

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

ФУРСА-СОВГИРА ТЕТЯНА МИКОЛАЇВНА

УДК 618.4-032.2:614.213:618

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОБҐРУНТУВАННЯ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ПІДХОДУ ДО
РОЗРОДЖЕННЯ ВАГІТНИХ. ПОЛОГИ У ВОДІ В УМОВАХ
СТАЦІОНАРУ**

22 «Охорона здоров'я»

222 «Медицина»

Подається на здобуття ступеня **доктора філософії**

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Т.М. Фурса-Совгира

Науковий керівник – Бенюк Василь Олексійович, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України

Київ, 2025

АНОТАЦІЯ

Фурса-Совгира Т.М. Обґрунтування персоналізованого підходу до розродження вагітних. Пологи у воді в умовах стаціонару.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2025.

Зміст анотації

Дана дисертаційна робота присвячена аналізу перебігу пологів та післяпологового періоду у роділь, які в якості методу ведення пологів обрали альтернативний варіант ведення пологів – пологи у воді в умовах стаціонару.

На сьогодні акушерська допомога в Україні є пацієнторієнтованою і спрямована, не лише на веденні вагітності та пологів, а й на створенні комфортних та безпечних умов для матері і новонародженого. В умовах акушерських стаціонарів все більше розповсюджуються пологи у воді, які ставлять на меті зниження пологового болю, забезпечення вільного пересування, формування психологічного комфорту та позитивного пологового досвіду для роділлі та її партнера. Впровадження даних типів пологів в державних пологових закладах разом з застосуванням сучасних родинно-орієнтованих технологій має бути частиною загальної політики, спрямованої на поліпшення здоров'я матері та дитини.

Метою даної роботи є обґрунтування персоналізованого алгоритму ведення пологів у воді в умовах стаціонару для вдосконалення надання акушерської допомоги та покращення перинатальних та акушерських наслідків.

Завдання дослідження

1. Окреслити психологічний портрет жінки, яка бажає обрати варіант розродження із використанням пологів у воді.

2. Визначити клініко-статистичні характеристики жінок, які можуть бути залученими до здійснення спроби пологів у воді, оцінити їх психо-емоційний стан та особливості біоценозу статевих шляхів.
3. Розробити алгоритм ведення пологів у воді
4. Провести комплексну оцінку особливостей перебігу пологів у воді порівняно з традиційними пологами.
5. Дослідити особливості психо-емоційного стану та особливості перебігу післяпологового періоду у жінок після пологів у воді.
6. Оцінити ефективність запропонованого алгоритму ведення пологів у воді шляхом аналізу акушерських та перинатальних наслідків пологів у воді порівняно з традиційними пологами.

На першому етапі дослідження з використанням Google-форми проанкетовано 274 першовагітних жінок в термінах гестації 11-12, 26-28 і 36-37 тижнів вагітності, які бажали обрати альтернативний варіант розродження із застосуванням гідротехнологій. Під час анкетування увага приділялась встановленню рівня обізнаності вагітних, а також виявленню страхів та переживань щодо майбутніх пологів. На подальшу участь в дослідженні погодилося 150 (54,7%) вагітних.

На другому етапі дослідження, в терміні гестації 37 тижнів, комплексно обстежено 150 (100,0%) вагітних, які бажать обрати альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій. Проводилось вивчення анамнестичних даних (вік, соціальний статус, перенесені інфекційні, соматичні та гінекологічні захворювання), особливостей перебігу даної вагітності, оцінювався антенатальний стан плодів (КТГ, УЗД фетоплацентарного комплексу з доплерометричним дослідженням швидкостей кровоплину в основних судинах та фетометрією, а також біофізичний профіль плодів), психо-емоційний стан вагітних (опитувальники: «Благополуччя під час вагітності», GAD-7, PRAQ-R/R2), досліджувався біоценоз статевих шляхів (бактеріоскопічне дослідження

підхвочених виділень, культуральне дослідження підхвочених виділень методом ПЛР) з подальшою корекцією виявлених відхилень, що дало підставу для оцінки відповідності вагітних критеріям залучення до дослідження.

На третьому етапі дослідження в залежності від запропонованої методики розродження, жінок розподілено наступним: основна група – 66 вагітних, у яких розродження відбувалось із застосуванням гідротехнологій в першому та другому періодах пологів згідно запропонованої нами методики; група порівняння – 34 вагітних, у яких розродження відбувалось з використанням гідротехнологій лише в першому періоді пологів; контрольна група – 50 вагітних, у яких пологи відбувались за загальноприйнятими стандартами. Проводилась оцінка перебігу пологів, інтенсивності пологового болю, стану новонародженого, визначались акушерські та перинатальні ускладнення, оцінювався перебіг післяпологового періоду та психо-емоційний стан після пологів.

Четвертий етап дослідження передбачав проведення аналізу та узагальнення отриманих результатів дослідження.

Наукова новизна одержаних результатів

Вперше в Україні представлено та науково обґрунтовано алгоритм ведення пологів у воді в умовах акушерського стаціонару. Вперше представлено та науково обґрунтовано алгоритм відбору вагітних для залучення до спроби пологів у воді. Авторкою окреслено психологічний портрет жінки, яка бажає обрати варіант розродження із використанням пологів у воді. З наукової точки зору доведено позитивний вплив пологів у воді на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень шляхом проведення порівняльної оцінки з традиційним методом ведення пологів.

Доведено позитивний вплив пологів у воді на психоемоційний стан жінки під час пологів. Вперше продемонстровано ефективність пологів у воді в профілактиці порушень у психоемоційній сфері у післяпологовому періоді.

Практична значимість одержаних результатів

Визначено клініко-анамнестичні, медико-соціальні та психоемоційні аспекти перебігу пологів, післяпологового періоду стану плода і новонародженого при використанні традиційної тактики ведення пологів та пологів у воді. Представлені критерії включення та виключення жінок до можливості спроби пологів у воді із врахуванням особливостей перебігу вагітності, стану біоценозу статевих шляхів та психоемоційного стану.

Представлено порівняння впливу запропонованої методики пологів у воді на психоемоційний стан жінок під час пологів та в післяпологовому періоді, а також на використання знеболення в пологах та на перинатальні наслідки. Розроблено та впроваджено алгоритм підготовки вагітної до спроби пологів у воді та алгоритм ведення першого та другого періодів пологів у воді, спрямований на зниження фармакологічного навантаження в пологах, а також на зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень в акушерському стаціонарі

ВИСНОВКИ

1. Для психологічного портрету жінки яка бажає обрати варіант розродження із використанням пологів у воді є характерним динамічна зміна поглядів на стан насолоди вагітністю (в 11-12 тижнів встановлено у 73,4% вагітних, в 27-28 тижнів – у 62,0%, в 36-37 тижнів – у 56,2%, $p < 0,05$) на фоні недостатності знань про особливості перебігу пологів та післяпологового періоду (в 11-12 тижнів – 50,7%, в 27-28 тижнів – 68,6%, в 36-37 тижнів – 87,9%, $p < 0,05$). Наприкінці другого триместру вагітності встановлено початкові зміни психологічного профілю, що остаточно маніфестують в 36-37 тижнів та характеризуються як стан пов'язаний з втомою та достовірним збільшенням відсотка жінок, які маю занепокоєння і страхи пов'язані з майбутніми пологами (в 27-28 тижнів – 8,7% вагітних, в 36-37 тижнів – 42,3%, $p < 0,05$), а також болем та необхідністю знеболення (в 27-28 тижнів – 6,2% вагітних, в 36-37

тижнів – 13,5%, $p < 0,05$). Встановлено збільшення кількості вагітних які прагнуть залучити до пологів близьких родичів або чоловіка (11-12 тижнів – 24,1%, 36-37 тижнів – 46,3%, $p < 0,05$), а також стороннього помічника (в 11-12 тижнів – 12,4%, 36-37 тижнів – 53,6%, $p < 0,05$). У переважно більшій кількості жінок відзначено наявність побоювань та невпевненості щодо власного стану під час і після пологів (в 11-12 тижнів – 11,7% жінок, в 27-28 тижнів – 32,8%, в 36-37 тижнів – 27,7%, $p < 0,05$), а також страхів щодо стану народженої дитини (в 11-12 тижнів – 28,1%, в 27-28 тижнів – 34,3%, в 36-37 тижнів – 48,5%, $p < 0,05$).

2. Для виконання спроби пологів у воді можуть бути залучені практично-здорові вагітні з доношеною одноплідною вагітністю, головним передлежанням плода, необтяженим перебігом вагітності, спонтанним початком пологової діяльності, активними переймами на момент спроби пологів у воді, нормальним розташуванням плаценти, нормальним об'ємом навколоплідних вод після отримання письмової згоди від роділлі.
3. Встановлено, що для психо-емоційного стану вагітних напередодні виконання спроби пологів у воді є характерним середній та високі рівні добробуту за результатами опитувальника «Благополуччя під час вагітності», мінімальні та слабкі рівні тривожності перед майбутніми пологами у 42% та 58% респонденток відповідно за результатами опитувальника GAD-7 та страх перед пологами у 37% вагітних, занепокоєння власною зовнішністю у 34% вагітних, хвилювання щодо народження хворої дитини у 26% вагітних за результатами опитувальника PRAQ-R/R2.
4. Проведення пологів у воді за розробленою нами методологією забезпечує максимальний емоційний та фізичний комфорт, доступність надання медичною допомоги, дозволяє знизити фармакологічне навантаження на роділлю.

5. За результатами комплексної оцінки особливостей перебігу пологів у воді встановлено: в першому періоді – відзначався достовірно більш пізній розрив навколоплідних оболонок на фоні задовільного прогресу пологової діяльності (основна група – $8,6 \pm 0,3$ см, група порівняння – $8,1 \pm 0,4$ см, контрольна група – $5,6 \pm 0,3$ см, $p < 0,05$), менша кількість випадків сильного пологового болю – 9,1% та 8,8% відповідно, контрольна група – 28,0%, $p < 0,05$, дистресу плода – 3,7% та 3,7% відповідно (контрольна група – 14,3%, $p < 0,05$), слабкості пологової діяльності – 6,1% та 5,9% відповідно (контрольна група – 20,0%, $p < 0,05$); в другому періоді пологів – встановлено достовірно меншу кількість випадків сильного пологового болю (основна група – 4,0%, група порівняння – 16,0%, контрольна група – 16,0%, $p < 0,05$), дистресу плода – 4,0%, група порівняння – 14,8%, контрольна група – 15,4%, $p < 0,05$, слабкості пологової діяльності (група порівняння – 8,0%, контрольна група – 8,0%, $p < 0,05$).

В третьому періоді пологів встановлено достовірну більшість породіль з фізіологічним завершенням пологового акту (основна група – 78,0%, група порівняння – 56,0%, контрольна група – 54,0%, $p < 0,05$) за рахунок меншої кількості розривів промежини другого ступеня (основна група – 4,0%, група порівняння – 16,0%, контрольна група – 28,0%, $p < 0,05$), розривів піхви та шийки матки (основна група – 4,0% і 2,0% відповідно, група порівняння – 12,0% і 8,0% відповідно, контрольна група – 24,0% і 10,0% відповідно, $p < 0,05$).

6. В післяпологовому періоді встановлено, що для породіль, які народжували із застосуванням гідротехнологій характерні достовірно кращі результати, відповідно до опитувальника «Задоволеність жінки пологами та народженням дитини» та опитувальника «Единбурзька шкала післяпологової депресії», що є пріоритетним для формування позитивного пологового досвіду.

У післяпологовому періоді відзначено зменшення термінів встановлення лактації (основна група – $2,5 \pm 0,3$ дні, група порівняння – $2,7 \pm 0,4$ дні, контрольна група – $3,1 \pm 0,3$ дні, $p < 0,05$) та перебування в акушерському стаціонарі (основної групи – $2,2 \pm 0,2$ дні, група порівняння – $2,7 \pm 0,3$ дні, контрольна група – $2,9 \pm 0,3$ дні, $p < 0,05$) на фоні кращих показників піхвового біоценозу та недостовірно меншої кількості ускладнень післяпологового періоду (лохіометра: основна група – 3,8%, група порівняння – 11,1% в, контрольна група – 11,4% випадків відповідно, $p > 0,05$); субінволюція матки: основна група – відсутні, група порівняння – 7,4%, контрольна група – 7,1% випадків, $p > 0,05$).

7. Аналіз акушерських та перинатальних наслідків продемонстрував достовірно меншу кількість випадків оперативного розродження в першому (основна група – 5,7%, група порівняння – 7,4%, контрольна група – 28,6%, $p < 0,05$) та в другому (основна група – 4,0%, група порівняння – 24,0%, контрольна група – 24,0%, $p < 0,05$) періодах пологів; достовірно більшу кількість новонароджених, оцінених у 9-10 балів на першій (основна група – 88,7%, група порівняння – 70,4%, контрольна група – 72,9%, $p < 0,05$) та п'ятій (основної групи – 96,2%, група порівняння – 77,9%, контрольна група – 78,6%, $p < 0,05$) хвиликах після народження, на фоні відсутності достовірної різниці в кількості народжених дітей з масою тіла, що перевищувала 4000 грамів та достовірно меншій кількості випадків асфіксії легкого ступеня (основна група – 3,7%, група порівняння – 7,4%, контрольна група – 14,3%, $p < 0,05$).

Ключові слова: акушерські наслідки, акушерські та перинатальні ускладнення, вагінальний біотоп, вагітність, задоволеність пологами, лікування, мікробіота, перинатальні наслідки, післяпологовий період, плід, пологи, пологовий досвід, психо-емоційний стан, розрив промежини, ускладнення пологів.

ANNOTATION

Fursa-Sovhyra T.M. Justification of the personalized approach to the delivery of pregnant women. Deliveries in water in hospital conditions.

The thesis for obtaining a Doctor of Philosophy degree, branch of knowledge 22 “Health care” in the specialty 222 “Medicine”. – Bogomolets National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2025.

Annotation content

This thesis is devoted to the analysis of the delivery and the postpartum period course in women in labor who chose an alternative option of deliveries - water birth in hospital conditions.

Today, obstetric care in Ukraine is patient-oriented and aimed not only at managing pregnancy and deliveries, but also at creating comfortable and safe conditions for the mother and the newborn. In the conditions of obstetric hospitals, water births are becoming more and more common, with the purpose of reducing labor pain, ensuring free movement, creating psychological comfort and a positive birth experience for the woman in labor and her partner. The introduction of these types of deliveries in state maternity institutions together with the application of modern family-oriented technologies should be part of a general policy aimed at improving the health of mothers and children.

The of this thesis is to justify a personalized algorithm for conducting childbirth in water in hospital conditions to improve the provision of obstetric care and improve perinatal and obstetric outcomes.

Objectives of the research:

1. Outline the psychological portrait of a woman who wants to choose the option of giving birth using water birth.
2. To determine the clinical and statistical characteristics of women who may be involved in an attempt to give birth in water, to assess their psycho-emotional state and the peculiarities of the biocenosis of the genital tract.

3. Develop an algorithm for giving birth in water
4. To carry out a comprehensive assessment of the peculiarities of the course of childbirth in water compared to traditional childbirth.
5. To study the features of the psycho -emotional state and features of the course of the postpartum period in women after giving birth in water.
6. To assess the effectiveness of the proposed water birthing algorithm by analyzing the obstetric and perinatal consequences of water births compared to traditional births.

At the first stage of the research using Google forms 274 first-time pregnant women in gestational periods of 11-12, 26-28 and 36-37 weeks of pregnancy who wanted to choose an alternative option of childbirth using hydrotechnology were surveyed. During the survey, attention was paid to establishing the level of awareness of pregnant women, as well as identifying fears and anxieties about future childbirth. 150 (54.7%) pregnant women agreed to further participate in the study.

At the second stage of the research, at a gestation period of 37 weeks, 150 (100.0%) pregnant women who wish to choose an alternative method of deliveries using hydrotechnology were comprehensively examined. Anamnestic data were studied (age, social status, previous infectious, somatic and gynecological diseases), features of the course of this pregnancy, the antenatal condition of the fetus was evaluated (CTG, ultrasound of the fetoplacental complex with dopplerometric study of blood flow velocities in the main vessels and fetometry , as well as the biophysical profile of fetuses), the psycho -emotional state of pregnant women (questionnaires: “Well-being during pregnancy”, GAD-7, PRAQ-R/R2), the biocenosis of the genital tract was investigated (bacterioscopic examination of vaginal secretions, cultural examination of vaginal secretions by ELISA) with subsequent correction of detected deviations, which provided the basis for assessing the compliance of pregnant women with the criteria for participation in the study.

At the third stage of the research, depending on the proposed delivery method, the women were divided as follows: the main group – 66 pregnant women, in whom the delivery took place using hydrotechnology in the first and second periods of childbirth according to our proposed method; the comparison group – 34 pregnant women, in whom the delivery took place using hydrotechnology only in the first period of labor; the control group – 50 pregnant women who gave birth according to generally accepted standards. The course of childbirth, the intensity of labor pain, the condition of the newborn were assessed, obstetric and perinatal complications were determined, the course of the postpartum period and the psycho -emotional state after childbirth were assessed.

The fourth stage of the research involved the analysis and generalization of the research results.

Scientific novelty of the obtained results

For the first time in Ukraine is presented scientifically the algorithm for giving birth in water in the conditions of an obstetric hospital is substantiated. For the first time presented and scientifically the algorithm for selecting pregnant women to be involved in an attempt to give birth in water is substantiated. The author outlines the psychological portrait of a woman who wants to choose the option of giving birth using water birth. From a scientific point of view, the positive impact of water birth on the prevention of obstetric and perinatal complications has been proven by conducting a comparative assessment with the traditional method of childbirth.

The positive effect of childbirth in water on the psycho-emotional state of a woman during childbirth has been proven. For the first time, the effectiveness of water birth in the prevention of disorders in the psycho-emotional sphere in the postpartum period has been demonstrated.

Practical significance of the obtained results

The clinical and anamnestic, medical-social and psycho-emotional aspects of the course of childbirth, the postpartum period of the state of the fetus and the

newborn when using traditional tactics of childbirth and childbirth in water are determined. The criteria for including and excluding women from the possibility of trying to give birth in water are presented, taking into account the peculiarities of the course of pregnancy, the state of the biocenosis of the genital tract, and the psycho-emotional state.

Presented comparison of the impact of the proposed method of childbirth in water on the psycho-emotional state of women during childbirth and in the postpartum period, as well as on the use of analgesia during childbirth and perinatal consequences. An algorithm for preparing a pregnant woman to attempt a water birth and an algorithm for managing the first and second periods of water birth have been developed and implemented, aimed at reducing the pharmacological load during childbirth, as well as at reducing frequency obstetric and perinatal complications in an obstetric hospital

CONCLUSIONS

1. The psychological portrait of a woman who wishes to choose the option of childbirth using water birth is characterized by a dynamic change of views on the state of enjoyment of pregnancy (in 11-12 weeks it was established in 73.4% of pregnant women, in 27-28 weeks – in 62.0%, in 36-37 weeks – in 56.2%, $p<0.05$) against the background of insufficient knowledge about the peculiarities of childbirth and postpartum period (at 11-12 weeks – 50.7%, at 27-28 weeks – 68.6%, at 36-37 weeks – 87.9%, $p<0.05$). At the end of the second trimester of pregnancy, the initial changes in the psychological profile are established, which finally manifest at 36-37 weeks and are characterized as a condition associated with fatigue and a significant increase in the percentage of women who have anxiety and fears related to the upcoming birth (at 27-28 weeks – 8.7% of pregnant women, at 36-37 weeks – 42.3%, $p<0.05$), as well as pain and the need for analgesia (6.2% of pregnant women at 27-28 weeks, 13.5% at 36-37 weeks, $p<0.05$). An increase in the number of pregnant women who seek to involve close relatives or husbands in childbirth

was established (11-12 weeks – 24.1%, 36-37 weeks – 46.3%, $p<0.05$), as well as an outside helper (in 11-12 weeks – 12.4%, 36-37 weeks – 53.6%, $p<0.05$). The presence of fears and insecurities about their own condition during and after childbirth was noted in a predominantly larger number of women (at 11-12 weeks – 11.7% of women, at 27-28 weeks – 32.8%, at 36-37 weeks – 27, 7%, $p<0.05$), as well as fears about the condition of the child born (at 11-12 weeks – 28.1%, in 27-28 weeks – 34.3%, in 36-37 weeks – 48.5%, $p<0.05$).

2. Practically healthy pregnant women with a full-term singleton pregnancy, main presentation of the fetus, uncomplicated course of pregnancy, spontaneous onset of labor, active contractions at the time of the attempted water birth, normal location of the placenta, normal volume of amniotic fluid can be involved in the attempt to give birth in water after receiving written consent from the maternity ward.
3. It was established that the psycho-emotional state of pregnant women on the eve of an attempt to give birth in water is characterized by average and high levels of well-being according to the results of the questionnaire “Well-being during pregnancy”, minimal and weak levels of anxiety before the upcoming birth in 42% and 58% of respondents, respectively, according to the results of the GAD-7 questionnaire and fear of childbirth in 37% of pregnant women, concern about their own appearance in 34% of pregnant women, anxiety about the birth of a sick child in 26% of pregnant women according to the results of the PRAQ-R/R2 questionnaire.
4. Childbirth in water according to the methodology developed by us ensures maximum emotional and physical comfort, availability of medical assistance, and allows to reduce the pharmacological load on the parturient.
5. According to the results of a comprehensive assessment of the characteristics of the course of childbirth in water, it was established that: in the first period, a significantly later rupture of the amniotic membranes was noted against the

background of a satisfactory progress of labor activity (the main group – 8.6 ± 0.3 cm, the comparison group – 8.1 ± 0.4 cm, control group – 5.6 ± 0.3 cm, $p < 0.05$), fewer cases of severe labor pain – 9.1% and 8.8%, respectively, control group – 28.0%, $p < 0.05$, fetal distress – 3.7% and 3.7%, respectively (control group – 14.3%, $p < 0.05$), weakness obstetric activity – 6.1% and 5.9%, respectively (control group – 20.0%, $p < 0.05$); in the second period of childbirth - a significantly lower number of cases of severe labor pain was established (main group – 4.0%, comparison group – 16.0%, control group – 16.0%, $p < 0.05$), fetal distress – 4, 0%, comparison group – 14.8%, control group – 15.4%, $p < 0.05$, weakness of labor (comparison group – 8.0%, the control group – 8.0%, $p < 0.05$).

In the third period of labor, a reliable majority of women in labor with a physiological completion of labor was established (the main group – 78.0%, the comparison group – 56.0%, the control group – 54.0%, $p < 0.05$) due to a smaller number of second-degree perineal tears (main group – 4.0%, comparison group – 16.0%, control group – 28.0%, $p < 0.05$), ruptures of the vagina and cervix (the main group – 4.0% and 2.0%, respectively, the comparison group – 12.0% and 8.0%, respectively, the control group – 24.0% and 10.0% respectively, $p < 0.05$).

6. In the postpartum period, it was established that mothers who gave birth using hydrotechnology have significantly better results, according to the questionnaire “Women’s Satisfaction with Deliveries” and the questionnaire “Edinburgh Scale of Postpartum Depression”, which is a priority for the formation of a positive childbirth experience.

In the postpartum period, a decrease in the duration of lactation was noted (the main group – 2.5 ± 0.3 days, the comparison group – 2.7 ± 0.4 days, the control group – 3.1 ± 0.3 days, $p < 0.05$) and stay in an obstetric hospital (of the main group – 2.2 ± 0.2 days, the comparison group – 2.7 ± 0.3 days, the control group – 2.9 ± 0.3 days, $p < 0.05$) against the background of better indicators of vaginal

biocenosis and an unbelievably lower number of complications in the postpartum period (lochiometer: the main group – 3.8%, the comparison group – 11.1% in, the control group – 11.4% of cases, respectively, $p>0.05$); subinvolution of the uterus: the main group – none, the comparison group – 7.4%, the control group – 7.1% of cases, $p>0.05$).

7. The analysis of obstetric and perinatal consequences demonstrated a significantly lower number of cases of operative delivery in the first (the main group – 5.7% , the comparison group – 7.4% , the control group – 28.6%, $p<0.05$) and in the second (main group – 4.0% , comparison group – 24.0% , control group – 24.0%, $p<0.05$) periods of childbirth; a significantly greater number of newborns rated at 9-10 points on the first (main group – 88.7%, comparison group – 70.4%, control group – 72.9%, $p<0.05$) and fifth (main group – 96.2%, comparison group – 77.9%, control group – 78.6%, $p<0.05$) minutes after birth , against the background of absence a significant difference in the number of children born with a body weight exceeding 4000 grams and a significantly lower number of cases of mild asphyxia (the main group – 3.7%, the comparison group – 7.4%, the control group – 14.3%, $p<0.05$).

Key words: birth experience, delivery, delivery complications, fetus, microbiota, obstetric and perinatal, complications, obstetric consequences, perinatal consequences, perineal tear, postpartum, period, pregnancy, psycho-emotional state, satisfaction with delivery, treatment, vaginal biotope.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Бенюк В.О., Фурса-Совгира Т.М. Визначення психологічного профілю вагітних, які бажають обрати альтернативний варіант розродження. *Ukrainian Journal Health of Woman*. 2024; 3 (172): 49-54. <https://doi.org/10.15574/HW.2024.172.49>
2. Фурса-Совгира Т.М., Олешко В.Ф., Ільницька Т.В., Россовська М.Є. Визначення особливостей перебігу пологів та психоемоційного статусу у породіль, які обрали альтернативний метод ведення пологів – пологи у воді. *Ukrainian scientific medical youth journal*. 2024; 3 (148): 56-57. <https://doi.org/10.32345/SUPPLEMENT.3.2024.1-66>
3. Фурса-Совгира Т.М., Бенюк С.В., Харченко В.Є. Гідротерапія – безпечний метод знеболення пологів в умовах стаціонару. *Ukrainian scientific medical youth journal*. 2023; 3 (139): 94-95. <https://doi.org/10.32345/USMYJ.SUPPLEMENT.3.2023.1-114>
4. Фурса-Совгира Т.М., Бенюк В.О., Олешко В.Ф., Ковалюк Т.В., Бенюк С.В., Чеботарьова А.С., Брюхань С.О. Клінічні аспекти перебігу пологів у роділь, які обрали альтернативний метод розродження. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024; 8 (79): 69-75. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2024.320088>
5. Фурса-Совгира Т.М., Бенюк В.О., Ластовецька Л.Д., Мочалова Л.М., Коливанова К.В., Россовська М.Є., Олешко В.Ф., Ковалюк Т.В. Аналіз перинатальних наслідків у породіль, які обрали альтернативний підхід до ведення пологів. *Праці Наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки* 2024; 2 (76): <https://doi.org/10.25040/ntsh>

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	19
ВСТУП	21
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО РОДИННО-ОРІЄНТОВАНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА АЛЬТЕРНАТИВНИХ МЕТОДІВ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	29
1.1. Родинно-орієнтовані технології в акушерства, як запорука покращення демографічної ситуації	29
1.2. Сучасні підходи до оптимізації допологової підготовки вагітних та їх розродження	35
1.3. Альтернативні методи ведення пологів, як механізм зменшення пологового болю та реалізації позитивного пологового досвіду	48
РОЗДІЛ 2. ДИЗАЙН ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	59
2.1. Методологія та дизайн дослідження.	59
2.2. Методи дослідження жінок, які обрали альтернативний метод розродження із застосуванням пологів у воді	64
2.3. Запропонована методика індивідуальної підготовки до партнерських пологів	73
2.4. Запропонована методика пологів із застосуванням гідротехнологій	75
РОЗДІЛ 3. ВІДБІР ПАЦІЄНТОК В ДОСЛІДЖЕННЯ. ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПОРТРЕТУ ВАГІТНИХ, ЯКІ БАЖАЮТЬ ОБРАТИ АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ВАРІАНТ РОЗРОДЖЕННЯ	79
РОЗДІЛ 4. ПРОСПЕКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ, ЯКІ БАЖАЮТЬ БУТИ ЗАЛУЧЕНИМИ ДО ЗДІЙСНЕННЯ СПРОБИ ПОЛОГІВ У ВОДІ	92
4.1. Клінічна характеристика вагітних, які бажать бути залученими до спроби пологів у воді	92

4.2 Перебіг вагітності у жінок, які бажають бути залученими до спроби вагінальних пологів	96
4.3 Оцінка антенатального стану плодів у жінок, які бажають здійснити спробу пологів із застосуванням гідротехнологій	98
4.4. Визначення психо-емоційного стану вагітних, відібраних для спроби пологів у воді	103
4.5. Визначення біоценозу статевих шляхів та корекція виявлених порушень у вагітних, які бажають здійснити спробу вагінальних пологів	111
РОЗДІЛ 5. АНАЛІЗ АКУШЕРСЬКИХ І ПЕРИНАТАЛЬНИХ НАСЛІДКІВ У ЖІНОК, ЯКІ ОБРАЛИ АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГІДРОТЕХНОЛОГІЙ	115
5.1. Відомості про початок пологової діяльності	115
5.2. Перебіг першого періоду пологів у роділь, які обрали альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій	117
5.3. Перебіг другого періоду пологів у роділь, які обрали альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій	125
5.4. Перебіг третього періоду пологів та раннього післяпологового періоду у роділь, які обрали альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій	131
5.5. Відомості про стан новонароджених у жінок досліджуваних груп	134
5.6. Перебіг пізнього післяпологового періоду у роділь, які обрали альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій	138
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	147
ВИСНОВКИ	169
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	173
СПИСОК ВИКОРИСТАНИ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	175
ДОДАТКИ	199

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АПД	Аномалії пологової діяльності
БЧСС	Базальна частота серцевих скорочень
ВАШ	Візуальна аналогова шкала
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВШК	Внутрішньошлунчковий крововилив
ДП	Допологова підготовка
ЕА	Епідуральна аналгезія
ЖВШ	Жовчовивідні шляхи
ЗА	Закис азоту
ЗН	Загрозливе невиношування
ІМТ	Індекс маси тіла
ІПСШ	Інфекції, що передають статевим шляхом
КТГ	Кардіотокографія
КУО	Колонія-утворюючі одиниці
ЛОР	Ларингооторинологія
ММЗ	Медикаментозні методи знеболення
НМЗ	Немедикаментозні методи знеболення
ОМТ	Органи малого тазу
ПВНРП	Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
ПД	Плацентарна дисфункція
ППД	Позитивний пологовий досвід
ПЛР	Полімеразна ланцюгова реакція
ПМЦ	Порушення менструального циклу
ПП	Психопрофілактичної підготовки
РОТ	Родинно-орієнтовані технології
СДР	Синдром дихальних розладів

ССС	Серцево-судинна система
ТДРПО	Терміновий допологовий розрив плодових оболонок
УЗД	Ультразвукове дослідження
ЦНС	Центральна нервова система
ШКТ	Шлунково-кишковий тракт
ШМ	Шийка матки
GAD-7	General Anxiety Disorder-7 (опитувальник)
PRAQ-R/R2	The Pregnancy Anxiety Questionnaire Revised-2 (опитувальник)
WIP	Well-being in Pregnancy (опитувальник)

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження

Збереження здоров'я матері і новонародженого є одним з найбільш актуальних завдань сучасної медицини. Особливо дане питання вбачається важливим з огляду на військову агресію та важку економічну ситуацію в Україні. Саме тому, проблема зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень та пов'язаних з ними патологічних станів є надзвичайно актуальною, а відтак, вимагає науково-обґрунтованого підходів та запровадження новітніх інноваційних технологій для покращення перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду [11, 96, 185]. На сьогодні фізіологічний перебіг вагітності і пологів зустрічається лише в 25-30% випадків. З одного боку це пов'язано з обтяженим акушерським анамнезом, а з іншого з розповсюдженням екстрагенітальної захворюваності, психологічної та психоневротичної патології, надмірної, або навпаки, недостатньої маси тіла серед представниць сучасного репродуктивного покоління. На сьогодні в сучасній акушерській практиці зустрічається лише незначний прошарок функціонально та психологічно здорових вагітних, психоемоційна зрілість яких дозволяє витримати навантаження, пов'язане з виношуванням вагітності та народженням [17, 41, 44, 75, 93, 96].

Безпосередньо сам процес пологів передбачає значну психоемоційну напругу у поєднанні з фізіологічною дисфункцією нейроендокринної системи і, як наслідок, дестабілізацію адаптивних процесів [75, 93, 192].

