один з представлених варіантів відповідей. Задля зменшення емоційного навантаження на породілля відмітки про групу спостереження у заповненому опитувальнику робила медична сестра.

Наочний приклад заповненої анкети-опитувальника представлено на рис. 3.8.1.

АНКЕТА-ОПИТУВАЛЬНИК

Основна група Контрольна група

(необхідне підкреслити)

Запитання до породіллі	Варіанти відповіді			
	ніколи	один прояв на декілька днів	прояви більше половини часу	Прояви майже щодня
Ви відчуваєте нервозність, занепокоєння, чи те, що ви на межі зриву?		✓		
У вас є постійне хвилювання, переживання, які ви не можете зупинити або контролювати?		✓		
Чи ви відчуваєте надмірне занепокоєння, переживання з приводу різних справ?			✓	
Ви відчуваєте, що вам важко розслабитись?		✓		
Ви були так стурбовані, що не могли залишатись на одному місці?	✓			
Ви відчували підвищену дратівливість?			✓	
Спостерігали ви у себе відчуття (страх), що може статися щось жахливе?			✓	
Чи відчуваєте ви певні проблеми зі сном чи відпочинком протягом дня?		✓		
Як часто ви відчуваєте емоційну байдужість до оточення?			✓	
Замислюєтесь ви над тим, що за будь-яких умов не впораєтесь зі своєю дитиною?			✓	
Як часто до вас приходить думка, що ви не зможете захистити свою дитину, чи себе?		✓		

Примітки: будь ласка, оберіть одну відповідь на запитання. Обраний варіант відповіді позначте «галочка» чи «+», тощо.

Рис. 3.8.1. Заповнена анкета-опитувальник породіллі з когорти спостереження.

Результати проведеного анкетування показали, що рівень тривоги у породіль основної групи склав $10,7 \pm 0,3$ бали, що відповідає рівню легкого ступеня тривоги. В контрольній групі тривожність була більш вираженою й відповідала помірному рівню ступеня тривоги, що складає $20,9 \pm 0,4$ бали ($P < 0,01$).

Аналіз отриманих результатів анкетування породіль свідчить про те, що розроблений нами варіант менеджменту пацієнток перинатального центру, а

саме – акушерський супровід, позитивно впливає на психоемоційний стан жінок. Вже з перших хвилин знаходження жінки у стаціонарі, презентований нами підхід щодо реалізації допомоги, надає впевненості роділлям, а надалі – породіллям. Жінки розуміють, що існує вивірений алгоритм дій, що захистить їх та їхню дитину.

Висновки до третього розділу

Проведенні власні дослідження демонструють, що нівелювання тривалого стресового впливу на жінок, може бути забезпечене використанням акушерського супроводу, що здійснюється під час знаходження роділлі та породіллі, разом з новонародженою дитиною, у стаціонарі.

Підхід, який враховує особливості та можливі коливання безпекової ситуації, зумовлює покращення перебігу пологів, оптимізує знеболення пологів, позитивно впливає на становлення лактації.

Підґрунтям позитивних змін збоку вказаних параметрів є покращення психоемоційного стану, що підтверджено анкетуванням породіль та демонструє достовірну різницю зі звичайним менеджментом пацієнток перинатального центру.

ВИСНОВКИ

1. Внутрішньоутробний розвиток (вагітність) починається з моменту запліднення яйцеклітини й триває у нормі 280 днів, або 40 тижнів.
2. Перебіг вагітності має кілька етапів. Визначення розладів, що фіксуються на пізніх термінах вагітності, можуть бути зумовлені патологічними станами в ембріональному періоді.
3. Бойові дії мають несприятливий вплив на стан роділь та породіль.
4. Розроблений нами акушерський супровід має пацієнтоцентричний характер та зумовлює психоемоційну підтримку пацієнтки перинатального центру.
5. Під впливом акушерського супроводу жінка зосереджується на пологах, що сприятливо відбивається на перебігу пологів: зменшується тривалість пологів, знижуються прояви болю, знеболювання пологів відбувається без використання медикаментів.
6. Акушерський супровід позитивно впливає на становлення лактації у породіллі.
7. Психоемоційний стан породіль покращується завдяки впевненості в організації за необхідністю допомоги, що забезпечить безпеку в випадку загрози безпекової ситуації внаслідок бойових дій.

