

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ У ЮНИХ ВАГІТНИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання,
лікарів-інтернів та слухачів курсів
тематичних удосконалень*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ У ЮНИХ ВАГІТНИХ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання,
лікарів-інтернів та слухачів курсів
тематичних удосконалень

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 5 від 25.05.2023.

Харків
ХНМУ
2023

Особливості ведення пологів у юних вагітних в умовах воєнного стану : метод. вказ. для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання, лікарів-інтернів та слухачів курсів тематичних удосконалень / упоряд. І. А. Гузь, Л. А. Вигівська, А. А. Новікова, І. А. Качайло. Харків : ХНМУ, 2023. 32 с.

Упорядники І. А. Гузь
 Л. А. Вигівська
 А. А. Новікова
 І. А. Качайло

Вступ

За останнє десятиліття в усьому світі збільшилася кількість незапланованих вагітностей у неповнолітніх жінок. Кожен рік у багатьох країнах вагітніють від 5 до 20 % дівчат віком 13–18 років, а в Україні цей показник досягає 14 % (ВООЗ, 2010). Як наслідок, за рік у світі народжують 15 млн дівчат-підлітків, а ще 5 млн вимушені вдаватися до переривання вагітності [1]. У доповідях ООН підкреслюється, що уряди багатьох країн занепокоєні цим питанням, оскільки раннє народження дітей збільшує ризик материнської смерті, а діти від молодих матерів мають вищий рівень захворюваності та смертності [2, 3]. За даними соціологічного дослідження, регулярним статевим життям живе 13,6 % 15–18-річних підлітків. Більше 30 % дівчат до 14 років мають регулярні статеві стосунки. Вік «сексуального дебюту» в Україні знижується, збільшується кількість статевих партнерів [4]. Варто відзначити більш обтяжений анамнез у жінок до 18 років, що виявляється високою частотою перенесених внутрішньоматкових втручань (артифіційні і мимовільні аборти), а також значний рівень супутньої соматичної (тиреотоксикоз, вегето-судинна дистонія, пієлонефрит) і генітальної патології (запальні процеси й порушення менструального циклу). Одним з пояснень цих проблем є лібералізація статевих стосунків у молодіжному середовищі, ранній початок інтимного життя на тлі низького рівня сексуальної культури. Крім того, певне значення має і високий рівень шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю й наркотиків) у цій віковій групі. Вагітність у юному віці становить складну медико-соціальну проблему, вирішення якої залежить як від самих підлітків та їхніх сімей, так і від суспільства в цілому [5, 6]. Вагітність у підлітків, як правило, незапланована і небажана, тому ранній початок сексуальних стосунків може призвести до порушення гормональної регуляції репродуктивної системи, яка в підлітковому віці не повністю налагоджена, а це у свою чергу впливає на перебіг вагітності в майбутньому [7]. Вивченню різноманітних аспектів вагітності й пологів у юному віці присвячено багато наукових публікацій [9–11]. Одним з найменш вирішених питань цієї проблеми є віддалені наслідки розродження неповнолітніх жінок, особливо в разі кесаревого розтину, частота якого досягає 15,0 % по всій Україні [12]. Наведені дані показують, що з урахуванням усіх ризиків як для матері, так і для дитини вирішення проблеми розродження абдомінальним шляхом у жінок віком до 18 років часто є оптимальним варіантом і заслуговує на особливу увагу, а також потребує подальшого вивчення.

Підліткова вагітність – це не лише акушерська, а й серйозна соціальна, психологічна проблема, яка потребує подальшого вивчення та розроблення заходів її вирішення. Усі юні вагітні належать до високої групи ризику розвитку материнської та перинатальної патології. Підліткова вагітність найчастіше має місце в дітей з неблагонадійних сімей, підлітків, які рано розпочинають статеве життя та в яких відсутнє статеве виховання.

Функціонування репродуктивної системи в підлітковому періоді характеризується підвищеною чутливістю до дії несприятливих чинників, у зв'язку з чим необхідно виділити його в період ризику порушення генеративної функції [7].

Вагітність у підлітків, як правило, незапланована й небажана, тому питання ранньої народжуваності переходять до кола питань раннього початку статевого життя. Ранній початок сексуальних стосунків може порушити гормональну регуляцію репродуктивної системи, а це у свою чергу впливає на перебіг вагітності в майбутньому. Керуючись прагненням самотвердитися, бути чи принаймні здаватися дорослішими, підлітки здебільшого не усвідомлюють відповідальності, пов'язаної з початком інтимних стосунків, зрідка замислюються про наслідки, свідченням чого є насамперед низький рівень культури контрацептивної поведінки, для формування якої ще не було достатньо часу. Певні дослідження вказують на те, що на момент першого статевого контакту більшість підлітків вже має поверхові знання про можливі засоби уникнення небажаної вагітності та захисту від інфекцій, що передаються статевим шляхом [8].

Особливості ведення вагітності і пологів у підлітковому періоді.

Фактори ризику

Ведення вагітності в підлітковому періоді регламентується Стандартом медичної допомоги «Нормальна вагітність» на основі наказу МОЗ України від 9 серпня 2022 р. № 1437, який розроблено для всіх вагітних. Однак ведення вагітних підлітків має певні особливості.

Ведення вагітної пацієнтки-підлітка передбачає мультидисциплінарний підхід за участю лікарів-акушерів-гінекологів, дитячого гінеколога, лікарів-педіатрів, лікарів з ультразвукової діагностики й інших фахівців за показаннями. Допологова допомога (ДПД) пацієнтці з вагітністю може розпочатися при зверненні жінки за первинною медичною допомогою для встановлення/підтвердження вагітності або при скеруванні особи до надавача допомоги чи акушерського закладу охорони здоров'я. ДПД включає заходи з допологової освіти, консультування, фізикальних, лабораторних, інструментальних досліджень та інших заходів відповідно до графіка візитів, узгодженого з пацієнткою.

Рання вагітність пов'язана з підвищеним ризиком для матері та дитини, що зумовлено цілою низкою факторів, насамперед недостатньою функціональною зрілістю механізмів адаптації організму дівчинки-підлітка та неадекватним допологовим спостереженням за юною вагітною. Крім того, вагітність у неповнолітніх часто є результатом безперспективного позашлюбного зв'язку, що нерідко призводить до конфліктної ситуації в родині. Постійне стресове тло, пов'язане із сімейною невлаштованістю та конфліктами, можуть призвести до розвитку хронічного дистресу.

Найбільш значущими факторами ризику виникнення ускладнень під час вагітності з подальшим ускладненням пологів і стану плода є вік юної жінки, вік початку статевого життя, зловживання шкідливими звичками (алкоголь, куріння, токсичні та наркотичні речовини), психологічний мікроклімат і тип сім'ї, в якій проживає дівчина, екстрагенітальна патологія, наявність та результат попередньої вагітності, термін взяття на облік та лікарська адекватність спостереження в жіночій консультації при справжній вагітності, її перебіг.

Під час пологів найбільш значущими факторами ризику вважаються приховані інфекції внаслідок безладних сексуальних зв'язків, наявність шкідливих навичок ставлення до свого здоров'я, наявність та тяжкість екстрагенітальної патології (нервово-психічні, серцево-судинні захворювання, хвороби сечостатевої, ендокринної систем, органів дихання, зору, анемії), ускладнення під час вагітності (загроза переривання, гестози, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода, затримка внутрішньоутробного розвитку плода й інфекції, що передаються статевим шляхом).

З факторів ризику розвитку ускладнень для плода найбільш значущими є вік юної жінки, куріння, санітарно-гігієнічні умови житла, особливості харчування матері, наявність ускладнень під час вагітності, ультразвукові ознаки невідповідності ступеня зрілості плода терміну гестації, плацентит, мало- та багатоводдя. Для новонародженого факторами ризику насамперед є оцінка 3–7 балів за шкалою Апгар через гіпоксію плода й асфіксію новонародженого, високу частоту недоношеності, незрілості; анемія, жовтяничний синдром різного ступеня тяжкості, перинатальні ураження центральної нервової системи, набряк головного мозку, дилатація шлуночків, гіпертензія, внутрішньочерепні крововиливи.

Первинна профілактична та реабілітаційна робота

З огляду на високий ризик пологів для матері та плода доцільно на всіх етапах становлення відповідального ставлення до материнства проводити первинну профілактичну та реабілітаційну роботу соматичних й інфекційних захворювань дівчаткам-підліткам із залученням дільничних педіатрів, дитячих гінекологів, акушерів-гінекологів, психологів і педагогів. При взятті на облік у зв'язку з вагітністю своєчасно коригувати соматичну патологію.

З метою адекватної профілактики небажаної вагітності та запобігання ускладнень перебігу вагітності, пологів та їхніх результатів необхідно своєчасно проводити санітарно-освітню роботу з налаштування на здоровий спосіб життя, сім'ю та дітонародження з боку педіатрів, дитячих гінекологів, акушерів-гінекологів, психологів у школах і центрах репродуктивного здоров'я підлітків.

Оцінювання ризику виникнення ускладнень і порушення стану здоров'я дівчат підліткового віку є важливим. Тому рекомендується використовувати

в повсякденній практиці медичного обслуговування прогностичні таблиці для прогнозування ускладнень вагітності, пологів, вад розвитку плода, а також розробляти алгоритм тактики ведення юних вагітних з урахуванням груп ризику відповідно до методичних рекомендацій.