Серед переважної більшості лікарів й досі використовується занадто традиційний підхід до ведення вагітності і пологів, що відображається у відриві від психосоціального та культурного контексту. Саме дані обставини стають підставою для впровадження родинно-орієнтованих технологій при веденні вагітності, пологів з урахуванням психологічних

аспектів перинатального періоду, визначенні шляхів формування відповідального та усвідомленого батьківства, а також формування позитивного пологового досвіду [38, 39, 60]. Адже психоемоційна допологова підготовка є важливим функціональним інструментом в процесі адаптації жінки до вагітності і передуючого розродження, здобутті теоретичних і практичних навичок поведінки під час вагітності, пологів і післяпологового періоду, формуванні свідомого відношення до вагітності і сприйнятті процесу народження як фізіологічного, підготовки партнера, якому належить ключова роль в соціальній підтримці роділлі до участі в процесі розродження, усвідомлення його власної ролі в процесі вагітності і пологів [128, 140, 217].

На сьогодні в Україні розроблено та реалізуються ціла низка нормативно-правових документів та спеціальних програм, спрямованих на формування організаційних, соціальних, гігієнічних та економічно-правових заходів та умов, орієнтованих на поліпшення надання акушерсько-гінекологічної допомоги в якості послуг жінкам репродуктивного віку. Акушерська допомога в Україні є пацієнторієнтованою і спрямована, в першу чергу, на створенні комфортних та безпечних умов для матері і новонародженого в умовах акушерських стаціонарів [38, 60, 128, 149, 217]. І саме з огляду на погіршення демографічної ситуації в Україні та масовий від'їзд жінок репродуктивного віку в інші міста та села, пологові будинки, щоденно стикають зі зменшенням кількості звернень вагітних і породіль, що веде до розвитку здорової конкуренції, задля привертання уваги, створення позитивного пологового досвіду та збільшення кількості надання послуг, які формують бюджет закладу [39, 60].

Сучасні жінки є обізнаними, мають доступ до інформації по всьому Світу і особливо цікавляться новітніми розробками та методиками в галузі акушерства та гінекології напередодні настання вагітності, під час гестації

та перед пологами, що обумовлює зацікавленість в «нетрадиційних» немедикаментозних методах ведення пологів. Дані види пологів ставлять на меті зниження пологового болю, забезпечення вільного пересування в пологах, формування психологічного комфорту та позитивного пологового досвіду для роділлі та її партнера. Впровадження даних типів пологів в державних пологових закладах разом з застосуванням сучасних родинно-та пацієнто-орієнтованих технологій має бути частиною загальної політики, спрямованої на поліпшення здоров'я матері та дитини [10, 54].

На сьогодні в Україні і в Світі в цілому, набувають популярності пологи у воді. Дана практика є вкрай розповсюдженою у Великій Британії, Канаді, Новій Зеландії та у Сполучених Штатах Америки [49, 78, 79, 152]. Вважається, що під час пологів у воді жінка відчуває менше болю та дискомфорту навіть без застосування анестезії. Крім того, вода дозволяє жінці зайняти більш зручнішу позу, знижуючи тиск на голівку плода, що прискорює процес пологів і зменшує ризик розривів [52, 90, 147, 189]. До основних переваги даного методу пологів відносять: меншу втому роділлі, розслаблення та заспокоєння, покращення кровообігу за рахунок зменшення ваги тіла у воді, що сприяє ефективнішому скороченню матки і покращенню кровообігу, зниження частоти розривів за рахунок більшого розслаблення промежини, зниження кров'яного тиску а також зменшення «стресу» у новонародженого. В поодиноких публікаціях зустрічаються поради, що у воді варто проводити лише перший період пологів, а під час другого періоду пологів краще перейти на ліжко в індивідуальному пологовому залі. В інших публікаціях стверджується, що весь процес пологів може відбуватись у воді [41, 49, 79, 83, 166]. Даний варіант пологів на сьогодні є новим і за даними сучасних літературних даних характеризується як позитивними, так і негативними відгуками серед практикуючих лікарів та породіль. В той же час, в опрацьованій нами науковій літературі, відсутні наукові обґрунтування методології ведення

пологів у воді в акушерському стаціонарі, їх вплив на психоемоційний стан породіллі та формування пологового досвіду. Крім того, на даний момент відсутні чіткі критерії залучення і вилучення вагітної до спроби пологів у воді, що й обумовило мету і завдання нашого дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця „Обґрунтування ролі сучасних лікувально-діагностичних технологій в забезпеченні якості життя жінок репродуктивного та перименопаузального віку” номер державної реєстрації 0124U001136.

Мета дослідження: обґрунтувати персоналізований алгоритм ведення пологів у воді в умовах стаціонару для вдосконалення надання акушерської допомоги та покращення перинатальних та акушерських наслідків.

Завдання дослідження

1. Окреслити психологічний портрет жінки, яка бажає обрати варіант розродження із використанням пологів у воді.
2. Визначити клініко-статистичні характеристики жінок, які можуть бути залученими до здійснення спроби пологів у воді, оцінити їх психоемоційний стан та особливості біоценозу статевих шляхів.
3. Розробити алгоритм ведення пологів у воді.
4. Провести комплексну оцінку особливостей перебігу пологів у воді порівняно з традиційними пологами.
5. Дослідити особливості психо-емоційного стану та особливості перебігу післяпологового періоду у жінок після пологів у воді.
6. Оцінити ефективність запропонованого алгоритму ведення пологів у воді шляхом аналізу акушерських та перинатальних наслідків пологів у воді порівняно з традиційними пологами.

Об'єкт дослідження: перебіг пологів у воді в умовах стаціонару.

Предмет дослідження: ведення пологів у воді в умовах акушерського стаціонару, психо-емоційний стан роділь та породіль, акушерські і перинатальні наслідки пологів у воді.

Методи дослідження

1. Загальноклінічні: анамнестичні, антропометричні, аналіз менструальної функції, акушерське обстеження.
2. Додаткові: КТГ, УЗД плоду з доплерометрією, біофізичний профіль плода.
3. Лабораторні: бактеріоскопічне дослідження піхвових виділень, ПЛР піхвових виділень.
4. Спеціальні: анкетування вагітних та породіль під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді з метою визначення психоемоційного статусу.
5. Статистичні: критерій Стюдента та метод кутового перетворення Фішера, множинний кореляційний аналіз з врахуванням коефіцієнту лінійної кореляції Пірсона.

Наукова новизна одержаних результатів

Вперше в Україні представлено та науково обгрунтовано методологію ведення пологів у воді в умовах акушерського стаціонару. Вперше представлено та науково обгрунтовано алгоритм відбору вагітних для залучення до спроби пологів у воді.

На підставі вивчення клініко-психологічних особливостей авторкою окреслено портрет жінки, яка бажає обрати варіант розродження із використанням пологів у воді. Науково обгрунтовано позитивний вплив пологів у воді на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень шляхом проведення порівняльної оцінки з традиційним методом ведення пологів.

Отримано нові дані щодо перебігу першого, другого періодів пологів, стану новонародженого при альтернативному веденні пологів за методикою «пологи у воді» в умовах акушерського стаціонару.

Доведено позитивний вплив пологів у воді в умовах стаціонару на психоемоційний стан жінки під час пологів. Вперше продемонстровано ефективність пологів у воді в профілактиці психо-емоційних порушень породіль у післяпологовому періоді.

Практична значимість одержаних результатів

Визначено клініко-анамнестичні, медико-соціальні та психоемоційні аспекти перебігу пологів, післяпологового періоду стану плода і новонародженого при використанні традиційної тактики ведення пологів та пологів у воді.

Запропоновані диференційовані критерії включення та виключення жінок до можливості спроби пологів у воді із врахуванням особливостей перебігу вагітності, стану біоценозу статевих шляхів та психоемоційного стану.

Представлено порівняння впливу запропонованої методики пологів у воді на психоемоційний стан жінок під час пологів та в післяпологовому періоді, що дозволяє знизити медикаментозне навантаження на організм роділлі та сформувати позитивний пологовий досвід.

Розроблено та впроваджено методологію підготовки вагітної до спроби пологів у воді та підхід до ведення першого та другого періодів пологів у воді, спрямований на зниження фармакологічного навантаження в пологах, а також на зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень в акушерському стаціонарі.

Впровадження результатів дослідження

Результати дослідження впроваджено в клінічну практику акушерських відділень КНП «Київський міський пологовий будинок №3». Теоретичні положення та практичні рекомендації використовуються в

навчальному процесі кафедр акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця при читанні лекцій і проведенні практичних занять для студентів, інтернів, клінічних ординаторів.

Особистий внесок здобувача

Дисертанткою разом з науковим керівником обрано тему дисертаційного дослідження, сформовано план та розроблено основну стратегію виконання роботи. Авторкою проведено аналіз літературних джерел з досліджуваної проблеми, визначено актуальність, мету та задачі дослідження, розроблено дизайн дослідження, сформовано групи спостереження, виконано повний обсяг клінічного обстеження, проведено статистичну обробку та аналіз отриманих результатів.

Авторка особисто приймала участь у обстеженні пацієнток напередодні пологів у воді, під час першого та другого періодів пологів та у післяпологовому періоді. Дисертанткою обґрунтовано стратегію ведення пологів у воді та складено психологічний портрет жінки, яка бажає обрати методику розродження із використанням пологів у воді.

Здобувачкою самостійно написано всі розділи дисертаційної роботи, зроблена систематизація, інтерпретація отриманих результатів, аналіз та узагальнення результатів дослідження, сформовано висновки та практичні рекомендації.

Дисертантом забезпечено впровадження методики ведення пологів у воді в клінічну практику КНП «Київський міський пологовий будинок № 3». Дисертантом за матеріалами дисертаційної роботи підготовлено виступи на конгресах та конференціях, опубліковано наукові статті, тези, самостійно оформлена дисертаційна робота

Роботу виконано на клінічній базі кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця КНП «Київський Міський Пологовий Будинок № 3».

Апробація результатів дослідження

Основні положення дисертації доповідались автором на наукових форумах та конференціях: Всеукраїнська міждисциплінарна науково-практична конференція з міжнародною участю «УМСА – століття інноваційних напрямків та наукових досягнень (до 100-річчя від заснування УМСА)» присвячена 100-річчю заснування Української медичної стоматологічної академії. Полтава, 8 жовтня 2021 року; Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2022 року (Київ, 16 вересня 2022 року); Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2023 року (Київ, 15 вересня 2023 року); Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2024 року (Київ, 17 вересня 2024 року).

Публікації

За темою дисертації опубліковано 4 наукових праць, з них 2 статті у журналах, які індексуються в Scopus, 1 статті, у журналах, рекомендованих ДАК МОН України, 2 тези в матеріалах конференцій.

Структура та обсяг дисертації

Дисертація викладена на 212 сторінках друкованого тексту, складається з анотації, переліку умовних позначень, вступу, аналітичного огляду літератури, дизайну та методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендації, списку використаних літературних джерел та додатків. Роботу ілюстровано 31 таблицями та 9 рисунком, які займають 13 сторінок. Список літератури містить 221 літературне джерело, які займають 24 сторінки. Розділ «Додатки» включає 11 додатків і займає 13 сторінок.

РОЗДІЛ І

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО РОДИННО-ОРІЄНТОВАНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА АЛЬТЕРНАТИВНИХ МЕТОДІВ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Родинно-орієнтовані технології в акушерства, як запорука покращення демографічної ситуації.

На сьогодні здоров'я жінки і новонародженого є одним з найбільш важливих показників, що характеризують рівень суспільного, соціального, а також морального розвитку нації, і є безпосереднім відображенням її економічного потенціалу [11, 96, 185]. Адже саме вони визначають рівень розвиненості системи охорони здоров'я, а також суспільства в цілому. І саме перебіг вагітності, пологів і періоду новонародженості є визначальними на початку життя кожної людини [17, 48, 214]. На сьогодні в сучасних реаліях, в Україні відзначається зниження рівня репродуктивного здоров'я, що вкрай негативно впливає на репродуктивний потенціал нації. З іншого боку, в контексті загальної демографічної ситуації та повномасштабної військової агресії проти України, останнє десятиліття характеризується неухильним зниженням загальної кількості пологів [17, 41, 44].

Одним з багатьох факторів, що створює передумови для зниження репродуктивного здоров'я серед жінок репродуктивного віку, з одного боку, є значне розповсюдження соматичної та гінекологічної патології, порушень у психоемоційній сфері, затримки фізичного розвитку, надмірна, або низька маса тіла, з іншого – зниження морального та культурного рівнів в структурі сімейних відносин, що призводить до хибного розуміння функціонування родини та батьківства [75, 93, 96].

Саме дані обставини зумовлюють особливість сучасної акушерської ситуації, яка характеризується незначною частиною психо-емоційно та

фізично здорових вагітних, які є спроможними до подолання навантаження під час вагітності та пологів. Також, переважна більшість причин дитячої захворюваності, смертності та інвалідизації обумовлені саме станом здоров'я майбутньої матері, а також патологічними станами, що обтяжують анте- та перинатальні періоди [22, 160].

На сьогодні в Україні створюється ціла низка програм та підходів, спрямованих на формування та вдосконалення існуючих правових, соціальних, економічних та організаційних умов для покращення захищеності та оптимізації організаційних форм надання медичної допомоги та обслуговування жінкам репродуктивного віку [20, 164]. І саме лікарю акушеру-гінекологу відводиться одна з провідних ролей в збереженні, покращенні та допомозі в реалізації репродуктивного потенціалу. Одними з основних нормативно-правових документів, які регулюють тактику ведення жінок на амбулаторному та стаціонарному етапах є стандарти медичної допомоги № 1437 від 09.08.2022 «Нормальна вагітність» та № 170 від 26.01.2022 «Фізіологічні пологи», які суттєво змінили підходи до надання акушерської допомоги і засвідчують право кожної вагітної на вибір закладу та фахівця для народження дитини [14, 15].

В той же час, досить актуальним залишається питання супровідну подружньої пари на етапі очікування пологів, яке перш за все має бути спрямоване на формуванні позитивного відношення до вагітності, майбутніх пологів, створенні комфортного мікроклімату в середині родини, що відображається в концепції безпечного материнства, сформульованого ВООЗ [73, 176, 196, 211, 213]. Дана концепція визначає сукупність медичних, правових, соціальних, економічних заходів, спрямованих на допомогу в народженні дитини в оптимальному віковому періоді, що забезпечує мінімізацію негативного впливу на здоров'я майбутньої матері, збереження її життя, попередження інвалідизації, створення умов для виховання дітей, а також поєднання трудових та домашніх обов'язків.

Також, дане поняття включає в себе роботу з фізичними, соціальними та психологічними аспектами, спрямованими на реалізацію задовільного перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду [41, 185, 197].

Безпосередньо сам процес пологів передбачає значну психоемоційну напругу у поєднанні з фізіологічною дисфункцією нейроендокринної системи і, як наслідок, дестабілізацію адаптивних процесів [75, 93, 192].

Сам же процес пологів забезпечується відповідним функціональним станом нервової системи – «домінантою пологів», що є складовою «гестаційної домінанти» і визначається як послідовні домінантні стани, обумовлені біологічними, психологічними і соціальними факторами в межі репродуктивної системи [2, 7, 33].

Оскільки психоемоційне навантаження та стресові ситуації, що мають місце під час вагітності здатні порушувати всі ланки регуляції «гестаційної домінанти», пологи, що виникають на фоні стресової реакції частіше за все мають патологічний перебіг [3, 46, 62, 127].

Серед переважної більшості лікарів й досі використовується занадто традиційний підхід до ведення вагітності і пологів, що відображається у відриві від психосоціального та культурного контексту. Саме дані обставини стають підставою для впровадження родинно-орієнтованих технологій при веденні вагітності, пологів з урахуванням психологічних аспектів перинатального періоду, визначенні шляхів формування відповідального та усвідомленого батьківства, а також формування позитивного пологового досвіду (ППД) [38, 39, 60]. Адже психоемоційна допологова підготовка є важливим функціональним інструментом в процесі адаптації жінки до вагітності і передуючого розродження, здобутті теоретичних і практичних навичок поведінки під час вагітності, пологів і післяпологового періоду, формуванні свідомого відношення до вагітності і сприйнятті процесу народження як фізіологічного, вироблення навичок для подолання страху перед майбутніми пологами, підготовки партнера, якому

належить ключова роль в соціальній підтримці родиллі до участі в процесі розродження, усвідомлення його власної ролі в процесі вагітності і пологів [128, 140, 217].

На сьогодні в сучасних закордонних виданнях визначається новий для українського акушерства та перинатальної медицини визначення ППД, який визначається як відчуття та сприйняття самою жінкою процесу народження дитини [38, 39]. Відповідно до рекомендації ВООЗ, ППД має визначатись як кінцева точка при догляді за жінкою в пологах. ППД є індивідуальним для кожної родини. Одні жінки описують його, як хвилюючий та радісний етап свого життя, інші ж – як вкрай виснажливу та стресову ситуацію [60]. І одним з вирішальних факторів при визначенні ППД є перебіг вагітності та пологів, задоволеність від яких визначає чи зважиться жінка на повторну вагітність. І на сьогодні однією з основних задач акушерської служби є формування позитивного ППД, який полягає в персоналізованому підході до догляду під час вагітності, пологів і у післяпологовому періоді [39, 60].

Останні кілька десятиліть характеризуються стрімким розвитком перинатології та перинатальної психології, що пов'язане з впливом психоемоційного стану вагітної на перебіг вагітності, процесу народження дитини, післяпологовий період та подальшу лактацію [13, 19, 95, 150]. Очікування, що особливо посилюється в останні тижні вагітності, є важливим фактором, що спричинює стан напруження та стресу [129, 145, 149, 157].

Як наслідок лібералізації та модернізації етично-правових відносин медичної діяльності, все більшої поширеності в акушерській практиці набувають родинно-орієнтовані технології (POT) [30, 32, 41]. Вони мають на меті покращення психоемоційного стану жінки, що реалізується в зменшенні термінів перебування породіль і новонародженого в пологовому будинку, в можливості присутності і/або участі в пологах близької людини,

ранньому прикладанні дитини до грудей і в спільному перебуванні в післяпологових відділеннях породіллі і новонародженого [28, 31]. Основною метою впровадження РОТ є підвищення якості медичної допомоги матері і новонародженому, максимальне зниження кількості ускладнень, що виникають під час вагітності, пологів і в післяпологовому періоді [70, 209]. Вже на зараз відомо, що впровадження сучасних РОТ допомагає достовірно знизити кількість гнійно-септичних захворювань у породіллі та знизити кількість інфекційно-запальних захворювань серед новонароджених. Даний підхід забезпечує інформаційні, соціальні та емоційні потреби жінок та їх близьких під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді, передбачає участь самої вагітної і її близьких в процес прийняття рішень, що відносяться до її здоров'я [80, 115, 209].

Сама ж практика РОТ передбачає розродження жінок з нормальним перебігом вагітності з залученням членів родини або перинатального психолога, які беруть участь у догляді та підтримці роділлі, що дозволяє близьким отримувати об'єктивну інформацію про стан роділлі, задовольняючи їх соціальні, емоційні і побутові потреби [141, 145, 157]. До завдань перинатального психолога під час супроводу вагітної і роділлі відносять: оцінку психосоматичного статусу, створення сприятливого емоційного фону, комфортних умов, що є запорукою задовільного результату завершення вагітності шляхом пологів [149, 150]. Мультидисциплінарний підхід, який передбачає залучення до команди фахівців акушера-гінеколога, анестезіолога, неонатолога, середнього медичного персоналу та перинатального психолога має бути запорукою упевненості вагітної в уважному ставленні та вирішенні проблемних моментів під час та після пологів [13, 95, 157].

Можливість залучення партнера до участі в пологах на сьогодні пропонується всім вагітним ще на етапі першого відвідування жіночої консультації, або в акушерському відділенні. Проте, при певних обставинах

партерам відмовляють у залученні до пологів – в разі наявності гострих інфекційних захворювань, невідомого статусу щодо туберкульозу, тощо. З боку вагітної відмова від залучення партнера обумовлюється соромом, страхом перед відчуттям болю, невпевненість в адекватному поводженні під час пологів [8, 21, 24]. За даними статистики до 80% всіх партнерів становлять чоловіки, до 7% матері, менше 5% близькі родичі та друзі, решту ж становлять сторонні особи [36].

Під час процесу пологів, які тривають у жінок, що народжують вперше, в середньому від 8 до 16 годин, від партнера вимагається активне залучення, допомога, психологічна і фізична підтримка, створення сприятливої, родинної атмосфери, що дає роділлі відчуття спокою, а її організму та нервовій системі – можливість заспокоїтись та підтримувати рівень болю в режимі «сигналу», що створює сприятливі передумови для адекватного перебігу пологового акту шляхом забезпечення емоційної підтримки, контролю відчуття болю і, як наслідок, зменшення фармакологічного навантаження, а також зниження психоемоційних порушень у післяпологовому періоді [35, 37, 45].

Біль супроводжує перейми збільшуючи свою інтенсивність, саме тому адекватне знеболення є запорукою нормального функціонування жіночого організму в надважких умовах пологів [39, 45, 48]. Слід враховувати, що задоволеність роділлі, ППД та бажання повторити вагітність та пологи у переважній більшості випадків залежать саме від відчуття болю під час пологів. У більшості роділь для зменшення болю може бути достатнім надання адекватної психологічної підтримки та уваги з боку медичного персоналу та партнера, а також використання немедикаментозних методів знеболення (НМЗ). В інших випадках є доречним застосування медикаментозних методів знеболення (ММЗ). Проте, на сьогодні все більше умовно здорових вагітних обирають

поєднання всіх наведених вище засобів знеболення пологів [6, 38, 65, 81, 116].

1.2. Сучасні підходи до оптимізації допологової підготовки вагітних та їх розродження.

В сучасній акушерській практиці серед умовно-здорових вагітних стає розповсюдженою тенденція до використання технологій допологової підготовки (ДП), основною метою якої є зменшення фармакологічного навантаження під час вагітності на жінку та на плід, а також відтворення фізіологічного перебігу вагітності та пологів [30, 31, 32]. За даними закордонних дослідників, зниження перинатальної захворюваності і материнської смертності є тісно пов'язаним з адекватною підготовкою вагітних до пологів, раціональним їх веденням і правильним вибором підходів до розродження. Саме тому, оптимізація розродження може мати велике значення для покращення перинатальних наслідків [89, 136, 144].

Не дивлячись на тривалі дискусії, в світовій науковій та медичній спільноті до теперішнього часу відсутній стандартизований погляд на концепцію нормальних пологів. За останні 20 років в Україні змінилось три нормативно-правових документи, що регулюють дії медичного персоналу в разі пологів у вагітних низької групи ризику. Чинним на даний момент є стандарти медичної допомоги № 170 від 26.01.2022 «Фізіологічні пологи» [14]. В динаміці змін нормативно-правових стандартів та підходів до ведення пологів у умовно-здорових вагітних, все ж таки зберігається тенденція до збільшення кількості маніпуляцій, спрямованих на ініціацію, прискорення, регулювання і моніторинг фізіологічного процесу пологів, основною задачею яких є покращення наслідків для породіллі та новонародженого. Втім, активне втручання в природний процес, що перебігає фізіологічно, навіть командою досвідчених фахівців, може мати негативні наслідки в контексті подальшої природної репродуктивної

здатності жіночого організму, а також суб'єктивного досвіду породіллі [30, 136, 144].

Необхідним аспектом для сприяння безпечних пологів є підтримка позитивної налаштованості вагітних. Проте, через наявні соціальні, економічні, родинні та інші фактори можливо збільшення рівня тривожності, що призводить до збільшення частоти ускладнень під час пологів [75, 185]. ММЗ під час пологів можуть ефективно зменшувати стресові реакції, проте є в пов'язаними із потенційним небажаним впливом на процес пологів, стан плода та новонародженого [133, 183, 200]. Наприклад, епідуральна анестезія (ЕА) може затягувати пологи через зниження рівня окситоцину у крові [106, 200]. Тому актуальним лишається пошук альтернативних методів адаптації до стресу в рамках акушерської практики, що можуть регулювати стресові відповіді жінок під час вагітності та пологів [58, 120, 163].

Психологічна готовність жінки до пологів впливає на зменшення відчуття болю та ризику ускладнень у період народження та після нього [70, 80]. В пологових будинках система психопрофілактики має включати комплекс заходів для створення безпечного середовища для вагітних та роділь з максимальним уникненням ятрогенних та психічних травм [115, 153]. Важливо також враховувати особистісні особливості жінок, проводити психокорекцію емоційної напруги та вчасно виявляти ознаки тривожності під час вагітності, і залучати чоловіків до спільної роботи з метою покращення сімейних відносин [28, 41, 148].

Однією з ключових проблем у роботі з вагітними, яку необхідно враховувати, це наявність певного рівня тривожності, безпідставного хвилювання та нестабільність емоційного стану, що в разі прогресування може мати негативний вплив на перебіг вагітності, і як наслідок на здоров'я плода [75, 93]. Саме тому психологічне консультування є важливим елементом для прогнозування формування психологічного компонента

вагітності, а психотерапія є ефективною складовою у комплексному підході до попередження перинатальних втрат [95, 129]. За даними статистики, до 70% жінок відчують хвилювання перед пологами, до 20% – відчують страх перед пологами, а до 25% вагітних живуть з думками про неминучий біль, як буде супроводжувати процес народження дитини [82, 144, 186]. Беззаперечним є факт, що вагітність супроводжується зміною ціннісних орієнтацій, мотивацій та перебудовою емоційної сфери, а успішність пологів залежить від особистісних характеристик майбутньої матері і ситуативної поведінки жінки [46, 55].

Серед факторів, які мають найбільший вплив на особистість жінки під час вагітності, за думкою багатьох дослідників, є підтримка її родиною та інформованість про її здоров'я, а також плода. Це створює основу для формування уявлення про майбутнє і служить профілактикою психоемоційного перенавантаження. Важливим фактором ставлення жінки до вагітності є «усвідомленість життя», що сприяє формуванню оптимального типу гестаційної домінанти [46, 62, 128].

Наукові дослідження демонструють, що жінки прагнуть і потребують позитивного досвіду вагітності та ППД, який охоплює чотири основні аспекти: підтримка фізичної та соціально-культурної норми, забезпечення здорової вагітності для матері та дитини (включаючи профілактику та лікування ризиків, захворювань і смертності), успішний перехід до позитивних пологів і народження, а також досягнення позитивного материнства (включаючи материнську самооцінку, компетентність і автономність) [38, 39].

Проведення психопрофілактичної підготовки (ПП) дозволяє жінці адаптуватись до своєї ролі в процесі вагітності, оволодіти теоретичними та практичними навичками поведінки під час пологів, а також підготувати майбутнього батька до участі в пологах. ПП вагітних – це система заходів, спрямованих на зміцнення, в першу чергу, психологічного здоров'я,

запропонована ще у 40-х роках ХХ і базується на теорії виникнення пологового болю для активізацію кори головного мозку, підвищення порога збудливості для активного гальмування подразнень, що надходять з підкіркових структур [28, 41, 70].

У системі ПП вагітних використовуються різні методи психологічного впливу: навіювання, перемикання, роз'яснення, стимуляція, активація діяльності, перебудова оцінки і мотивація. Цей метод спрямований на зміну умовних рефлексів, пов'язаних з болем, і може бути застосований до всіх вагітних без протипоказань [31, 80, 115].

Застосування методики показало, що психопрофілактичний вплив не тільки полегшує біль під час пологів, а й позитивно впливає на весь генеративний цикл: покращує перебіг вагітності, знижує частоту розвитку преєклампсії, зменшує перинатальну смертність та частоту оперативних розроджень, скорочує тривалість пологів, зменшує частоту розривів промежини і шийки матки, аномалій пологової діяльності і, як наслідок, об'єму крововтрати у третьому і ранньому післяпологовому періодах [30, 32].

За науковими даними, більше 85% вагітних не потребують медичного втручання під час пологів, тому основну увагу слід приділяти принципу «спостерігати та очікувати», а також забезпечувати психологічну підтримку жінки. У такій ситуації ПП може бути ефективним засобом для запобігання ускладненням і покращення результатів пологів [32, 174].

У ПП до пологів головну роль відіграють не психотерапія і не гіпноз, а дидактичні, стимулюючі та активуючі дії, які сприяють активації породіллі. Під час цієї підготовки акушер-гінеколог ознайомлює подружню пару з фізіологією і можливими патологіями пологів [153, 161]. Демонструються навчальні фільми, що показують різні прийоми розродження, такі як вертикальні пологи, пологи у воді та партнерські пологи. Вагітна вибирає відповідну техніку розродження, отримуючи

необхідні знання про фізіологічний процес пологів і навчається психічним та фізичним прийомам для правильної поведінки під час пологів [28, 30].

Протягом тривалого часу через впровадження сучасних медичних технологій знизився інтерес до ПП до пологів і до особистості вагітної загалом [32, 115]. У багатьох пологових будинках і жіночих консультаціях така система підготовки відсутня, а лікарі не завжди враховують психоемоційний стан своїх пацієнток. Багато вагітних підходять до моменту пологів без належної підготовки, включаючи психологічну, і не мають уявлень про пологи та правильну поведінку під час них. Відсутність переконливих наукових даних щодо психопрофілактичної підготовки також сприяла зниженню інтересу фахівців у цій галузі. Водночас відомо, що у вагітних відбуваються специфічні зміни у психоемоційному стані, які потребують відповідної підготовки та корекції [153, 161, 170].

Окремі автори демонструють, що лише половина жінок, які народжували при підтримці чоловіка, відвідували «Школу підготовки сім'ї до пологів». Серед опитаних чоловіків лише менше 20% пройшли підготовку разом з дружинами, тоді як усі партнери, які не брали участі у підготовці, не мали попереднього досвіду присутності на пологах [26, 41, 131]. Анкетування проводилось серед подружніх пар у ранньому післяпологовому періоді. Застосування програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації серед вагітних може сприяти зниженню показника ситуативної тривожності у більше ніж 70% жінок і сприяє зниженню частоти акушерських та перинатальних ускладнень [59, 64, 91].

Основна мета ПП – навчити жінку не боятись пологів, слухати вказівки лікаря і перемикати увагу з болю на щось інше, а також освоїти різні способи дихання під час перейм і народження дитини. Така підготовка полегшує процес пологів і є найбезпечнішим методом знеболювання [91, 102, 110].

До методів ПП, які застосовуються під час вагітності, належать індивідуальні бесіди та лекції, спрямовані на усунення негативних емоцій, пов'язаних з пологами, формування свідомого ставлення до вагітності та створення позитивного емоційного фону [112, 131]. Інформація майбутнім батькам має подаватися у доступній та позитивній формі, з використанням міні-лекцій, тематичних бесід, дискусій та ігрових методів. Школи усвідомленого батьківства розглядають різноманітні аспекти вагітності та пологів, включаючи анатомо-фізіологічні зміни, фактори ризику, особливості харчування та особистісну гігієну під час вагітності. Важливим є поєднання фізіологічного та психологічного компонентів підготовки [113, 184, 193].

Підготовка подружжя до народження дитини включає формування практичних навичок, таких як догляд за новонародженим і взаємодія з дитиною, а також тренінги пологів, спрямовані на формування адекватної поведінки під час пологів. Це особливо актуально для партнерських пологів, які потребують готовності подружжя та грамотної поведінки під час пологів [102, 113, 193]. Ефективними методиками є індивідуальна раціональна психотерапія, психоаналітичне консультування, тілесно-орієнтована психотерапія, арт-терапія, психічна саморегуляція та сімейна психотерапія. Використання дихальних технік, релаксації та візуалізації формує вміння регулювати функціональні і психічні стани, знімати напругу та тривогу, працювати з негативними емоціями [13, 95, 129].

У ПП напередодні пологів обов'язково має брати участь клінічний психолог, який виявляє та проводить своєчасну психологічну корекцію, усуваючи можливий страх і хвилювання перед пологами. Для визначення ефективності проведеного циклу занять використовуються психологічні тести, які застосовуються на початку і після завершення занять [145, 149].

ПП слід поєднувати з фізичними вправами, які оптимізують функціональний стан органів і систем вагітної, підвищують захисні сили

організму та адаптують до фізичних навантажень під час пологів [41, 148, 153].

Інші ж дослідники відзначають, що допологова ПП вагітних у поєднанні з найбільш прийнятними для жінки способами вагінального розродження покращує перебіг і результати пологів, зменшує їх тривалість, знижує частоту слабкості пологової діяльності, пологового травматизму, оперативного розродження, застосування медикаментозного знеболення, а також зменшує відчуття тривожності напередодні пологів [28, 30, 32, 215].

У сучасному акушерстві рекомендується проводити нормальні пологи в умовах стаціонару з можливістю присутності близької особи, завдання якої полягає в забезпеченні психологічної підтримки роділлі [37, 39, 218]. Проведення партнерських пологів сприяє біологічній готовності вагітної до пологів, знижує частоту ускладнень і покращує стан новонародженого та матері. Присутність партнера і його підтримка дозволяють роділлі розслабитись і заспокоїтись. В світовій медичній практиці партнерські пологи проводяться вже більше тридцяти років і мають позитивну оцінку [48, 84, 104].