Використана література:

1. Абдул-Огли Л. В., Петулько А. П. Характеристика структур хориона человека / Вісник проблем біології і медицини. 2009. № 4. С. 121-124.
2. Аршавский И. А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющего нормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша / под ред. Ф. А. Сироватко // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. М. 1957. С. 320-333.
3. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г. С. Костюка. Київ. 2023. 125 с.
4. Бакун О. В., Сохацька А. В. Адаптаційні зміни в організмі жінки під час вагітності // The 2 nd International scientific and practical conference “Science and technology: problems, prospects and innovations” (November 17-19, 2022) CPN Publishing Group, Osaka, Japan. С. 82-97.
5. Берегуляк С. О. Вплив стресу на вагітність і пологи в умовах сьогодення / С. О. Берегуляк, Ю. Б. Якимчук, О. О. Берегуляк // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології 2022. № 2. С. 97–101. <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2022.2.13458>.
6. Болотна М. А. Акушерство та гінекологія: навч. посіб. / М. А. Болотна, В. І. Бойко, Т. В. Бабар. – Суми : Сумський державний університет, 2018. 307 с.
7. Бондаренко Н. П. Дослідження психологічних особливостей жінок в прегравідарній підготовці для попередження у них психосоматичних розладів під час вагітності / Н. П. Бондаренко, Т. Т. Наритник, О. Я. Слободяник, М. Р. Зіатдінова // Психологический журнал. 2018. Том. 12. № 2. С. 23-33. <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp23-33>.
8. Жабченко І. А. Війна, стрес, вагітність: як узгодити проблемні питання? / І. А. Жабченко, Н. Г. Корнієць, Т. М. Коваленко, С. В. Тертична-Телюк, І. С. Ліщенко, О. М. Бондаренко // Репродуктивне здоров'я жінки. 2023. № 1. С. 21-28.
9. Жабченко І. А. Особливості перебігу вагітності, пологів, стану плода й новонародженого у вагітних–переміщених осіб (Ретроспективний аналіз) / І. А.

Жабченко, Н. Г. Корнієць, С. В. Тертична-Телюк // Здоровье женщины. 2018. № 3. - С. 83-88.

10. Жабченко І. А. Перинатальні аспекти збереження вагітності на тлі хронічного стресу / І. А. Жабченко, С. В. Тертична-Телюк, Н. Г. Корнієць, Т. М. Коваленко // Репродуктивна ендокринологія. 2019. № 1 (45). – С. 29–32.

11. Жук С. І. Пренатальний стрес та його наслідки / С. І. Жук, О. Д. Щуревська, В. П. Вітер // Здоров'я жінки. 2015. № 1. (97). С. 41–44.

12. Жук С. І. Стрес-програмування плода / С. І. Жук, О. Д. Щуревська // Здоров'я жінки. 2017. № 1 (117). С. 116–119.

13. Знаменська Т. Вплив псіхоемоційного стресу у вагітних та породіль на стан новонароджених під час військової агресії / Т. Знаменська, Є. Зброжик, О. Воробйова, Л. Нікуліна, Т. Голота // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2023. Т. 13, № 4 (50). С. 5–11. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XIII.4.50.2023.1>.

14. Кондратенко П. О. Властивість яйцеклітини. In the 15th International scientific and practical conference “The main directions of the development of scientific research”(April 18–21, 2023) Helsinki, Finland. International Science Group. 2023. С. 44-46.