При зверненні вагітних підлітків до жіночої консультації необхідно включити їх до груп ризику та встановити за ними повноцінне спостереження. Підліткам віком до 15 років залежно від терміну вагітності вирішити питання (консиліум: сім'я, дитячий гінеколог, акушер-гінеколог, педіатр) про доцільність пролонгування вагітності.

При виявленні ускладнень вагітності у вагітних підлітків їх одразу слід включити до групи ризику як таких, що мають потенційну загрозу розвитку анемії, гестозів, невиношування, фетоплацентарної недостатності, порушення пологової діяльності, лактаційної функції і психічної напруженості, з подальшим консультуванням (по можливості) у перинатальних центрах з урахуванням воєнного стану в Україні.

Після пологів рекомендовано проведення диференційованої диспансеризації юних матерів протягом 6 міс після фізіологічних пологів, 1 року при ускладнених пологах. За необхідності консультувати молодих матерів із суміжними фахівцями (терапевт, нефролог, кардіолог, окуліст та ін.).

Ведення вагітності в умовах воєнного стану

Ведення нормальної вагітності здійснюється лікарем в амбулаторних умовах у закладі охорони здоров'я, обраному пацієнткою незалежно від місця реєстрації чи фактичного проживання.

Попри всі складнощі воєнного стану усім вагітним та породіллям, гарантовано державою безкоштовне отримання медичних послуг з ведення вагітності та пологів без жодної прив'язки до місця реєстрації жінки чи попереднього перебування на супроводі в іншого лікаря/в іншому закладі.

Під час воєнного стану вагітні жінки можуть обирати медзаклад, де будуть спостерігатися впродовж вагітності та народжувати. Місце їхньої реєстрації чи проживання нині не має значення, адже головне – безпека матері та її малюка. Повну необхідну медичну допомогу можуть отримати жінки, які переїхали в інші регіони країни через бойові дії, перебувають у регіонах з ускладненим доступом до медичної допомоги і мають потребу змінити лікарню.

Незалежно від терміну вагітності і того, чи ставала вагітна на облік раніше, вона може обрати будь-яку найближчу лікарню, яка надає медичну допомогу за пакетом «Ведення вагітності в амбулаторних умовах». Там жінка отримує медичний супровід вагітності. Послуги з ведення вагітності на сьогодні надають понад 700 медзакладів по всій Україні. Тож, хоч багато міст перебувають у зоні бойових дій та нищення інфраструктури, в інших регіонах України достатня кількість медичних закладів, які надають акушерську допомогу в умовах воєнного стану.

Направлення до відповідного спеціаліста може надаватися в електронному чи паперовому вигляді. Його зазвичай виписує лікар первинки (сімейний лікар), з яким укладено декларацію, або лікар-куратор. Однак в умовах воєнного стану лікарі готові приймати пацієнток навіть без направлення. Направлення для тих, хто переїхав з інших регіонів чи звернувся в іншу лікарню, робить акушер-гінеколог під час першого візиту.

У медзакладах, які мають відповідний договір з НСЗУ, вагітні жінки безоплатно отримують весь перелік необхідних амбулаторних послуг – від розроблення індивідуального плану ведення вагітності до необхідних лабораторних аналізів й інструментальних обстежень. Якщо пацієнтка потребує госпіталізації, гінеколог направляє її в стаціонар.

Обґрунтування антенатальної допомоги

Антенатальна допомога знижує материнську й перинатальну захворюваність і смертність як безпосередньо (виявлення та лікування ускладнень вагітності, супутніх захворювань), так і опосередковано (виокремлення вагітних групи високого ризику, особливо серед підлітків, направлення їх на консультацію, забезпечення відповідного рівня надання медичної допомоги). Для зменшення перинатальної смертності та формування в жінок позитивного досвіду вагітності рекомендується застосовувати моделі антенатальної допомоги, які передбачають не менше 8 візитів вагітної до лікаря.

Визначення графіка візитів та заходів, які проводяться під час кожного візиту, вимагає гнучкості. ДПД повинна плануватися спільно з жінкою на підставі потреб, виявлених під час обстеження, з акцентом на безперервність допомоги, за можливості. Різні жінки потребують різних аспектів догляду в різний час. Якщо будь-які обстеження виявлять необхідність подальшого спостереження, можуть знадобитися додаткові візити.

Обов'язкові критерії якості

1. Надавачі медичних послуг проводять інформаційну роботу за програмами допологового навчання з питань фізичного і психологічного благополуччя під час вагітності та пологів, підтримки грудного вигодовування, періоду раннього батьківства, навчання для подружніх пар, спрямовані на поліпшення взаємин між подружжям, батьками і дітьми, заходів для запобігання небажаної вагітності.

2. Перший візит вагітної до лікаря бажано проводити до 12 тиж. Він передбачає: уточнення анамнезу, загальне й акушерське обстеження, заповнення медичної документації (форма № 111/о; форма № 003-6/о; форма 9 № 113/о), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, рівня надання перинатальної допомоги для подальшого спостереження. На першому візиті до лікаря вагітній на руки видається форма № 113/о, яку жінка повинна зберігати вдома до закінчення вагітності і приносити лікарю-куратору на кожен наступний візит для записів даних подальших оглядів і результатів обстежень.

3. При динамічному спостереженні за вагітною в амбулаторних умовах лікарю необхідно дотримуватися графіка візитів. Оптимальна кількість візитів до лікаря за період спостереження становить у середньому вісім (бажано разом з близькою людиною).

4. Під час кожного візиту всі дані фізикального, лабораторного й інструментального обстеження заносяться до форм № 111/о та № 113/о з указівкою відповідних призначень, дати наступного відвідування і засвідчуються підписом лікаря й інформованою згодою вагітної (згодна/не згодна).

5. Формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я за категорією «Вагітність та пологи» проводиться згідно з чинними нормативними документами.

6. Якщо вагітна не з'явилася на запланований візит, причину з'ясовують за вказаним контактним телефоном. У разі неявки на 2 і більше обов'язкових візитів та/або систематичного невиконання рекомендацій і призначень, лікар, який спостерігає вагітну, інформує керівника ЗОЗ з відміткою в медичній документації.

7. У разі звернення за медичною допомогою вагітної, яка перебуває в складних життєвих обставинах, лікар інформує керівника ЗОЗ та орган соціального захисту населення шляхом надсилання не пізніше ніж протягом наступного робочого дня повідомлення в письмовій (зокрема й електронній) формі або засобами телефонного зв'язку з метою забезпечення комплексних спеціалізованих соціальних послуг.

8. У разі виникнення ускладнень вагітності, багатоплідної вагітності, екстрагенітальної патології, ознак хромосомної або вродженої патології плода, виявлення осіб, постраждалих від домашнього насильства, допомога надається згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

9. Профілактичні щеплення вагітним проводяться згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я. Вагітність є протипоказанням до щеплення живими вакцинами.

10. Для попередження переносування вагітності доцільна госпіталізація до акушерського ЗОЗ в терміні 41 тиж, що надає змогу своєчасно провести обстеження стану плода й визначити тактику ведення пологів. Якщо вагітна обирає «очікувальну» тактику ведення, слід запропонувати їй посилений антенатальний моніторинг, починаючи з 41-го тижня вагітності: кардіотокографія 2 рази на тиждень та ультразвукове дослідження (УЗД) з визначенням кількості амніотичної рідини.

Скринінг вагітних

Обстеження вагітних у межах ДПД проводиться при першому зверненні й при всіх наступних візитах з приводу спостереження за перебігом вагітності відповідно до графіка візитів вагітної до лікаря.

У разі виявлення ВІЛ-інфекції, сифілісу, інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, акушерської або екстрагенітальної патології медична допомога надається згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я. З метою мінімізації виникнення несприятливих акушерських результатів, які можуть бути наслідком недіагностованої вродженої вади плода, незрілості плода або інших внутрішньоутробних ускладнень, під час вагітності призначаються УЗД відповідно до графіка візитів вагітної до лікаря.

Лікування пацієнток з гіперглікемією (гестаційний цукровий діабет – ГЦД – і маніфестний цукровий діабет) передбачає поетапний підхід, що складається зі зміни способу життя (консультування з питань харчування і фізичної активності) з подальшим застосуванням за необхідності цукрознижувальних засобів або препаратів інсуліну згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

При відвідуванні вагітною жінкою ЗОЗ з антенатальної допомоги проводиться скринінг симптомів активної форми туберкульозу (ТБ) з метою його своєчасного виявлення, діагностування та лікування.

Обґрунтування ДПД

ДПД знижує материнську й перинатальну захворюваність і смертність як безпосередньо (виявлення та лікування ускладнень вагітності), так і опосередковано (виокремлення вагітних з високим ризиком ускладнень пологів та направлення їх на консультацію для забезпечення відповідного рівня надання медичної допомоги). Крім того, оскільки непрямі причини материнської захворюваності та смертності є домінантними, ДПД надає змогу профілактики і лікування супутніх захворювань шляхом комплексної медичної допомоги.