Дослідження демонструють, що психологічна підтримка партнера під час пологів сприяє зниженню частоти кесаревого розтину, пологового травматизму, аномалій скоротливої діяльності матки та необхідності у медикаментозному знеболенні [118, 177]. Деякі країни також практикують присутність «супутника для підтримки» на пологах, де партнером може бути майбутній батько дитини або інша близька людина [104, 167]. У переважній більшості випадків ініціатором присутності партнера під час пологів є сама жінка – до 50%, чоловік – у 17%, з ініціативи лікарів – 3% випадків, а в 30% випадків ініціатива залишалась невизначеною [179, 181]. Більшість жінок, вкрай позитивно оцінюють психологічну підтримку партнера, в той час як приблизно 30% не відчули позитивного впливу [199, 210].

Роль партнера полягає у створенні сприятливої психологічної атмосфери під час пологів, підтримці матері і наданні необхідної допомоги [182]. Важливо, щоб партнер був психологічно підготовлений до участі в пологах, що вимагає консультації з лікарем-психологом та врахування індивідуальних побажань і можливих обмежень. Також партнер виступає в якості ефективного посередника між роділлю і медичним персоналом, що позитивно відображається на задоволенні від процесу пологів [8, 39, 40, 216]. Згідно результатів опитувань, приблизно 80% пацієнток і їх партнерів повністю задоволені концепцією партнерських пологів. Також вважається, що даний тип пологів знижує частоту аномалій пологової діяльності (АПД) – до 12% випадків партнерських пологів (без партнера – до 24%), вірогідність пологового травматизму – 16% випадків (без партнера – до 20%) [21, 24, 37]. Також, згідно з оцінкою інтенсивності пологового болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), більш висока інтенсивність болю спостерігається саме у жінок, які народжували без підтримки рідних і у 56% потребують ММЗ [36, 44, 48, 203]. Присутність партнера під час пологового акту і його психологічна підтримка знижує інтенсивність болю і необхідність застосування ММЗ знижується до 20% випадків. Також, присутність партнера під час пологів знижує фізичне і психологічне навантаження на медичний персонал [45, 118]. Але існують і негативні думки про доцільність і наслідки присутності чоловіка на пологах. Деякі чоловіки-партнери висловлювали виражений стрес, страх, відчуття безсилля, а також вказували на можливість порушення статевих стосунків, депресію і суперечливе відношення до дитини, тобто поведінка партнера здебільшого залежить від його психологічної підготовки [181, 182, 199]. Беручи до уваги дані аспекти, є необхідним проведення ПП, в тому числі й партнера, напередодні партнерських пологів. Також важливим аспектом ПП для партнера є виявлення чоловіків, яким не рекомендована присутність під час пологів [179, 182]. Приклади впливу присутності

чоловіка на перебіг пологів, на відносини в сім'ї, показують велике значення наукових знань в цій області. Батьки повинні володіти повною інформацією про психологічну специфіку пологового процесу, бути освіченими і підготовленими, перш ніж приймати рішення про партнерські пологи [135, 216].

Можливість психологічного впливу на больові відчуття роділлі є однією з найважливіших складових у системі допомоги в пологах, що може суттєво вплинути на перебіг пологів в цілому. Біль є складним, інтегративним явищем, що виникає внаслідок численних зовнішніх впливів з виразним психічним компонентом [4, 5, 208]. Біль характеризується не лише ноцицептивним впливом, але й залежить від багатьох факторів, що його супроводжують (оточення, пам'ять, домінуюча мотивація). Це пояснює ефективність психотерапевтичних методів регуляції болю. Відомо, що завдяки зусиллям волі та переключенню уваги на іншу діяльність можна зменшити або навіть придушити біль. Відчуття болю під час пологів залежить від індивідуальних особливостей жінки, її емоційного стану та оточення [1, 4, 25, 146].

Виражені больові відчуття під час пологів можуть спричинювати фізичне та емоційне виснаження жінки, а також бути пов'язаним з АПД та дистресом плода [101, 180]. Часто пологовий біль супроводжується метаболічними змінами і надмірним вивільненням катехоламінів [146]. Саме тому призначення ММЗ під час пологів має позитивний ефект, оскільки не лише полегшує страждання та знижує емоційне напруження роділлі, але й перериває симпатоадреналову реакцію на біль, стабілізує роботу серцево-судинної системи та покращує матково-плацентарний кровообіг [151, 180].

Саме через виразні больові відчуття під час пологів зумовлюється необхідність широкого використання різних методів знеболювання, які можуть мати певні протипоказання [25, 151, 180]. Зменшення болю є

логічним бажанням як акушера, так і роділлі, тому необхідно продовжувати пошук безпечних, простих і доступних методів знеболювання під час пологів [29, 74]. Важливо також підготувати вагітну до пологів, пояснити їй природу пологового болю та можливі варіанти знеболювання, а також зробити все можливе для зниження рівень тривоги та напруженості напередодні майбутніх пологів [1, 146].

Розслаблення під час вагітності і пологів має значний корисний ефект. Дослідження впливу біологічного зворотного зв'язку під час вагітності демонструє, що психологічний стан суттєво впливає на метаболічні процеси в організмах матері і плода [5, 101]. Доведено, що правильне керування черевним пресом та розслаблення м'язів тазового дна за допомогою глибокого дихання може скоротити тривалість пологового акту [74, 151, 220].

Основною особливістю пологового болю є його циклічність, яка обумовлена періодичними скороченнями м'язів матки під час пологів [5]. Перший період пологів вважається найдовшим і найбільш болісним. Під час першого періоду регулярні скорочення матки сприяють розкриттю її шийки. Жінки зазвичай відчують вісцеральний біль у вигляді спастичних скорочень м'язів живота і скорочень матки. У другому періоді пологів скорочення стають потужнішими, супроводжуються гострим і тривалим болем у промежині. Роділлі також відчують тиск в промежині і біль під час просування голівки плода через пологові шляхи [201, 208]. Дані фізіологічні аспекти, а також емоційний та психічний стан роділлі, можуть значно вплинути на інтенсивність болю та їх переносимість жінкою [198, 208]. Гострий больовий синдром під час пологів і фізіологічна гіпервентиляція можуть призвести до надмірної стимуляції, що збільшує ризик гіпокапнії та алкалозу у матері, що може призводити до зниження кровообігу в матково-плацентарній системі. Саме тому контрольоване

знеболення пологів прийнято вважати важливим заходом для профілактики внутрішньоутробної гіпоксії плода [29, 57, 180].

Пологовий біль впливає на центральну нервову систему (ЦНС), стимулюючи синтез і відповідне виділення окситоцину в кров, що сприяє нормальній скоротливій активності матки та розкриттю шийки [4, 5]. Правильно налаштовані больові відчуття під час переймів, з їх зростанням за силою і тривалістю, дають роділлі впевненість у успішному перебігу пологів [4, 68, 151]. Пологовий біль є ключовим стимулом для ЦНС, що призводить до гальмування кори головного мозку і підвищення тону центрів, що регулюють аналіз пологової діяльності через механізм зворотного зв'язку, забезпечуючи фізіологічну реакцію жінки в пологах. Отже, саме стимуляція ЦНС болем виступає в якості фізіологічного модулятора фазових станів на різних етапах пологів [101, 146].

Також біль під час пологів асоціює викидом стресових гормонів, що додатково навантажує систему кровообігу, яка вже функціонує у режимі максимальної напруги [201, 208]. З цієї причини аналгезія є важливим елементом у профілактиці недостатності кровообігу під час пологів [180]. Крім того, зміни у гормональному фоні, які часто спостерігаються у жінок під час пологів, порушення кислотно-лужного балансу та проблеми у фетоплацентарному комплексі можуть впливати на координацію пологової діяльності. Тому знеболення під час пологів є важливим заходом для запобігання дискоординованої пологової активності [4, 5].

Психологічні аспекти болю в пологах включають стресові реакції у роділлі, страх перед пологами та високий ризик розвитку післяпологової депресії [146, 201]. Відповідно до сучасних досліджень, більшість вагітних жінок відчувають тривогу щодо можливих ускладнень під час пологів, стурбованість больовим синдромом, відчувають страх власної або дитячої смерті та страх перед невідомим [4, 201]. Кожна жінка має знати про сучасні

методи знеболювання пологів, їх переваги та недоліки й разом з акушером приймати рішення про їх використання [151, 180].

З метою зниження пологового болю пропонуються різні методи знеболення: ММЗ (опіюїдні, неопіюїдні та наркотичні анальгетики, седативні препарати), інгалаційні анестетики та регіонарні методи знеболювання (епідуральна, спінальна, комбінована епідурально-спінальна аналгезія) та НМЗ (психопрофілактична підготовка, акупунктура, гіпноз) [25, 54, 77, 200].

Кожен з цих методів має свої позитивні та негативні аспекти. Наприклад, опіюїдні анальгетики можуть впливати на плід через трансплацентарну дифузію та зміни маткового тону. Материнські побічні ефекти опіюїдів, такі як нудота, блювання, седація, свербіж, пригнічення дихання і дезорієнтація залежать від дози препарату [38, 81]. На сьогодні відсутні достовірності відомості для оцінки безпеки опіюїдів під час пологів та визначення переваг одного анальгетика над іншим [25].

Найбільш ефективним способом корекції больового синдрому та вегетативних порушень вважають застосування регіональних блокад з місцевими знеболюючими засобами [92, 106]. Епідуральна анестезія є відмінною альтернативою загальному наркозу для жінок, які народжують шляхом кесаревого розтину, і саме її часто використовують в акушерських стаціонарах [175, 178].

Використання ЕА передбачає введення місцевого анестетика в нижню частину спини, неподалік від нервових структур, які передають біль [44, 159, 183]. Розчини для епідуральної анестезії можна вводити болюсно (швидка і значна доза), через тривалу інфузію або за допомогою насоса для контрольованого введення пацієнтом [86, 105, 190]. При використанні ЕА разом з опіюїдами можна застосовувати менші дози місцевого анестетика, що дозволяє жінкам зберігати можливість рухатись і активно приймати участь в пологах. Застосування ЕА в пологах має свої особливості:

забезпечення ефективної аналгезії без повного ураження чутливості, збереження скоротливої функції матки і відсутність негативного впливу на плід. Хоча ЕА вважається «золотим стандартом» знеболювання під час пологів і широко використовується в більшості країн у більш як 50% випадків, важливо мати на увазі, що необхідність у застосуванні знеболювання повинна бути обґрунтованою і об'єктивною [53, 54, 77].

В пошуку безпечних та ефективних методів знеболення, у більшості закладів надання допомоги вагітним і роділлям, використовується інгаляційна аналгезія, яка може застосовуватись як самостійно, так і в поєднанні з іншими методами знеболення [175, 183]. Використання підпорогових доз анестетиків дозволяє швидко досягати ефективності і індукції за мінімально короткий час, не впливаючи на фізіологію переїм. Зокрема, закис азоту (ЗА) є одним з найбільш широко застосовуваних інгаляційних анестетиків, оскільки він не метаболізується і швидко виводиться з легень новонародженого при початку дихання, незалежно від тривалості його використання [119, 172, 173]. Але ефективність і безпечність застосування даного методу знеболення продовжує залишатись темою багатьох дискусій [69, 204]. ЗА має дозозалежний аналгетичний ефект, і концентрація в 50–70% може викликати побічні ефекти, такі як нудота, блювання, слабкість і запаморочення у матері, тоді як при нижчих концентраціях ефективність аналгезії закисом азоту стає сумнівною [114, 155, 183].

Обираючи методику знеболення пологів лікарю необхідно враховувати, що обраний метод знеболювання не повинен мати негативний вплив на характер пологової діяльності, впливати на плід і новонародженого. Також метод повинен бути доступним і керованим, а препарати – не містити токсичні і наркотичні речовини, і не проникати через плацентарний бар'єр [183, 200, 221]. Роділля повинна мати право вибору методики знеболення, відповідно до акушерської ситуації, а використання інвазивних методів знеболення

має бути обґрунтованим, що має забезпечуватись роботою акушера-гінеколога та анестезіолога в пологовому залі.

1.3. Альтернативні методи ведення пологів, як механізм зменшення пологового болю та реалізації позитивного пологового досвіду.

Враховуючи суперечливість даних про медикаментозні та інвазійні методи знеболення пологів, в сучасній акушерській практиці все більше поширюються «нетрадиційні» немедикаментозні методи знеболення пологів такі як релаксація, застосування масажу, акупунктури, рефлексотерапії, вертикальні пологи, пологи в колінно-ліктьовій позиції, пологи у воді, в тому числі й з залученням партнера. Дані види пологів ставлять на меті зниження пологового болю, забезпечення вільного пересування в пологах, формування психологічного комфорту та позитивного пологового досвіду для роділлі та її партнера. Впровадження даних типів пологів в державних пологових закладах разом з застосуванням сучасних родинно- та пацієнто-орієнтованих технологій має бути частиною загальної політики, спрямованої на поліпшення здоров'я матері та дитини. При цьому партнерові, який виступає значимим ресурсом успішної адаптації жінки до вагітності і реалізації материнства, належить ключова роль в соціальній та психологічній підтримці роділлі.

Деякі дослідники вважають, що акупунктура відзначається найбільш фізіологічним впливом на організм вагітної жінки [10, 54, 72, 162]. Цей метод може використовуватись як для підготовки до пологів, так і під час самих пологів і сприяє зміні тонуусу нервової системи в напрямку парасимпатикотонії, що знижує рівень тривожності та сприяє більш швидкому «дозріванню» шийки матки. Використання акупунктури також пов'язують зі зменшенням відсотка АПД, необхідності у проведенні

оперативних пологів, зменшенні загальної тривалості пологів і безводного проміжку [18, 32, 76, 194].

Застосування акупунктури, акупресури та рефлексотерапії під час пологів може бути ефективним методом для зменшення болю, підвищенні задоволеності знеболенням і зниження частоту використання фармакологічних засобів. В окремих роботах повідомляється про ефективність даних методів при знеболенні пологів у першовагітних, а також про можливість зниження частоти оперативного розродження в разі їх застосування [58, 63, 187, 212]. Також відзначено, що розслаблюючий масаж може бути ефективним для зниження інтенсивності пологового болю та підвищенні больового порогу жінки, що сприяє більш комфортному перебігу пологів [47, 111, 168].

В Європейських країнах та Сполучених Штатах Америки є вкрай розповсюдженою методика психоемоційної підтримки вагітних і роділь спеціально підготовленим ментальним тренером – «доулою» (doula), яка концентрує свою увагу на потребах роділлі, її стані, підбадьорюючи та надаючи емоційну та фізичну підтримку в пологах [99, 137]. Прийнято вважати, що наявність підготовленого партнера набагато краще сприяє емоційному і фізичному комфорту майбутньої матері [27]. Термін «доула» походить від грецького терміна, що означає служницю. «Доули», сертифіковані ІСЕА, — це навчені професіонали, які визнають пологи ключовим життєвим досвідом. Вони підтримують фізичні та емоційні потреби породіль, надають інформацію, яка допомагає жінці приймати обґрунтовані рішення разом зі своїм медичним працівником, а також дають жінці можливість повідомити про свої потреби та реалізувати свою мрію про здорові, позитивні пологи [107, 123]. Крім того, «доули» пропонують настанови та ресурси для сімей щодо догляду матері, лактації та інших питань, що стосуються здорового батьківства протягом перших 6 тижнів після пологів. «Доули» відіграють ключову роль у забезпеченні емоційної

та іншої підтримки під час пологів, забезпечують «постійну присутність» під час пологів, надають спеціальні методи та стратегії підтримки, сприяють взаємодії породіль та їх сімей з медичними працівниками [137].

Одним з основних завдань «доули» на під час пологів – виступати «захисником» роділлі, забезпечуючи її співчутливим, а також бути поінформованим «вухом» щодо вибору, який може попросити її зробити персонал пологового будинку під час процесу пологів [107, 191]. З описаних в сучасних дослідженнях переваг пологів з «доулою» можна виділити: зменшення ймовірності кесаревого розтину, необхідності використання окситоцину, анальгетиків та будь-якого іншого типу ММЗ, вакуум-екстракції плода, скоротити тривалість пологів та отримати новий, абсолютно позитивний пологовий досвід. Також, породіллі зі стажем розцінювали даний пологовий досвід як найкращий, зазначаючи ліпший контроль ситуації, відчуття захищеності та впевненості в собі. Крім того, у матерів зменшувалося відчуття напруження при пологах, зникало відчуття очікування, що пологи будуть неприємними [99, 158].

Оскільки «доула» супроводжує жінку під час пологів, її головний обов'язок – бути присутнім у всіх сенсах. Вона забезпечує постійний догляд, надає культурно відповідну емоційну підтримку роділлі, допомагаючи їй впоратися з пологами [27, 137]. Доула, як слуга, відкладає будь-які упереджені ідеї, які вона може мати, і підтримує матір у тому шляху, який мати вибирає для пологів. Також до задач «доули» відноситься підтримка батька та інших присутніх, допомагаючи їм брати участь у пологах настільки, наскільки їм зручно [123]. В пологах вона пропонує роділлі альтернативні позиції, нагадує їй підтримувати споживання рідини, стежить за фізіологічними відправленнями. «Доула» може допомогти розвинути такі навички, як: дихальні техніки, розслаблюючі дотики або візуалізація, запропонувати приглушити світло або включити музику – все, що створить заспокійливу обстановку для роділлі та її партнера [107].

Пологи за допомогою йоги – це восьмиступінчастий метод, який допомагає жінкам здійснювати природні та усвідомлені пологи [66]. Філософія даного методу полягає у можливості спілкуватися зі своєю дитиною під час пологів і сприймати сам процес пологів процес як досвід просвітлення. Використовуючи специфічну послідовність дихання та поз, які адаптовані до фізичних та емоційних змін на різних стадіях пологів, жінки можуть контролювати переходи зі спокійної, медитативної та контрольованої точки зору [94, 205].

Основною метою методу є надання жінці можливість сприйняти пологи як природний і радісний досвід. Спосіб, яким жінка народжує, стає її особистою історією пологів, яка розповідається щоразу, коли вона згадує народження своєї дитини [66, 132]. Методику започатковано Дороті Геррою (Dorothy Guerra), щоб допомогти жінкам створити найкращу історію пологів і отримати найкращий пологовий досвід [94, 219].

Сама методика включає 8 кроків, які жінка проходить під час пологів. Дотримуючись цих кроків, роділлі не потрібно «намагатись» впоратись з переходами, оскільки цей шлях є природним прогресом усвідомлення пологів [205, 219]. Рухи вирівнюють таз матері відповідно до основних рухів дитини, а методи дихання допомагають у перший період пологів. Використовуючи дану послідовність, пологи стають природним і невимушеним втіленням медитації [66, 94].

Пологи за допомогою йоги передбачають 10 планів пологів, заснованих на особливостях поведінки роділлі. Вона обирає дві цілі, які стають її центром уваги під час народження. Мета – бути уважною до своїх дій і послідовною у веденні своєї історії пологів. Послідовність поз і дихання допомагає роділлі справлятися з болем під час переходу що зазнають динамічних змін та сприяють максимальному контролю над процесом пологів [132, 219].

До основних переваг даного методу відносять: більш швидкий прогрес пологів завдяки займанню поз, які сприяють більш легкому просуванню дитини по пологовим шляхам, більш швидке вкорочення та згладження шийки матки, збільшення вірогідності природніх пологів завдяки медитативному аспекту, що дозволяє жінці залишатися зосередженою та контролювати свій досвід пологів позитивним чином, глибокий зв'язок із дитиною під час народження, менша ймовірність застосування медикаментів і втручань, повне усвідомлення жінкою моменту народження, оскільки вона може керувати процесом природним шляхом [66, 94, 205].

Пологи в гіпнозі – це методика, що використовує техніки релаксації, контролю дихання та візуалізації, з метою зменшення пологового болю [122, 165]. Під час пологів в гіпнозі застосовуються методи позитивної усвідомленості для подолання страху і тривоги, що дозволяє тілу природно проходити через процес пологів. До основних технік пологів в гіпнозі відносять: візуалізації та медитації, позитивні афірмації, техніки глибокої релаксації, часто із звуковими доріжками, а також заспокійливі дихальні техніки [138]. Головна ідеєю пологів в гіпнозі є віра в те, що жінки можуть проходити пологи, довіряючи природному потоку і ритму свого тіла, віддаючи пологи на керування своєму розуму і тілу, що забезпечує психологічне та емоційне задоволення від пологів і сприяє отриманню кращого пологового досвіду [122, 165].

Техніка пологів в гіпнозі може використовуватись на будь-якому з етапів пологів. Сама техніка передбачає легкий масаж і рух на ранніх стадіях пологів, глибокі натискання на таз і різні пози для пологів, що сприяє більшому комфорту [120, 138, 168]. Також дана техніка передбачає використання позитивних тверджень щодо вагітності та пологів для створення найкращих результатів під час процесу пологів. Жінок навчають техніці «веселкової релаксації», візуалізації, технікам глибокого дихання,

які використовуються на різних стадіях пологів, а також використовувати м'яч для пологів і ароматерапію [122, 194].

Дослідження гіпнозу під час пологів показали, що породіллі, перебуваючи в розслабленому стані, відчують менше страху або не відчують його взагалі. Це знижує біль і допомагає краще контролювати себе та приймати рішення. Крім того, I та II періоди пологів стають коротшими, зменшується використання анальгетиків, індукцій та втручань під час пологів [138, 165].

На сьогодні в Світі набуває популярності практика «лотосових пологів», при якій пуповину не перерізають після народження, залишаючи плаценту прикріпленою до новонародженого до її природного відшарування, що зазвичай відбувається через 3–10 днів після пологів. Перші випадки лотосових пологів зафіксовано у 2004 році в Австралії. Ця практика отримала свою назву на честь Клер Лотус, яка помітила, що шимпанзе не відокремлюють плаценту від новонародженого [67].

Прихильники лотосових пологів стверджують, що новонароджений отримує кращий кровообіг, має більш міцну імунну систему та менше піддається стресу [134]. Вважається, що плід і плацента утворюються з однакових клітин, тому вони є одним цілим. Якщо не відокремлювати новонародженого від плаценти штучно, він отримає міцнішу імунну систему, оскільки вся життєва сила та значна кількість крові з плаценти передаються йому через пуповину. Більше того, вважається, що діти, народжені таким чином, не матимуть проявів залишкового стресу, навіть якщо мати пережила емоційну травму чи стрес під час вагітності і описуються як спокійні та врівноважені [67, 134].

З практичної точки зору, дана методика вимагає від матері взяти новонароджену дитину додому та придбати сито відповідного розміру, яке буде поміщене в миску для зберігання плаценти. Плаценту зберігають від двох днів до двох тижнів, обробляючи її морською сіллю та імбиром для

покращення збереження та зменшення неприємного запаху, що виникає під час розкладання органу [67].

На сьогодні в Україні і в Світі в цілому, набувають популярності пологи у воді. Дана практика є вкрай розповсюдженою у Великій Британії, Канаді, Новій Зеландії та у Сполучених Штатах Америки [49, 78, 79, 152]. Вважається, що під час пологів у воді жінка відчуває менше болю та дискомфорту навіть без застосування анестезії. Крім того, вода дозволяє жінці зайняти більш зручнішу позу, знижуючи тиск на голівку плода, що прискорює процес пологів і зменшує ризик розривів [52, 90, 147, 189]. До основних переваги даного методу пологів відносять: меншу втому роділлі, розслаблення та заспокоєння, покращення кровообігу за рахунок зменшення ваги тіла у воді, що сприяє ефективнішому скороченню матки і покращенню кровообігу, зниження частоти розривів за рахунок більшого розслаблення промежини, зниження кров'яного тиску а також зменшення «стресу» у новонародженого. В поодиноких публікаціях зустрічаються поради, що у воді варто проводити лише перший період пологів, а під час другого періоду пологів краще перейти на ліжко в індивідуальному пологовому залі. В інших публікаціях стверджується, що весь процес пологів може відбуватись у воді [41, 49, 79, 83, 166].

Проте, є відомості й про недоліки пологів у воді, одним з головних є нестерильність і пов'язаний з нею ризик інфікування, зниження згортання крові, яке відбувається в теплій воді і може збільшувати об'єм крововтрати в разі кровотечі. Також до недоліків пологів у воді відносять ризик аспірації, який виникає через можливість настання першого вдиху новонародженого у воді, складність контролю за станом пологових шляхів, оскільки лікарі не можуть використовувати сучасні прилади у воді, а кровотеча може бути менш помітною, а також надмірне розслаблення, що у деяких випадках може призвести до припинення родової діяльності [71, 78, 100, 124, 171].

У Великій Британії пологи у воді пропонуються вагітним в терміні гестації 37-42 тижнів з одноплідною вагітністю, з неускладненим її перебігом, нормальним розташуванням плаценти, головним передлежанням плода, спонтанним початком пологової діяльності, або у випадку індукції пологів шляхом застосування простагландинів або амніотомії, без подальшого пологопідсилення окситоцином та з задовільним прогресом пологової діяльності, тобто вагітним з групи низького ризику [56, 61, 125, 202]. Також, важливими умовами для застосування гідротерапії є частота серцебиття плода в межах норми, відмова від опіатів для знеболення протягом 2 годин до заглиблення у воду, відсутність запальних процесів та декомпенсованої екстрагенітальної патології, а також відсутність фізичних вад, які впливають на здатність входити в басейн або виходити з нього або вставати без сторонньої допомоги [61, 90, 117, 154]. У випадку термінового допологового розриву плодових оболонок (ТДРПО) гідротехнології все ще можуть бути запропонована роділлі, але за умови прозорості навколоплідних вод та давності розриву оболонок, що не перевищують 24 годин. В латентній фазі першого періоду пологів роділлям рекомендується приймати ванну або душ для розслаблення [97, 98, 130, 169].

В Україні, про можливості застосування гідротерапії в пологах є окремі відомості в сучасному стандарті медичної допомоги № 170 від 26.01.2022 «Фізіологічні пологи». Даний нормативно-правовий документ регламентує використання гідротерапії в контексті немедикаментозних методів знеболення пологів в активній фазі пологів. Тривалість перебування у ванній чи душі може залежати від побажань роділлі, при можливості підтримання температури води у межах, ще не перевищують 37,5°C. Є необхідним підтримання ванни та басейну для пологів у чистоті. Також зазначається необхідність відмовитись від гідротерапії протягом 2 годин після прийому опіоїдів або в разі відчуття сонливості. Гідротерапія

має проводитись виключно під наглядом медичного персоналу [103, 108, 142, 143, 207].

В сучасній науковій літературі описані поодинокі випадки пологів з дельфінами. Як зазначається прихильниками даних пологів, дельфіни здатні проводити особливий звук, який розслаблює і заспокоює, дозволяючи жінці народити легко і без болю [106, 196]. Проте, до даного типу екзотичних пологів є певні моменти підготовки. Готуватись до таких пологів треба завчасно, не пізніше четвертого місяця вагітності. Сама підготовка передбачає початок купання з дельфінами ще під час вагітності. Вважається, що купання позитивно впливає на плід, що, в свою чергу, допомагає майбутній мамі розслабитися і позбутися від страху перед пологами [63, 139].

Є відомості, що після випадків пологів з дельфінами, були випадки, коли деякі з матерів і дітей продовжували гратись з дельфінами ще впродовж наступних 45 хвилин після народження, а також коли дельфін, який супроводжував новонароджену дитину на поверхню для його першого вдиху [196].

Дослідження, які проводяться з 1976 року, показали здатність дельфінів покращувати/виліковувати низку захворювань, таких як церебральний параліч, депресія, аутизм і синдром Дауна. Вважається, що діти, народжені у воді з дельфінами, розвиваються швидше, особливо протягом перших 6 місяців життя і частіше за все є амбідекстри [188, 196]. Проте, подальші дослідження продемонстрували, що пологи з дельфінами можуть бути не такою гарною ідеєю, адже вони пов'язані з додатковим ризиком інфекцій і утоплення як для роділлі, так і для новонародженого [106, 156].

Також, до одного з розповсюджених видів пологів є вертикальні пологи, коли роділлі не лежить горизонтально, а знаходиться в обраному нею самою зручному положенні (стоячи або сидячи) [88, 109]. Даний вид

пологів не є сучасним новаторством, адже даний метод розродження успішно застосовується в країнах Азії, Африки та Південної Америки. Аналіз особливостей перебігу і результату пологів, проведених у вертикальній позиції, показав зниження частоти ускладнень як для роділлі (передчасне злиття навколоплідних вод, АПД, розриви шийки матки), так і для новонародженого (кефалогематома, краніоспінальна травма), зменшення фармакологічного навантаження на роділлю і плід, рідшого застосування амніотомії та епізіотомії [18, 120, 206]. Дослідження показали, що вертикальна позиція в пологах дозволяє зменшити тривалість пологів та характеризується більш високою оцінкою новонародженого за шкалою Апгар та кращою адаптацією новонародженого в ранньому неонатальному періоді, що може мати підстави для подальшого вивчення та практичного застосування даного методу розродження [74, 87].

Таким чином, проведений огляд літературних джерел свідчить про зниження рівня репродуктивного здоров'я, що вкрай негативно впливає на репродуктивний потенціал нації. Наявність змін у процесах адаптації до вагітності та пологів у сучасних, навіть практично здорових вагітних, що зумовлює необхідність залучення до роботи навіть з практично здоровими вагітними перинатального психолога.

Серед переважної більшості лікарів й досі використовується занадто традиційний підхід до ведення вагітності і пологів, що відображається у відриві від психосоціального та культурного контексту, зумовлює провадження родинно-орієнтованих технологій при веденні вагітності, пологів з урахуванням психологічних аспектів перинатального періоду.

Враховуючи суперечливість даних про медикаментозні та інвазійні методи знеболення пологів, в сучасній акушерській практиці все більше поширюються «нетрадиційні» немедикаментозні методи знеболення пологів такі як релаксація, застосування масажу, акупунктури, рефлексотерапії, вертикальні пологи, пологи в колінно-ліктьовій позиції,

пологи у воді, в тому числі й з залученням партнера. Дані види пологів ставлять на меті зниження пологового болю, який є одним з основних факторів, які асоціюються з негативним пологовим досвідом, і як наслідок, з погіршенням демографічної ситуації.

Не дивлячись на те, що запровадження пологів у воді може вбачатись чудовою альтернативою знеболення пологів і формування позитивного пологового досвіду, в опрацьованій нами літературі виявлено лише поодинокі публікації про підготовку вагітних до застосування гідротерапії у пологах, а також про алгоритм спостереження за вагітною під час пологів у воді. Також, відсутні чіткі критерії для вибору кандидаток, критерії відмови вагітній від спроби даного виду пологів, а також алгоритму моніторингу роділлі при пологах у воді, що й обумовило подальший напрямок нашого дослідження.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дисертацію виконано на клінічній базі кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця – Комунальне некомерційне підприємство «Київський міський пологовий будинок № 3».

2.1. Методологія та дизайн дослідження.

Для виконання поставлених завдань дослідження, розроблено дизайн, який передбачав послідовне виконання чотирьох етапів.

На першому етапі дослідження проведено анкетування 274 першовагітних жінок в термінах гестації 11-12, 26-28 і 36-37 тижнів вагітності, які знаходили на обліку у відділенні амбулаторного акушерсько-гінекологічного спостереження КНП «Київський міський пологовий будинок № 3». Ведення вагітних на етапі амбулаторного акушерсько-гінекологічного спостереження відбувалось у відповідності до чинного стандарту медичної допомоги № 1437 від 9 серпня 2022 року «Нормальна вагітність» [15]. Метою даного етапу стало виявлення вагітних, які добровільно бажають обрати альтернативний варіант розродження із застосуванням гідротехнологій. Анкетування проводилось з використанням заздалегідь розробленої Google-форми (див. додаток С). Під час виконання даного етапу найбільше уваги приділялось встановленню рівня обізнаності вагітних щодо процесу пологів, а також виявленню страхів та переживань щодо майбутніх пологів. Після проведеного останнього анкетування в 36-37 тижнів вагітності на подальшу участь в дослідженні добровільно погодилось 150 (54,7%) вагітних.

На другому етапі дослідження, в терміні гестації 37 тижнів, комплексно обстежено 150 (100,0%) вагітних, які бажають обрати

альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій. Під час проведення даного етапу особлива увага приділялась вивченню анамнестичних даних (вік, соціальний статус, перенесені інфекційні, соматичні та гінекологічні захворювання), особливостей перебігу даної вагітності в першому, другому та третьому триместрах, оцінці антенатального стану плодів (КТГ, УЗД фетоплацентарного комплексу з доплерометричним дослідженням швидкостей кровоплину в основних судинах та фетометрією, а також біофізичний профіль плодів), психо-емоційного стану вагітних (опитувальник «Благополуччя під час вагітності» (див. додаток D), опитувальник GAD-7 (див. додаток E), опитувальник PRAQ-R/R2 (див. додаток F) та біоценозу статевих шляхів (бактеріоскопічне дослідження піхвових виділень, культуральне дослідження піхвових виділень методом ПЛР) з подальшою корекцією виявлених відхилень. Метою даного етапу стало визначення співставлення вагітних з критеріями включення до дослідження та визначення можливості проведення пологів із застосуванням гідротехнологій у відібраних жінок. В подальшому, всі вагітні проходили індивідуальну підготовку до партнерських пологів, відповідно до розробленого нами алгоритму.