15. Лекція № 2 на тему: «Фізіологія вагітності. Перинатальна охорона плода» дисципліна «Акушерство та гінекологія підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина» освітньої програми «Лікувальна справа» / Укладач: В. В. Маляр. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/51682/1/1083.pdf>.

16. Лоскутова Т. Сучасний менеджмент та профілактика переношеної вагітності // Grail of Science. 2023. № 24. С. 729–733. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science>.

17. Нагорняк Н. В. Психологічний супровід жінок, що народили передчасно в умовах військової агресії: Магістерська робота: (053 Психологія) / Уманський державний педагогічний університет ім. П. Тичини. Кафедра

психології; Наук. кер.: І. О. Вахоцька, канд. психол. наук, доцент – Умань. 2023. – 89 с.

18. Назаренко Л. Г. Окремі актуальні аспекти профілактики патології пологової діяльності в сучасній акушерській практиці (Клінічна лекція) / Л. Г. Назаренко, Л. Ю. Дуброва, О. В. Тарусіна // Здоровье женщины. 2016. № 10. С. 11-18.

19. Ніконенко Д. В., Котуль І. О. Вагітність та пологи під час війни // Матеріали Міжнародної студентської науково-практичної конференції «Теоретичні та прикладні аспекти фундаментальних медико-біологічних наук» (м. Львів, 16 травня 2024 р.). Львів: Видавництво Львівської політехніки. 2024. С. 126-131.

20. Перебіг та ведення фізіологічних пологів : метод. вказ. для самостійної роботи студентів / упор. М. О. Щербина, О. В. Мерцалова, О. І. Скорбач. – Харків: ХНМУ, 2015. 28 с.

21. Періоди дитячого віку, їх характеристика та особливості: Методичні рекомендації / уклад. Н. В. Молочек, Т. М. Фалалєєва, О. І. Цирюк. Київ: ННЦ «Інститут біології та медицини» КНУ імені Тараса Шевченка. 2023. 23 с.

22. Пивоварчук Р. Я., Митникова А. С. Удосконалення діагностики інфекційно-запальних ускладнень нирок та сечових шляхів у вагітних // Південноукраїнський медичний науковий журнал. 2013. Вип. 6 (06). С. 101-105.

23. Приступа Л. Н. Пневмонії у вагітних: особливості етіології, діагностики та лікування/ Л. Н. Приступа, С. А. Сміян, О. І. Дужа-Еластал, В. В. Дитко // Вісник Сумського державного університету. Серія Медицина. 2009. Т. 1, № 2. С. 123-135.

24. Семенко І. В. Вплив перенесеного пренатального стресу на майбутнє репродуктивного здоров'я жінок / І. В. Семенко, Д. Є. Барковський // Український журнал медицини, біології та спорту. 2021. Т. 6, № 1. С. 18-24.

25. Серцево-судинні захворювання і вагітність / Акушерство. Кременецький медичний коледж ім. А. Річинського. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://akusherstvo.ltd.ua/aa_2_2_1_10.html.

26. Твердохліб Н. Г., Черниш Т. В., Галадза М. В. Вплив війни на людський організм в пренатальному періоді // The 1 st International scientific and practical conference “Science and technology: problems, prospects and innovations”(October 19-21, 2022) CPN Publishing Group, Osaka, Japan. 2022. С. 42-48.

27. Тези лекції на тему: «Фізіологія вагітності. Перинатальна охорона плода» / Укладач: Ю. С. Паращук. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/2991>.

28. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Фізіологічні пологи», затверджений Наказом МОЗ України № 170 від 26.01.2022 року. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/01/2022_170_ukpmd_fizpology.pdf.

29. Фізіологічна вагітність та фізіологічні пологи: навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. III–IV рівнів акредитації та лікарів-інтернів / А. В. Жаркіх [та ін.]. – Запоріжжя: [ЗДМУ]. 2013. 138 с.

30. Цимбал Т. Материнство і війна: екзистенційні виклики та етичні колізії // Українознавчий альманах. 2023. № 32. С. 50–55.

31. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Издание четвертое [Текст] / М. М. Шехтман. – М: «Триада-Х», 2007. 816 с. ISBN 5-8249-0007-8.

32. Afzal U., Aslam M. Analysis of changes in blood pressure of women during pregnancy through neutrosophic statistics. In cognitive intelligence with neutrosophic statistics in bioinformatics. 2023. P. 137-152: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-99456-9.00010-6>.

33. Amis D. Healthy Birth Practice #1: Let Labor Begin on Its Own // Journal of perinatal education, 2019. Vol.28, № 2, P. 68–80. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.68>.

34. Belfort M. A. Critical Care Obstetrics (5th edition) [Text] / M. A. Belfort, G. Saade, M. R. Foley. // Wiley-Bleckwell, 2010. 750 p. – ISBN 978-1- 4051-5273-0.

35. Benagiano G., Mancuso S., Guo S. W., Di Renzo G. C. Events Leading to the Establishment of Pregnancy and Placental Formation: The Need to Fine-Tune the Nomenclature on Pregnancy and Gestation // *Int. J. Mol. Sci.* 2023. № 24 (20):15420. doi: 10.3390/ijms242015420.

36. Bhatia P. Pregnancy and the lungs [Text] / K. Bhatia, P. Bhatia // *Postgrad Med J* – 2000. № 76. P. 683–689.

37. Bush N. R. Maternal stress during pregnancy predicts infant infectious and noninfectious illness / N. R. Bush, J. Savitz, M. Coccia [et al.] // *J. Pediatr.* 2021. P. 117–125. DOI: [10.1016/j.jpeds.2020.08.041](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.08.041).

38. Cha J., Sun X., Dey S. K. Mechanisms of implantation: strategies for successful pregnancy // *Nature medicine*, 2012. Vol. 18, № 12, P. 1754–1767. <https://doi.org/10.1038/nm.3012>.

39. D'Amico F., Lugarà C., Luppino G., Giuffrida C., Giorgianni Y., Patanè E.M., Manti S., Gambadauro A., La Rocca M., Abbate T. The Influence of Neurotrophins on the Brain-Lung Axis: Conception, Pregnancy, and Neonatal Period // *Curr. Issues Mol. Biol.* 2024. № 46 (3). P. 2528-2543. doi: 10.3390/cimb46030160.

40. Digitale E. Stanford researchers identify blood markers that indicate labor is approaching. 2021. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://med.stanford.edu/news/all-news/2021/05/blood-markers-indicate-labor-approaching.html>.

41. Effect of gestational age and position on peak expiratory flow rate: a longitudinal study [Text] / H. M. Harirah [et al.] // *Obstet Gynecol.* 2005. № 105 (2). P. 372-376.

42. Gao L., Rabbitt E. H., Condon J. C., Renthal N. E., Johnston J. M., Mitsche M. A., Mendelson C. R. Steroid receptor coactivators 1 and 2 mediate fetal-to-maternal signaling that initiates parturition / L. Gao, E. H. Rabbitt, J. C. Condon, N. E. Renthal, J. M. Johnston, M. A. Mitsche, C. R. Mendelson // *Journal of Clinical Investigation*, 2015. Vol. 125, № 7. P. 2808–2824. doi: 10.1172/JCI78544.

43. Grubrina A. Every tenth child is born prematurely. How pregnant women in Ukraine can prevent early childbirth due to stress [Internet]. *Vikna. Exclusive*. 2023.

Available from: <https://vikna.tv/dlia-tebe/batkivstvo/peredchasni-pology-v-ukrayini-yak-vijna-vplynula-na-yih-kilkist/>.

44. Jones D. G., Telfer B. Before I was an embryo, I was a pre-embryo: or was I? *Bioethics*, 1995. № 9, P. 32-49. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.1995.tb00299.x>.