Існують дані про підвищений ризик несприятливих наслідків вагітності, зокрема макросомії, преєклампсії/гестаційної артеріальної гіпертензії і дистопії плічок, у жінок з гіперглікемією (ГЦД і маніфестний цукровий діабет), виявленою під час вагітності.

Скринінг симптомів активної форми туберкульозу при відвідуванні ЗОЗ з антенатальної допомоги вагітною жінкою, своєчасне виявлення, діагностика та лікування ТБ сприяють запобіганню генералізованим формам ТБ, гематогенному поширенню *M. tuberculosis* до плаценти та тяжких наслідків для плода й матері.

Обов'язкові критерії якості

1. Починаючи з ранніх термінів вагітності і при кожному візиті, лікар запитує вагітну про вживання тютюну, алкоголю та інших психоактивних речовин (сьогодні й у минулому), а також про пасивне куріння.

2. Усім вагітним жінкам проводять тестування на ВІЛ, серологічне дослідження на сифіліс, поверхневий антиген вірусного гепатиту В (HbsAg), сумарні антитіла вірусного гепатиту С згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

3. Усіх вагітних направляють на загальний аналіз крові (гемоглобін, еритроцити, еритроцитарні індекси, гематокрит, лейкоцити, лейкограма, тромбоцити, швидкість осідання еритроцитів) при взятті на спостереження, повторно – на 28-му та 36-му тижні вагітності.

4. Безсимптомна бактеріурія (ББУ) у жінок визначається при бактеріологічному дослідженні зразка середньої порції сечі, у якому виявлено ріст однакового виду бактерій у кількості ≥ 105 колонієутворювальних одиниць (КУО)/мл у двох послідовних зразках з інтервалом понад 24 год. Для діагностики ББУ під час вагітності рекомендується посів середньої порції сечі при взятті на спостереження.

5. При Rh-негативній належності крові у вагітної та Rh-позитивній або невідомій у батька майбутньої дитини проводиться скринінг на наявність антитіл до еритроцитів за системою Резус під час першого антенатального візиту і повторно у 28 тиж вагітності. Якщо батьківство точно відомо, то визначення резус-фактора батька дитини може бути запропоновано всім резус-негативним вагітним жінкам.

6. УЗД під час вагітності проводять виключно лікарі ультразвукової діагностики, які пройшли підготовку з пренатальної діагностики, за затвердженою формою протоколу.

7. Для розрахунку індивідуального ризику жінки щодо наявності поширеної хромосомної патології плода (трисомії 21, 18, 13-ї хромосом) і прогнозування ризику прееклампсії доцільним є пренатальний скринінг: УЗД в терміні 11+0–13+6 тиж (КТР плода 45–84 мм); за нормальної анатомії плода та КП < 3,5 мм – забір венозної крові вагітної для дослідження рівнів біохімічних маркерів (вільного β -хоріонічного гонадотропіну людини, асоційованого з вагітністю протеїну-А плазми PAPP-A; опційно – фактора росту плаценти PIGF). Основною метою цього УЗД є оцінювання анатомічних структур плода, пошук ранніх вад розвитку і мінорних ехо-маркерів, уточнення терміну вагітності та передбачуваної дати пологів.

8. У групі вагітних низького ризику друге УЗД проводиться в терміні 18–22 тиж для детального оцінювання анатомічної будови плода, виключення більш пізніх вад розвитку й контролю за перебігом вагітності.

9. При виявленні в плода ознак хромосомної патології, уроджених вад розвитку вагітну групи середнього та високого ризику консультує лікар-генетик для вибору подальшого обстеження; за показаннями призначаються консультації інших фахівців, пренатальний консиліум для вибору тактики ведення вагітності і пологів згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

10. Третє УЗД виконується за показаннями у терміні 28–32 тиж для оцінювання стану плода і фетометрії.

11. На ранніх термінах вагітності слід надавати жінкам усну і письмову інформацію про нормальні рухи плода. Ця інформація повинна включати опис змін характеру рухів протягом розвитку плода, нормальних циклів бадьорості/сну і факторів, які можуть змінити сприйняття матір'ю рухів плода.

12. З 20 тиж вагітності всім жінкам вимірюють висоту стояння дна матки (ВДМ) із занесенням даних до гравідограми. Необхідно направляти жінок для ультразвукової фетометрії після 24 тиж вагітності в таких випадках: з ВДМ на ≥ 3 см нижче за очікувану для цього терміну вагітності; з одно-разовим вимірюванням ВДМ нижче від 10-го перцентиля за даними гравідограми; з декількома вимірюваннями ВДМ, які демонструють повільне зростання або відсутність динаміки зростання плода.

13. За наявності одного чи більшої кількості факторів ризику порушень вуглеводного обміну в I триместрі вагітності, окрім виявлення глікемії натще, рекомендовано визначення вмісту глюкози після їди або у випадковий час протягом дня. Усім вагітним проводять діагностику ГЦД у терміні між 24-м і 28-м тижнями вагітності шляхом перорального тесту толерантності до глюкози (прийом всередину 75 г глюкози, дослідження протягом 2 год).

14. Для планування антибіотикопрофілактики під час пологів усім жінкам незалежно від запланованого способу розродження, крім випадків наявності бактеріурії СГВ (*Streptococcus agalactiae*) під час цієї вагітності або народження інфікованого СГВ новонародженого в анамнезі, проводиться скринінг на стрептококи групи В (СГВ) у терміні 36+0-37+6 тиж вагітності. Для отримання зразка для бактеріологічного дослідження на СГВ спочатку забирають матеріал без використання дзеркал з нижньої частини піхви (близько до входу), а потім – з прямої кишки (через анальний сфінктер).

15. Для оцінювання психоемоційного стану вагітної, виявлення суїцидальних думок під час вагітності проводиться опитування за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії; результати фіксуються письмово.

16. Систематичний скринінг на ТБ слід проводити з використанням рекомендованого ВООЗ виявлення симптомів: вагітні, які повідомляють про будь-який із чотирьох симптомів, наприклад кашель на момент обстеження, лихоманку, втрату маси або пітливість уночі, можуть мати захворювання на туберкульоз і потребують обстеження з метою виявлення або спростування ТБ та інших захворювань, згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Профілактика ускладнень вагітності

Положення стандарту

З метою попередження ускладнень вагітності і забезпечення здоров'я новонароджених у межах ДПД проводять ефективні профілактичні заходи, за показаннями призначають відповідні дослідження, які мають пояснюватися вагітній та підтримуватися медичними працівниками. Слід також пояснювати правила здорового харчування і фізичної активності для профілактики надмірного збільшення маси тіла під час вагітності.

Скринінг преєклампсії під час вагітності – невід'ємна частина якісної ДПД. Зазвичай він складається з вимірювання артеріального тиску й оцінювання протеїнурії при кожному візиті вагітної в межах ДПД. При виявленні

пreeкламписії показано спеціальне лікування для попередження еклампсії та інших несприятливих материнських і перинатальних результатів згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Обґрунтування

Вагітність вимагає здорового харчування, яке передбачає адекватну енергетичну цінність і споживання достатньої кількості білків, вітамінів і мінеральних речовин, необхідних матері і плода. Здорове харчування під час вагітності характеризується достатньою калорійністю і вмістом білка, вітамінів і мінеральних речовин, які отримують унаслідок вживання різноманітних продуктів, зокрема зелених і помаранчевих овочів, м'яса, риби, бобових, горіхів, фруктів, цільнозернових продуктів.

Дефіцит заліза і фолієвої кислоти найчастіше спричиняють анемію. Крім того, дефіцит заліза несприятливо впливає на утилізацію джерел енергії м'язовою тканиною і в такий спосіб – на фізичну активність, працездатність, а також на стан імунної системи і рівень захворюваності на інфекційні хвороби.

Дефіцит фолієвої кислоти призводить до розвитку дефектів нервової трубки плода й інших уроджених аномалій, пов'язаних з ФК (наприклад, вад серця, сечовивідних шляхів або редуційних дефектів кінцівок; орально-лицьової ущелини).

Артеріальна гіпертензія вагітних – важлива причина материнської і перинатальної захворюваності та смертності. За оцінками, приблизно чверть випадків смерті і вкрай тяжких ускладнень у вагітних викликані пreeкламписією й еклампсією. Дефіцит кальцію підвищує ризик пreeкламписії.

Бактеріурія у вагітної, обумовлена СГВ, є фактором ризику сепсису, пневмонії або менінгіту, спричинених *Streptococcus agalactiae*, у новонароджених та дітей раннього віку.

Профілактичне застосування Анти-D (rh) імуноглобуліну протягом вагітності і після пологів знижує частоту виникнення гемолітичної хвороби в дітей, народжених у наступних вагітностях.

Обов'язкові критерії якості

1. Лікар повинен якомога раніше рекомендувати вагітним, які мають залежність від тютюну, алкоголю або психоактивних речовин, припинити їх уживання.

2. Рекомендовано консультування з питань здорового харчування та фізичної активності, що дає змогу підтримувати хороше самопочуття та запобігати надмірному збільшенню маси тіла під час вагітності. Рекомендації щодо потреб в енергії й основних харчових речовинах (білках, жирах, вуглеводах, мінеральних речовинах, вітамінах) складають відповідно до норм фізіологічних потреб населення України залежно від коефіцієнта фізичної активності та віку жінки, а також додаткових потреб вагітної. Вагітним рекомендовано приділяти не менше 150 хв на тиждень заняттям фізично активною діяльністю середньої і високої інтенсивності з аеробним навантаженням, можуть бути корисними також вправи на розтягування.