На третьому етапі дослідження в залежності від запропонованої методики розродження, жінок основної розробки розподілено наступним: основна група – 66 вагітних, у яких розродження відбувалось із застосуванням гідротехнологій в першому та другому періодах пологів згідно запропонованого нами алгоритму; група порівняння – 34 вагітних, у яких розродження відбувалось з використанням гідротехнологій лише в першому періоді пологів; контрольна група – 50 вагітних, у яких пологи відбувались за загальноприйнятими стандартами. У досліджуваних роділь проводилась фіксація місця та часу початку пологової діяльності.

Протягом першого періоду пологів відбулось динамічне переміщення 13 (19,7%) роділь основної групи (6 випадків – сильний пологовий біль,

необхідність застосування ММЗ, 4 випадки – встановлення слабкості пологової діяльності і необхідність застосування оскитотичної суміші для пологопідсилення, 3 випадки – відмова від продовження спроби пологів у воді) та 7 (20,5%) роділь групи порівняння (3 випадки – сильний пологовий біль, необхідність застосування ММЗ, 2 випадки – встановлення слабкості пологової діяльності і необхідність застосування оскитотичної суміші для пологопідсилення, 2 випадки – відмова від продовження спроби пологів у воді) до контрольної групи. Таким чином, кількість жінок, які продовжували пологи в групах відповідно до розробленого дизайну дослідження стала наступною: основна група – 53 роділлі у яких розродження відбувалось віз застосуванням гідротехнологій в першому та другому періодах пологів згідно запропонованого нами алгоритму; група порівняння – 27 роділь, у яких розродження відбувалось з використанням гідротехнологій лише в першому періоді пологів; контрольна група – 70 роділь, у яких пологи відбувались за загальноприйнятими стандартами.

В подальшому, у зв'язку з необхідністю проведення ургентного кесаревого розтину в першому періоді пологів, з досліджуваних груп виключено: основна група – 3 роділлі (2 випадки дистресу плода, 1 випадок ПВНРП), група порівняння – 2 роділлі (1 випадки дистресу плода, 1 випадок ПВНРП), контрольна група – 20 роділь (10 випадків дистресу плода, 4 випадки клінічно вузького тазу, 3 випадки ПВНРП, 3 випадки – слабкість пологової діяльності, що не піддається медичній корекції. Таким чином, в другий період пологів переведено: основна група – 50 вагітних, у яких розродження відбувалось віз застосуванням гідротехнологій в першому та другому періодах пологів згідно запропонованого нами алгоритму; група порівняння – 25 вагітних, у яких розродження відбувалось з використанням гідротехнологій лише в першому періоді пологів; контрольна група – 50 вагітних, у яких пологи відбувались за загальноприйнятими стандартами.

Перший період пологів у жінок основної групи та групи порівняння проводився у відповідності до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги № 170 від 26 січня 2022 року «Фізіологічні пологи» [14] та розробленого нами алгоритму ведення пологів у воді (див. розділ 2.3) з фіксацію даних в динаміці пологового акту в модифікованій нами «партограмі для пологів у воді» (див. додаток G), основною відмінністю якої від традиційної партограми є додавання строк, що містять відомості про час занурення роділлі до води, її температуру та щогодинний підпис акушерки, яка супроводжує пологи у вод. Перший період пологів у жінок контрольної групи проводився у відповідності до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги від 26 січня 2022 року «Фізіологічні пологи». Додатково, в динаміці першого періоду пологів, у всіх роділь проводилась оцінка інтенсивності пологового болю за допомогою ВАШ (див. додаток H).

Другий період пологів у жінок основної групи проводився у відповідності до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги від 26 січня 2022 року «Фізіологічні пологи» та розробленого нами алгоритму ведення пологів у воді (див. розділ 2.3). Другий період пологів у жінок групи порівняння та контрольної групи проводився у відповідності до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги від 26 січня 2022 року «Фізіологічні пологи». Додатково, в динаміці першого періоду пологів, у всіх роділь проводилась оцінка інтенсивності пологового болю за допомогою ВАШ (див. додаток H).

Протягом другого періоду пологів серед роділь основної групи відбулось 2 випадки дестреса плода, серед роділь групи порівняння – 4

випадки дистреса плода, серед роділь контрольної групи – 8 випадків дистреса плода.

Оцінка стану новонароджених проводилась з урахуванням випадків кесаревого розтину, що мали місце в першому періоді пологів: основна група – 53 новонароджених, група порівняння – 27 новонароджених, новонароджених, контрольна група – новонароджених.

Оцінка стану породіль у ранньому та пізньому післяпологових періодах проводилась з врахуванням динамічного переміщення роділь із основної групи та групи порівняння до контрольної групи та з урахуванням випадків кесаревого розтину, що мали місце в першому періоді пологів: основна група – 53 породіллі, група порівняння – 27 породіль, новонароджених, контрольна група – 70 породіль. В динаміці післяпологового періоду проводилась оцінка терміну встановлення лактації, досліджувався біоценоз статевих шляхів, визначалась структура ускладнень, а також проводилось дослідження психо-емоційної сфери за допомогою опитувальників «Задоволеність жінки пологами та народженням дитини» (див. додаток І) та «Единбурзької шкали післяпологової депресії» (див. додаток J)

Четвертий етап дослідження передбачав проведення аналізу та узагальнення отриманих результатів дослідження.

Критерії включення в дослідження: бажання жінки, доношена одноплідна вагітність, головне передлежання плода, необтяжений перебіг вагітності, відсутність екстрагенітальної захворюваності, що може бути причиною відмови від спроби пологів у воді, спонтанний початок пологової діяльності, активні перейми на момент спроби пологів у воді, нормальне розташування плаценти, нормальний об'єм навколоплідних вод, ЧСС плода в межах норми, відсутність призначення опіатів для знеболення протягом 2 годин до занурення у воду, відсутність фізичних вад, що можуть впливати

на здійснення спроби пологів у воді без сторонньої допомоги, передбачувана маса плоду від 2500 до 4000 г.

Критерії виключення з дослідження: відмова жінки, термін вагітності більше 42 тижнів, багатоплідна вагітність, наявність екстрагенітальної захворюваності, що може бути причиною відмови від спроби пологів у воді, патологічне розташування плаценти, незадовільний прогрес пологів, необхідність пологодісилення окситотичною сумішшю, допологовий розрив плодових оболонок, індукція пологової діяльності, браді-/тахікардія у плода, патологічний об'єм амніотичної рідини, призначення опіатів для знеболення протягом 2 годин до занурення у воду, наявність фізичних вад, що можуть впливати на здійснення спроби пологів у воді без сторонньої допомоги, ЗВУР, маса плода, що перевищує 4000 г.

Дослідження не містило підвищеного ризику для суб'єктів дослідження та виконано з урахуванням існуючих біоетичних норм та наукових стандартів щодо проведення клінічних досліджень із залученням пацієнтів. Проведення дослідження узгоджено і затверджено на засіданні комісії з питань біоетики при НМУ імені О.О. Богомольця (**протокол № 126 від 13.11.2019**). У всіх пацієнток, залучених до дослідження отримувалась інформована згода пацієнтів на участь в дослідженні.

2.2. Методи дослідження жінок, які обрали альтернативний метод розродження із застосуванням пологів у воді.

Обстеження вагітних на етапі амбулаторного відділення акушерсько-гінекологічного спостереження КНП «Київський міський пологовий будинок № 3» проводилось у відповідності до чинного стандарту медичної допомоги № 1437 від 9 серпня 2022 року «Нормальна вагітність» [15].

У відповідності до мети і поставлених задач, виконання дослідження передбачало клініко-лабораторне та інструментальне обстеження, визначення антенатального стану плода шляхом дослідження показників

ФПК, визначення психо-емоційного стану на етапі відбору кандидаток до спроби пологів у воді, під час проспективного обстеження та у післяпологовому періоді, оцінку перебігу пологів, післяпологового періоду та стану новонароджених.

Загально-клінічне обстеження. Під час проведення загально-клінічного обстеження виконувався збір та аналізу даних соціального (вік, освіта, професія, шкідливі звички), інфекційного, соматичного та гінекологічного анамнезів. Особливу увагу приділено аналізу перебігу даної вагітності. Отримані дані вносились до спеціально створених анкет вагітних. Проводились антропометричні обстеження з визначенням індексу маси тіла.

Акушерське обстеження. Проводилось визначення відповідності висоти стояння дна матки до терміну вагітності, співставлення відомостей про дату першого дня останньої менструації, першого ворухіння плода, дату першого відвідування лікаря жіночої консультації та даних УЗД в 11-12 тижнів гестації.

Оцінку готовності вагітної до пологів проводили шляхом аналізу даних, отриманих під час піхвового обстеження. Ступінь «зрілості» шийки матки визначався за допомогою модифікованої шкали Е.Н. Bishop (J. Burnett, 2008). Інтерпретації бальної оцінки «зрілості» шийки матки проводилась наступним чином: від 0 до 5 балів – шийка матки «незріла», від 6 до 7 балів – шийка матки «недостатньо зріла», від 8 до 13 балів – шийка матки «зріла».

Кардіотокографія. Кардіотокографічне дослідження антенатального стану плода проводилась з використанням фетального кардіомонітора фірми «Sonicad» (Англія), мінімально протягом 10 хвилин зі швидкістю руху стрічки 1 см/хв. Під час кардіотокографічного дослідження використовувались ультразвуковий, призначений для реєстрації серцевої діяльності плода, та тензометричний, призначений для

реєстрації скоротливої діяльності матки, датчики. Ультразвуковий датчик розташовувався на передній черевній стінці вагітної в ділянці найкращого прослуховування серцевих тонів плода після нанесення невеликої кількості ультразвукового гелю. Тензометричного датчика розташовувався в ділянці правого кута дна матки без попереднього нанесення гелю. Додатково фетальний кардіомонітор укомплектовувався датчиком для реєстрації рухів плода. Інтервал між обстеженнями до моменту настання регулярної пологової діяльності становив 2-3 дні. Оцінка результатів кардіотокографічного обстеження проводилась шляхом аналізу отриманого індексу – критерія Доуза-Редмана, який в нормі мав перевищувати 6 мс (мінімальне значення – 4 мс).

Ультразвукове дослідження. Всім вагітним напередодні розподілу до досліджуваних груп, виконувалось ультразвукове дослідження з визначенням швидкостей кровоплину в маткових артеріях, середньомозковій артерії та пуповині плода за допомогою кольорового доплерівського картування на апараті «Acuson X300» («Siemens», Німеччина), з використанням забезпечення для визначення гестаційної маси плода та терміну вагітності та секторального датчика з частотою сканування 3,5 МГц.

Під час ультразвукового обстеження проводилось визначення локалізації плаценти, її розміру, структури, «зрілості» та об'єму навколоплідних вод. Під час фетометрії проводилось вимірювання біпаріетального розміру голівки, окружності грудної клітини, живота, та довжини стегна з визначенням та оцінкою відповідності біометричних параметрів до варіантів фізіологічної норми.

Визначення біофізичного профілю плода (БПП) проводилось за методикою А.М. Vintzileos і співавт. (1983), який вираховувався як сума балів п'яти параметрів: нестресовий тест, дихальних рухи, рухів тіла та кінцівок, тонуусу та об'єму навколоплідної рідини. Кожний параметр

оцінювався від 0 до 2 балів. Інтерпретації бальної оцінки БПП проводилась наступним чином: від 7 до 10 балів – задовільний стан плода, від 5 до 6 балів – сумнівний стан плода, від 4 балів і менше – патологічна оцінка БПП.

Дослідження швидкостей кровоплину передбачало аналіз наступних показників: індекс резистентності, пульсаційний індекс, систоло-діастолічного співвідношення.

Визначення біоценозу статевих шляхів. Визначення біоценозу статевих шляхів додатково проводилось у вагітних з вагінітами в анамнезі та на 2-3 добу післяпологового періоду. Мікроскопічне дослідження вагінальних виділень виконувалось з фарбуванням відбитку за Грамом. Діагноз «бактеріальний вагіноз» встановлювався шляхом проведення амінного тесту при додаванні 10% розчин КОН до зразку піхвових виділень. Дослідження піхвових виділень методом ПЛР проводилось після отримання зразка виділень, зібраних до епіндорфу з транспортним середовищем об'ємом 1,5 мл відповідно до рекомендацій, зазначених в інструкції. Дослідження проводилось в лабораторії КЛ «Феофанія» ДУС з використанням реактивів ПРОБА-НК-ПЛЮС.

Оцінка інтранатального стану плода. Оцінка стану плода в пологах проводилась за допомогою портативного монітор-доплера Неасо FD88 (Китай) шляхом візуального аналізу базальної ЧСС плода.

Визначення психоемоційного стану напередодні та після пологів та оцінка інтенсивності пологового болю. На етапі відбору кандидаток до спроби вагінальних пологів, вагітним пропонувалось відповісти на 16 запитань заздалегідь розробленої *Google-форми*. Запитання групувались по блокам, що містили відомості про відношення жінки до вагітності, хвилювання щодо передуючих пологів, знеболення, бажання вибору позиції для пологів, плану пологів та переживань щодо народження неповноцінної дитини. *Google-форма* передбачала п'ять варіантів відповідей: «Так», «Скоріше так, ніж ні», «Скоріше ні», «Ні» та «Важко

відповісти». Розроблена гугл форма ставила на меті визначити основні страхи та переживання вагітних щодо передуючих пологів, а також з'ясувати необхідність впровадження альтернативних варіантів ведення пологів (див. додаток С).

На етапі проспективного обстеження вагітним, які бажають обрати альтернативний варіант ведення пологів із застосуванням гідротехнологій пропонувалось відповісти на запитання опитувальників «Благополуччя під час вагітності» (Well-being in Pregnancy – WIP), GAD-7 та PRAQ-R/R2. Поглиблена оцінка проводилась після завершення курсу індивідуальної підготовки вагітної та її партнера до партнерських пологів, який тривав протягом 7 днів.

Опитувальник «Благополуччя під час вагітності» (див. додаток D) є інструментом, що демонструє загальне самопочуття і складається з трьох основних компонентів: позитивна вагітність, впевненість у материнстві та занепокоєння щодо підтримки після народження. Опитувальник містить 12 запитань, які передбачають чотири варіанта відповідей: «постійно», «більшість часу», «іноді», «ніколи». В залежності від обраної відповіді, вагітна отримувала 10, 8, 6 або 4 бали за кожне ствердження. В подальшому вираховувалась сума балів, яка трактувалась наступним чином: 100-75 балів – високий рівень добробуту, 75-50 балів – середній рівень добробуту, 50 балів і менше – низький рівень добробуту [50, 126, 195].

Опитувальник GAD-7 (див. додаток E) представляє собою перелік з семи стверджень, призначених для оцінки симптомів тривоги. Результати, отриманні під час тестування не є підставою для встановлення діагнозу, але дозволяють попередньо запідозрити наявність тривожних розладів, що може бути критичним для здійснення спроби пологів у воді. Респондентам пропонувалось оцінити рівень симптомів тривожності протягом останніх двох тижнів, при цьому використовуються наступні варіанти відповідей: «ніколи» – 0 балів, «декілька днів» – 1 бал, «більше половини часу» – 2

бали, «майже щодня» – 3 бали. В подальшому сума балів трактувалась наступним чином: 0-4 бали – мінімальний рівень тривожності, 5-9 балів – слабкий рівень тривожності, 10-14 балів – помірний рівень тривожності, 15-21 бал – високий рівень тривожності [51].

Опитувальник PRAQ-R/R2 (Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire Revised) (див. додаток F) складається з одинадцяти стверджень, розділених по групах: підшкала PRAQ-R2 Страх пологів – запитання № 1, 2, 6, 8; Підшкала хвилювання щодо виношування дитини-інваліда – запитання № 4, 9, 10, 11; підшкала занепокоєння власною зовнішністю – запитання № 3, 5, 7 призначених для виявленні рівня занепокоєння та тривожності під час вагітності та напередодні пологів. Респондентам пропонувалось оцінити рівень занепокоєння, при цьому використовуються наступні варіанти відповідей: «не актуально» – 1 бал, «наверряд чи актуально» – 2 бали, «іноді актуальні» – 3 бали, «достатньо актуально» – 4 бали, «дуже актуально» - 5 балів. Отримані бали підсумувались і з них вираховувалось середнє арифметичне значення [85, 121].

Оцінка рівня пологового болю проводилась за допомогою *Візуальної аналогової шкали* (ВАШ) в першому та другому періодах пологів, яка є інструментом, що найбільш часто використовується анестезіологами. ВАШ являє собою лінію довжиною 10 см, намальовану на чистому аркуші паперу з наступним маркуванням: 0 – «не болить», 2 – «трошки болить», 4 – «помірний біль», 6 – «сильний біль», 8 – «дуже сильний біль», 10 – «нестерпний біль» та 6 типів обличчя кожне з яких зображує емоцію, відповідно опису болю по вербальній ранговій шкалі. Під час оцінки інтенсивності пологового болю, ми звертали увагу не лише оцінку, встановлено роділлю, алей на її поведінку. В разі, якщо роділля під час перейми спокійно вела бесіду і відволікалась, оцінка болю вважалась перебільшеною [31].

В післяпологовому періоді дослідження психо-емоційного стану проводилось на 2-4 добу після пологів. Породіллям пропонувалось надати відповіді на ствердження/запитання опитувальників «Задоволеність жінки пологами та народженням дитини» та «Единбурзька шкала післяпологової депресії».

Опитувальник «Задоволеність жінки пологами та народженням дитини» складається з 22 питань, розподілених на 4 підрозділи: власна спроможність (9 питань), професійна підтримка (5 питань), відчуття безпеки (6 питань), участь в пологах (3 питання) (див. додаток І). Відповідь на кожне запитання оцінювалось від 1 до 4 балів за шкалою Лайкерта. Інтенсивність болю за ВАШ конвертувався наступним чином: від 1-3 – 1 бал, 4-5 – 2 бали, 6-7 – 3 бали, 8-10 – 4 бали. Бали шкали обчислювались шляхом сумування відповідей і поділення на кількість пунктів у підрозділі (середнє значення). Діапазон балів на шкалі становив від 1 до 4, де 3 (переважно згодні) або 4 (повністю згодні), що відповідали рівню задоволеності, а 1 (повна незгода) або 2 (переважно незгодна), що відповідало низькому рівню задоволеності. За розмежувальне значення приймався середній показник 2.5 і вище, що вказував на високу задоволеність жінки пологами та народженням дитини. Значення 2.1-2.9 розцінювалось нами як середній рівень задоволеності пологами та народженням дитини, значення 2 і нижче засвідчувало незадоволеність жінки пологами та народженням дитини [12, 41].

Під час заповнення *опитувальника «Единбурзька шкала післяпологової депресії»* породіллям пропонувалось заповнити усі десять пунктів шкали обравши одну з чотирьох запропонованих відповідей, найближчу до того, як вона почувалась протягом останнього тижня. Відповіді оцінювались в 0, 1, 2 і 3 балів. Пункти 3, 5-10 оцінювались в зворотному форматі, тобто 3, 2, 1 і 0 балів). Загальна кількість балів визначалась за сумою оцінок за кожен із 10 пунктів, а максимальна сума

балів становила 30 балів. Отримані результати, що перевищували 12 або 13 балів вважались пограничними. Особлива увага приділялась кількості відповідей на запитання № 10, пов'язане з наявністю суїцидальних думок [14].

Методика знеболення вагінальних пологів з використанням епідуральної аналгезії (ЕА). Роділлям досліджуваних груп в разі встановлення інтенсивності пологового болю за ВАШ, що перевищував 6 балів, або за індивідуальної потреби пропонувалась ЕА для знеболення вагінальних пологів. Факт встановлення ЕА, відповідно до критеріїв включення та виключення в дослідження передбачав перевід роділлі з основної групи або групи порівняння до контрольної групи. Вибір на користь ЕА здійснювався лікарем акушером-гінекологом спільно з анестезіологом враховуючи клінічну необхідність, або бажання роділлі.

ЕА виконувалась за бажанням роділлі в положенні сидячи або лежачи. Після підтвердження наявності показань для виконання знеболення (прогресуюча пологова діяльність, бажання жінки, відсутність протипоказань для виконання ЕА), лікарем-анестезіологом проводилось інформування щодо обраного методу знеболення та пропонувалось підписання форми «Добровільна інформована згода на проведення знеболення». Медичною сестрою-анестезисткою забезпечувався доступ до v. radialis dextra/sinistra з подальшою преінфузією розчину NaCl 0,9% - 500,0.

Після обробки рук, трьох разової обробки операційного поля розчином 70% етилового спирту, та виконання місцевого знеболення 1% розчином лідокаїну – 4 мл, лікар-анестезіолог в прийнятому пацієнткою положенні сидячи або лежачі з вигнутою спиною на рівні L3-L4 або L2-L3 голкою Туохі виконував пункцію епідурального простору. Після підтвердження негативності аспіраційної проби, краніально встановлювався епідуральний катетер з подальшим введення «тест-дозы».

На шкіру накладалась асептична пов'язка, проводилась фіксація катетера до шкіри пластиром. Через п'ять хвилин після введення «тест-доза» при відсутності ознак спинномозкового блоку або внутрішньосудинного введення анестетика, проводилось введення першої стартової дози місцевого анестетика для знеболення пологів 11-12 мл 0,125% розчину бупівакаїну з розчином фентанілу – 2 мкг/мл. Розвиток анестезії відбувався впродовж наступних десяти хвилин. В подальшому, додавання анестезії відбувалось кожну годину, або за потребою роділлі.

Вітальні показники роділлі та інтранатального стану плода під час проведення ЕА фіксувались в Протоколі пункції/катетеризації епідурального простору. ЕА продовжувалась до завершення III періоду пологів, а в разі необхідності – до моменту завершення відновлення цілісності пологових шляхів. Видалення епідурального катетера проводилось в ранньому або пізньому післяпологовому періоді з обов'язковою фіксацією часу в протоколі катетеризації епідурального простору з подальшим накладанням асептичної пов'язки [29, 44].

Статистичні методи дослідження. Статистична обробка результатів досліджень здійснювалась за допомогою методів описової та варіаційної статистики з використанням критерію Стюдента та методу кутового перетворення Фішера. Обчислення отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері з використанням програм Statistica for Windows і Microsoft Excel 13.0. Розбіжності визначали як можливі при $p < 0,05$. Співставлення результатів дослідження виконували шляхом множинного кореляційного аналізу з вирахуванням коефіцієнту лінійної кореляції Пірсона.

2.3. Запропонована методика індивідуальної підготовки до партнерських пологів.

Одним з основних компонентів індивідуальної підготовки до пологів є встановлення психологічного контакту лікаря і пацієнтки, що ставить на меті усунення стану страху та занепокоєння напередодні пологів. Забезпечення активної поведінки в пологах, доброзичливе ставлення з боку медичного персоналу та партнерська підтримка сприяють зниженню частоти акушерських і перинатальних ускладнень, покращують перебіг післяпологового періоду, лактацію, а також зменшують вірогідність розвитку післяпологової депресії [14, 24, 32].

Запропонована індивідуальна психотерапевтична і психокорегуюча підготовка подружніх пар до пологів стала одним з елементів психологічної підготовки вагітної до пологів, яка успішно використовується у відділенні амбулаторного акушерсько-гінекологічного спостереження КНП «Київський міський пологовий будинок № 3».

Для кожної вагітної підготовлювалась індивідуальна програма допологової підготовки, що включала: комплекс лікувальної фізкультури при необхідності, тематичні заняття, тренінги напередодні пологів, а також консультації перинатального психолога, неонатолога, анестезіолога.

Заняття з подружньою парою проводилося з залученням персоналу, який прийматиме пологи, що сприяло встановленню довірливих стосунків. Особлива увага приділялась роз'ясненню ролі партнера і його функції під час пологів. Методологія підходу до занять була індивідуальною з урахуванням особливостей акушерсько-гінекологічного анамнезу, рівня фізичної активності до вагітності, а також особливостей перебігу вагітності.

Комплекс психопрофілактичної підготовки включав бесіди і практичні заняття, ознайомлення вагітної та партнера з умовами пологового будинку, з особливостями маніпуляцій та поведінки жінки під

час і після пологів, функціями медичного персоналу, необхідністю самостійного прийому води та їжі під час пологів. Одним з основних завдань психопрофілактичної підготовки стало роз'яснення впливу неспокійної поведінки на дезорганізацію процесу пологів. Матеріал викладався у доступній формі із закріпленням отриманих навичок.

Враховуючи те, що відповідно до критеріїв включення, всі вагітні є жінками, які народжуватимуть вперше, під час проведення занять, особлива увага приділялась детальному роз'ясненню перебігу та періодам пологів, а також їх тривалості. Практично відпрацьовувались вправи, в тому числі і на гімнастичних м'ячах, спрямовані на полегшення пологового болю, разом із партнерами відпрацьовувались техніки масажу та дихання. Відпрацьовані під час тренінгу вправи рекомендували повторювати і закріплювати удома.

Вагітним роз'яснювались особливості перебігу першого періоду пологів, динаміка збільшення перейм. Проводилось ознайомлення пари з фізіологією пологового акту, його перебігом, пояснювались відчуття, що може мати роділля під час розкриття шийки матки, «вигнання плода», відділення і виділення посліду, а також з особливостями післяпологового періоду. Окремо проводився наголос на необов'язковості сильного відчуття болю. Детально та в доступній формі проводилось пояснення особливостей періоду другого періоду пологів, появу та характер потуг з наголосом на можливість самостійного керування процесом потуг. Вагітним демонстрували позиції, які може займати роділля в другому періоді пологів, навчали правильним діям під час потуг, затримувати дихання, розслабляти м'язи тазового дна і сфінктер, а також відпочивати між переймами.

Під час психопрофілактичної підготовки перинатальним психологом проводилось роз'яснення необхідності спокійної і активної поведінки під час пологів, що ставило на меті встановлення контакту з пацієнткою, виявлення психологічних проблем та оцінку стану психічних функцій осіб.

Робота з подружніми парами мала індивідуальний та груповий характер. Під час занять обговорювались психологічні проблеми і стурбованість, взаємини з партнером, а також відношення до майбутньої дитини. Жінці пояснювали зміни в її організмі як фізіологічні, що мають бути сприйнятими без надмірної тривожності. Додатково, проговорювались, наголошувались та відпрацьовувались дії партнера під час пологів, що ставило на меті забезпечення адекватної психопрофілактичної допомоги під час процесу пологів.

2.4. Запропонована методика пологів із застосуванням гідротехнологій.

Загальне забезпечення пологів із застосуванням гідротехнологій. Кожний пологовий зал, який має ванну, що може бути використана для проведення пологів із застосуванням гідротехнологій підготовлювався для проведення даного типу пологів: навколо ванни розстигалась прорезинена тканина, що запобігала вбиранню вологи та можливості послизнутись для роділлі, її партнера або медичного персоналу, в саму ванну розстигалась аналогічна одноразова тканина, що була індивідуальною для кожної жінки і забезпечувала комфортні умови перебування в воді. Наповнення ванни теплою водою відбувалось до рівня грудей роділлі, що сприяло повному зануренню передньої черевної стінки.

Вимірювання температури води у ванні відбувалось після ретельного її перемішування у центрі за допомогою водяного термометра до моменту занурення роділлі. Оптимальною для проведення пологів у воді вважалась температура, що не перевищувала 37,5°C у першому та другому періодах пологів. Дотримання відповідної температури води проводилось середнім медичним персоналом з погодинною фіксацією результатів вимірювання в модифікованій партограмі. Повторне вимірювання температури води

проводилось після кожного додавання нової порції після ретельного перемішування у центрі ванни.

Методика ведення першого періоду пологів для роділь основної групи та група порівняння. Одним з перших моментів, що забезпечувався – максимальна сухість підлоги навколо ванни, що давало змогу вільно пересуватись роділлі, її партеру та медичній команді без загрози послизнутись. Вистилання ванни одноразовою прорезиненою тканиною забезпечувало адекватну рухову активність та вільний вибір позиції роділлі – сидіння, стояння навпочіпки, на колінах. Борта ванни додатково встилались рушником, що забезпечувало додаткову сухість бортів ванни. Особлива увага приділялась забезпеченню чистоти води у ванні – калові маси і згортки крові видалялись з води відразу за допомогою сита. В разі значного забруднення ванна осушувалась, очищувалась, проводилась заміна одноразової прорезиненої тканини і набиралась знову у відповідності до алгоритму.

Кратність моніторингу серцевого ритму плода – у відповідності до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги від 26 січня 2022 року «Фізіологічні пологи» за допомогою портативного монітор-доплера. В разі встановлення порушення серцевого ритму плода (браді-/тахікардія) – спроба пологів у воді припинялась за ініціативою медичного персоналу. Вимірювання температури тіла, пульсу та артеріального тиску роділлі виконувалось кожну годину з обов'язковою фіксацією в партограмі. В разі встановлення температури тіла роділлі, що перевищувала 37,5°C при двох вимірюваннях з інтервалом в 30 хвилин або в разі підвищення температури тіла на один градус вище вихідної температури тіла, жінку просили покинути ванну для виконання моніторингу вітальних показників та оцінки інтранатального стану плода.

Вагінальний огляд проводився кожні 4 години, а в разі встановлення розриву плодових оболонок – в момент констатації розриву з фіксацією розкриття шийки матки та кольору амніотичної рідини в партограмі. Для проведення вагінального огляду роділлю просили залишити ванну, або за бажанням роділлі – проводився при знаходженні жінки у ванні. В разі сумнівів щодо точності огляду шийки матки у воді, або необхідності проведення амніотомії роділлі пропонували покинути ванну для виконання маніпуляції на ліжку. За бажанням, роділлі пропонувалась аромотерапія.

З метою підтримання гідратації жінок заохочували до вживання великої кількості прохолодної рідини. З метою уникнення кетоацидозу, – пропонувалось вживання їжі, або солодких цукерок в разі відмови від прийому їжі. Роділь заохочували до сечовипускання кожні 2 години з обов'язковою фіксацією кількості сечі в партограмі.

Однією з основних умов проведення пологів у воді було забезпечення постійного перебування акушерки разом з роділлем не залежно від наявності або відсутності партнера.

Методика ведення другого періоду пологів для роділь основної групи. Однією з основних вимог для проведення другого періоду пологів із застосуванням гідротехнологій стало залучення двох акушерок, компетентних в наданні акушерської допомоги роділлям, які виконують спробу пологів у воді. Вимірювання температури води у ванні виконувалось кожні 15 хвилин з фіксацією результатів вимірювання в партограмі. Контроль серцебиття плода виконувався кожні п'ять хвилин в ранню фазу та після кожної перейми в пізній фазі другого періоду.

Повністю виключалось схилення роділь до ранніх потуг. Неконтрольовані потуги заохочувались в разі появи бажання тужитись.

Однією з особливостей ведення другого періоду пологів із застосуванням гідротехнологій стало ведення потужного періоду без надання ручної акушерської допомоги. Вказівки надавались тихим

спокійним голосом, а стимуляція голівки новонародженого під водою зводилась до мінімуму. Додатковий захист промежини під час другого періоду пологів у воді ми вважали таким, що не є необхідним, оскільки занурення у воду змінювало еластичність шкіри, сприяючи адекватному розтягуванню тканин промежини. Під час народження плечиків і тіла дитини медичний персонал мав бути переконаним в повному зануренні новонародженого у воду з метою уникнення контакту з повітрям, що могло призвести до передчасної активації дихального центру [52, 56, 61, 63, 79, 118].

Одразу після народження дитини у воду, пуповина не затискалась і не перерізалась з метою уникнення стимуляції дихального центру. Новонародженого розташовували на грудях породіллі послідовно виконуючи етапи теплового ланцюжка і заохочували до раннього початку грудного вигодовування.

Для ведення третього періоду пологів і перерізання пуповини медичним персоналом проводилось злиття води з ванної, або породіллі пропонували переміститись на ліжко.

Критерії для завершення спроби пологів у воді. Одним з основних критеріїв для завершення спроби пологів із застосуванням гідротехнологій в разі задовільного стану роділлі та плода було бажання жінки. З боку медичних показань – підозра на порушення загального стану роділлі, злиття амніотичної рідини, забарвленої меконієм, підозра на дистοцію плечиків плода або на кровотечу.