45. Keuls R. A., Finnell R. H., Parchem R. J. Maternal metabolism influences neural tube closure // *Trends Endocrinol Metab*. 2023. Vol. 34, № 9. P. 539-553. doi: 10.1016/j.tem.2023.06.005.

46. Loomans E. M. Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multiethnic community-based birth cohort / E. M. Loomans, Van Dijk E. Aimñe, Vrijkotte Tanja G. M. [et al.] // *European Journal of Public Health*. 2013. Vol. 23, Iss. 3. P. 485-491. DOI: [10.1093/eurpub/cks097](https://doi.org/10.1093/eurpub/cks097).

47. Madappa T. Pulmonary Disease and Pregnancy [Text] / T. Madappa, S. Sharma // *US Respiratory Disease*. 2011. № 7(1). P.36– 42.

48. Moyer S. W. A comprehensive conceptual framework to guide clinical practice and research about mental health during the perinatal period / S. W. Moyer, P. A. Kinser // *J.Perinat. Neonatal. Nurs*. 2021. № 35 (1). P. 46–56. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000535.

49. Nonacs R. Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study / R. Nonacs, K. Wisborg, A. Barklin [et al.] // *BJOG*. 2008. Vol. 115, № 7. P. 882–885. DOI: [10.1111/j.1471-0528.2008.01734.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01734.x).

50. Norwitz E. R., Robinson J. N., Challis J. R. The control of labor // *N Engl J Med*. 1999. Vol. 341, № 9. P. 660-666. doi: 10.1056/NEJM199908263410906.

51. Prenatal stress and long-term consequences: implications of glucocorticoid hormones / S. Maccari, M. Darnaudery, S. Morley Fletcher [et al.] // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2003. № 27. P. 119–127. DOI: [10.1016/s0149-7634\(03\)00014-9](https://doi.org/10.1016/s0149-7634(03)00014-9).

52. Selye H. The story of the adaptation syndrome / H. Selye // Montreal: Acta Inc, Medical Publishers, 2012. 125 p.

53. Selye H. The stress of life / H. Selye. – NY: Mc Craw Hill Book, 2011. 68 p.

54. Wise R. A., Respiratory physiologic changes in pregnancy [Text] // R. A. Wise, A. J. Polito, V. Krishnan // Immunol. Allergy Clin. North Am. 2006. Vol. 26. P. 1–12.

55. Yi H. Gene expression atlas for human embryogenesis / H. Yi, L. Xue, M. X. Guo, J. Ma, Y. Zeng, W. Wang, J. Y. Cai, H. M. Hu, H. B. Shu, Y. B. Shi, W. X. Li // FASEB journal: official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology, 2010. Vol. 24, № 9. P. 3341–3350. <https://doi.org/10.1096/fj.10-158782>.

ДОДАТКИ

Додаток 1. Партограма

Партограма (вкладиш до історії пологів № _____)

ПІБ		Вагітність	Кількість пологів в анамнезі
Дата госпіталізації	Час госпіталізації	Тривалість безводного проміжку	
Частота серцевих скорочень плода 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80			
Наповненість води Конфігурація півнів плода			
Розкриття шийки матки (см) [позначки X] Опухання головки плода [позначки O] 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 активна фаза Увага Дія латентна фаза Години Час 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24			
Перейти за 10 хв. 5 4 3 2 1			
Осложнені ОДП Кількість крапель/хв			
Примочені препарати			
Пульс 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 тв АТ			
Температура °C			
Сеча Білок вагон об'єм			

Діагноз:

Додаток 2. Перебіг другого та третього періоду пологів

Другий період пологів

Хвилини

0 15 30 45 60 75 90 105 120

Частота серцевих скорочень плода

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80

Навколуповідні води

Конфігурація голівки плода

Опускання 3 голівки плода [позначка O]2

Година

Час

Перейми за 10 хв

Окситоцину ОД/ПІ

Кількість крапель/хв

Примічені препарати

Пульс

та

АТ

Температура °C

Сеча { білок
ацетон
об'єм

5. Активне ведення 3-го періоду пологів			6. Очікувальне ведення 3-го періоду пологів не більше 30 хвилин		
5.1. Перевірка наявності 2-го плода	1	2	ознаки відділення плаценти	1	2
5.2. В/м ін'єкція 10 МО окситоцину Час []:[]	1	2			
5.3. Контрольована тракція	1	2			