3. Жінкам з низьким ризиком розвитку дефекту нервової трубки (ДНТ) або інших уроджених аномалій, чутливих до фолієвої кислоти, а також у ситуації, коли батько дитини має низький ризик названих станів, слід дотримуватися багатої на фолати дієти та щоденно приймати 0,4 мг ФК впродовж усієї вагітності, починаючи за 2–3 міс до зачаття. До групи низького ризику належать люди, які не мають особистого або сімейного анамнезу вроджених дефектів, чутливих до ФК.

4. Жінкам з помірним ризиком розвитку ДНТ або інших уроджених аномалій, чутливих до ФК, або якщо батько дитини також має помірний ризик розвитку названих дефектів, рекомендовано дієту з багатими на фолати продуктами і щоденний прийом 1,0 мг ФК до 12 тижнів вагітності, починаючи як мінімум за 3 міс до зачаття. Після 12 тиж – щоденний прийом 0,4–1,0 мг ФК впродовж усієї вагітності.

Помірний ризик стосується жінок з одним або кількома з наведених нижче материнських факторів (від 1 до 5), а також ситуацій, коли в батька дитини виявлено 1–2 з цих факторів: особистий або сімейний анамнез інших уроджених аномалій, чутливих до ФК; сімейний анамнез ДНТ у родича 1-го або 2-го ступеня спорідненості; цукровий діабет 1-го або 2-го типу; застосування лікарських засобів, що мають тератогенну дію (таких як протиепілептичні препарати та препарати холестираміну); шлунково-кишкові захворювання із синдромом мальабсорбції.

5. Жінкам з високим ризиком розвитку ДНТ (якщо власне вони або батько дитини мають особистий анамнез ДНТ) показано дієту, багату на фолати, і щоденний прийом 4,0–5,0 мг ФК до 12 тиж вагітності, починаючи як мінімум за 3 міс до зачаття. Після 12 тиж – щоденний прийом 0,4–1,0 мг ФК впродовж усієї вагітності.

6. Для профілактики анемії, післяпологового сепсису, народження дітей з малою масою тіла та передчасних пологів вагітним рекомендується щоденний прийом препаратів заліза в дозі 30–60 мг у перерахунку на елементарне залізо та фолієвої кислоти 400 мкг (0,4 мг), також у складі полівітамінно-мінеральних комплексів.

7. Вагітним з групи ризику розвитку прееклампсії рекомендується приймати 100–150 мг ацетилсаліцилової кислоти на добу щодня з 12 до 36 тиж вагітності ввечері (при призначенні ацетилсаліцилової кислоти збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг (0,8 мг) на добу). У групах населення зі зниженим споживанням кальцію з їжею (< 600 мг на добу) для зниження ризику прееклампсії вагітним із 16 тиж вагітності до розродження показано щоденний прийом всередину препаратів кальцію в дозі 1,5–2 г у перерахунку на елементарний кальцій (під час їди).

8. Усім вагітним з ББУ необхідна 7-денна антибактеріальна терапія для попередження персистоючої бактеріурії, передчасних пологів і народження дітей з малою масою тіла. Безсимптомна бактеріурія СГВ при рівні менше за 105 КУО/мл не вимагає антибактеріальної терапії під час вагітності, але є показанням для антибіотикопротекції в пологах.

9. Профілактика Rh-імунізації під час вагітності проводиться шляхом внутрішньом'язового введення 1 дози (250 або 300 мкг) Анти-D (rh) імуноглобуліну всім Rh-негативним несенсибілізованим жінкам у терміні 28–34 тиж вагітності, якщо резус-фактор плода невідомий або відомо, що плід є резус-позитивним.

10. Вагітних жінок слід заохочувати до регулярного вживання йодованої солі, а також за відсутності протипоказань розглянути можливість щоденного перорального прийому препаратів мікроелементів, які містять 200 мкг йоду у формі йодиду калію, для забезпечення оптимальної функції щитоподібної залози як до, так і під час вагітності.

11. Жінку з позитивним результатом опитування за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії необхідно скерувати на консультацію до відповідного фахівця.

Заходи щодо поширених фізіологічних симптомів

Положення стандарту

Вагітні жінки мають бути поінформовані про те, що зміни в організмі під час вагітності, обумовлені як гормональними, так і механічними причинами, призводять до різноманітних поширених симптомів, зокрема нудоти, блювання, болю в попереку, тазового болю, печії, варикозного розширення вен, закріпів, судом у ногах тощо.

Підходи до лікування поширених симптомів під час вагітності включають різноманітні немедикаментозні і медикаментозні методи. Призначення лікарських засобів під час вагітності для симптоматичного лікування має здійснюватися лікарем-куратором.

У цілому симптоми, пов'язані з механічними причинами, наприклад тазовий біль, печія і варикозне розширення вен, часто прогресують при збільшенні терміну вагітності.

Нудота та блювання від легкого до помірного ступеня поширені під час вагітності і найчастіше зникають до терміну 16–20 тиж. Медикаментозні методи лікування нудоти і блювання слід застосовувати за наявності виражених симптомів, які не зменшуються при використанні немедикаментозних методів терапії.

Печія під час вагітності – частий симптом, який вагітні можуть лікувати самостійно безрецептурними засобами, що містять антациди.

Можлива причина судом у ногах – харчовий дефіцит магнію та кальцію, тому застосування відповідних лікарських засобів може бути показано для симптоматичного лікування.

Для попередження болю в попереку і тазового болю рекомендовано регулярні фізичні вправи протягом усієї вагітності. Залежно від доступності зазначених засобів і вподобань вагітної, можуть застосовуватися різні методи лікування, такі як фізіотерапія, носіння бандажу й акупунктура. Фізичні вправи для профілактики болю в попереку і тазового болю під час вагітності можна виконувати на землі або у воді. Фізичні вправи можуть

бути корисними для зменшення болю в попереку, проте водночас вони можуть посилити біль, обумовлений дисфункцією лобкового симфізу, тож не рекомендуються за наявності цього стану.

Обов'язкові критерії якості

1. Медикаментозні методи лікування нудоти і блювання під час вагітності повинні застосовуватися за наявності виражених симптомів, які не зникають при використанні немедикаментозних методів.

2. Для запобігання та полегшення печії під час вагітності рекомендовано консультування з питань харчування та способу життя. Якщо, незважаючи на зміну способу життя, зберігаються виражені симптоми, можна призначити антацидні препарати, які містять карбонат магнію, гідроксид алюмінію або карбонат кальцію.

3. Для зменшення судом у ногах під час вагітності можуть бути використані препарати магнію (у дозі 300–360 мг/добу в перерахунку на магній, яку розділено на 2 або 3 прийоми), кальцію (по 1 г перорально 2 рази на добу протягом 2 тиж) або немедикаментозні варіанти лікування.

4. Для запобігання болю в попереку та тазового болю рекомендовано регулярні фізичні вправи протягом усієї вагітності та носіння бандажу, завдяки якому забезпечується підтримка і фіксація попереково-крижового відділу хребта, а також знімається напруга в ділянці стегон.

5. Якщо, попри зміни харчування і вживання достатньої кількості рідини, під час вагітності зберігаються закрепи, для їх усунення можуть призначатися джерела харчових волокон. Жінкам з важкими закрепками, які не усувають дієта і додаткове вживання харчових волокон, рекомендовано періодичний прийом осмотичних проносних лікарських засобів.

6. При варикозному розширенні вен та набряках нижніх кінцівок під час вагітності можуть використовуватися немедикаментозні засоби, а саме: компресійні панчохи, підняте положення ніг та ножні ванни.

7. Для профілактики аортокавального синдрому жінкам слід уникати сну на спині після 28 тиж вагітності та розглянути можливість використання подушок, щоб зафіксувати положення тіла під час сну.

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні з урахуванням воєнного стану оптимальним є проведення фізіологічних пологів у вагітних дівчат-підлітків в умовах акушерського стаціонара із забезпеченням права роділлі на залучення близьких для підтримки під час пологів. Основною метою надання допомоги під час пологів є забезпечення жінки та дитини при мінімальному втручанні до фізіологічного перебігу пологів. Упродовж останніх 5 років існує негативна тенденція до зниження показника нормальних пологів і, відповідно, збільшення показника ускладнених пологів, що своєю чергою призводить до зростання показників захворюваності та смертності новонароджених.

Надання акушерської допомоги всім групам вагітних, зокрема юним вагітним, регламентовано уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Фізіологічні пологи», затвердженим наказом МОЗ України 26 січня 2022 року № 170 та розробленим на основі Клінічної настанови «Фізіологічні пологи», основна мета якої – забезпечення оптимальних умов для пологів із застосуванням профілактичних технологій щодо їх ускладнення, що вплине на зменшення материнських і перинатальних ускладнень.