РОЗДІЛ 3

ВІДБІР ПАЦІЄНТОК В ДОСЛІДЖЕННЯ. ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПОРТРЕТУ ВАГІТНИХ, ЯКІ БАЖАЮТЬ ОБРАТИ АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ВАРІАНТ РОЗРОДЖЕННЯ

Аналізуючи результати первинного анкетування, проведеного в 11-12 тижнів вагітності (табл. 3.1) встановлено, що достовірна більшість жінок насолоджувалась своєю вагітністю (відповідь «так» – 201 (73,4%), відповідь «скоріше так, ніж ні» – 73 (26,6%), $p < 0,05$), а уявлення про те, як відбувається процес народження дитини мала практично кожна друга вагітна – 139 (50,7%), «скоріше так, ніж ні» – 77 (28,1%), «скоріше ні» – 33 (12,0%), $p < 0,05$). Взагалі не мали уявлення прологи та їх перебіг трохи менше 10% майбутніх матерів – 25 (9,1%).

Особливістю респонденток в першому триместрі вагітності виявилось відсутність позитивних та незначний відсоток умовно позитивних відповідей на цілий ряд питань, присвячених перебігу пологів, вибору позиції для народження дитини, знеболенню пологів та побоюванням щодо втручань медичного персоналу в перебіг пологів. На запитання «Чи боїтесь Ви відчуття болю під час перейм і потуг?» достовірна більшість вагітних – 189 (69,0%), відповідали «скоріше ні», в той час як «ні» відповідала кожна п'ята вагітна 57 (20,8%), $p < 0,05$. Відповідь «Скоріше так, ніж ні» виявилась характерною для 28 (10,2%) опитаних. Майже порівну негативно відповідали вагітні на запитання «Чи Вас хвилює те, що Ви не зможете контролювати себе під час пологів і будете кричати?»: «скоріше ні» – 144 (52,6%), «ні» – 130 (47,4%), $p < 0,05$.

Достовірна менша кількість жінок – 58 (21,1%) давала умовно стверджувальну відповідь «скоріше так, ніж ні» на запитання «Чи думали Ви, про застосування знеболення під час пологів?». Майже половина опитаних – 131 (47,8%) відповідали «скоріше ні», а кожна третя вагітна –

Табл. 3.1

Результати Google-анкетування в терміні гестації 11-12 тижнів (абс.ч., %)

№ з\п	Запитання	Відповідь на запитання (n=274)				
		Так	Скоріше так, ніж ні	Скоріше ні	Ні	Важко відповісти
1.	Чи насолоджуєтесь Ви своєю вагітністю?	201 (73,4) *	73 (26,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
2.	Чи маєте Ви уявлення про те, як відбувається процес пологів?	139 (50,7) *	77 (28,1)	33 (12,0)	25 (9,1)	0 (0,0)
3.	Чи боїтесь Ви відчуття болю під час перейм і потуг?	0 (0,0)	28 (10,2)	189 (69,0) *	57 (20,8)	0 (0,0)
4.	Чи Вас хвилює те, що Ви не зможете контролювати себе під час пологів?	0 (0,0)	0 (0,0)	144 (52,6)	130 (47,4)	0 (0,0)
5.	Чи думали Ви, про застосування знеболення під час пологів?	0 (0,0)	58 (21,1)	131 (47,8)	85 (31,0)	0 (0,0)
6.	Чи є у Вас побоювання щодо знеболення пологів?	0 (0,0)	44 (16,1)	160 (58,4) *	70 (25,5)	0 (0,0)
7.	Чи хвилювались Ви, щодо можливої агресії медичної команди під час пологів?	0 (0,0)	52 (18,9)	172 (62,8) *	50 (18,2)	0 (0,0)
8.	Ви відчуваєте тривогу та/або страх при думці про пологи?	32 (11,7)	15 (5,5)	130 (47,4) *	97 (35,4)	0 (0,0)
9.	Чи згодні ви на ведення пологів в літотомічній позиції? (класична позиція на спині)	102 (37,2)	99 (36,9)	50 (18,2)	23 (8,4)	0 (0,0)

85 (31,0%) давала негативну відповідь ($p < 0,05$). Аналогічну тенденцію відзначено й щодо двох наступних питань: «Чи є у Вас побоювання щодо знеболення пологів?» та «Ви хвилювались, щодо можливої агресії медичної команди під час пологів?». Відповідь «скоріше так, ніж ні» давали 44 (16,1%) та 52 (18,9%) вагітних відповідно ($p > 0,05$). Більша кількість відповідей в даному терміні вагітності на зазначені запитання виявилась «скоріше ні» – 160 (58,4%) та 172 (62,8%) вагітних відповідно, $p > 0,05$, відповідно та «ні» – 70 (25,5%) та 50 (18,2%) вагітних відповідно, $p > 0,05$.

Оцінюючи бачення вагітних на вибір позиції під час пологового акту, ми звернули увагу, що більшість жінок погоджувались на вибір літотомічної позиції в пологах. Відповідь «так» отримано від 102 (37,2%) вагітних, «скоріше так, ніж ні» – від 99 (36,9%), $p > 0,05$. Решта ж жінок розглядали альтернативні варіанти ведення пологів: вертикальні пологи – 9 (3,3%), пологи сидячи – 6 (2,2%), пологи в колінно-ліктьовій позиції – 11 (4,0%), $p > 0,05$. Нами відзначено достовірно більшу кількість бажаючих спробувати варіант ведення пологів із застосуванням гідротехнологій – 47 (17,1%), $p < 0,05$.

При повторному анкетуванні в 27-28 тижнів вагітності (табл. 3.2) відзначено достовірне зменшення кількості вагітних, які давали відповідь «так» на запитання «Чи насолоджуєтесь Ви своєю вагітністю?» – 170 (62,0%) (11-12 тижнів – 201 (73,4%), $p < 0,05$). Кількість вагітних, які відповідала «скоріше так, ніж ні» не мала достовірної відмінності – 58 (21,2%) (11-12 тижнів – 73 (26,6%), $p > 0,05$). В динаміці вагітності відбувалось поступове збільшення жінок, які мали уявлення про те, як відбуваються пологи – 188 (68,6%) (11-12 тижнів – 139 (50,7%), $p < 0,05$) на фоні збільшення кількості умовно-стверджувальних відповідей на запитання «Чи боїтесь Ви відчуття болю під час перейм і потуг?» – 76 (27,7%) (11-12 тижнів – 28 (10,2%), $p < 0,05$), «Чи Вас хвилює те, що Ви не

Табл. 3.2

Результати Google-анкетування в терміні гестації 27-28 тижнів (абс.ч., %)

№ з\п	Запитання	Відповідь на запитання (n=274)				
		Так	Скоріше так, ніж ні	Скоріше ні	Ні	Важко відповісти
1.	Чи насолоджуєтесь Ви своєю вагітністю?	170 (62,0) *	58 (21,17)	41 (15,0)	5 (1,8)	0 (0,0)
2.	Чи маєте Ви уявлення про те, як відбувається процес пологів?	188 (68,6) *	62 (22,6)	24 (8,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
3.	Чи боїтесь Ви відчуття болю під час перейм і потуг?	24 (8,7)	76 (27,7)	129 (47,0) *	45 (16,4)	0 (0,0)
4.	Чи Вас хвилює те, що Ви не зможете контролювати себе під час пологів?	27 (9,8)	58 (21,2)	111 (40,5) *	78 (28,5)	0 (0,0)
5.	Чи думали Ви, про застосування знеболення під час пологів?	41 (15,0)	72 (26,3)	123 (44,9) *	38 (13,8)	0 (0,0)
6.	Чи є у Вас побоювання щодо знеболення пологів?	17 (6,2)	97 (35,4)	105 (38,3)	55 (20,1)	0 (0,0)
7.	Чи хвилювались Ви, щодо можливої агресії медичної команди під час пологів?	15 (5,5)	90 (32,8)	124 (45,3)	45 (16,4)	0 (0,0)
8.	Ви відчуваєте тривогу та/або страх при думці про пологи?	90 (32,8)	102 (37,2)	67 (24,4)	15 (5,5)	0 (0,0)
9.	Чи згодні ви на ведення пологів в літотомічній позиції? (класична позиція на спині)	89 (32,5)	83 (30,3)	78 (28,5)	24 (8,7)	0 (0,0)

зможете контролювати себе під час пологів?» – 58 (21,2%) (11-12 тижнів – 0 (0,0%).

Звертала на себе увагу поява стверджувальних відповідей на запитання, пов'язані зі знеболенням пологів та можливою медичною агресією. Відповідь «так» на запитання «Чи думали Ви, про застосування знеболення під час пологів?» давали 41 (15,0%) вагітних, на запитання «Чи є у Вас побоювання щодо знеболення пологів?» – 17 (6,2%), на запитання «Ви переживали, щодо можливої агресії медичної команди під час пологів?» – 15 (5,5%). Кількість респонденток, які давали умовно-стверджувальні відповіді на аналогічні запитання достовірно збільшувалась: «Чи є у Вас побоювання щодо знеболення пологів?» – 97 (35,4%) (11-12 тижнів – 44 (16,1%), $p < 0,05$), «Ви переживали, щодо можливої агресії медичної команди під час пологів?» – 97 (35,4%) (11-12 тижнів – 52 (18,9%), $p < 0,05$). Відсутність змін в кількості умовно-стверджувальних відповідей відзначалось на запитання «Чи думали Ви, про застосування знеболення під час пологів?» – 72 (26,3%) (11-12 тижнів – 58 (21,1%), $p > 0,05$). В достовірно більшій кількості випадків визначалось збільшення стверджувальних та умовно-стверджувальних відповідей на запитання «Ви відчуваєте тривогу та/або страх при думці про пологи?» – 90 (32,8%) (11-12 тижнів – 32 (11,7%), $p < 0,05$) та – 102 (37,2%) (11-12 тижнів – 15 (5,5%), $p < 0,05$) відповідно, що свідчило про збільшення стресового навантаження, пов'язаного з передуючими пологами.

Аналізуючи відповіді вагітних, пов'язаних зі згодою народжувати в класичній літотомічній позиції «Чи згодні ви на ведення пологів в літотомічній позиції? (класична позиція на спині)», нами відзначено недостовірну тенденцію до зменшення кількості позитивних відповідей в динаміці вагітності – 89 (32,5%) (11-12 тижнів – 99 (36,9%), $p > 0,05$).

Повторне анкетування в 36-37 тижнів вагітності (табл. 3.3) продемонструвало динаміку зменшення кількості позитивних відповідей на

запитання на запитання «Чи насолоджуєтесь Ви своєю вагітністю?». Відповідь «так» отримано від 154 (56,2%) (11-12 тижнів – 201 (73,4%), 27-28 тижнів – 170 (62,0%), $p < 0,05$), «скоріше так, ніж ні» – 38 (13,8%) (11-12 тижнів – 73 (26,6%), 27-28 тижнів – 58 (21,2%), $p < 0,05$), «скоріше ні» – 82 (29,9%) (11-12 тижнів – 0 (0,0%), 27-28 тижнів – 41 (15,0%), $p < 0,05$).

Є цілком логічним і обґрунтованим, що наприкінці третього триместру вагітності, достовірна більшість жінок мали уявлення про те, як відбувається процес пологів – 241 (87,9%) (11-12 тижнів – 139 (50,7%), 27-28 тижнів – 188 (68,6%), $p < 0,05$), «скоріше так, ніж ні» – 33 (12,0%) (11-12 тижнів – 77 (28,1%), 27-28 тижнів – 62 (22,6%), $p < 0,05$), що розцінювалось нами як позитивний вплив від відвідувань школи батьківства з залученням провідних фахівців та адміністрації пологового будинку, які ретельно роз'яснювали вагітним кожний етап майбутніх пологів. В той же час, відзначено достовірне збільшення кількості позитивних та умовно позитивних відповідей на запитання, пов'язані зі страхом болю під час пологового акту. На запитання «Чи боїтесь Ви відчуття болю під час перейм і потуг?» відповідь «так» давали 99 (36,1%), (11-12 тижнів – 0 (0,0%), 27-28 тижнів – 24 (8,7%), $p < 0,05$). Відповідь «скоріше так, ніж ні» – 144 (41,6%) (11-12 тижнів – 28 (10,2%), 27-28 тижнів – 76 (27,7%), $p < 0,05$), «скоріше ні» – 31 (11,3%), 11-12 тижнів – 189 (69,0%), 27-28 тижнів – 129 (47,0%), $p < 0,05$). На запитання «Чи Вас хвилює те, що Ви не зможете контролювати себе під час пологів і будете кричати?», відповідь «так» отримано від 116 (42,3%) вагітних (11-12 тижнів – 0 (0,0%), 27-28 тижнів – 27 (9,8%), $p < 0,05$) «скоріше так, ніж ні» – від 87 (32,1%) вагітних (11-12 тижнів – 0 (0,0%), 27-28 тижнів – 58 (21,2%), $p < 0,05$), «скоріше ні» – від 52 (19,0%) 11-12 тижнів – 144 (52,6%), 27-28 тижнів – 111 (40,5%), $p < 0,05$).

Наближення часу майбутніх пологів відображалось на думках жінок щодо можливості застосування знеболення під час пологів та на страху щодо його використання. На запитання «Чи думали Ви, про застосування

Табл. 3.3

Результати Google-анкетування в терміні гестації 36-37 тижнів (абс.ч., %)

№ з\п	Запитання	Відповідь на запитання (n=274)				
		Так	Скоріше так, ніж ні	Скоріше ні	Ні	Важко відповісти
1.	Чи насолоджуєтесь Ви своєю вагітністю?	154 (56,2) *	38 (13,8)	82 (29,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
2.	Чи маєте Ви уявлення про те, як відбувається процес пологів?	241 (87,9) *	33 (12,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
3.	Чи боїтесь Ви відчуття болю під час перейм і потуг?	99 (36,1)	144 (41,6)	31 (11,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
4.	Чи Вас хвилює те, що Ви не зможете контролювати себе під час пологів?	116 (42,3)	87 (32,1)	52 (19,0)	19 (6,9)	0 (0,0)
5.	Чи думали Ви, про застосування знеболення під час пологів?	133 (48,5)	108 (39,4)	33 (12,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
6.	Чи є у Вас побоювання щодо знеболення пологів?	37 (13,5)	187 (68,2) *	50 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
7.	Чи хвилювались Ви, щодо можливої агресії медичної команди під час пологів?	21 (7,6)	191 (69,7) *	62 (22,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
8.	Ви відчуваєте тривогу та/або страх при думці про пологи?	76 (27,7)	116 (42,3) *	59 (21,5)	20 (7,3)	3 (1,1)
9.	Чи згодні ви на ведення пологів в літотомічній позиції? (класична позиція на спині)	74 (27,0)	103 (37,6)	79 (28,8)	18 (6,6)	0 (0,0)

знеболення під час пологів?» достовірна більшість жінок відповідали «так» – 133 (48,5%) (11-12 тижнів – 0 (0,0%), 27-28 тижнів – 41 (15,0%), $p < 0,05$). Відповідь «скоріше так, ніж ні» давали 108 (39,4%) вагітних (11-12 тижнів – 58 (21,1%), 27-28 тижнів – 72 (26,3%), $p < 0,05$). В той же час, питома вага жінок, які вагались відносно застосування знеболення під час розродження («скоріше ні») достовірно зменшувався – 33 (12,0%) (11-12 тижнів – 131 (47,8%), 27-28 тижнів – 123 (44,9%), $p < 0,05$) на фоні відсутності негативних відповідей на даному терміні вагітності.

Протилежну тенденцію до збільшення відносно першого триместру вагітності відзначено й щодо двох наступних питань («Чи є у Вас побоювання щодо знеболення пологів?» та «Чи хвилювались Ви, щодо можливої агресії медичної команди під час пологів?»). Відповідь «так» давали 37 (13,5%) (11-12 тижнів – 0 (0,0%), 27-28 тижнів – 17 (6,2%), $p < 0,05$) та 21 (7,6%) (11-12 тижнів – 0 (0,0%), 27-28 тижнів – 15 (5,5%), $p > 0,05$) вагітних відповідно.

Практично кожна третя вагітна під час третього та другого опитувань давала стверджувальну відповідь на запитання «Ви відчуваєте тривогу та/або страх при думці про пологи?» – 76 (27,7%), 27-28 тижнів – 90 (32,8%), $p > 0,05$; 11-12 тижнів – 32 (11,7%), $p < 0,05$), що засвідчувало стан персистуючої тривожності і стало в подальшому підставою для поглибленого дослідження психо-емоційної сфери та корекції виявлених порушень з залученням перинатального психолога.

Аналізуючи відповіді, присвячені бажанню вагітних народжувати в літотомічній позиції, продовжувала відстежуватись недостовірна динаміка до зменшення кількості охочих спробувати саме даний підхід до розродження – 74 (27,0%) (11-12 тижнів – 102 (37,2%), 27-28 тижнів – 89 (32,5%), $p > 0,05$). В той же час, як кількість вагітних, бажаючих спробувати альтернативні методи ведення пологів мала стійку тенденцію до збільшення в динаміці вагітності з достовірним переважанням кількості бажаючих

спробувати саме пологи із застосуванням гідротехнологій – 122 (44,5%) (11-12 тижнів – 47 (17,1%), 27-28 тижнів – 84 (30,6%), $p < 0,05$). Дана тенденція, до збільшення бажаючих спробувати саме даний тип розродження пояснювалась нами активною пропагандою у амбулаторному відділенні акушерсько-гінекологічного спостереження та під час екскурсій по КНП «Київський міський пологовий будинок № 3», як одного з найбільш безболісних методів ведення пологів.

Ще однією закономірністю, встановленою нами під час анкетування в динаміці вагітності виявилось достовірне збільшення кількості жінок, які давали стверджувальні відповіді на запитання: «Чи бажаєте Ви залучити до Ваших пологів партнера близького-родича, або чоловіка?» – 127 (46,3%) (11-12 тижнів – 66 (24,1%), 27-28 тижнів – 101 (36,8%), $p < 0,05$), «Чи бажаєте Ви залучити до Ваших пологів стороннього помічника?» – 147 (53,6%) (11-12 тижнів – 34 (12,4%), 27-28 тижнів – 91 (33,2%), $p < 0,05$), «Чи складали Ви план пологів?» – 121 (44,2%) (11-12 тижнів – 19 (6,9%), 27-28 тижнів – 83 (30,3%), $p < 0,05$), «Чи боїтесь Ви, що Ваша дитина може бути травмованою під час пологів?» – 133 (48,5%) (11-12 тижнів – 77 (28,1%), 27-28 тижнів – 94 (34,3%), $p < 0,05$), «Чи переживаєте, як Ви будете справлятися після народження дитини?» – 141 (51,4%) (11-12 тижнів – 79 (28,8%), 27-28 тижнів – 85 (31,0%), $p < 0,05$).

На стабільному рівні залишалась кількість позитивних відповідей на запитання «Чи переживаєте Ви через те, що можете не відновити свою фігуру після пологів?» – 87 (31,8%) (11-12 тижнів – 62 (22,6%), 27-28 тижнів – 71 (36,8%), $p > 0,05$).

Таким чином, отримані результати анкетування в 11-12 тижнів вагітності розцінювались нами як ті, що характеризують психологічний профіль вагітних як стан насолоди жінки вагітністю у поєднанні з позитивними думками про майбутній процес народження дитини на фоні недостатності знань про особливості перебігу пологів та післяпологового

періоду. Результати анкетування в 27-28 тижнів гестації демонструють початкові зміни психологічного профілю вагітних, що остаточно маніфестують в 36-37 тижнів вагітності та характеризувались як стан пов'язаний з втомою та достовірним збільшенням відсотка жінок, які мають занепокоєння і страх пов'язані з майбутніми пологами, а також біллю та необхідністю знеболення. Відзначено достовірне збільшення кількості вагітних які прагнуть залучити до пологів близьких родичів або чоловіка, а також стороннього помічника. У переважно більшій кількості жінок встановлено наявність побоювань та невпевненості щодо власного стану під час і після пологів та стану народженої дитини.

Серед запропонованих під час анкетування альтернативних методів ведення пологів найбільшою популярністю користувався метод ведення пологів у воді, на який під час останнього опитування в 36-37 тижнів погодились 122 (44,5%) вагітних. Для психологічного профілю вагітних, які бажають обрати альтернативний метод розродження, в тому числі пологи у воді, є характерним відчуття страху та тривоги перед майбутніми пологами, відносно побоювання стосовно застосування фармакологічних методів знеболення, а також певне занепокоєння стосовно проявів акушерської агресії з боку медичного персоналу, що з нашої точки зору є підставою для поглибленого дослідження психоемоційної сфери напередодні та після пологів.

Слід відзначити, що на подальшу участь в дослідженні погодились 150 (54,7%) вагітних.

Матеріали даного розділу відображено в роботах:

1. Бенюк В.О., Фурса-Совгира Т.М. Визначення психологічного профілю вагітних, які бажають обрати альтернативний варіант розродження. *Ukrainian Journal Health of Woman*. 2024; 3 (172): 49-54. doi: 10.15574/HW.2024.172.49

РОЗДІЛ 4

ПРОСПЕКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ, ЯКІ БАЖАЮТЬ БУТИ ЗАЛУЧЕНИМИ ДО ЗДІЙСНЕННЯ СПРОБИ ПОЛОГІВ У ВОДІ

4.1. Клінічна характеристика вагітних, які бажать бути залученими до спроби пологів у воді.

Середній вік вагітних, які бажали здійснити спробу пологів у воді та вагітних, які планувались до розродження за класичною методикою знаходився в межах від 21 до 34 років і в середньому становив $28,2 \pm 3,4$ роки (табл. 4.1.1).

Таблиця 4.1.1

Розподіл жінок за віком (роки) (абс. ч., %)

Вік жінок, роки	Значення показника (n = 150)
< 21	0 (0,0)
> 21 – 25	46 (30,6)
> 25 – 30	67 (44,7)
> 30 – 35	37 (24,7)

Соціальний та матеріальний стан вагітних не мав достовірних відмінностей. Працевлаштованими виявились більше половини опитаних – 94 (62,7%). Решта жінок – 56 (37,3%) не були працевлаштованими і займались домогосподарством. Структура працевлаштованих жінок визначалась як: віддалена робота в дома – 31 (32,9%), робочі спеціальності – 20 (21,3%), робота в держаних структурах – 43 (45,8%). Перебували в офіційному шлюбі – 111 (74,0%), знаходились в неофіційних стосунках – 39 (26,0%). Переважна більшість жінок проживали в м. Києві та Київській області – 101 (67,3%). Решта жінок – 49 (32,7%) були мешканками інших областей України.

Кожна третя вагітна (табл. 4.1.2) не мала в анамнезі інфекційних захворювань – 47 (31,3%).

Таблиця 4.1.2

Відомості про перенесені інфекційні захворювання в анамнезі (абс. ч., %)

Показник	Значення показника (n = 150)
Вітряна віспа	34 (22,7)
Епідемічний паротит	12 (8,0)
Краснуха	17 (11,3)
Скарлатина	21 (14,0)
Вірусний гепатит	0 (0,0)
Ангіна	19 (12,7)
Не мали захворювань	47 (31,3)

Кожна п'ята вагітна мала в анамнезі епізод вітряної віспи – 34 (22,7%), і практично кожна десята відзначала випадок епідемічного паротиту – 12 (8,0%), краснухи – 17 (11,3%), скарлатини – 21 (14,0%), а також ангіни – 19 (12,7%).

Середнє значення ваги обстежених вагітних становило $64,3 \pm 6,5$ кг, росту – $160,2 \pm 9,3$ см. Середнє значення індексу маси тіла (ІМТ) знаходилось в межах фізіологічної норми і становило $23,2 \pm 4,7$ (табл. 4.1.3).

Таблиця 4.1.3

Показники ІМТ у обстежених жінок (абс. ч., %)

Показник	Значення показника (n = 150)
< 18,5	21 (14,0)
18,5 – 24,9	87 (58,0)
25,0-29,9	33 (22,0)
> 30	9 (6,0)

Значення ІМТ, що відповідало недостатній вазі < 18,5 відзначалось у кожної десятої вагітної – 21 (14,0%).

У переважної більшості жінок встановлювались показники ІМТ, що відповідали нормі – 87 (58,0%). Значення показників, що відповідають передожирінню та ожирінню встановлювались у 33 (22,0%) та 9 (6,0) вагітний відповідно.

Більше половини вагітних – 91 (60,7%) вважали себе соматично здоровими. У решти жінок визначалась наявність соматичної захворюваності в стадії стійкої компенсації, в тому числі й поєднаної (табл. 4.1.4).

У майже кожної десятої вагітною з соматичною захворюваністю в анамнезі відзначались захворювання серцево-судинної системи (ССС) – 6 (10,2%), дихальної системи – 8 (13,6%) та щитоподібної залози – 8 (13,6%).

Таблиця 4.1.4

Соматичні захворювання в анамнезі у обстежених жінок (абс. ч., %)

Показник	Значення показника (n = 59)
Захворювання ССС	6 (10,2) *
Хвороби очей	10 (16,9) *
Захворювання дихальної системи	8 (13,6) *
Захворювання опорно-рухової системи	3 (5,1) *
Захворювання щитоподібної залози	8 (13,6) *
Захворювання сечовивідних шляхів	9 (15,3) *
Захворювання ШКТ, печінки й ЖВШ	9 (15,3) *
Захворювання ЛОР органів	3 (5,1) *
Примітка: * – вираховано від загальної кількості жінок з соматичною захворюваністю.	

У кожної шостої вагітної визначались захворювання очей – 10 (16,9%), сечовивідних шляхів – 9 (15,3%), шлунково-кишкового тракту (ШКТ), печінки й жовчовивідних шляхів (ЖВШ) – 9 (15,3%).

Близько двох третин вагітних, залучених до дослідження вважали себе гінекологічно-здоровими – 99 (66,0%) (табл. 4.1.5). Решта жінок – 51 (34,0%) протягом життя отримували лікування з приводу гінекологічних

захворювань і на момент залучення до дослідження мали стан стабільної компенсації, або констатація наявності захворювання вважалась недоцільною у зв'язку з фактом настання вагітності.

Таблиця 4.1.5

Гінекологічні захворювання в обстежених жінок (абс. ч., %)

Показник	Значення показника (n = 51)
Запальні захворювання ОМТ	9 (17,6) *
Захворювання ШМ	7 (13,7) *
ПСШ	0 (0,0) *
Полікістоз яєчників	6 (11,8) *
Ендометриоз	6 (11,8) *
Лейоміома матки	0 (0,0) *
ПМЦ	11 (21,6) *
Операції на матці та придатках	6 (11,8) *
Захворювання молочної залози	6 (11,8) *
Примітка: * – вираховано від загальної кількості жінок з гінекологічною захворюваністю.	

У майже кожної п'ятої вагітної, серед жінок, які мали гінекологічні захворювання в анамнезі, визначались порушення менструального циклу (ПМЦ) – 11 (21,6%) та запальні захворювання органів малого тазу (ОМТ) – 9 (17,6%). Практично кожна десята вагітна мала в анамнезі випадки фонових та передракових захворювань шийки матки (ШМ) – 7 (13,7%), молочних залоз – 6 (11,8%), полікістозу яєчників – 6 (11,8%) та ендометріозу – 6 (11,8%), а також оперативні втручання на матці та придатках – 6 (11,8%). Відповідно до критеріїв включення в дослідження, всі 150 (100,0%) жінок були першовагітними.

Таким чином, проведений клінічний аналіз демонструє, що вік вагітних знаходився в межах від 21 до 34 років і в середньому становив $28,2 \pm 3,4$ роки. Відповідно до інфекційного, соматичного та гінекологічного анамнезів вагітні, що бажали здійснити спробу пологів у воді, виявились

умовно-здоровими, що підтверджувалось достовірним переважанням жінок з відсутніми соматичними – 91 (60,7%) та гінекологічними захворюваннями в анамнезі – 99 (66,0%). Дані обставини відповідали критеріям включення в дослідження і створювали сприятливі умови для реалізації спроби пологів із застосуванням гідротехнологій.

4.2 Перебіг вагітності у жінок, які бажають бути залученими до спроби вагінальних пологів.

Враховуючи поставлені завдання дослідження, одним з наступних етапів роботи стала оцінка перебігу вагітності у жінок, які бажають здійснити спробу пологів із застосуванням гідротехнологій, адже саме сприятливий перебіг вагітності є запорукою застосування альтернативних методів ведення пологів для зменшення пологового болю і реалізації позитивного пологового досвіду.

Визначаючи особливості перебігу першого триместру вагітності встановлено, що у більше ніж половини жінок перебіг виявлявся фізіологічним – 84 (56,0%), що означало що жінки не потребували надання амбулаторної, або стаціонарної допомоги (табл. 4.1.2).

Таблиця 4.2.1

Перебіг I триместру вагітності (абс. ч., %)

Показник	Значення показника (n = 150)
Фізіологічний перебіг	84 (56,0)
Ускладнений перебіг	66 (44,0)
ЗН (больовий синдром)	26 (39,4) *
ЗН (геморагічний синдром)	12 (18,2) *
Анемія вагітних	6 (9,1) *
Блювання вагітних	14 (21,2) *
ГРВІ	8 (12,1) *
Примітка: * – вираховано від загальної кількості жінок з ускладненим перебігом вагітності.	

У решти вагітних – 66 (44,0%), однією з основних причин звернення за медичною допомогою були скарги, пов'язані з загрозливим невиношуванням (ЗН). В структурі ЗН превалювали звернення з приводу вираженого больового синдрому – 26 (39,4%). У 12 (18,2%) вагітних клінічна картина ЗН супроводжувалась геморагічним синдромом. Кожна п'ята вагітна – 14 (21,2%) мала скарги на блювання більше п'яти разів на добу, що стало приводом для госпіталізації та призначення антиеметичної терапії.

У недостовірно меншій кількості жінок перебіг другого та третього триместрів вагітності виявився фізіологічним – 72 (48,0%) (табл.4.2.2).

Таблиця 4.2.2

Перебіг II і III триместрів вагітності (абс. ч., %)

Показник	Значення показника (n = 150)
Фізіологічний перебіг	72 (48,0)
Ускладнений перебіг	78 (52,0)
ЗН	14 (19,9) *
Хибні перейми	26 (33,3) *
Анемія вагітних	4 (5,1) *
Гестаційна гіпертензія	4 (5,1) *
ПД без судинного компоненту	6 (7,7) *
Бактеріальний вагіноз	8 (10,2) *
Вагініт	16 (20,4) *
Примітка: * – вираховано від загальної кількості жінок з ускладненим перебігом вагітності.	

Дещо більше половини вагітних – 78 (52,0%) отримували амбулаторне та стаціонарне лікування з приводу ЗН – 14 (19,9%), хибних перейм – 26 (33,3%), анемії вагітних – 4 (5,1%), гестаційної гіпертензії – 4 (5,1%), плацентарної дисфункції (ПД) без судинного компоненту – 6 (7,7%), бактеріального вагінозу – 8 (10,2%) та вагінітів – 16 (20,4%).

Таким чином, проведений аналіз перебігу вагітності у жінок, які бажають спробувати пологи із застосуванням гідротехнологій встановив, що у майже половини вагітних перший, другий та третій триместри вагітності перебігали фізіологічно. У жінок, з обтяженим перебігом вагітності серед найбільш розповсюджених ускладнень I триместру можна виділити: загрозове невиношування – 38 (57,6%) випадків, блювання вагітних – 14 (21,2%) випадків, а серед ускладнень II та III триместрів: загрозове невиношування – 40 (51,3%) випадків та порушення піхвового біоценозу – 24 (30,8%) випадки. В динаміці спостереження анемія вагітних, гестаційна гіпертензія та плацентарна дисфункції без судинного компоненту не мали негативного впливу на стан здоров'я вагітних та на антенатальний стан плодів, що розцінювалось нами як відсутність протипоказів з точки зору перебігу вагітності для залучення жінок для спроби пологів з застосуванням гідротехнологій. Наявність запальних захворювань піхви у майже кожної третьої вагітної в другому та третьому триместрах вагітності стало підставою для детального вивчення піхвового біоценозу та його корекції.

4.3 Оцінка антенатального стану плодів у жінок, які бажають здійснити спробу пологів із застосуванням гідротехнологій.

Згідно до дизайну дослідження, вагітних, які бажали здійснити спробу пологів у воді (основна група та група порівняння) та вагітних, які планувались до розродження за традиційною методикою (контрольна група) обстежено в терміні гестації 37 тижнів з метою остаточного визначення наявності протипоказів з боку вагітної, або плода для застосування альтернативних методів ведення пологів.

З метою визначення стану плода, а також попередження акушерських та перинатальних ускладнень виконувалась кардіотокографія (КТГ), яка дозволяла одночасно зареєструвати частоту серцевих скорочень, його

рухову активність та тонус матки з відтворенням графічного зображення на калібрувальній стрічці в режимі реального часу. Оцінка КТГ проводилась шляхом аналізу критерія Доуза-Редмана (STV-тест).