7. Народження плаценти

Так [1]	Ні [2]
Негайний масаж матки [1]	Ручне виділення плаценти [1]
	Негайний масаж матки [2]

8. Плідні оболонки всі: так [1]; ні [2]

Якщо ні, ревзія стінок порожнини матки: ручна [1]; інструментальна [2]

9. Плацента вся: так [1]; ні [2]

Якщо ні, ревзія стінок порожнини матки: ручна [1]; інструментальна [2]

10. Помітні аномалії плаценти: так [1]; ні [2]

Якщо так, уточніть

11. Пуповина нормальна: так [1]; ні [2]

Розмір _____ см, вага _____ г

12. Оцінка посліду _____

13. Огляд пологових шляхів: так [1]; ні [2]

14. Розриви	Так	Ні	Шовний матеріал
14.1. Промежини (ступінь I, II, III, IV)	1	2	
14.2. Піхви	1	2	
14.3. Шийки матки	1	2	
14.4. Епізіографія	1	2	

15. Крововтрата: _____ мл

16. Анестезія: не було [1]; місцева [2]; загальна [3]; перидуральна [4]

17. Моніторинг стану матері протягом 2 годин

	Хвилини після народження							
	15	30	45	60	75	90	105	120
17.1. Крововтрата (мл)								
17.2. Маса матки								
Підпис та код акушерки								

17.3. Пульс уд/хв				
17.4. АТ				
17.5. Температура, °C				

17.6. П.І.Б. лікаря _____

підпис _____

реєстраційний номер _____

17.7. П.І.Б. акушерки _____

підпис _____

реєстраційний номер _____

Додаток 3. Резюме пологів

РЕЗЮМЕ ПОЛОГІВ

18. Дата народження: []/[]/[]/20[] Час []:[]:[]

19. Індикатори	Так	Ні
19.1. Передчасні пологи (< 37 тижнів)	1	2
19.2. Пологи у строк (37-42 тижні)	1	2
19.3. Після 42 тижнів	1	2
19.4. Партнерські пологи	1	2
19.5. Ведення партограми	1	2
19.6. Позиція «на спині» під час народження дитини	1	2
19.7. Вагінальні пологи у головному передлежанні	1	2
19.8. Вагінальні пологи у тазовому передлежанні	1	2
19.9. Тривалість безводного періоду [] [] [] годин		

20. Ускладнення [] [] [] [] [] код за МКХ-10	20.1. Незадовільний прогрес пологів	1	2
	20.2. Дистрес плода	1	2
	20.3. Клінічно вузький таз	1	2
	20.4. Преєклампсія/еклампсія	1	2
	20.5. Розрив промежини (I, II, III ступінь)	1	2
	20.6. Розриви піхви \ шийки матки	1	2
	20.7. Розрив матки	1	2
	20.8. Кровотеча (уточніть)	1	2
	20.9. Інше (уточніть)		
21. Операції та втручання [] [] [] [] [] код за МКХ-10	21.1. Амніотомія	1	2
	21.2. Індукція пологів	1	2
	21.3. Стимуляція пологів	1	2
	21.4. Епізіотомія/перинеотомія	1	2
	21.5. Вакуум-екстракція/акушерські щипці	1	2
	21.6. Ручне видалення плаценти	1	2
	21.7. Ревізія порожнини матки (ручна/інструментальна)	1	2
	21.8. Кесарів розтин	1	2
	21.9. Гістеректомія	1	2

21.10. Інше (уточніть)	
------------------------	--

22. Показання до анестезії

Анестезія	Не було [1] Загальна [2] Інгаляційна [3]
	Місцева [4] Епідуральна [5] Спинальна [6]
	Наркотичні анальгетики [7]