Пологи в неповнолітніх вагітних

Частота невиношування вагітності в юних першовагітних становить від 2,3 до 19 % і спостерігається в основному в другій половині вагітності. Вагітність ускладнюється загрозою переривання в 15,1 % випадків. На рівень недоношування вагітності впливає низка медико-біологічних, соціально-гігієнічних і медико-організаційних факторів, серед яких основним є вік матері до 16 років, спадковість у недоношуванні, відхилення у фізичному розвитку, незадовільний психоемоційний стан вагітної, перебування поза шлюбом, незапланована вагітність, недостатній рівень раннього медичного нагляду за вагітною (до 12 тиж) та контролю за станом її здоров'я протягом вагітності. Передчасні пологи в юних ЖНП становлять 7,6 % і настають, як правило, у 32–37 тиж вагітності. З усієї кількості передчасних пологів 96,5 % проходили в головному передлежанні. До такої патології, як передчасні пологи, схильні жінки, зайняті фізичною працею, а також молоді жінки, що поєднують роботу з навчанням. Питому вагу (до 39,8 %), серед причин переривання вагітності в юних жінок має латентна інфекція, здебільшого стрептококова або стафілококова. Найчастішою причиною невиношування вагітності є сечостатева інфекція. Особливе значення при атипичній стергій клінічній картині надається безсимптомній бактеріурії. Багато дослідників установило зниження в юних вагітних імунітету, особливо за наявності інфекції. Обсіменіння піхви патогенними й умовно-патогенними мікроорганізмами з передчасним перериванням вагітності виявляється майже постійно. У підготовчий період більш ніж у половини юних ЖНП спостерігається сповільнене формування біологічної готовності організму до пологів, яке характеризується незрілою або недостатньо зрілою шийкою матки. Перебіг пологів ускладнений у 57,4 %. Ускладненнями в пологах у юних ЖНП є: передчасне вилиття навколоплідних вод – 74 %, первинна слабкість пологової діяльності – 94 %, вторинна слабкість пологової діяльності – 18%, дискоординувана пологова діяльність – 8 %, патологічний преліментарний період – 68 %, дистопія шийки матки – 18 %.

Проблема порушення скоротливої діяльності матки в пологах завжди залишається однією з головних в акушерстві. Слабкість пологової діяльності здебільшого спостерігається на тлі прееклампсії вагітних, перенесених абортів, ГРВІ, гінекологічних захворювань (особливо запалення придатків матки), ендокринної патології, при великоваговому плоді, після загрози

переривання вагітності і перенесених екстрагенітальних захворювань. При слабкості пологової діяльності дистрес плода становить 36,5 % випадків, при передчасному вилитті навколоплідних вод – 28 %, при фізіологічних пологах – 11,5 %, тобто в 3 рази рідше. Привертає увагу збільшення частоти оперативного розродження при аномаліях пологової діяльності. Особливо збільшилася частота кесаревого розтину на користь плода. Частота пологів у тазовому передлежанні в юних ЖНП сягає 15 %. Під час пологів у тазовому передлежанні плода близько 30 % немовлят народжується в стані різного ступеня асфіксії.

Несприятливі віддалені результати в дітей, народжених у тазовому передлежанні, виявляються у вигляді церебральних парезів, епілепсії, гідроцефалії, відставання в розумовому розвитку, уроджених вивихів кульшових суглобів тощо. Перинатальна захворюваність і смертність у юних ЖНП при тазових передлежаннях плода обумовлена асфіксією, внутрішньочерепними крововиливами, пошкодженнями спинного мозку, розривами намету мозочка, недоношеністю (незрілістю), аномаліями розвитку плода, розривами й крововиливами в органах черевної порожнини, пошкодженнями плечового сплетіння, переламанами й вивихами кінцівок тощо. Материнська смертність у групі жінок з тазовим передлежанням плода значно вища, ніж у групі жінок з головним його передлежанням; це пов'язано з ускладненнями під час пологів. Материнська смертність при тазовому передлежанні плода становить до 2 % і пов'язана з травматичними пошкодженнями (аж до розриву матки), кровотечею й інфекцією. Проблема вузького таза в юних ЖНП і досі є актуальною. Загальнорівномірновужений таз мають 8,9 % юних ЖНП, що свідчить про незавершеність формування кісткового таза в цьому віці, з них у 1,7 % розвивається клінічно вузький таз. Раціональне ведення пологів при вузькому тазі дотепер належить до найважчих розділів практичного акушерства, оскільки вузький таз є однією з причин материнського і дитячого травматизму, материнської і перинатальної смертності. Частота кесаревого розтину в юних ЖНП сягає 1,2 %. Кесарів розтин проводиться за показаннями з урахуванням сучасних вимог. Для юних ЖНП показаннями до кесаревого розтину є клінічно вузький таз (1,9 %), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (2,9 %), поєднання екстрагенітальної та акушерської патології (7,3 %), аномалії пологової діяльності (6,3 %).

За останні роки збільшилася кількість операцій кесаревого розтину, проведених за показаннями з боку плода: дистрес плода – 6,4 % випадків, неправильне положення плода і неправильне вставлення голівки – 5 %, тазове передлежання – 4,6 %, важкий гестоз вагітних після неефективної терапії – 2,9 %. Збільшення питомої ваги оперативного розродження почалося на післяопераційних ускладненнях, серед яких у 9,34% випадків виникав ендометрит, у 2% – ендометрит і розходження швів на шкірі, в 1,6 % – метрорендометрит, в 1 % – тромбоз флебіт, у 0,5 % – пневмонія, у 0,5 % – гіпотонічні кровотечі.

Аntenатальна смертність у юних ЖНП становить 0,5 %, інтранатальна – 1 %, дитяча – до 2 %. Аналіз причин смертності показує, що перше місце при антенатальній загибелі посідає передчасне відшарування нормально розташованої плаценти; при інтранатальній загибелі – стійка слабкість пологової діяльності. Дитяча смертність насамперед відбувається через дихальні розлади в дітей. У юних ЖНП перинатальна смертність новонароджених сягає 2,9 %. Основною причиною є асфіксія і внутрішньочерепа плогова травма. Для здоров'я дітей, народжених юними матерями, характерні більш висока соматична й інфекційна захворюваність, відставання в психомоторному розвитку, що стійко зберігається в перші 3 роки життя.

Отже, аналіз даних літератури показав, що така медико-соціальна проблема, як ювенільна вагітність, є не вирішеною, а ЖНП юного віку, з огляду на великий відсоток ускладнень у пологах, слід віднести до групи підвищеного ризику щодо виникнення патології в пологах. Вагітність і пологи в юних ЖНП не можна вважати фізіологічними, оскільки всі органи і системи перебувають у стані функціональної напруженості через вікові особливості.

ДІАГНОСТИКА ТА ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПОЛОГІВ

Поява після 37-го тижня вагітності переймоподібного болю внизу живота та криках із слизово-кров'янистими або водянистими (у разі відходження навколоплідних вод) виділеннями з піхви. Наявність 1 випадку переймів протягом 10 хв, що триває 15–20 с.

Зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне її скорочення та згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметра просвіту шийки матки (вимірюється в сантиметрах).

Поступове опускання голівки плода до малого таза відносно площини входу в малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно *lin. interspinalis* (при внутрішньому дослідженні).

Визначення періоду та фази пологів

Симптоми й ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи / відсутність пологової діяльності	–
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см	Перший	Латентна
Шийка розкрита на 3–9 см. Швидкість розкриття шийки матки не менша (або більша) за 1 см/год. Початок опускання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см). Голівка плода в порожнині таза. Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см) Передлегла частина плода досягає дна таза Роділля починає тужитися	Другий	Пізня (потужна)
Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	Третій	–

Послідовність дій під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар

Під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар у приймально-оглядовому відділенні черговий лікар акушер-гінеколог:

- ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу вагітності; звертає увагу на дані загального, інфекційного й акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та дані гравідограми;
- з'ясовує скарги;
- для оцінювання стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірювання температури тіла, пульс, артеріального тиску, частоти дихання, обстеження внутрішніх органів;
- вимірює висоту стояння дна матки, обвід живота та розміри таза; визначає термін вагітності й очікувану масу плода;
- запитує про відчуття рухів плода самою роділлею та проводить аускультацию серцебиття плода;
- проводить зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид і позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, розташування голівки плода відносно площини малого таза;
- установлює акушерський діагноз, визначає план ведення пологів, узгоджує його з жінкою, що народжує.

Не рекомендується рутинне призначення клізми та гоління лобка роділлі.

Молодша медична сестра:

- пропонує жінці прийняти душ, надягнути чистий домашній одяг (за відсутності – лікарняну білизну); партнеру також потрібно змінити одяг на чистий домашній (за відсутності – на одноразовий комплект);
- супроводжує роділлю та її партнера до індивідуальної пологової палати.

Спостереження та допомога роділлі під час I періоду пологів

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться лікарем-акушер-гінекологом до партограми.

Оцінювання стану плода

Серцебиття плода під час пологів реєструють шляхом:

- періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопа, ручного доплерівського аналізатора, або
- за показаннями – шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія).

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультатії слід дотримуватися такої методики:

- роділля перебуває у положенні на боці;

– аускультация починається після закінчення найбільш інтенсивної фази переймів;

– аускультация триває щонайменше 60 с.

Аускультация має проводитися кожні 30 хв протягом латентної фази та кожні 15 хв протягом активної фази першого періоду пологів.