Середній час збереження критеріїв Доуза-Редмана становив $18,3 \pm 4,6$ хвилини (рис. 4.3.1, 4.3.2), а середній відсоток втрати сигналу не перевищував $20,6 \pm 5,8\%$, що є допустимим під час аналізу заключення КТГ.

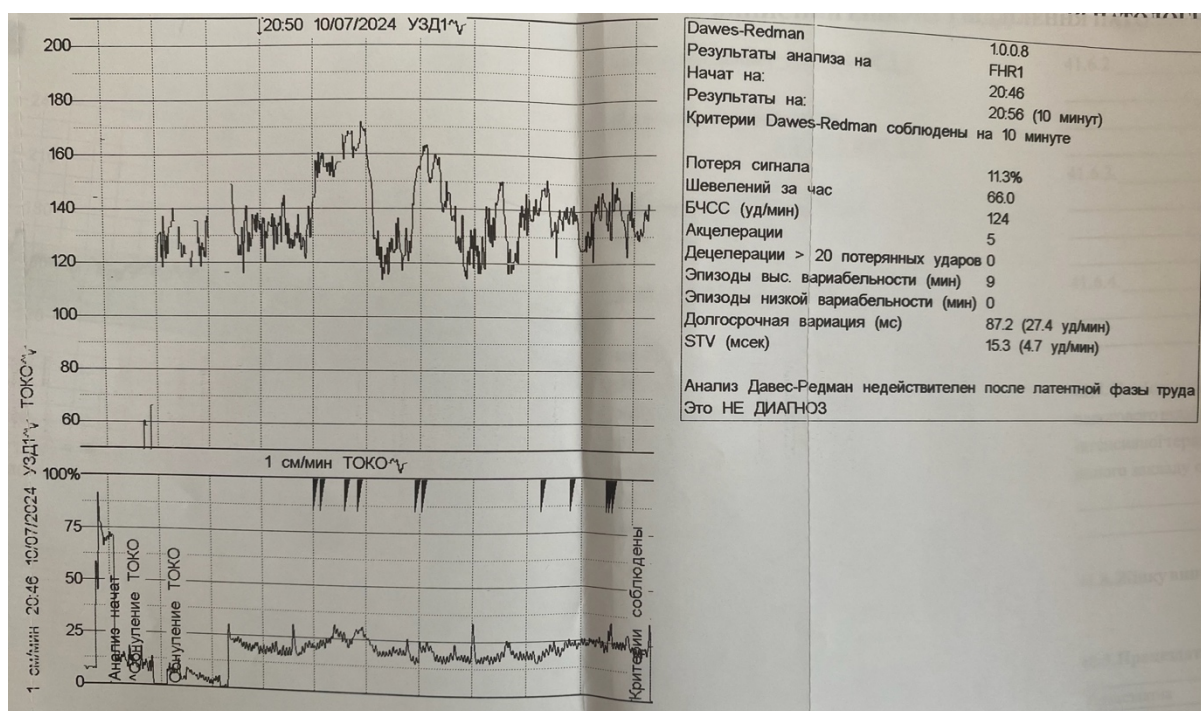


Рис. 4.3.1. КТГ вагітної К., 28 років. Вагітність I, 37 тижнів + 3 днів. STV – 15.3. Стрічка розцінена як варіант фізіологічної норми.

Середнє значення базальної частоти серцевих скорочень плода (БЧСС) знаходилось в межах $141,8 \pm 18,4$ уд/хв. Позитивними критеріями під час КТГ, які свідчили про задовільний стан плода були акцелерації та епізоди високої варіабельності БЧСС, які в нормі співпадали з руховою активністю плода. До негативних проявів антенатального стану плода відносилась поява децелерацій, наявність синусоїдного ритму, а також наявність помилок в кінці запису на стрічці.

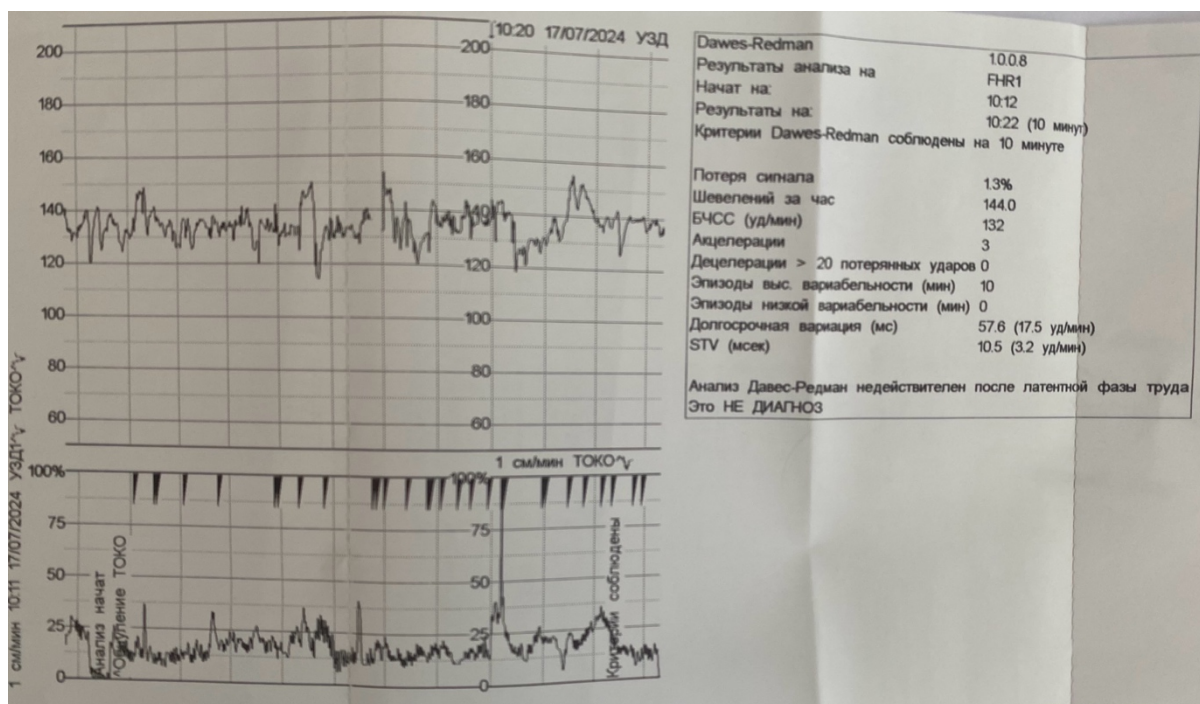


Рис. 4.3.2. КТГ вагітної М., 24 роки. Вагітність І, 37 тижнів + 6 днів. STV – 10.5. Стрічка розцінена як варіант фізіологічної норми.

Середнє значення критеріїв Доуза-Редмана у обстежуваних вагітних в динаміці спостереження становило $9,4 \pm 2,1$ мсек, що розцінювалось нами як показник фізіологічної норми і прояв задовільного стану плода.

З метою більш ретельного визначення антенатального стану плода, всім вагітним, які бажають здійснити спробу вагінальних пологів проводилось ультразвукове дослідження (УЗД) фетоплацентарного комплексу з доплерометричним дослідженням швидкостей кровоплину в основних судинах.

Візуалізація під час УЗД у всіх випадка була задовільною, кількість плодів – один, положення плодів – позовжнє, передлежання плодів – головне, що відповідало критерія залучення вагітних до спроби пологів у воді. Середнє значення серцебиття плодів знаходилось в межах фізіологічної норми і в середньому становило $146,1 \pm 16,8$ уд/хв. Наявність рухової активності плодів відслідковувалась під час проведення всіх досліджень.

Середнє значення біпаріетального розміру голівки плодів (табл. 4.3.1) знаходилось в межах 83-96 мм і становило $88,7 \pm 5,8$ мм, лобно-потиличного – в межах 106-124 мм і в середньому становило $116 \pm 8,1$ мм.

Таблиця 4.3.1

Показники фетометрії плодів (мм)

Показник	Значення показника (n = 150)
Біпаріетальний розмір голівки	$88,7 \pm 5,8$
Лобно-потиличний розмір голівки	$116 \pm 8,1$
Довжина стегнової кістки	$70,1 \pm 4,3$
Довжина плечової кістки	$61,5 \pm 5,7$
Окружність голівки	307-353
Окружність живота	299-361

Довжина стегнової та плечової кісток знаходились в межах фізіологічної норми (стегнова кістка – 36-77 мм, плечова кістка – 55-67 мм) і в середньому становили $70,1 \pm 4,3$ мм та $61,5 \pm 5,7$ мм відповідно. Окружності голівки та живота плодів відповідали встановленим гестаційними нормам (окружність голівки – 307-353 мм, окружність живота – 299-361 мм) і в середньому становили $321,1 \pm 11,8$ мм та $342,7 \pm 17,9$ мм відповідно. Розміри плодів виявлялись пропорційними, а дані фетометрії виявлялись співставними з дійсними термінами вагітності. Значення передбачуваної маси плодів знаходилось в межах 2800-3700 г і в середньому становило 3400 ± 350 г, що відповідало розробленим критеріям залучення до спроби пологів у воді.

Під час подальшого проведення УЗД ми звертали увагу на особливості пуповини (кількість судин в пуповині, особливості її кріплення до плаценти, наявність передлежання судин пуповини, а також наявність обвиття пуповиною навколо шийї плода), плаценти (локалізація, товщина, ступінь зрілості), а також на характер та кількість навколоплідних вод.

Кількість судин в усіх випадках відповідала нормі і становила – 3 судини, особливості кріплення пуповини до плаценти передлежання судин пуповини – відсутні. В 37 (24,7%) випадків встановлювалось однократне обвиття пуповиною навколо шийї плода, що з нашої точки зору не являлось критерієм виключення зі спроби пологів у воді. В 150 (100,0%) випадків розташування плаценти виявилось нормальним, що відповідало критеріям залучення до спроби пологів у воді: передня стінка матки – 44 (29,3%) випадків, задня стінка матки – 61 (40,7) випадків, права та ліва стінки матки і дно – 45 (30,0%) випадків. Середнє значення товщини плаценти становило $37,4 \pm 0,6$ мм, зрілість плаценти відповідала другому ступеню. Середнє значення максимальної вертикальної кишені становило $44,8 \pm 3,9$ мм, що свідчило про нормальну кількість навколоплідних вод

Під час проведення доплерометричного дослідження плодово-плацентарного кровообігу (табл. 4.3.2) встановлено, що середні значення показників маткових артерій, артерії пуповини та середньо-мозкової артерії знаходились в межах фізіологічних норм і відповідали терміну вагітності.

Таблиця 4.3.2

Показники доплерометрії плодово-плацентарного кровообігу

Показник	Значення показника (n = 150)
Маткові артерії	
Пульсаційний індекс	$0,96 \pm 0,06$
Індекс резистентності	$0,46 \pm 0,04$
Систолю-діастолічне співвідношення	$2,06 \pm 0,01$
Артерія пуповини	
Пульсаційний індекс	$0,72 \pm 0,03$
Індекс резистентності	$0,58 \pm 0,02$
Систолю-діастолічне співвідношення	$2,4 \pm 0,01$
Середньо-мозкова артерія	
Систолична швидкість	$60,1 \pm 4,7$
Індекс резистентності	$1,80 \pm 0,02$
Систолю-діастолічне співвідношення	$2,1 \pm 0,01$

З метою оцінки функціонального стану плода, всім вагітним проводилось визначення біофізичного профілю плода, яке передбачало дослідження наявності дихальних рухів плода, його рухової активності, м'язового тону, об'єму навколоплідних вод і ступеню зрілості плаценти. Середнє значення балів отримане під час визначення біофізичного профілю плода становило $9,0 \pm 1,0$, що розцінювалось нами як норма.

Таким чином, під час визначення антенатального стану плода шляхом динамічного проведення кардіотокографії, ультразвукового дослідження плода з доплерометрією основних судин плодово-плацентарного комплексу та біофізичного профілю плода встановлювались заключення, що відповідали фізіологічній нормі. Дані обставини у поєднанні з даними анамнезу та відомостями щодо перебігу вагітності дозволяли нам віднести вагітну до групи низького ризику і, як наслідок, включити до спроби пологів із застосуванням гідротехнологій.

4.4. Визначення психо-емоційного стану вагітних, відібраних для спроби пологів у воді.

Відповідно до дизайну дослідження, а також враховуючи зміни психологічного профілю, встановлені під час анкетування вагітних на етапі відбору кандидаток, які характеризувались втомою від вагітності, занепокоєнням та страхом, пов'язаним з майбутніми пологами і передуючим можливим знеболенням, проведено ретельне визначення психо-емоційного стану вагітних, які бажають здійснити спробу пологів у воді. Поглиблена оцінка проводилась після завершення курсу індивідуальної підготовки вагітної та її партнера до партнерських пологів, який тривав протягом 7 днів.

Оцінюючи психо-емоційний стан вагітних за опитувальником «Благополуччя під час вагітності» (табл. 4.4.1) відзначено тенденцію, відповідно до якої на блок запитань, пов'язаних з відношенням жінок до

Таблиця 4.4.1

Результати анкетування вагітних опитувальником «Благополуччя під час вагітності»
(Well-being in Pregnancy - WIP) (абс. ч., %)

Запитання	Значення показника (n = 150)			
	Постійно	Більшість часу	Іноді	Ніколи
1. Я дуже позитивно ставлюсь до вагітності	28 (18,7)	34 (22,7)	88 (58,6) *	0 (0,0)
2. Я відчуваю зв'язок зі своєю дитиною	31 (20,7)	29 (19,3)	90 (60,0) *	0 (0,0)
3. Я задоволена тим, як виглядаю під час вагітності	29 (19,3)	26 (17,3)	77 (51,3) *	18 (12,1)
4. Я насолоджуюсь своєю вагітністю	24 (16,0)	39 (26,0)	87 (58,0) *	0 (0,0)
5. Вагітність дає мені відчуття впевненості	21 (14,0)	26 (17,3)	103 (68,7) *	0 (0,0)
6. У мене достатньо соціальних контактів із іншими людьми	33 (22,0)	49 (32,7)	68 (45,3)	0 (0,0)
7. Я відчуваю впевненість у догляді за своєю дитиною	36 (24,0)	54 (36,0)	60 (40,0)	0 (0,0)
8. Я хвилююсь, що після народження дитини не матиму підтримки	10 (6,7)	18 (12,0)	36 (24,0)	86 (57,3)
9. Я почуваюсь готовою до материнства	37 (24,7)	74 (49,3)	39 (26,0)	0 (0,0)
10. Мене турбує, як я впораюся, коли народиться моя дитина.	16 (10,6)	33 (22,0)	46 (30,7)	55 (36,7)
11. Я впевнена, що після народження дитини, мене підтримають	81 (54,0) *	39 (26,0)	21 (14,0)	9 (6,0)
12. Я хвилююсь, що після пологів мені не вистачить підтримки лікарів	14 (9,4)	26 (17,3)	33 (22,0)	77 (51,3) *

своєї вагітності: «Я дуже позитивно ставлюсь до вагітності», «Я відчуваю зв'язок зі своєю дитиною», «Я насолоджуюсь своєю вагітністю» та «Вагітність дає мені відчуття впевненості» достовірно більша кількість респонденток відповідали «іноді» 88 (58,6%), 90 (60,0%), 87 (58,0%) та 103 (68,7%) відповідно, $p < 0,05$. На запитання «Я задоволена тим, як виглядаю під час вагітності» зберігалась аналогічна тенденція, проте, встановлювалось 18 (21,1%) жінок, які давали відповідь «ніколи». Таким чином, за перший блок запитань «Позитивна вагітність» середня кількість балів опитаних становила $56,7 \pm 5,3$ балів, що розцінювалось нами як показник середнього рівня добробуту.

Оцінюючи відповіді респонденток на наступний блок «Впевненість у материнстві» встановлено, що достовірна більшість жінок відповідали «Постійно» та «Більшість часу» на ствердження «У мене достатньо соціальних контактів із іншими людьми» – 33 (22,0%) і 49 (32,7%) випадків, «Я відчуваю впевненість у догляді за своєю дитиною» – 36 (24,0%) і 54 (36,0%) випадків та «Я почуваюсь готовою до материнства» – 37 (24,7%) і 74 (49,3%) випадків відповідно. Проте, майже кожна шоста вагітна давала вважала, що не матиме підтримки після народження дитини – 28 (18,7%). Таким чином, за другий блок запитань «Впевненість у материнстві» середня кількість балів опитаних становила $81,4 \pm 7,6$, що розцінювалось нами як показник високого рівня добробуту.

Останній блок запитань «Занепокоєння щодо підтримки після народження» продемонстрував, що достовірна більшість вагітних давала негативні відповіді на запитання «Мене турбує, як я впораюся, коли народиться моя дитина» – 101 (67,3%) та «Я хвилююсь, що після пологів мені не вистачить підтримки лікарів» – 110 (73,3%). Слід відзначити, що достовірна більшість респонденток – 120 (80,0%) відповідали «постійно» та «більшість часту» на ствердження «Я впевнена, що після народження дитини, мене підтримають». Таким чином, за третій блок запитань

«Занепокоєння щодо підтримки після народження» середня кількість балів опитаних становила $92,6 \pm 8,1$, що розцінювалось нами як показник високого рівня добробуту.

Відповідно до проведеного анкетування вагітних за допомогою спеціальних опитувальників, що дозволяють встановити рівень тривожності та внутрішньої напруженості GAD-7 (табл. 4.4.2) та PRAQ-R/R2 (табл. 4.4.3) встановлено, що за даними опитувальника GAD-7 достовірна більшість вагітних давали відповідь «декілька днів» на ствердження «Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені» – 105 (70,0%), «Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання» – 97 (64,7%), «Ви занадто хвилювались через різні речі» – 84 (56,0%), «Вам було важко розслабитись» – 84 (56,0%), «Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці» – 103 (68,7%), «Вам було легко дошкулити або роздратувати» – 75 (50,0%) та «Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися» – 81 (54,0%), що під час підрахунку загальної суми балів оцінювалось в один бал і дозволяло встановити стан мінімального та слабого рівнів тривожності перед майбутніми пологами у 42% та 58% респонденток відповідно.

Оцінюючи результати анкетування вагітних за допомогою опитувальника PRAQ-R/R2 за блок «Страх пологів», встановлено що ствердження «Я хвилююсь щодо пологів» виявилось достатньо актуальним для кожної десятої вагітної – 16 (10,7%). Для достовірної більшості вагітних – 70 (46,6%) дане питання виявлялось іноді актуальним. Практично для кожної п'ятої вагітної – 28 (18,7%) виявилось дуже актуальним запитання «Мене турбує майбутній біль під час перейм і біль під час пологів». Достатньо актуальним аналогічне запитання виявилось для кожної третьої опитаної – 48 (32,0%). На останнє запитання блоку «Мене хвилює те, що я не можу контролювати себе під час пологів» відповідь «дуже актуально»

Таблиця 4.4.2

Результати анкетування вагітних опитувальником GAD-7 (абс.ч.,%)

Запитання	Значення показника (n = 150)			
	Ніколи	Декілька днів	Більше половини часу	Майже щодня
Як часто за останні два тижні Вас турбували наступні проблеми?				
1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені	18 (12,0)	105 (70,0) *	27 (18,0)	0 (0,0)
2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання	30 (20,0)	97 (64,7) *	23 (15,3)	0 (0,0)
3. Ви занадто хвилювались через різні речі	33 (22,0)	55 (36,7) *	45 (30,0)	17 (11,3)
4. Вам було важко розслабитись	38 (25,3)	84 (56,0) *	28 (18,7)	0 (0,0)
5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці	47 (31,3)	103 (68,7) *	0 (0,0)	0 (0,0)
6. Вам було легко дошкулити або роздратувати	42 (28,0)	75 (50,0) *	33 (22,0)	0 (0,0)
7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися	34 (22,7)	81 (54,0) *	35 (23,3)	0 (0,0)

давала практично кожна шоста вагітна – 25 (16,6%), достатньо актуально ствердження виявилось для кожної третьої майбутньої роділлі – 43 (28,7%).

Оцінюючи результати відповідей респонденток за блок «Занепокоєння власною зовнішністю», дуже актуальними для кожної шостої вагітної виявились ствердження «Мене хвилює, що я не відновлю свою фігуру після пологів» – 19 (12,7%), «Мене турбує моя неприваблива зовнішність» – 22 (14,6%) та «Я переживаю через свій набір ваги» – 24 (14,6%). Достовірна більшість вагітних давали відповіді «Достатньо актуально» – 55 (36,7%), 49 (32,7%) і 30 (20,0%) та «Іноді актуально» – 66 (44,0%), 31 (20,7%) і 51 (34,0%) відповідно.

Аналізуючи блок відповідей, присвячений «Хвилюванню щодо народження хворої дитини» ми звернули увагу, що попри проведену індивідуальну підготовки вагітних разом з партнерами, дана група стверджень лишається достатньо актуальною для переважної більшості майбутніх роділь. Відповіді «Дуже актуально» на ствердження «Я іноді думаю, що наша дитина буде мати погане здоров'я або буде схильна до хвороб», «Я боюсь, що дитина буде розумово відсталою або матиме пошкодження мозку», «Я боюсь, що наша дитина народиться мертвою або помре під час або одразу після пологів» та «Я боюсь, що наша дитина страждатиме від фізичного дефекту, або переживаю, що з нею буде щось фізично не так» давала практично кожна шоста вагітна – 23 (15,9%), 21 (14,0%), 24 (16,0%) та 27 (18,0%) відповідно.

Втім, слід відзначити, що позитивний ефект від індивідуальної підготовки вагітних разом з партнерами до пологів відзначався у достовірному зменшенні кількості стверджувальних відповідей «Достатньо актуально» на аналогічне запитання – 24 (16,0%), 18 (12,0%), 21 (14,0%) та 30 (20,0%) відповідно.

Таким чином, проведене поглиблене дослідження психо-емоційного стану вагітних, які бажають обрати альтернативний метод розродження із

Таблиця 4.4.3

Результати анкетування вагітних опитувальником PRAQ-R/R2 (абс.ч.,%)

Запитання	Значення показника (n = 150)				
	Не актуально	Навряд чи актуально	Іноді актуально	Достатньо актуально	Дуже актуально
1. Я хвилююся щодо пологів	19 (12,7)	45 (30,0)	70 (46,6)	16 (10,7)	0 (0,0)
2. Мене турбує біль майбутній під час перейм і біль під час пологів.	0 (0,0)	10 (6,7)	64 (42,6)	48 (32,0)	28 (18,7)
3. Мене хвилює те, що я не відновлю свою фігуру після пологів.	0 (0,0)	10 (6,7)	66 (44,0)	55 (36,7)	19 (12,7)
4. Я іноді думаю, що наша дитина буде мати погане здоров'я або буде схильна до хвороб	7 (4,7)	43 (30,7)	49 (32,7)	24 (16,0)	23 (15,9)
5. Мене турбує моя неприваблива зовнішність	18 (12,0)	30 (20,0)	31 (20,7)	49 (32,7)	22 (14,6)
6. Мене хвилює те, що я не можу контролювати себе під час пологів	15 (10,0)	27 (18,0)	40 (26,7)	43 (28,7)	25 (16,6)
7. Я переживаю через свій величезний набір ваги	6 (4,0)	39 (26,0)	51 (34,0)	30 (20,0)	24 (16,0)
8. Я хвилююся через пологи, тому що я ніколи раніше не переживала їх.	10 (6,7)	50 (33,3)	30 (20,0)	36 (24,0)	24 (16,0)
9. Я боюся, що дитина буде розумово відсталою або матиме пошкодження мозку.	10 (6,7)	45 (30,0)	56 (37,3)	18 (12,0)	21 (14,0)

10. Я боюся, що наша дитина народиться мертвою або помре під час або одразу після пологів.	10 (6,7)	49 (32,7)	46 (30,6)	21 (14,0)	24 (16,0)
11. Я боюся, що наша дитина страждатиме від фізичного дефекту, або переживаю, що з нею буде щось фізично не так.	13 (8,6)	34 (22,8)	46 (30,6)	30 (20,0)	27 (18,0)

застосуванням гідротехнологій демонструє, що на фоні проведеної індивідуальної підготовки вагітної та її партнера до партнерських пологів відповідно до опитувальника «Благополуччя під час вагітності» встановлено середній та високі рівні добробуту. Відповідно до опитувальника GAD-7 мінімальні та слабкі рівні тривожності перед майбутніми пологами у 42% та 58% респонденток відповідно, а відповідно до опитувальника PRAQ-R/R2 – 37% вагітних мали страх перед пологами, 34% вагітних – занепокоєння власною зовнішністю, 26% вагітних – мали хвилювання щодо народження хворої дитини.

Дані особливості психо-емоційно стану вагітних, які бажають обрати альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій дозволили нам остаточно провести розподіл майбутніх роділь на групи: запропонувати розродження шляхом пологів у воді жінкам, які мали більш виражені хвилювання перед майбутніми пологами, знеболенням та невпевненість в собі під час пологів, що спрямовувалось на реалізацію комфортного перебування в умовах пологового будинку, зменшення болю із використанням немедикаментозних методів знеболення, покращення перинатальних наслідків, а також на формування позитивного пологового досвіду.

4.5. Визначення біоценозу статевих шляхів та корекція виявлених порушень у вагітних, які бажають здійснити спробу вагінальних пологів.

Враховуючи, що серед 78 (52,0%) жінок, які мали ускладнення під час теперішньої вагітності, третина – 24 (30,8%) мала скарги на бактеріальний вагіноз та вагініти, нами проведено ретельне визначення біоценозу піхви та корекція виявлених порушень [23, 26, 36].

При бактеріоскопічному обстеженні, у переважної більшості жінок – 21 (87,5%) відзначено третій ступінь піхвового мазка (табл. 4.5.1). У

половини обстежених встановлювалась наявність грибів роду *Candida albicans* – 12 (50,0%), у кожної четвертої – 7 (21,2%) – наявність «ключових клітин», що стало підставою для встановлення діагнозів «Вагінальний кандидоз» та «бактеріальний вагіноз».

Виявлені особливості під час бактеріоскопічного обстеження, стали підставою для поглибленого культурального дослідження піхвових виділень методом ПЛР.

Таблиця 4.5.1

Мікроскопія піхвових виділень (абс.ч.,%)

Показник	Значення показника (n = 24)
Велика кількість епітеліальних клітин	
Лейкоцити:	
поодинокі	0 (0,0)
до 20 в полі зору	0 (0,0)
½ поля зору	21 (87,5)
усе поле зору	3 (12,5)
Мікрофлора	
Грампозитивні палички	16 (66,7)
Грамнегативні палички	8 (33,3)
Грампозитивні коки	9 (37,5)
Гриби роду <i>Candida</i>	12 (50,0)
«Ключові клітини»	7 (21,2)
Змішана флора	18 (75,0)

Отримані результати поглибленого культурального дослідження піхвових виділень методом ПЛР (табл. 4.5.2), засвідчували наявність *Staphylococcus epidermidis* – 6 (25,0%) та *Escherichia coli* – 6 (25,0%) у кожної четвертої вагітної, *Enterococcus faecalis* – 8 (33,3%) у кожної третьої вагітної, *Candida albicans* – 12 (50,0%) у половини обстежених. Якісне дослідження встановило, що концентрації даних мікроорганізмів перевищували допустиму норму: *Staphylococcus epidermidis* – lg 4,51±0,3 КУО/мл, *Escherichia coli* – lg 4,40±0,3 КУО/мл, *Enterococcus faecalis* – lg

3,65±0,3 КУО/мл, *Candida albicans* – lg 4,31±0,3 КУО/мл, що з нашої точки зору вимагало призначення відповідної місцевої терапії для покращення інтра- та перинатальних наслідків.

Таблиця 4.5.2

Кількісні та якісні показники піхвової виділень (абс.,%, lg КУО/мл)

Показник	Значення показника (n = 24)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	6 (25,0) 4,51±0,3
<i>Enterococcus faecalis</i>	8 (33,3) 3,65±0,3
<i>Streptococcus viridans</i>	0 (0,0) 0 (0,0)
<i>Escherichia coli</i>	6 (25,0) 4,40±0,3
<i>Bacteroides fragilis</i>	0 (0,0) 0 (0,0)
<i>Atopobium vaginae</i>	0 (0,0) 0 (0,0)
<i>Candida albicans</i>	12 (50,0) 4,31±0,3
<i>Peptococcus anaerobic</i>	0 (0,0) 0 (0,0)
<i>Peptostreptococcus anaerobic</i>	0 (0,0) 0 (0,0)
<i>Prevotella bivia</i>	0 (0,0) 0 (0,0)
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	0 (0,0) 0 (0,0)

Призначення місцевої санації статевих шляхів напередодні розродження призводило до достовірного зменшення кількості зареєстрованих випадків третього ступня піхвового мазка – 3 (12,5%) (до лікування – 21 (87,5%), $p < 0,05$) та суттєвого збільшення зареєстрованих біоценозів піхви, що відповідали другому ступню чистоти – 21 (87,5%) (до лікування – 0 (0,0%) на фоні зменшення кількісного (*Staphylococcus*

epidermidis – 0 (0,0%) (до лікування – 6 (25,0%), *Escherichia coli* – 0 (0,0%) (до лікування – 6 (25,0%), *Enterococcus faecalis* – 2 (8,3%) (до лікування – 8 (33,3%), $p < 0,05$) та *Candida albicans* – 3 (12,5%) (до лікування – 12 (50,0%), $p < 0,05$) та якісного (*Enterococcus faecalis* – $\lg 2,12 \pm 0,2$ КУО/мл (до лікування – $\lg 3,65 \pm 0,3$ КУО/мл), $p < 0,05$) та *Candida albicans* – $\lg 3,23 \pm 0,3$ КУО/мл (до лікування – $\lg 4,31 \pm 0,3$ КУО/мл), $p < 0,05$) складу піхвової мікрофлори, а також відсутності випадків реєстрації «ключових клітин» – 0 (0,0%) (до лікування – 7 (21,2%).

Таким чином, ретельне обстеження піхвового біоценозу у вагітних, які бажають здійснити спробу пологів із застосуванням гідротехнологій, встановлювало третій ступінь чистоти піхвового мазка із переважанням умовно-патогенної мікрофлори та грибів роду *Candida albicans*. Адекватна санація статевих шляхів сприяла достовірному зменшенню, або відсутності патологічної мікрофлори і створювала сприятливі умови для спроби розродження у воді.

Матеріали даного розділу відображено в роботах:

1. Бенюк В.О., Фурса-Совгира Т.М. Визначення психологічного профілю вагітних, які бажають обрати альтернативний варіант розродження. *Ukrainian Journal Health of Woman*. 2024; 3 (172): 49-54. doi: 10.15574/HW.2024.172.49

РОЗДІЛ 5

АНАЛІЗ АКУШЕРСЬКИХ І ПЕРИНАТАЛЬНИХ НАСЛІДКІВ У ЖІНОК, ЯКІ ОБРАЛИ АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГІДРОТЕХНОЛОГІЙ

5.1. Відомості про початок пологової діяльності.

На момент початку пологової діяльності, відповідно до критеріїв включення в дослідження, термін вагітності у всіх жінок перевищував 37 тижнів, становив $40,2 \pm 0,3$ тижнів і не мав достовірних відмінностей (основна група – $40,1 \pm 0,5$ тижнів, група порівняння – $40,3 \pm 0,3$ тижнів, контрольна група – $40,4 \pm 0,4$ тижнів, $p > 0,05$).

У всіх 150 (100,0%) вагітних відзначався спонтанний початок пологової діяльності на момент якого достовірна більшість вагітних контрольної групи – 20 (40,0%) знаходились в акушерському стаціонарі (основна група – 7 (10,7%), група порівняння – 5 (14,7%), $p < 0,05$) (табл. 5.1). В той же час, достовірна більшість вагітних основної групи – 59 (89,3%) та групи порівняння – 29 (85,3%) відзначали початок пологової діяльності вдома (контрольна група – 30 (60,0%), $p < 0,05$).

Таблиця 5.1.1

Відомості про місце початку пологової діяльності (абс.ч., %)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 66)	Група порівняння (n = 34)	Контрольна група (n = 50)
Спонтанний початок пологової діяльності в стаціонарі	7 (10,7) *	5 (14,7) *	20 (40,0)
Спонтанний початок пологової діяльності вдома	59 (89,3) *	29 (85,3) *	30 (60,0)
Примітка: * – достовірні відмінності ($p < 0,05$)			

Серед основних проведів знаходження вагітних в акушерському стаціонарі – госпіталізація у зв'язку з терміном вагітності, що перевищував 40 тижнів (основна група – 4 (57,1%) днів, група порівняння – 3 (60,0%), контрольна група – 12 (60,0%) дня, $p>0,05$) та встановлений діагноз «хибні перейми» на момент госпіталізації (основна група – 3 (71,4%), група порівняння – 2 (40,0%), контрольна група – 8 (40,0%), $p<0,05$).