23. Третій період пологів

Активне ведення [1] Очікувальне ведення [2]

24. Кесарів розтин: так [1]; ні [2]

Плановий [1] Ургентний [2]
Показання: [] [] [] [] []
(код за МКХ-10)

Розріз на матці: поперечний [1]; корпоральний [2];
інший [3]
(уточніть)

Розріз на матці ушитий (матеріал):
Один ряд [1] Подвійний ряд [2]

25. Загальна крововтрата

<500 мл [1] 500 – 999 мл [2] >1000 мл [3]

Ускладнення в ранньому післяпологовому періоді

[] [] [] [] []
(код за МКХ-10)

26. Нормальні пологи: так [1]; ні [2]

Мати переведена	У післяпологове відділення разом з дитиною	1
	У післяпологове відділення одна	2
	У відділення інтенсивної терапії	3
	В інший заклад охорони здоров'я	4
Померла		5

Додаток 4. Пам'ятка для пацієнтки

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ ПРИ НАЯВНОСТІ ПОВІТРЯНОЇ ТРИВОГИ

1. Під час загрозової ситуації не хвилюватися;
2. Не кликати по допомогу: медична сестра буде поруч за 1-2 хвилини;
2. Швидко одягнути теплий халат, теплі шкарпетки;
3. Зібрати цінні речі, гроші та паспорт (за наявністю);
4. Зібрати необхідні ліки (за необхідністю);
5. Взяти засоби інтимної гігієни (за необхідністю);
6. Дочекатися медичну сестру;
7. **Не заважати медичній сестрі!**
6. Медична сестра підготує дитину для транспортування та перебування у безпечному місці;
7. Зібрати необхідне для дитини: 1-2 підгузки, гігієнічні серветки, змінний одяг;
8. Зайняти місце у транспортувальному медичному кріслі при неможливості самостійного пересування;
9. Транспортування новонародженого здійснює медична сестра у дитячому транспортувальному візку;
10. Виконувати вказівки, що дає медична сестра;
11. Не робити зайвих дій, не втрачати час;
12. У ліфті зайняти вказане місце, не ходити по кабіні;
13. В укритті зайняти місце, що покаже медична сестра;
14. Слухати вказівки лікаря чи медичної сестри; самостійно не пересуватися по бомбосховищу;
15. **Не заважати роботі медичного персоналу!**
16. За будь-якою необхідністю звертатися до медичного персоналу;
17. До відбою повітряної тривоги самостійно не покидати безпечне місце.



Додаток 5. Анкета-опитувальник після пологів

АНКЕТА-ОПИТУВАЛЬНИК

Основна група Контрольна група

(необхідне підкреслити)

Запитання до породіллі	Варіанти відповіді			
	ніколи	один прояв на декілька днів	прояви більше половини часу	Прояви майже щодня
Ви відчуваєте нервозність, занепокоєння, чи те, що ви на межі зриву?				
У вас є постійне хвилювання, переживання, які ви не можете зупинити або контролювати?				
Чи ви відчуваєте надмірне занепокоєння, переживання з приводу різних справ?				
Ви відчуваєте, що вам важко розслабитись?				
Ви були так стурбовані, що не могли залишатись на одному місці?				
Ви відчували підвищену дратівливість?				
Спостерігали ви у себе відчуття (страх), що може статися щось жахливе?				
Чи відчуваєте ви певні проблеми зі сном чи відпочинком протягом дня?				
Як часто ви відчуваєте емоційну байдужість до оточення?				
Замислюєтесь ви над тим, що за будь-яких умов не впораєтесь зі своєю дитиною?				
Як часто до вас приходить думка, що ви не зможете захистити свою дитину, чи себе?				

Примітки: будь ласка, оберіть одну відповідь на запитання. Обраний варіант відповіді позначте «галочка» чи «+», тощо.