У нормі ЧСС плода перебуває в межах 110–170 ударів на хвилину. У разі виходу частоти серцевих скорочень плода за межі норми необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультацию після закінчення найбільш інтенсивної фази наступних переймів, дотримуючись описаної вище методики.

Перехід від періодичної аускультации до електронного фетального моніторингу (КТГ) показано в таких ситуаціях:

– ЧСС плода зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки;

– базальна частота серцевих скорочень плода менша за 110 чи більша за 170 ударів на хвилину;

– під час періодичної аускультации виявляються будь-які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки;

– розпочато пологопідсилення окситоцином;

– відійшли навколоплідні води, забарвлені меконієм.

Рутинне застосування КТГ всім роділлям не доцільне через високий відсоток хибнопозитивних результатів та збільшення частоти втручань, зокрема й оперативних пологів. Якщо жінка з низьким ризиком ускладнень вимагає проведення кардіотокографії як частини первинної оцінки, слід обговорити з нею ризики, переваги й обмеження КТГ.

Опис особливостей записів КТГ та ведення пологів на основі інтерпретації записів КТГ.

Передчасний розрив оболонок у термін пологів

Для уточнення розриву оболонок необхідно зібрати анамнез та підтвердити факт відходження вод.

Проведення огляду в дзеркалах, щоб остаточно визначитися з цілісністю оболонок. Уникайте вагінального дослідження за відсутності переймів.

Якщо в жінок з передчасним розривом оболонок не розпочалися спонтанні пологи протягом 24 год, слід обговорити питання індукції пологової діяльності.

Обов'язковим є контроль рухів плода та частоти серцевих скорочень.

Якщо відбувся розрив плідного міхура (спонтанний або штучний), слід звернути увагу на колір та кількість навколоплідних вод.

Оцінювання загального стану роділлі

Вимірювання температури тіла кожні 4 год. Визначення параметрів пульсу кожні 2 год.

Вимірювання артеріального тиску кожні 2 год.

Визначення кількості сечі кожні 4 год.

Оцінювання прогресу пологів

З метою оцінювання прогресу пологів визначають швидкість розкриття шийки матки, частоту та тривалість переймів, а також наявність просування голівки плода в порожнину таза.

Розкриття шийки матки

Швидкість розкриття шийки матки оцінюється шляхом внутрішнього акушерського дослідження, яке проводять кожні 4 год. Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності таких показань, як:

- спонтанний розрив плідних оболонок;
- патологічна частота серцебиття плода (менша за 110 або більша за 170 ударів на хвилину);
- випадіння пуповини;
- підозра на неправильне передлежання / вставлення голівки плода;
- затримка прогресу пологів;
- кровотеча (огляд в умовах операційної).

Якщо після додаткового внутрішнього акушерського дослідження прийнято рішення продовжувати консервативне ведення пологів, наступне акушерське дослідження проводять через 4 год після останнього.

Результати оцінювання розкриття шийки матки заносяться до партограми.

Розкриття шийки матки в латентній фазі

Латентна фаза триває до 8 год. Нормальне прогресування пологів у латентній фазі першого періоду характеризується поступовим згладжуванням та розкриттям шийки матки зі швидкістю, яка забезпечує перехід в активну фазу в будь-який час протягом 8 годин спостереження.

Розкриття шийки матки 3 та > см свідчить про перехід в активну фазу I періоду пологів.

Якщо протягом 8 год спостереження періодичні скорочення матки зникають або значно уповільнюються, слід зробити висновок про хибні пологи. У разі спонтанного припинення маткових скорочень немає необхідності в проведенні вагінального дослідження, якщо інші показання до його проведення відсутні.

Якщо через 8 год спостереження періодичні скорочення матки тривають, а розкриття шийки матки залишається менше від 3 см, слід оцінити наявність структурних змін шийки матки. Якщо структурні зміни шийки матки відсутні, слід зробити висновок на користь хибних переймів.

Якщо відбуваються структурні зміни шийки матки (розм'якшення, згладження, розкриття), необхідно оцінити ступінь зрілості шийки матки за шкалою Бішопа.

Якщо шийка матки зріла (6 або більше балів), робиться висновок на користь уповільненої латентної фази першого періоду пологів.

Якщо шийка матки незріла (5 або менше балів), тактика ведення має відповідати веденню хибних переймів.

Розкриття шийки матки в активній фазі

Нормальне прогресування пологів в активній фазі першого періоду характеризується розкриттям шийки матки зі швидкістю щонайменше 1 см/год. Нижча швидкість (графік розкриття шийки матки праворуч від лінії уваги на партограмі) указує на «продовжену активну фазу», яка може бути пов'язана зі слабкістю пологової діяльності.

Швидкість розкриття шийки матки менше ніж 1 см/год за наявності цілого плідного міхура є абсолютним показанням до проведення амніотомії.

Рутинне проведення ранньої амніотомії (до 5 см розкриття шийки матки) у разі нормального перебігу пологів не рекомендується.

Частота та тривалість переймів

Оцінка частоти та тривалості переймів проводиться щогодини в латентній фазі та кожні 30 хв в активній фазі. Рахують кількість переймів за 10 хвилин. Отримані дані заносять до партограми.

У латентній фазі наявність 2 переймів за 10 хв вважають адекватною пологовою діяльністю, в активній фазі – 3–5 переймів протягом 10 хв, кожна з яких триває 40 с або більше.

Просування голівки плода

Просування голівки плода визначають шляхом зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження. Результати заносять до партограми. Просування голівки плода може не спостерігатися, поки шийка матки не розкриється приблизно на 7–8 см.

Знеболювання пологів за погодженням жінки

Допомога роділлі подолати біль під час пологів є завданням медичних працівників та присутнього партнера. Зменшення больових відчуттів може досягатися застосуванням простих немедикаментозних методів знеболювання:

- максимальна психологічна підтримка та заспокоєння;
- зміна положення тіла (*див. рисунок*): заохочення роділлі до активних рухів; пропонування партнеру масажувати їй спину, погладжувати низ живота, тримати її руку і протирати обличчя вологою губкою між переймами; пропонування жінці дотримуватися спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих);
- локальні натискання на крижову ділянку: під час переймів необхідно сильно натискати кулаком або зап'ястям на крижову ділянку; роділлі самостійно визначає місце та силу, з якою потрібно натискати; для утримання рівноваги друга рука партнера розміщується спереду на передній верхній клубової ості; між переймами натискання не проводять;
- подвійне стискання стегон: роділлі стоїть на руках і колінах, нахилившись уперед, партнер кладе руки на сідничні м'язи, тривало натискаючи всією долонею по діагоналі до центру таза жінки;
- колінне натискання: роділлі сидить рівно на стільці з розведеними колінами приблизно 10 см, ступні щільно опираються на підлогу. Партнер

сидить перед нею і розміщує опорну частину долоні поверх великогомілкової кістки, тривало натискаючи на коліна в бік тазостегнових суглобів жінки, нахилиючись у її бік;

– гідротерапія: прийом душі або занурення у воду з температурою 36–37 °С в активній фазі (за можливості); тривалість перебування у ванні чи душі залежить від бажання жінки, але необхідно постійно підтримувати температуру води в заданих межах і проводити термометрію роділлі та води щогодини, щоб переконатися, що жінці комфортно і не стає холодно; температура води не повинна бути вищою за 37,5 °С.

Ванни та басейни для пологів необхідно підтримувати у чистоті, використовуючи протокол, погоджений з відділом мікробіології, басейни для пологів – також відповідно до рекомендацій виробника. Жінки не повинні потрапляти у воду (басейн для пологів або ванну) протягом 2 год після прийому опіоїдів або якщо вони відчувають сонливість.

Гідротерапію проводять обов'язково під наглядом медперсоналу!

Масаж: техніка масажу полягає в легкому погладженні живота, вібрації, розминанні рук, ніг і комірцевої зони, сильні кругові рухи, тривале натискання на різні точки та ділянку ромба Міхаеліса.

За бажанням жінки можливе використання медикаментозного (системного) знеболення: неопіоїдна, опіоїдна, інгальційна та регіонарна аналгезія. Вимоги до медикаментозного знеболювання: знеболювальний ефект, відсутність негативного впливу на організм матері і плода, простота і доступність для всіх пологодопоміжних закладів. Якщо жінка наполягає на регіонарному знеболенні, необхідно повідомити про ризики та переваги, а також про можливі наслідки, приділивши додаткову увагу перевагам знеболення пологів немедикаментозним методом.

Перед регіонарною аналгезією необхідно поінформувати жінку про епідуральну аналгезію, зокрема про таке:

- метод доступний лише в акушерських стаціонарах;
- забезпечує більш ефективне знеболення, ніж опіоїди;
- не пов'язаний з тривалим болем у спині;
- не пов'язаний з більш тривалим першим періодом пологів або підвищеною ймовірністю кесаревого розтину;
- може бути пов'язаний з більш тривалим другим періодом пологів та підвищеною ймовірністю вагінальних інструментальних пологів;
- супроводжується більш інтенсивним рівнем моніторингу та внутрішньовенним доступом.

Догляд та спостереження за жінками з регіонарним знеболенням

Перед початком регіонарної анальгезії завжди необхідно забезпечити внутрішньовенний доступ.

Не потрібно проводити навантажувальної інфузії рідини до проведення епідуральної анальгезії місцевими анестетиками низької концентрації та комбінованої спінально-епідуральної анальгезії.