У достовірної більшості вагітних (табл. 5.2) відзначався нічний час початку пологової діяльності (основна група – 41 (62,1%), група порівняння – 21 (61,8%), контрольна група – 34 (68,0%), $p>0,05$).

Таблиця 5.1.2

Відомості про час початку пологової діяльності (абс.ч., %)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 66)	Група порівняння (n = 34)	Контрольна група (n = 50)
Нічний час початку пологової діяльності	41 (62,1)	21 (61,8)	34 (68,0)
Денний час початку пологової діяльності	25 (37,9)	13 (38,2)	16 (32,0)

Середня тривалість прелімінарного періоду у жінок, пологова діяльність яких починалась в акушерському стаціонарі, не мала достовірної відмінності і становила $6,6\pm0,2$ годин (основна група – $6,3\pm0,2$ години, група порівняння – $6,8\pm0,3$ години, контрольна група – $7,1\pm0,2$ години, $p>0,05$).

Таким чином, на момент початку спонтанної пологової діяльності вагітні знаходились в терміні $40,2\pm0,3$ тижнів. У достовірної більшості вагітних початок пологової діяльності відбувся вдома у вечірній час на. В динаміці спостереження за вагітними, пологова діяльність яких

розпочиналась в умовах акушерського стаціонару, достовірна різниця в тривалості прелімінарного виявилась відсутньою.

5.2. Перебіг першого періоду пологів у роділь, які обрали альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій.

Достовірна більшість роділь народжували з партнером (основна група – 64 (96,9%), група порівняння – 31 (91,2%), контрольна група – 43 (86,0%), $p > 0,05$). До моменту настання активної та регулярної пологової діяльності роділлям пропонувалось розташування в індивідуальному пологовому залі разом із партнером (рис. 5.2.1).



Рис. 5.2.1. Роділля в індивідуальному пологовому залі в латентній фазі першого періоду пологів.

Початок застосування гідротехнологій у роділь основної групи та групи порівняння розпочинався з моменту констатації регулярної пологової діяльності – активна фаза першого періоду пологів з обов’язковою фіксацією часу початку перебування роділлі в воді та температури води в партограмі відповідно до розробленого нами алгоритму (рис. 5.2.2).

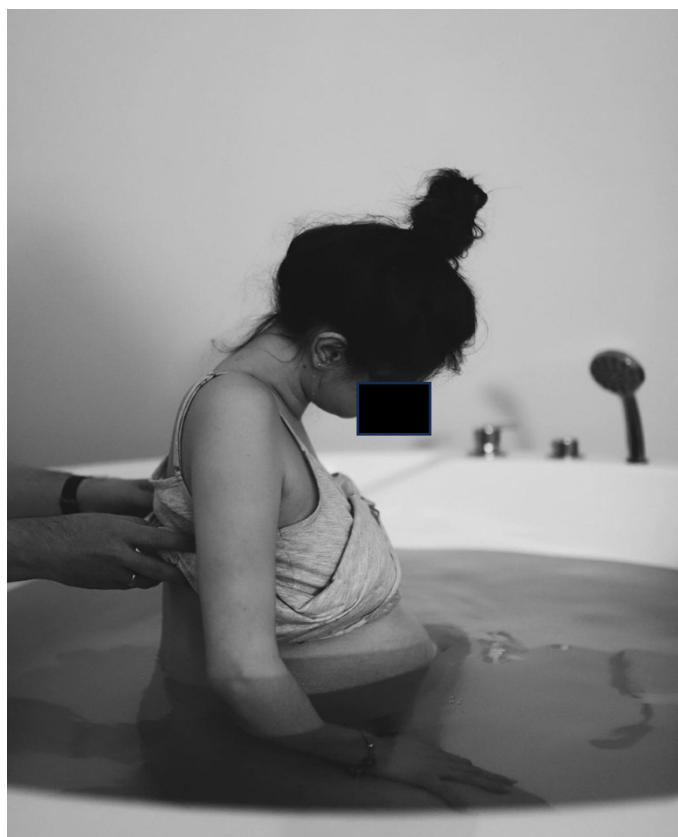


Рис. 5.2.2. Розташування роділлі у ванні в активній фазі першого періоду пологів.

Кратність аускультції серцевих ритмів плодів відбувалась у відповідності до чинних стандартів якості надання акушерської допомоги [14] і виконувалась кожні 30 хвилин впродовж латентної фази та кожні 15 хвилин впродовж активної фази першого періоду пологів. Середнє значення серцевого ритму плодів в латентну фазу першого періоду пологів знаходились в межах фізіологічної норми і становили в середньому

143,4±12,8 уд/хв (основна група – 132,7±10,4 уд/хв, група порівняння – 151,4±11,5 уд/хв, контрольна група – 146,6±12,2 уд/хв, $p>0,05$). Середнє значення серцевого ритму плодів в активну фазу першого періоду пологів знаходились в межах фізіологічної норми і становили в середньому 135,6±11,4 уд/хв (основна група – 125,6±11,6 уд/хв, група порівняння – 143,3±12,4 уд/хв, контрольна група – 139,5±11,8 уд/хв, $p>0,05$).

Привертав на себе увагу достовірно більш пізній розрив навколоплідних оболонок на фоні задовільного прогресу пологової діяльності у роділь основної групи та групи порівняння (основна група – 8,6±0,3 см, група порівняння – 8,1±0,4 см, контрольна група – 5,6±0,3 см, $p<0,05$).

Оцінюючи інтенсивність болю в динаміці першого періоду пологів (табл. 5.2.1) за допомогою ВАШ на фоні адекватної пологової діяльності при 3-4 см відкриття шийки матки встановлено, що у достовірної більшості роділь основної групи – 48 (72,7%) та групи порівняння – 25 (73,5%) встановлювалась слабка інтенсивність пологового болю, що оцінювалась в 2-4 бали (контрольна група – 28 (56,0%), $p<0,05$) і відповідала фазі пологів. В той же час, помірна інтенсивність пологового болю, що оцінювалась в 4-6 балів виявилась більш характерною саме для вагітних контрольної групи – 22 (44,0%) (основна група – 18 (27,3%), група порівняння – 9 (26,5%), $p<0,05$).

Оцінка інтенсивність пологового болю при 6-7 см відкриття шийки матки демонструвала, що на фоні застосування гідротехнологій у достовірної більшості роділь основної групи – 56 (84,8%) та групи порівняння – 29 (85,3%), відзначалась помірна інтенсивність пологового болю, яка відповідала фазі пологів (контрольна група – 15 (30,0%), $p<0,05$). В той же час, у достовірної більшості роділь контрольної групи відзначався сильний – 14 (28,0%) та нестерпний біль – 11 (22,0%), що стало підставою для застосування ММЗ в першому періоді пологів.

В основній групі та в групі порівняння встановлено 6 (9,1%) та 3 (8,8%) випадків сильного пологового болю відповідно, що виявилось

Таблиця 5.2.1

Оцінка інтенсивності болю в динаміці першого періоду пологів
(абс.ч., %)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 66)	Група порівняння (n = 34)	Контрольна група (n = 50)
Відкриття шийки матки 3-4 см			
0-1 балів – вкрай слабкий біль	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
2-4 бали – слабкий біль	48 (72,7) *	25 (73,5) *	28 (56,0)
4-6 бали – помірний біль	18 (27,3) *	9 (26,5) *	22 (44,0)
6-8 балів – сильний біль	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
8-10 балів – нестерпний біль	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Відкриття шийки матки 6-7 см			
0-1 балів – вкрай слабкий біль	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
2-4 бали – слабкий біль	4 (6,1)	2 (5,9)	10 (20,0)
4-6 бали – помірний біль	56 (84,8) *	29 (85,3) *	15 (30,0)
6-8 балів – сильний біль	6 (9,1) *	3 (8,8) *	14 (28,0)
8-10 балів – нестерпний біль	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (22,0)
Примітка: * – достовірні відмінності (p<0,05)			

показанням для застосування ММЗ і, як наслідок, виключення даних жінок зі спроби пологів у воді. Слід відмітити, що в динаміці дослідження пологового болю за ВАШ, у 4 (6,1%) роділь основної групи та 2 (5,9%) роділь групи порівняння встановлювалось послаблення болю в динаміці першого періоду пологів від помірного до слабого. Дана обставина вимагала ретельного дослідження з метою виключення діагнозу слабкості пологової діяльності, що стало підставою для виключення даних жінок зі спроби пологів у воді. Отже, 10 (15,1%) роділь основної групи та 5 (14,7%) роділь групи порівняння виключено зі спроби пологів у воді і переведено до контрольної групи.

Також під час проведення пологів із застосуванням гідротехнологій серед жінок основної групи та групи порівняння відзначено 3 (4,5%) та 2 (5,9%) випадки відмови від продовження спроби пологів у воді. Даних вагітних в подальшому переведено до контрольної групи.

Таким чином, кількість жінок, які продовжували пологи в групах відповідно до розробленого дизайну дослідження стала наступною: основна група – 53 роділлі у яких розродження відбувалось віз застосуванням гідротехнологій в першому та другому періодах пологів згідно запропонованого нами алгоритму; група порівняння – 27 роділь, у яких розродження відбувалось з використанням гідротехнологій лише в першому періоді пологів; контрольна група – 70 роділь, у яких пологи відбувались за загальноприйнятими стандартами.

В динаміці першого періоду пологів порушення серцевого ритму плода по типу брадикардії з подальшим встановленням діагнозу дистресу плода відзначалось у 2 (3,7%) роділь основної та у 1 (3,7%) роділлі групи порівняння (табл. 5.2.2).

Таблиця 5.2.2

Структура ускладнень першого періоду пологів (абс.ч., %)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 53)	Група порівняння (n = 27)	Контрольна група (n = 70)
Дистрес плода	2 (3,7) *	1 (3,7) *	10 (14,3)
Клінічно вузький таз	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (5,7)
ПВНРП	1 (1,8)	1 (2,9)	3 (4,2)
Використання ММЗ	0 (0,0)	0 (0,0)	39 (55,7)
Слабкість пологової діяльності	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (22,8)
Примітка: * – достовірні відмінності ($p < 0,05$)			

Слід відзначити, що серед роділь контрольної групи кількість зареєстрованих випадків дистресів плодів виявилась майже в чотири рази

більшою і становила 10 (14,3%), $p < 0,05$. Кількість випадків ПВНРП (основна група – 1 (1,8%), група порівняння – 1 (2,9%), контрольна група – 3 (4,2%), $p > 0,05$) не мала достовірної різниці. Серед роділь контрольної групи встановлено 4 (5,7%) випадків клінічної невідповідності голівки плода до тазу матері. У кожної п'ятої роділлі контрольної групи 16 (22,8%) діагностувалась слабкість пологової діяльності, що вимагало призначення медикаментозної корекції із використанням окситотичної суміші. В 13 (18,6%) випадках терапія окситотичною сумішшю виявилась ефективною і дані жінки продовжували пологи в складі роділь контрольної групи. В 3 (4,2%) випадках встановлювалась неефективність пологопідсилення і як наслідок – слабкість пологової діяльності, що не піддавалась медичній корекції. Порушення серцевого ритму плодів, ПВНРП, клінічно вузький таз та слабкість пологової діяльності, що не піддається медичній корекції стали підставою для виключення 3 (5,6%) роділь основної групи, 2 (7,4%) роділь групи порівняння та 20 (28,6%) роділь контрольної групи з дослідження у зв'язку з необхідністю проведення ургентного кесаревого розтину. Отже, відсоток проведених кесаревих розтинів серед вагітних, які в якості альтернативного методу знеболення обрали пологи із застосуванням гідротехнологій виявився достовірно меншим (основна група – 3 (5,7%), група порівняння – 2 (7,4%) см, контрольна група – 20 (28,6%), $p < 0,05$).

Оцінка інтенсивності пологового болю наприкінці активної фази першого періоду пологів продемонструвало (табл. 5.2.3), що серед достовірної більшості жінок, які в якості методу ведення пологів обрали альтернативний метод із застосуванням гідротерапії відзначалась тенденція до утримання оцінки рівня пологового болю на помірному рівні. При 9-10 см відкриття шийки матки в 4-6 балів оцінювали наявний пологовий біль в основній групі – 48 (96,0%) роділь, в групі порівняння – 24 (96,0%) роділь (контрольна група – 34 (68,0%), $p < 0,05$).

Слід відзначити, що серед жінок контрольної групи на сильний пологовий біль, оцінений в 6-8 балів скаржилась практично кожна третя роділля (основна група – 2 (4,0%) випадки, група порівняння – 1 (4,0%) випадки (контрольна група – 16 (32,0%), $p < 0,05$).

Таблиця 5.2.3

Оцінка інтенсивності болю в динаміці першого періоду пологів, з урахуванням роділля, виключених з дослідження (абс.ч., %)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 50)	Група порівняння (n = 25)	Контрольна група (n = 50)
Відкриття шийки матки 9-10 см			
0-1 балів – вкрай слабкий біль	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
2-4 бали – слабкий біль	0 (0,0)	2 (5,9)	0 (0,0)
4-6 бали – помірний біль	48 (96,0) *	24 (96,0) *	34 (68,0)
6-8 балів – сильний біль	2 (4,0) *	1 (4,0) *	16 (32,0)
8-10 балів – нестерпний біль	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Примітка: * – достовірні відмінності ($p < 0,05$)			

Температура води у ванні протягом першого періоду пологів підтримувалась в межах 37,0-37,5°C. Проте в динаміці спостереження, нами встановлено наявність сильного прямого зв'язку ($r=0,8399$) між температурою води у ванні та оцінкою роділлем рівня пологового болю за ВАШ (рис. 5.2.3), який засвідчував що при утриманні температури води у ванні на рівні, ближче до 37,0°C, інтенсивність пологового болю виявлялась більш наближеною до нижньої межі помірною рівня.

Серед роділля, які в якості альтернативного методу ведення пологів обирали із застосуванням гідротехнологій відзначено не достовірне зменшення тривалості першого періоду пологів (основна група – 8,4±0,9 год, група порівняння – 8,3±1,2 год, контрольна група – 9,9±1,4 год, $p > 0,05$).

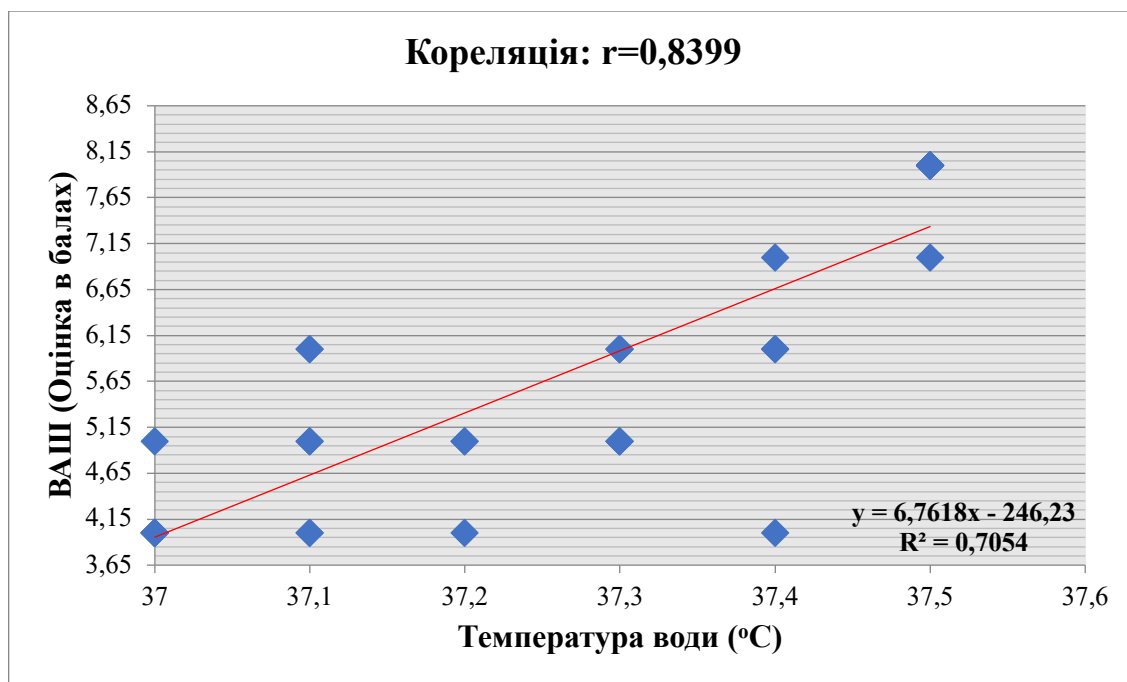


Рис. 5.2.3. Пряма кореляційна залежність ($r=0,8399$) між оцінкою болю за ВАШ та температурою води у першому періоді пологів.

Таким чином, проведений аналіз перебігу першого періоду пологів у жінок, які в якості методу розродження обрали альтернативний метод – пологи у воді демонструє, що у роділь із застосуванням гідротехнологій спостерігались достовірно менші бали при оцінці пологового болю за візуальною аналоговою шкалою, що дозволяло зменшити фармакологічне навантаження шляхом відмови від застосування медикаментозних методів знеболення пологів (контрольна група – 39 (55,7%). Встановлено достовірно більш пізній розрив навколоплідних оболонок на фоні задовільного прогресу пологової діяльності у роділь основної групи та групи порівняння (основна група – $8,6 \pm 0,3$ см, група порівняння – $8,1 \pm 0,4$ см, контрольна група – $5,6 \pm 0,3$ см, $p < 0,05$), не достовірне зменшення тривалості першого періоду пологів (основна група – $8,4 \pm 0,9$ год, група порівняння – $8,3 \pm 1,2$ год, контрольна група – $9,9 \pm 1,4$ год, $p > 0,05$), а також достовірно меншу кількість випадків оперативного розродження (основна

група – 3 (5,7%), група порівняння – 2 (7,4%) см, контрольна група – 20 (28,6%), $p < 0,05$).

Дані особливості перебігу першого періоду пологів засвідчують ефективність пологів із застосуванням гідротерапії в контексті знеболення, зменшення фармакологічного навантаження, тривалості першого періоду пологів та відсотка оперативного розродження, що з нашої точки зору може бути альтернативною для практично здорових вагітних і створювати сприятливі умови для покращення перинатальних наслідків і, як наслідок, пологового досвіду.

5.3. Перебіг другого періоду пологів у роділь, які обрали альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій.

Враховуючи динамічне виключення з дослідження та переміщення роділь до контрольної групи, під час аналізу перебігу другого періоду пологів відбулась зміна кількості вагітних в досліджуваних групах: основна група – 50 роділь, другий період яких проводився із застосуванням гідротехнологій, група порівняння – 25 роділь, другий період яких, проводився традиційно, контрольна група – 50 роділь, другий період яких, проводився традиційно.

Проведення другого періоду пологів у роділь основної групи передбачало постійне знаходження в пологовому залі партнера роділлі та акушерки, а в разі відсутності партнера – двох акушерок, динамічний контроль температури води у ванні, серцебиття плода, підтримання чистоти води у ванні та заохочення роділлі до вибору вільного положення (рис. 5.3.1).

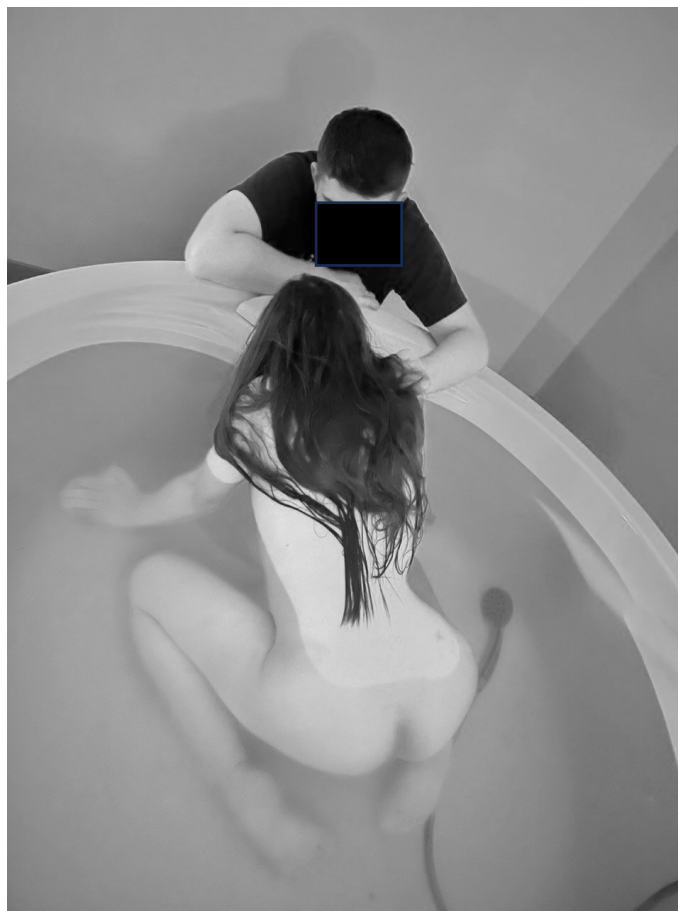


Рис. 5.3.1. Вільне положення роділлі під час ранньої фази другого періоду пологів.

Вислуховування серцебиття плода проводилось за допомогою портативного фетального аналізатора кожні 5 хвилин в ранню фазу та після кожної потуги в пізню фазу другого періоду пологів (рис. 5.3.2). Середнє значення серцевого ритму плодів в ранню фазу другого періоду пологів знаходились в межах фізіологічної норми і становили в середньому $128,6 \pm 11,4$ уд/хв (основна група – $129,3 \pm 10,5$ уд/хв, група порівняння – $133,4 \pm 9,7$ уд/хв, контрольна група – $124,7 \pm 8,9$ уд/хв, $p > 0,05$). Середнє значення серцевого ритму плодів в потужну фазу другого періоду пологів знаходились в межах фізіологічної норми і становили в середньому $122,6 \pm 11,6$ уд/хв (основна група – $121,3 \pm 10,3$ уд/хв, група порівняння – $119,5 \pm 10,8$ уд/хв, контрольна група – $126,6 \pm 12,1$ уд/хв, $p > 0,05$).



Рис. 5.3.2. Аускультация серцебиття плода в другому періоді пологів

Серед роділь, які в якості альтернативного методу ведення пологів обирали пологи із застосуванням гідротехнологій відзначено не достовірне зменшення тривалості другого періоду пологів (основна група – $28,2 \pm 1,9$ хв, група порівняння – $31,6 \pm 2,8$ хв, контрольна група – $33,4 \pm 3,2$ хв, $p > 0,05$).

При оцінці інтенсивності пологового болю в другому періоді пологів за ВАШ (табл. 5.3.1) відзначено стійке утримання помірного болю серед вагітних основної групи. В той же час, серед роділь групи порівняння, які в другому періоді пологів відповідно до дизайну дослідження народжували класично, відзначено достовірну тенденцію до зменшення зареєстрованих випадків помірного болю, кількість яких наближалась кількості роділь контрольної групи не маючи достовірних відмінностей (основна група – 48

(96,0%) випадок ($p < 0,05$), група порівняння – 19 (76,0%) випадків, контрольна група – 32 (64,0%) випадки, $p > 0,05$).

Таблиця 5.3.1

Оцінка інтенсивності болю в динаміці другого періоду пологів (абс.ч., %)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 50)	Група порівняння (n = 25)	Контрольна група (n = 50)
0-1 балів – вкрай слабкий біль	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
2-4 бали – слабкий біль	0 (0,0)	2 (8,0) •	10 (20,0)
4-6 бали – помірний біль	48 (96,0) *	19 (76,0) °	32 (64,0)
6-8 балів – сильний біль	2 (4,0) *	4 (16,0)	8 (16,0)
8-10 балів – нестерпний біль	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Примітка: * – достовірні відмінності основної та контрольної груп ($p < 0,05$) ° – достовірні відмінності основної групи та групи порівняння ($p < 0,05$) • – достовірні відмінності групи порівняння та контрольної груп ($p < 0,05$)			

Серед роділь групи порівняння, відзначено достовірне збільшення зареєстрованих випадків сильного пологового болю – 4 (16,0%) (основна група – 2 (4,0%), $p < 0,05$), кількість яких не мала достовірних відмінностей у порівнянні з жінками контрольної групи – 8 (16,0%), $p > 0,05$, що з нашої точки зору пояснюється застосуванням традиційного підходу до ведення другого періоду пологів у даної категорії жінок. В динаміці другого періоду пологів серед жінок групи порівняння відзначалось 2 (8,0%) випадків зменшення інтенсивності пологового болю (контрольна група – 10 (20,0%), що розцінювалось нами як можливий предиктор слабкості пологової діяльності.

Потужна фаза другого періоду пологів проводилась з обов'язковою присутністю в пологовому залі двох акушерок, лікаря акушера-гінеколога та лікаря неонатолога без використання акушерської ручної допомоги з наданням переваги неконтрольованим потугам (рис. 5.3.3, рис. 5.3.4).



Рис. 5.3.3, 5.3.4. Неконтрольовані потуги під час потужної фази другого періоду пологів.

В структурі ускладнень другого періоду пологів (табл. 5.3.2) у роділь основної групи слід відзначити 2 (4,0%) випадка дистресу плодів в потужній фазі. Дане ускладнення, відповідно до критерії включення та виключення в дослідження є протипоказом для подальшого проведення пологів у воді, що передбачало виконання епізіотомії з подальшою вакуумекстракцією плода на ліжку в індивідуальному пологовому залі.

Серед роділь групи порівняння та контрольної групи кількість зареєстрованих випадків дистресу плодів не мала достовірних відмінностей (група порівняння – 4 (16,0%), контрольна група – 8 (16,0%), $p > 0,05$), проте майже в чотири рази перевищувала показник роділь основної групи – 2 (4,0%), $p < 0,05$.

Таблиця 5.3.2

Структура ускладнень другого періоду пологів (абс.ч., %)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 50)	Група порівняння (n = 25)	Контрольна група (n = 50)
Дистрес плода	2 (4,0) *	4 (16,0)	8 (16,0)
Слабкість пологової діяльності	0 (0,0)	2 (8,0)	4 (8,0)
Використання ММЗ	0 (0,0)	0 (0,0)	29 (58,0)
Вакуумекстракція плода	2 (4,0) *	6 (24,0)	12 (24,0)
Епізіотомія	2 (4,0) *	6 (24,0)	12 (24,0)
Примітка: * – достовірні відмінності ($p < 0,05$)			

Збільшення випадків дистресу плодів в другому періоді пологів передбачало синергічне збільшення випадків виконання епізіотомії та вакуумекстракції плодів серед роділь групи порівняння та контрольної групи. Проте, слід зазначити, що до розрахунку загальної кількості проведених епізіотомій та вакуумекстракцій плодів додавались показники, пов'язані зі слабкістю пологової діяльності, що не піддавалась медичній корекції (група порівняння – 2 (8,0%), контрольна група – 4 (8,0%), $p < 0,05$).

Таким чином, проведений аналіз перебігу другого періоду пологів демонструє, не достовірне зменшення тривалості (основна група – $28,2 \pm 1,9$ хв, група порівняння – $31,6 \pm 2,8$ хв, контрольна група – $33,4 \pm 3,2$ хв, $p < 0,05$) та достовірне зменшення інтенсивності пологового болю (помірний біль: основна група – 48 (96,0%) випадок, група порівняння – 19 (76,0%) випадків, контрольна група – 32 (64,0%) випадки, $p < 0,05$) у жінок, які в якості методу розродження обрали альтернативний метод – пологи у воді. Встановлено достовірно меншу кількість ускладнень у порівнянні з роділлям групи порівняння та контрольної групи (дистрес плода: основна група – 2 (4,0%) випадки, група порівняння – 4 (16,0%) випадки, контрольна група – 8 (16,0%) випадків, $p < 0,05$); слабкість пологової діяльності, що не піддається медичній корекції: основна група – 0 (0,0%) випадів, група

порівняння – 2 (8,0%) випадки, контрольна група – 4 (8,0%) випадків, $p < 0,05$) з приводу яких виникала необхідність застосування хірургічного розродження шляхом накладання вакуумексTRACTОРА (основна група – 2 (4,0%) випадки, група порівняння – 6 (24,0%) випадків, контрольна група – 12 (24,0%) випадків, $p < 0,05$), що засвідчує ефективність пологів із застосуванням гідротехнологій у вагітних низького ризику в контексті зниження акушерських ускладнень.

5.4. Перебіг третього періоду пологів та раннього післяпологового періоду у роділь, які обрали альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій.

В 125 (100,0%) випадках, відповідно до дизайну дослідження, третій період пологів проведено з обранням активної тактики ведення. Середня тривалість третього періоду пологів становила в середньому $19,1 \pm 1,4$ хв (основна група – $17,3 \pm 1,4$ хв, група порівняння – $21,6 \pm 1,8$ хв, контрольна група – $18,5 \pm 1,9$ хв, $p > 0,05$) і не мала достовірної відмінності.

В структурі ускладнень третього періоду пологів слід відзначити більшість поєднаних ускладнень серед породіль групи порівняння та контрольної групи, в той час як для достовірної більшості породіль основної групи – 39 (78,0%) виявилось характерним фізіологічне завершення пологового акту (група порівняння – 14 (56,0%) випадків, контрольна група – 27 (54,0%) випадків, $p < 0,05$).

Серед жінок основної групи кількість розривів промежини першого ступеню (табл. 5.4.1) становила 8 (16,0%), що не мало достовірних відмінностей у порівнянні з показником породіль групи порівняння – 6 (24,0%), $p > 0,05$, проте достовірно відрізнялось від показника породіль контрольної групи – 16 (32,0%), $p < 0,05$. Наявність даного стану не вважалось патологічним і не було підставою для виключення породіль з категорії фізіологічних пологів [14].

Таблиця 5.4.1

Структура ускладнень, встановлена в ранньому післяпологовому періоді (абс.ч., %)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 50)	Група порівняння (n = 25)	Контрольна група (n = 50)
Розрив промежини I ступеню	8 (16,0) *	6 (24,0)	16 (32,0)
Розрив промежини II ступеню	2 (4,0) * °	4 (16,0)	14 (28,0)
Епізіотомна рана	2 (4,0) * °	6 (24,0)	12 (24,0)
Розрив піхви	2 (4,0) *	3 (12,0) •	12 (24,0)
Розрив шийки матки	1 (2,0) *	2 (8,0)	5 (10,0)
Дефект плаценти/оболонки	3 (6,0)	2 (8,0)	3 (6,0)
Кровотеча в ранньому післяпологовому періоді	1 (2,0)	1 (4,0)	2 (4,0)
Примітка: * – достовірні відмінності основної та контрольної груп ($p < 0,05$) ° – достовірні відмінності основної групи та групи порівняння ($p < 0,05$) • – достовірні відмінності групи порівняння та контрольної груп ($p < 0,05$)			

Серед жінок основної групи встановлено 2 (4,0%) випадки розривів промежини другого ступеню, що виявилось достовірно меншим у порівнянні з кількістю аналогічних випадків серед породіль групи порівняння – 4 (16,0%) та контрольної групи – 14 (28,0%), $p < 0,05$.

З приводу попередньо виконаної епізіотомії у зв'язку з проведенням вакуумекстракції плодів серед жінок основної групи діагностовано 2 (4,0%) епізіотомні рани (група порівняння – 6 (24,0%) контрольна група – 12 (24,0%), $p < 0,05$).

Загальна кількість встановлених розривів піхви та шийки матки серед породіль основної групи – 2 (4,0%) і 1 (2,0%) відповідно та групи порівняння – 3 (12,0%) і 2 (8,0%) відповідно не мали достовірних відмінностей ($p > 0,05$), проте кількість випадків у жінок основної групи виявилась достовірно меншою у порівнянні з показниками породіль контрольна група – 12 (24,0%) і 5 (10,0%), $p < 0,05$.

Серед жінок основної групи встановлено 3 (6,0%) випадків дефекту плаценти та плацентарних оболонок, що встановлювались одразу після народження посліду, не асоціювались зі збільшенням об'єму крововтрати в пологах і не мало достовірних відмінностей з кількістю випадків у жінок групи порівняння – 2 (8,0%) та контрольної групи – 3 (6,0%), $p>0,05$). З приводу встановлення даних діагнозів виконувалось ручне обстеження порожнини матки з видаленням залишків плацентарної тканини або плодових оболонок [16].

Середнє значення загальної крововтрати в пологах становило $287,9\pm 25,8$ мл і не мало достовірних відмінностей серед жінок досліджуваних груп (основна група – $277,9\pm 22,6$ мл, група порівняння – $286,4\pm 26,8$ мл, контрольна група – $299,5\pm 27,4$ мл, $p>0,05$). Втім, слід відзначити певну кількість випадків кровотеч в ранньому післяпологовому періоді, об'єм яких до моменту зупинки не перевищував 0,5% від маси тіла породіллі, а їх кількість не мала достовірної відмінності серед породіль досліджуваних груп (основна група – 1 (2,0%), група порівняння – 1 (4,0%), контрольна група – 2 (4,0%), $p>0,05$).