Перед початком регіонарної аналгезії або після подальшого болюсу місцевого анестетика необхідно вимірювати артеріальний тиск кожні 5 хв протягом 15 хв і щогодини оцінювати рівень сенсорного блоку. Після встановлення регіонарної аналгезії та після кожного введення наступного болюсу місцевого анестетика необхідно проводити безперервну кардіотографію принаймні 30 хв.

Заохочуйте жінок з регіонарним знеболенням рухатися та приймати будь-які вертикальні позиції, які вони вважають комфортними для себе протягом пологів. Продовжувати регіонарне знеболення до закінчення третього періоду пологів та будь-якого необхідного відновлення цілісності промежини.

Після підтвердження повної дилатації шийки матки в жінки з регіонарним знеболенням, якщо в роділлі не виникає бажання тужитися або не видно голівки дитини, потуги слід відкласти принаймні на 1 год, якщо жінка цього бажає, після чого активно спонукати її тужитися під час переймів. Не слід припиняти епідуральне введення місцевого анестетика під час переймів.

Спостереження за роділлем та допомога їй у II періоді пологів **Профілактика інфекцій та інфекційний контроль**

Медичних працівників не допускають до проведення фізіологічних пологів без проходження навчання, підготовки і перевірки знань щодо заходів попередження інфікування (стандартні, контактні, крапельні і повітряні), відповідно до Заходів та засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.

Необхідно дотримуватися правил і практики гігієни рук відповідно до Інструкції з впровадження покращання гігієни рук у закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затвердженої наказом МОЗ України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1321/36943. Використання медичними працівниками засобів індивідуального захисту відповідно до наявних ризиків інфікування вагітної / породіллі, новонародженого та працівників обов'язкове. Мінімальний комплект засобів індивідуального захисту включає одноразовий захисний халат від інфекційних агентів, медичну (хірургічну) маску, стерильні медичні рукавички, захисні окуляри або щиток. Важливим також є дотримання правил і практики безпечного поводження з гострими медичними виробами.

Руки медичного персоналу мають адекватно оброблятися (гігієнічно або антисептично залежно від маніпуляції, що планується) відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Оцінювання стану плода

Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультатії кожні 5 хв у ранню фазу другого періоду та після кожної потуги в активну фазу.

Оцінювання загального стану роділлі

Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу – кожні 15 хв.

Оцінювання прогресу пологів

Оцінюють просування голівки пологовим каналом і пологову діяльність (частоту та тривалість маткових скорочень).

Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів.

Рання фаза другого періоду пологів

Рання фаза другого періоду пологів починається від повного розкриття шийки матки та триває до появи спонтанних активних потуг (або до опускання голівки на тазове дно).

У ранню фазу слід забезпечити рухливість роділлі, а саме: заохотити її до активної поведінки та вільного ходіння. Вертикальне положення жінки та можливість вільно рухатися сприяють збереженню активної пологової діяльності та просуванню голівки плода.

У ранній фазі не слід примушувати роділлю тужитися, оскільки це призводить до втоми, порушення процесу внутрішнього повороту голівки плода, травмування пологових шляхів і голівки, порушення стану плода та зайвих медичних утручань.

Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів

Пізня (потужна) фаза другого періоду пологів починається з моменту опущення голівки на тазове дно та наявності спонтанних активних потуг.

Слід надавати перевагу техніці нерегульованих фізіологічних потуг, коли жінка самостійно робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання.

Припустима тривалість другого періоду пологів:

– у жінки, яка народжує вперше, – до 2 год;

– у жінки, яка народжує повторно, – до 1 год.

Метод Кристелера заборонено для використання в акушерській практиці через високий травматизм матері та плода.

Положення жінки для народження дитини

Забезпечується можливість роділлі вибрати положення для народження дитини, яке є зручним для неї.

Застосування епізіотомії не проводять під час фізіологічних пологів! Показання до епізіотомії:

– ускладнені вагінальні пологи (при тазовому передлежанні, дистопії плечиків, при накладенні акушерських щипців, вакуум-екстракції);

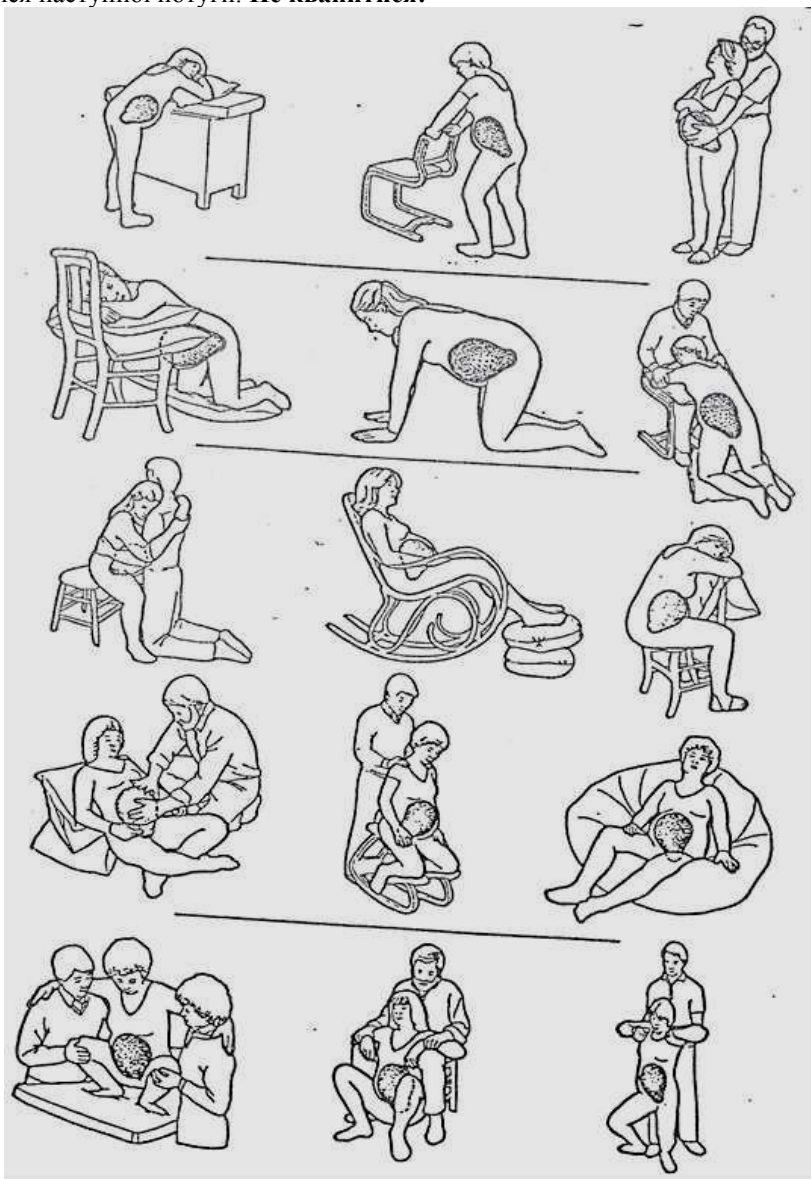
– дистрес плода;

– рубцеві зміни промежини, що є суттєвою перешкодою для народження дитини.

Епізіотомію й епізіорафію проводять під знеболюванням.

Після народження голівки необхідно дати можливість плечикам розвернутись самостійно, при цьому перевірити, чи немає обвиття пуповини навколо шиї. У разі тугого обвиття пуповину необхідно перетнути між

2 затискачами, при нетугому – послабити натяжіння пуповини та дочека-
тися наступної потуги. **Не квапитися!**



Положення, що може зайняти жінка в пологах

У разі задовільного стану плода не слід намагатися народити плечики протягом тієї самої потуги, під час якої народилася голівка. Плечики можуть бути народжені під час наступної потуги.

Відразу після народження акушерка здійснює обсушування голови і тіла дитини попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, викладає дитину на живіт матері, надягає на дитину чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

Одночасно лікар-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог, здійснює первинне оцінювання стану новонародженого.

Спостереження та допомога роділлі в III періоді пологів

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів – активна й очікувальна.

Активне ведення третього періоду пологів

Застосування методики активного ведення третього періоду пологів дає змогу знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.

Під час вагінальних пологів кожній жінці слід запропонувати активне ведення третього періоду пологів. Роділля має бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів та надати добровільну письмову згоду на його проведення.

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків;
- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Відсутність одного з компонентів виключає активне ведення III періоду пологів.

Введення утеротоніків

Крок 1: протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плода, за його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово.

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти препарату.

За відсутності утеротоніків не слід використовувати методику активного ведення третього періоду пологів. У цьому разі варто застосовувати очікувальну тактику ведення третього періоду пологів.

Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину

Крок 2: перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці.

Крок 3:

- покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки й утримувати матку, відводячи її від лона;

– тримати пуповину в стані легкого натяжіння та дочекатися першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2–3 хв після введення окситоцину).

Не тягніть за пуповину до початку скорочення матки, просто утримуйте її в стані легкого натяжіння.

Крок 4:

– одночасно із сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитися й дуже обережно потягнути (**тракція**) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти;

– під час тракції продовжувати проводити другою рукою **контртракцію** в напрямку, протилежному до тракції (тобто відштовхувати матку від лона);

– якщо плацента не опускається протягом 30–40 с контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати в стані легкого натяжіння; друга рука залишається над лоном, утримуючи матку;

– одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію.

Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки над лоном!

Крок 5:

– після народження плаценти утримувати її двома руками й обережно повернути, щоб скрутити оболонки, повільно підтягнути плаценту донизу; у разі обриву оболонок обережно обстежити піхву й шийку матки в стерильних рукавичках та видалити їх залишки;

– уважно оглянути плаценту й переконатися в її цілісності; якщо частина материнської поверхні відсутня або є ділянка обірваних оболонок із судинами, необхідно застосувати відповідні для цього заходи;

– за відсутності народження плаценти протягом 30 хв після народження плода під адекватним знеболенням провести ручне відділення плаценти і виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі ручне відділення плаценти та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

Масаж матки

Крок 6: після народження посліду через передню черевну стінку негайно проводять масаж матки, доки вона не стане щільною.

У подальшому матку пальпують кожні 15 хв протягом перших 2 год, щоб упевнитися в тому, що вона не розслабляється, а залишається щільною.

Очікувальне ведення третього періоду пологів

Після закінчення пульсації пуповини акушерка перетискає та перетинає її. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'яних виділень.

За появи ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера–Чукалова) жінці пропонують потужитися, що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відділення плаценти протягом 30 хв після народження плода проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду.

Нижні відділи пологових шляхів обережно оглядають після пологів за допомогою тампонів. Показанням до огляду за допомогою вагінальних дзеркал є кровотеча, оперативні вагінальні пологи, стрімкі пологи або пологи поза закладом охорони здоров'я.

ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНОГО ТА ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ ПІД ЧАС МЕДИЧНОГО ДОГЛЯДУ ЗА ЗДОРОВОЮ НОВОНАРОДЖЕНОЮ ДИТИНОЮ

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв після народження дитини, акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину. Вона здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини в пологовій залі. При порушенні стану новонародженого інформує про це лікаря-неонатолога, а за його відсутності – лікаря-акушера-гінеколога.

За появи пошукового і смоктального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері), акушерка допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.

Через 30 хв після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії в карту розвитку новонародженого (форма 097/о).

Після проведення контакту матері і дитини «очі в очі» акушерка, обробивши руки, проводить новонародженому профілактику офтальмії розчином декаметоксину (1 мл розчину містить декаметоксину в перерахунок на 100 % речовину 0,2 мг). В очі закапують по 2 краплі після народження і через 2 год після пологів.

Контакт «шкіра до шкіри» проводиться не менше 2 год у пологовій залі за умови задовільного стану матері та дитини.

Після завершення контакту «шкіра до шкіри» акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, обробляє та клемиє пуповину, зріст, обвід голови та грудної клітки, зважає.

Лікар-неонатолог, а за його відсутності – лікар-акушер-гінеколог, перед переведенням дитини та матері в палату спільного перебування здійснює первинний лікарський огляд новонародженого.

Акушерка (медична сестра) надягає дитині чисті повзуни, сорочку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг.

Дитину разом з матір'ю накривається ковдрою і переводиться до палати спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

Післяпологовий догляд

Післяпологовий період починається відразу після закінчення пологів і триває до 42 днів. Він поділяється на ранній та пізній.

Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 2 год. У цей період породілля перебуває в пологовому відділенні, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед кровотечі.

Цей період дуже важливий і вважається терміном швидкої адаптації функціональних систем після великого навантаження під час вагітності та пологів.

Пізній післяпологовий період настає через 2 год після пологів і триває до 42 діб. Під час цього періоду відбувається зворотний розвиток усіх органів і систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

Основні принципи післяпологового догляду

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:

- Оцінювання стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру й частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їхню форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність на них тріщин.

- Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) й інволюцією матки:

- протягом перших 2 год – кожні 15 хв; протягом 3-ої години – кожні 30 хв;

- протягом наступних 3 год – кожні 60 хв;

- протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні – один раз на добу.

Виконання вправ післяпологової гімнастики.

2. Підтримування раннього грудного вигодовування:

- Контакт «шкіра до шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодовуванні, яка буде найбільш комфортною як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодовуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі змогу висловлювати свої материнські почуття.

- Захищає новонародженого від інфекцій

3. Підтримування в матері відчуття впевненості в собі:

- Надання матері точної та вичерпної інформації протягом усього післяпологового періоду про її стан і стан новонародженого. Набуття навичок якісного догляду та спостереження за дитиною підвищать відчуття впевненості в собі, а також нададуть змогу своєчасно звернутися за допомогою в разі необхідності.

- Консультування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.

Виписка породіллі зі стаціонара

Виписка породіллі зі стаціонара проводиться:

- Після оцінювання стану матері:

- відсутність скарг;

- стабільні показники гемодинаміки;

- відсутність кровотечі;

- відсутність ознак інфікування;

- Коли мати навчена догляду та нагляду за дитиною.

За відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породілля з новонародженим виписується через повні 2 доби, а також коли мати проконсультовано з питань вигодування новонародженого, післяпологової контрацепції та основних загрозливих симптомів післяпологового періоду.

Загрозливі симптоми в післяпологовому періоді

Загрозливі симптоми в жінок у післяпологовому періоді	Загрозливі стани дитини, за яких потрібна допомога
Вагінальна кровотеча (використання 2–3 прокладок за 30 хв). Підвищення температури тіла; утруднене дихання. Біль у животі. Біль молочних залоз і сосків; біль у промежині. Нетримання сечі, біль/утруднення при сечовиділенні. Гнійні/з неприємним запахом виділення з піхви	Дитина погано смокче груди. Дитина млява або збудлива; У дитини виникли судоми. У дитини порушення дихання. У дитини гіпертермія або гіпотермія. Визначається набряк, гіперемія або нагноювання пупкової ранки. У дитини блювання або діарея

Висновок

З огляду на все викладене вище, така медико-соціальна проблема, як ювенільна вагітність, залишається й досі не вирішеною. Вагітних жінок юного віку слід відносити до групи підвищеного ризику через великий відсоток ускладнень у пологах. Вагітність і пологи в юних вагітних не можна вважати фізіологічними, оскільки всі органи й системи таких пацієнток перебувають у стані функціональної напруженості через вікові особливості. В умовах воєнного часу юні вагітні потребують додаткової уваги як з боку медичного персоналу, так і родини. Ретельний догляд дадуть можливість знизити материнські та перинатальні ускладнення.

Перелік літературних джерел, використаних при розробленні стандартів медичної допомоги

1. Коколіна В. Особливості перебігу вагітності та пологів у юних першонароджуючих. *Лікар*. 2003. № 7. С. 42–44.
2. Department of Economic and Social Affairs Population Division. World population Policies 2013. New York : United Nations Publication, 2014.
3. Hollingsworth D. R., Felice M. Teenage pregnancy: A multiracial sociologic problem. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 2006. № 4. Р. 741–746.
4. Андрієць О. А., Ринжук Л. В., Боднарюк О. І. Підліткова вагітність: актуальна проблема сьогодення. *Акушерство. Гінекологія. Генетика*. 2016. Т. 2, № 4. С. 77–80.
5. Гнатко Е. П., Михайлюта М. А., Чубатий А. І. Проблеми гінекологічної патології підлітків. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2015. № 3 (89). С. 24–48.

6. Дубоссарська З. М. Сучасні методи діагностики затримки внутрішньоутробного розвитку плода. *Тези доп. наук.-практ. конф. акушерів-гінекологів України*. Донецьк, 2000. С. 69
7. Паращук Ю. С. Репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків. Київ : Здоров'я, 2003. 112 с.
8. Астахов В. М., Бацильова О. В. Ювенільна вагітність як психо-соціальна проблема. *Акушерство. Гінекологія. Генетика*. 2016. Т. 2, № 4. С. 81–85.
9. Островська О. О. Медико-соціальний прогноз наслідків вагітності і материнства у підлітковому віці. *Репродуктивне здоров'я дітей і підлітків*. 2014. № 4. С.56–59.
10. Dianne S. E., Marianne E. F. Adolescent pregnancy. *Pediatr. Clin. N. Am.* 2017. № 50. P. 781–800.
11. Emans S. J. H., Laufer M. R., Goldstein D. P. *Pediatric and Adolescent gynecology*. 5th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2015. №. 8. P. 561–563.
12. Дідух Т. Е., Козодой Г. В., Корчинська Р. А. Особливості перебігу вагітності та пологів у юних першонароджуючих Київської області. *Актуальні питання акушерства та гінекології* : тези доп. конф. молодих вчених. Київ, 2003. С. 51
13. Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 9 серпня 2022 року № 1437.
14. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Фізіологічні пологи», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2022 року № 170.

Навчальне видання

**ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ
У ЮНИХ ВАГІТНИХ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

***Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання,
лікарів-інтернів та слухачів курсів
тематичних удосконалень***

Упорядники Гузь Ірина Анатоліївна
 Вигівська Людмила Анатоліївна
 Новікова Анастасія Артемівна
 Качайло Ірина Анатоліївна

Відповідальний за випуск Л. А. Вигівська



Редактор Е. Є. Депрінда
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,0. Зам. № 23-34287.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.