Таким чином, аналіз перебігу третього періоду пологів та раннього післяпологового періоду демонструє достовірно більшу кількість випадків фізіологічного завершення пологового акту у жінок, які в якості методу розродження обирали альтернативний метод із застосуванням гідротерапії в першому та другому періоді пологів (основна група – 39 (78,0%), група порівняння – 14 (56,0%) контрольна група – 27 (54,0%), $p<0,05$).

Дані обставини стали можливими за рахунок достовірного зниження рівня ускладнення пологів шляхом зменшення випадків розривів промежини другого ступеня (основна група – 2 (4,0%), група порівняння – 4 (16,0%), контрольна група – 14 (28,0%), $p<0,05$), розривів піхви (основна група – 2 (4,0%), група порівняння – 3 (12,0%), контрольна група – 12 (24,0%), $p<0,05$) та шийки матки (основна група – 1 (2,0%), група

порівняння – 2 (8,0%), контрольна група – 5 (10,0%), $p < 0,05$), що реалізувалось за рахунок позитивного ефекту від впливу води на тканини промежини, а також за рахунок методики неконтрольованих потуг без виконання річної допомоги в другому періоді пологів.

5.5. Відомості про стан новонароджених у жінок досліджуваних груп.

Оцінка стану новонароджених проводилась з урахуванням випадків народження дітей шляхом кесаревого розтину в першому періоді пологів та з урахуванням переміщення вагітних із основної групи та групи порівняння до контрольної групи: основна група – 53 новонароджених, група порівняння – 27 новонароджених, контрольна група – 70 новонароджених.

Середнє значення ваги новонароджених (табл. 5.5.1) становило $3633 \pm 324,55$ г (основна група – $3654,03 \pm 365,08$ г, група порівняння – $3721,06 \pm 382,16$ г, контрольна група – $3524,29 \pm 342,45$ г), зросту – $51,6 \pm 2,4$ см (основна група – $51,3 \pm 2,3$ см, група порівняння – $52,1 \pm 2,7$ см, контрольна група – $51,5 \pm 2,6$ см) і не мали достовірних відмінностей ($p > 0,05$). Слід відзначити відсутність достовірної різниці в випадках народження дітей з вагою, що перевищувала 4000 г серед жінок досліджуваних групи (основна група – 8 (15,1%), група порівняння – 4 (14,8%), контрольна група – 11 (15,7%), $p > 0,05$) на фоні достовірно меншої кількості зареєстрованих випадків травматичних ушкоджень промежини, піхви та шийки матки (див. табл. 5.4.1) серед породіль саме основної групи, у яких перший та другий періоди пологів проводились із застосуванням гідротехнологій.

Аналіз результатів оцінювання новонароджених за шкалою Апгар (табл. 5.5.2) демонструє достовірно більшу кількість новонароджених від жінок, які народжували із застосуванням гідротехнологій в першому та другому періодах, оцінених у 9-10 балів на першій хвилині після народження порівняно з породіллям групи порівняння та контрольної групи

Таблиця 5.5.1

Відомості про вагу та зріст новонароджених

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 53)	Група порівняння (n = 27)	Контрольна група (n = 70)
Вага новонароджених (г, абс.ч., %)			
3001,0-3500,0	6 (11,3)	3 (11,1)	8 (11,5)
3501,0-4000,0	39 (73,6)	20 (74,1)	51 (72,8)
Понад 4000,0	8 (15,1)	4 (14,8)	11 (15,7)
Зріст новонароджених (см, абс.ч., %)			
45 – 49	5 (9,4)	4 (14,8)	8 (11,4)
50 – 54	39 (73,6)	18 (66,7)	49 (70,0)
55 і більше	9 (17,0)	5 (18,5)	13 (18,6)

(основна група – 47 (88,7%), група порівняння – 19 (70,4%), контрольна група – 51 (72,9%), $p < 0,05$). Кількість новонароджених, оцінених у 8 балів не мала достовірних відмінностей (основна група – 4 (7,5%), група порівняння – 4 (14,8%), контрольна група – 10 (14,2%), $p > 0,05$). Слід відзначити достовірно меншу кількість новонароджених серед породіль основної групи, які на першій хвилині після народження оцінювались в 7 балів та менше (основна група – 2 (3,8%), група порівняння – 4 (14,8%), контрольна група – 9 (12,9%), $p < 0,05$).

На п'ятій хвилині після народження достовірно більшу кількість новонароджених, оцінених в 9-10 балів за шкалою Апгар відзначено серед жінок основної групи – 51 (96,2%) (група порівняння – 21 (77,9%), контрольна група – 55 (78,6%), $p < 0,05$). Достовірної різниці в кількості новонароджених, оцінених у 8 балів на п'ятій хвилині після народження серед жінок групи порівняння на контрольній групі не встановлено (група порівняння – 6 (22,1%), контрольна група – 11 (15,7%), $p > 0,05$).

Проте, слід відзначити достовірно меншу кількість дітей, оцінених на п'ятій хвилині після народження у 8 балів серед породіль основної групи

(основна група – 2 (3,8%), група порівняння – 6 (22,1%), контрольна група – 11 (15,7%), $p < 0,05$).

Таблиця 5.5.2

Відомості про оцінювання новонароджених за шкалою Апгар
(абс.ч.,%)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 53)	Група порівняння (n = 27)	Контрольна група (n = 70)
Перша хвилина			
9 балів і більше	47 (88,7) * °	19 (70,4)	51 (72,9)
8 балів	4 (7,5)	4 (14,8)	10 (14,2)
7 балів і менше	2 (3,8) * °	4 (14,8)	9 (12,9)
П'ята хвилина			
9 балів і більше	51 (96,2) * °	21 (77,9)	55 (78,6)
8 балів	2 (3,8) * °	6 (22,1)	11 (15,7)
7 балів і менше	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (5,7)
Примітка:			
* – достовірні відмінності основної та контрольної груп ($p < 0,05$)			
° – достовірні відмінності основної групи та групи порівняння ($p < 0,05$)			

Серед новонароджених від породіль основної групи (табл.5.5.3) відзначено достовірно меншу кількість випадків асфіксії легкого ступеня (основна група – 2 (3,7%), група порівняння – 2 (7,4%), контрольна група – 10 (14,3%), $p < 0,05$). Слід відзначити відсутність випадків СДР та ВШК серед новонароджених від породіль основної групи. Серед новонароджених від жінок групи порівняння встановлено по 1 (3,7%) випадку СДР та ВШК, а серед новонароджених від матерів контрольної групи по 3 (4,3%) випадки відповідно, що не мало достовірних відмінностей, $p > 0,05$.

Достовірної різниці серед випадків жовтяниці новонароджених не відзначено (основна група – 4 (7,5%), група порівняння – 3 (11,1%), контрольна група – 8 (11,4%), $p > 0,05$).

Таблиця 5.5.3

Патологічні та транзиторні стани, встановлені у новонароджених
(абс.ч., %)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 53)	Група порівняння (n = 27)	Контрольна група (n = 70)
Асфіксія	2 (3,7) *	2 (7,4)	10 (14,3)
СДР	0 (0,0)	1 (3,7)	3 (4,3)
ВШК	0 (0,0)	1 (3,7)	3 (4,3)
Жовтяниця новонароджених	4 (7,5)	3 (11,1)	8 (11,4)
Примітка: * – достовірні відмінності ($p < 0,05$)			

Всіх новонароджених основної групи та групи порівняння виписано додому на третю-четверту добу, разом з породіллями. Серед новонароджених контрольної на другий етап лікування переведено 3 (4,3%) новонароджених. Випадків перинатальної смертності серед новонароджених від жінок досліджуваних груп не встановлено.

Таким чином, аналіз стану новонароджених від породіль після застосування гідротехнологій в першому та другому періодах пологів, виключно в першому періоді пологів та при класичному веденні пологів демонструє достовірно кращу оцінку за шкалою Апгар на першій (основна група – 47 (88,7%), група порівняння – 19 (70,4%), контрольна група – 51 (72,9%), $p < 0,05$) та п'ятій (основна група – 51 (96,2%), група порівняння – 21 (77,9%), контрольна група – 55 (78,6%), $p < 0,05$) хвиликах у новонароджених при веденні пологів у воді в першому та другому періодах.

Позитивний вплив на стан новонародженого при використанні запропонованого підходу до розродження з використанням гідротехнологій також підтверджується достовірно кращими результатами оцінки за шкалою Апгар на фоні відсутності достовірної різниці в кількості народжених дітей з вагою, що перевищувала 4000 грамів (основна група – 8 (15,1%), група порівняння – 4 (14,8%), контрольна група – 11 (15,7%), $p > 0,05$), а також

достовірно меншою кількістю випадків асфіксії легкого ступеню у новонароджених (основна група – 2 (3,7%), група порівняння – 2 (7,4%), контрольна група – 10 (14,3%), $p < 0,05$) при відсутності зареєстрованих випадків синдрому дихальних розладів та внутрішньошлуночкових крововиливів.

5.6. Перебіг пізнього післяпологового періоду у роділь, які обрали альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій.

Оцінка перебігу пізнього післяпологового періоду проводилась від моменту закінчення раннього післяпологового періоду та до моменту виписки породіллі з пологового будинку на 2-4 добу з урахуванням випадків народження дітей шляхом кесаревого розтину в першому періоді пологів та з урахуванням переміщення вагітних із основної групи та групи порівняння до контрольної групи: основна група – 53 породіллі, група порівняння – 27 породіль, контрольна група – 70 породіль.

Середній термін встановлення лактації у жінок, які народжували із застосуванням гідротехнологій в першому та другому періодах пологів мав недостовірну тенденцію до зменшення порівняно з породіллями групи порівняння (основна група – $2,5 \pm 0,3$ дні, група порівняння – $2,7 \pm 0,4$ дні, $p > 0,05$), проте виявився достовірно меншим порівняно з терміном встановлення лактації у породіль контрольної групи – $3,1 \pm 0,3$ дні, $p < 0,05$).

Під час визначення біоценозу статевих шляхів на 3 добу післяпологового періоду встановлено (табл. 5.6.1), що для достовірної більшості породіль основної групи та групи порівняння виявилась характерною кількість лейкоцитів, що перекривала половину поля зору (основна група – 45 (84,9%), група порівняння – 21 (77,8%), $p > 0,05$), що розцінювалось нами як варіант норми. Для достовірної більшості породіль контрольної групи виявилась характерною кількість лейкоцитів, що перекривала усе поле зору – 33 (47,1%), $p < 0,05$.

Таблиця 5.6.1

Мікроскопія піхвових виділень у післяпологовому періоді
(абс.ч., %)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 53)	Група порівняння (n = 27)	Контрольна група (n = 70)
Велика кількість епітеліальних клітин	16 (30,2) *	10 (37,0)	45 (64,3)
Лейкоцити:			
поодинокі	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
до 20 в полі зору	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
½ поля зору	45 (84,9) *	21 (77,8) •	37 (52,9)
усе поле зору	8 (15,1) *	6 (22,2) •	33 (47,1)
Мікрофлора			
Грампозитивні палички	14 (23,4) *	6 (22,2)	6 (8,6)
Грамнегативні палички	15 (28,3)	7 (25,9)	15 (21,4)
Грампозитивні коки	24 (45,3) *	14 (51,6) •	49 (70,0)
Гриби роду <i>Candida</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,3)
«Ключові клітини»	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (8,6)
Змішана флора	33 (62,3) *	16 (59,3) •	55 (78,6)
Примітка:			
* – достовірні відмінності основної та контрольної груп (p<0,05)			
• – достовірні відмінності групи порівняння та контрольної груп (p<0,05)			

Слід відзначити, що для достовірної більшості породіль контрольної групи виявилось характерним наявність змішаної мікрофлори в піхвовому мазку – 55 (78,6%) (основна група – 33 (62,3%), група порівняння – 16 (59,3%), p<0,05) з переважанням грампозитивних коків – 49 (70,0%) (основна група – 24 (45,3%), група порівняння – 14 (51,6%), p<0,05) та окремих випадків виявлення грибів роду *Candida* – 3 (4,3%) та «ключових клітин» – 6 (8,6%).

Кількість зареєстрованих ускладнень в пізньому післяпологовому періоді не мала достовірної відмінності, проте виявилась меншою серед породіль, які народжували із застосуванням гідротехнологій в першому та

другому періодах пологів: лохіометра – 2 (3,8%) випадки серед жінок основної групи, 3 (11,1%) випадки серед жінок групи порівняння, 8 (11,4%) випадків серед жінок контрольній групі ($p>0,05$). Випадків субінволюції матки серед породіль основної групи не встановлено – 0 (0,0%) випадків, група порівняння – 2 (7,4%) випадки, контрольна група – 7 (7,1%) випадків, $p>0,05$).

Оцінюючи психоемоційний стан породіль за допомогою опитувальника «Задоволеності жінки пологами та народженням дитини» (табл. 5.6.2) встановлено, що відповідно до розділу «Власна спроможність» достовірної різниці в кількості балів між породіллями основної групи та групи порівняння не встановлено (основна група – $3,7\pm0,3$ балів, група порівняння – $3,4\pm0,2$ балів, $p>0,05$).

Таблиця 5.6.2

Результати анкетування за допомогою опитувальника

«Задоволеність жінки пологами та народженням дитини» ($M\pm m$, бали)

Показник	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 53)	Група порівняння (n = 27)	Контрольна група (n = 70)
Власна спроможність	$3,7\pm0,3$ *	$3,4\pm0,2$ •	$2,8\pm0,2$
Професійна підтримка	$4,0\pm0,3$ *	$3,8\pm0,2$	$3,6\pm0,3$
Відчуття безпеки	$3,9\pm0,2$	$3,7\pm0,2$	$3,6\pm0,2$
Участь в пологах	$3,9\pm0,3$ *	$3,6\pm0,2$ •	$3,0\pm0,2$
Примітка: * – достовірні відмінності основної та контрольної груп ($p<0,05$) • – достовірні відмінності групи порівняння та контрольної груп ($p<0,05$)			

Проте, кількість балів за розділом «Власна спроможність» серед породіль контрольної групи виявилась достовірно меншою – $2,8\pm0,2$ балів (основна група – $3,7\pm0,3$ балів, група порівняння – $3,4\pm0,2$ балів), $p<0,05$). Аналогічну тенденцію відзначено серед породіль основної групи й щодо

розділу «Участь в пологах» – $3,9 \pm 0,3$ балів (група порівняння – $3,6 \pm 0,2$ бали, контрольна група – $3,0 \pm 0,2$ бали; $p < 0,05$). Відповідно до розділу «Відчуття безпеки» достовірної різниці в кількості балів не встановлювалось (основна група – $3,9 \pm 0,2$ балів, група порівняння – $3,7 \pm 0,2$ балів, контрольна група – $3,6 \pm 0,2$ балів), $p < 0,05$). Окремо слід відзначити, що за розділом «Професійна підтримка» найбільшу кількість балів виставляли жінки основної групи – $4,0 \pm 0,3$ балів та групи порівняння – $3,8 \pm 0,2$ балів, з недостовірним переважанням по кількості балів серед жінок основної групи ($p > 0,05$).

За результатами опитування породіль за допомогою «Единбурзької шкали післяпологової депресії» (табл. 5.6.3) встановлено, що у жодної з опитаних (основна група – 53 (100,0%), група порівняння – 27 (100,0%), контрольна група – 70 (100,0%), $p > 0,05$) не встановлено позитивних відповідей на ствердження «Останнім часом у мене були думки заподіяти собі шкоду». На ствердження «Я відчуваю себе настільки нещасною, що плачу» умовно-стверджувальну відповідь «лише зрідка» давала достовірна меншість породіль основної групи – 3 (5,7%) (група порівняння – 6 (22,2%), контрольна група – 24 (34,3%), $p < 0,05$). В той час як негативну – достовірна більшість жінок основної групи – 50 (94,3%) (група порівняння – 21 (77,8%), контрольна група – 42 (60,0%), $p < 0,05$). Також слід відзначити достовірні відмінності жінок групи порівняння та жінок контрольної групи в кількості отриманих умовно-позитивних та негативних відповідей на дане ствердження: «лише зрідка» – група порівняння – 6 (22,2%), контрольна група – 24 (34,3%), $p < 0,05$; «ні, ніколи» – група порівняння – 21 (77,8%), контрольна група – 42 (60,0%), $p < 0,05$.

Під час аналізу результатів опитування позитивну відповідь «Так само, як це було завжди» на ствердження «Я можу сміятися і деякі речі мене веселять» давала достовірна більшість породіль основної групи – 51 (97,2%) (група порівняння – 22 (81,5%), контрольна група – 59 (84,3%), $p < 0,05$).

Таблиця 5.6.3

Результати опитування породіль за допомогою опитувальника
«Единбурзька шкала післяпологової депресії» (абс.ч., %)

Запитання	Значення показника (n)		
	Основна група (n = 53)	Група порівняння (n = 27)	Контрольна група (n = 70)
Я можу сміятися і деякі речі мене веселять			
Так само, як це було завжди – 0	51 (97,2) * °	22 (81,5)	59 (84,3)
Зараз не так часто, як завжди – 1	2 (3,8) * °	5 (18,5)	9 (12,9)
Зараз точно не так часто, як завжди – 2	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,3)
Зовсім ні – 3	0 (0,0)	0 (0,0)	
Я чекаю із нетерпінням на якісь події			
Так само, як колись – 0	53 (100,0)	24 (88,9)	62 (88,6)
Зараз менше, ніж раніше – 1	0 (0,0)	3 (11,1)	8 (11,4)
Однозначно менше, ніж раніше – 2	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Навряд чи взагалі – 3	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Я звинувачувала себе без вагомих причин, коли щось йшло не так			
Так, у більшості випадків – 3	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Так, іноді – 2	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Не дуже часто – 1	3 (5,7)	2 (7,4)	6 (8,6)
Ні, ніколи – 0	50 (94,3)	25 (92,6)	64 (91,4)

Я хвилювалась або переживала без поважних причин Ні, зовсім не хвилювалась – 0 Майже ніколи – 1 Так, інколи – 2 Так, дуже часто – 3	49 (92,5) * 4 (7,5) 0 (0,0) 0 (0,0)	23 (85,2) 4 (14,8) 0 (0,0) 0 (0,0)	54 (77,1) 10 (14,3) 6 (8,6) 0 (0,0)
Я відчувала страх чи паніку без вагомих підстав Так, досить часто – 3 Так, інколи – 2 Ні, не дуже часто – 1 Ні, зовсім ніколи – 0	0 (0,0) 0 (0,0) 2 (3,8) * 51 (97,2) *	0 (0,0) 0 (0,0) 5 (18,5) 22 (81,4)	0 (0,0) 0 (0,0) 12 (17,1) 58 (82,9)
Останнім часом мене все дратує Так, більшість часу я не можу з цим впоратись взагалі – 3 Так, Іноді я не справлялась з цим, як зазвичай – 2 Ні, у більшості випадків я можу з цим впоратись – 1 Ні, я, як завжди, добре можу впоратись з цим відчуттям – 0	0 (0,0) 0 (0,0) 6 (11,3) 47 (88,7)	0 (0,0) 1 (3,7) 4 (14,8) 22 (81,4)	0 (0,0) 5 (7,1) 11 (15,7) 54 (77,1)
Я настільки відчуваю себе нещасною, що маю труднощі зі сном Так, більшість часу – 3 Так, інколи – 2 Ні, не дуже часто – 1 Ні, зовсім ніколи – 0	0 (0,0) 0 (0,0) 2 (3,8) * ° 51 (97,2) * °	0 (0,0) 1 (3,7) 4 (14,8) 22 (81,4)	0 (0,0) 1 (1,5) 9 (12,8) 60 (85,7)
Я відчуваю себе засмученою і нещасною Так, більшість часу – 3 Так, інколи – 2 Ні, не дуже часто – 1 Ні, зовсім ніколи – 0	0 (0,0) 0 (0,0) 4 (7,5) 49 (92,5)	0 (0,0) 0 (0,0) 2 (7,4) 25 (92,6)	0 (0,0) 0 (0,0) 6 (8,6) 64 (91,4)

Я відчуваю себе настільки нещасною, що плачу			
Так, більшість часу – 3	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Так, досить часто – 2	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (5,7)
Лише зрідка – 1	3 (5,7) * °	6 (22,2) •	24 (34,3)
Ні, ніколи – 0	50 (94,3) * °	21 (77,8) •	42 (60,0)
Останнім часом у мене були думки заподіяти собі шкоду			
Так, досить часто – 3	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Іноді – 2	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Майже ніколи – 1	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ніколи – 0	53 (100,0)	27 (100,0)	70 (100,0)
Примітка:			
* – достовірні відмінності основної та контрольної груп ($p < 0,05$)			
° – достовірні відмінності основної групи та групи порівняння ($p < 0,05$)			
• – достовірні відмінності групи порівняння та контрольної груп ($p < 0,05$)			

Загальна кількість балів відповідно до опитувальника «Единбурзька шкала післяпологової депресії» виявилась достовірно меншою серед породіль, яким в якості методики ведення пологів в першому та другому періодах пропонувалось застосування гідротехнологій, проте не мало достовірної різниці у порівнянні з породіллями групи порівняння і становила: $6,4 \pm 0,4$ балів для жінок основної групи, $7,2 \pm 0,3$ балів для жінок групи порівняння та $10,5 \pm 0,4$ балів для жінок контрольної групи, що засвідчувало наявність тенденції до можливого розвитку депресивного стану серед породіль контрольної групи і вимагало проведення додаткової консультації з перинатальним психологом.

Також, серед породіль основної групи встановлено достовірне скоротання часу перебування в акушерському стаціонарі після пологів: основної групи – $2,2 \pm 0,2$ дні, група порівняння – $2,7 \pm 0,3$ дні, контрольна група – $2,9 \pm 0,3$ дні ($p < 0,05$), які виписувались за наполяганням, що додатково засвідчувало ефективність застосування гідротехнологій в першому та другому періодах пологів.

Таким чином, позитивний ефект від застосування гідротехнологій в першому та другому періодах пологів у жінок основної групи підтверджувався достовірно кращими результатами, отриманими під час оцінювання психо-емоційної сфери (Опитувальник «Задоволеність жінки пологами та народженням дитини»: основна група – $3,9 \pm 0,2$ балів, група порівняння – $3,6 \pm 0,2$ балів, контрольна група – $3,3 \pm 0,2$ балів, $p < 0,05$; опитувальник «Единбурзька шкала післяпологової депресії»: основна група – $6,4 \pm 0,4$ балів, група порівняння – $7,2 \pm 0,3$ балів, контрольна група – $10,5 \pm 0,2$ балів, $p < 0,05$) в пізньому післяпологовому періоді, що відображалось в достовірному зменшенні термінів встановлення лактації (основна група – $2,5 \pm 0,3$ дні, група порівняння – $2,7 \pm 0,4$ дні, контрольна група – $3,1 \pm 0,3$ дні, $p < 0,05$) та перебуванні в акушерському стаціонарі (основної групи – $2,2 \pm 0,2$ дні, група порівняння – $2,7 \pm 0,3$ дні, контрольна

група – $2,9 \pm 0,3$ дні, $p < 0,05$) на фоні кращих показників піхвового біоценозу та недостовірно меншої кількості ускладнень післяпологового періоду (лохіометра: основна група – 2 (3,8%) випадки, група порівняння – 3 (11,1%) випадки, контрольна група – 8 (11,4%) ($p > 0,05$); субінволюція матки: основна група – 0 (0,0%) випадків, група порівняння – 2 (7,4%) випадки, контрольна група – 7 (7,1%) випадків, $p > 0,05$).

Матеріали даного розділу відображено в роботах:

1. Фурса-Совгира Т.М., Олешко В.Ф., Ільницька Т.В., Россовська М.Є. Визначення особливостей перебігу пологів та психоемоційного статусу у породіль, які обрали альтернативний метод ведення пологів – пологи у воді. *Ukrainian scientific medical youth journal*. 2024; 3 (148): 56-57. doi: 10.32345/SUPPLEMENT.3.2024.1-66
2. Фурса-Совгира Т.М., Бенюк С.В., Харченко В.Є. Гідротерапія – безпечний метод знеболення пологів в умовах стаціонару. *Ukrainian scientific medical youth journal*. 2023; 3 (139): 94-95. <https://doi.org/10.32345/USMYJ.SUPPLEMENT.3.2023.1-114>
3. Фурса-Совгира Т.М., Бенюк В.О., Олешко В.Ф., Ковалюк Т.В., Бенюк С.В., Чеботарьова А.С., Брюхань С.О. Клінічні аспекти перебігу пологів у роділь, які обрали альтернативний метод розродження. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024; 8 (79): 69-75. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2024.320088>
4. Фурса-Совгира Т.М., Бенюк В.О., Ластовецька Л.Д., Мочалова Л.М., Коливанова К.В., Россовська М.Є., Олешко В.Ф., Ковалюк Т.В. Аналіз перинатальних наслідків у породіль, які обрали альтернативний підхід до ведення пологів. *Праці Наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки* 2024; 2 (76): <https://doi.org/10.25040/ntsh>

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою роботи стало обґрунтування персоналізованого алгоритму ведення пологів у воді в умовах стаціонару для вдосконалення тактики надання акушерської допомоги та покращення перинатальних та акушерських наслідків.

Для вирішення поставленої мети встановлено завдання:

1. Окреслити психологічний портрет жінки, яка бажає обрати варіант розродження із використанням пологів у воді.
2. Визначити клініко-статистичні характеристики жінок, які можуть бути залученими до здійснення спроби пологів у воді, оцінити їх психо-емоційний стан та особливості біоценозу статевих шляхів.
3. Розробити алгоритм ведення пологів у воді
4. Провести комплексну оцінку особливостей перебігу пологів у воді порівняно з традиційними пологами.
5. Дослідити особливості психо-емоційного стану та особливості перебігу післяпологового періоду у жінок після пологів у воді.
6. Оцінити ефективність запропонованого алгоритму ведення пологів у воді шляхом аналізу акушерських та перинатальних наслідків пологів у воді порівняно з традиційними пологами.

Об'єкт дослідження: перебіг пологів у воді в умовах стаціонару.

Предмет дослідження: ведення пологів у воді в умовах акушерського стаціонару, психо-емоційний стан роділь та породіль, акушерські і перинатальні наслідки пологів у воді.

Методи дослідження: загальноклінічні, додаткові, лабораторні, спеціальні, статистичні.

На першому етапі дослідження проведено відбір пацієнток для спроби вагінальних пологів шляхом анкетування з використанням заздалегідь розробленою Google-формою 274 першовагітних жінок в термінах гестації 11-12, 26-28 і 36-37 тижнів вагітності, які знаходили на обліку у відділенні амбулаторного акушерсько-гінекологічного спостереження КНП «Київський міський пологовий будинок № 3».

Аналізуючи результати первинного анкетування, проведеного в 11-12 тижнів вагітності встановлено, що достовірна їх більшість насолоджувалась своєю вагітністю, а уявлення про те, як відбувається процес народження дитини мала практично кожна друга вагітна – 139 (50,7%). Взагалі не мали уявлення прологи та їх перебіг трохи менше 10% майбутніх матерів.

Особливістю респонденток в першому триместрі вагітності виявилось відсутність позитивних та незначний відсоток умовно позитивних відповідей на цілий ряд питань, присвячених перебігу пологів, вибору позиції для народження дитини, знеболенню пологів та побоюванням щодо втручань медичного персоналу в перебіг пологів, а отримані результати анкетування в 11-12 тижнів вагітності розцінювались нами як ті, що характеризують психологічний профіль вагітних як стан насолоди жінки вагітністю і процесом народження дитини у поєднанні із недостатністю знань про особливості перебігу пологів та післяпологового періоду.

При анкетуванні в 27-28 тижнів вагітності відзначено достовірне зменшення кількості вагітних, які давали відповідь на запитання, пов'язані з насолодою від вагітності. В динаміці гестації відбувалось поступове збільшення жінок, які мали уявлення про те, як відбуваються пологи на фоні збільшення кількості умовно-стверджувальних відповідей на запитання про страх перед майбутніми переймами та можливістю контролювати біль під час пологів. Звертала на себе увагу поява стверджувальних відповідей на запитання, пов'язані зі знеболенням пологів та можливою медичною

агресією. В достовірно більшій кількості випадків визначалось збільшення стверджувальних та умовно-стверджувальних відповідей на запитання щодо наявної тривоги та/або страху при думці про пологи, що свідчило про збільшення стресового навантаження, пов'язаного з передуючими пологами.

Повторне анкетування в 36-37 тижнів вагітності продемонструвало динаміку зменшення кількості позитивних відповідей на запитання на запитання, що стосувались насолодою від вагітності. Достовірна більшість жінок мали уявлення про те, як відбувається процес пологів. В той же час, відзначено достовірне збільшення кількості позитивних та умовно позитивних відповідей на запитання, пов'язані зі страхом болю під час пологового акту. Наближення часу майбутніх пологів відображалось на думках жінок щодо можливості застосування знеболення під час пологів та на страху щодо його використання. Протилежну тенденцію до збільшення відносно першого триместру вагітності відзначено й щодо питань, які стосувались побоювання щодо знеболення пологів та можливої медичної агресії з боку медичних працівників. Практично кожна третя вагітна під час третього та другого опитувань давала стверджувальну відповідь на запитання, що стосувалось наявності страху чи тривоги при думці про пологи, що засвідчувало стан персистуючої тривожності і стало в подальшому підставою для поглибленого дослідження психо-емоційної сфери та корекції виявлених порушень з залученням перинатального психолога.

Аналізуючи відповіді, присвячені бажанню вагітних народжувати в літотомічній позиції, відзначено недостовірну динаміку до зменшення кількості охочих спробувати саме даний підхід до розродження. В той же час, як кількість вагітних, бажаних спробувати альтернативні методи ведення пологів мала стійку тенденцію до збільшення в динаміці вагітності з достовірним переважанням кількості бажаних спробувати саме пологи

із застосуванням гідротехнологій – 122 (44,5%) (11-12 тижнів – 47 (17,1%), 27-28 тижнів – 84 (30,6%), $p < 0,05$). Дана тенденція, до збільшення бажаючих спробувати саме даний тип розродження пояснювалась нами активною пропагандою у амбулаторному відділенні акушерсько-гінекологічного спостереження та під час екскурсій по КНП «Київський міський пологовий будинок № 3», як одного з найбільш безболісних методів ведення пологів. На подальшу участь в дослідженні погодились 150 (54,7%) вагітних.

На другому етапі дослідження, в терміні гестації 37 тижнів, проведено комплексне обстеження 150 (100,0%) вагітних, які бажають обрати альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій. Встановлено, що середній вік вагітних, які бажали здійснити спробу пологів у воді та вагітних, які планувались до розродження за класичною методикою знаходився в межах від 21 до 34 років і в середньому становив $28,2 \pm 3,4$ роки. Соціальний та матеріальний стан вагітних не мав достовірних відмінностей.

Кожна третя вагітна не мала в анамнезі інфекційних захворювань – 47 (31,3%), проте кожна п'ята вагітна мала в анамнезі епізод вітряної віспи – 34 (22,7%), і практично кожна десята відзначала випадок епідемічного паротиту – 12 (8,0%), краснухи – 17 (11,3%), скарлатини – 21 (14,0%), а також ангіни – 19 (12,7%).

Більше половини вагітних – 91 (60,7%) вважали себе соматично здоровими. У майже кожної десятої вагітної з соматичною захворюваністю в анамнезі відзначались захворювання ССС – 6 (10,2%), дихальної системи – 8 (13,6%) та щитоподібної залози – 8 (13,6%). У кожної шостої вагітної визначались захворювання очей – 10 (16,9%), сечовивідних шляхів – 9 (15,3%), ШКТ, печінки й ЖВШ – 9 (15,3%).

Близько двох третин вагітних, залучених до дослідження вважали себе гінекологічно-здоровими – 99 (66,0%). У майже кожної п'ятої вагітної,

серед жінок, які мали гінекологічні захворювання в анамнезі, визначались ПМЦ – 11 (21,6%) та запальні захворювання ОМТ – 9 (17,6%). Практично кожна десята вагітна мала в анамнезі випадки фонових та передракових захворювань ШМ – 7 (13,7%), молочних залоз – 6 (11,8%), полікістозу яєчників – 6 (11,8%) та ендометріозу – 6 (11,8%), а також оперативні втручання на матці та придатках – 6 (11,8%).

Отже, даний етап дослідження засвідчував, що відповідно до інфекційного, соматичного та гінекологічного анамнезів вагітні, що бажали здійснити спробу пологів у воді, виявились умовно-здоровими, що підтверджувалось достовірним переважанням жінок з відсутніми соматичними – 91 (60,7%) та гінекологічними захворюваннями в анамнезі – 99 (66,0%). Дані обставини відповідали критеріям включення в дослідження і створювали сприятливі умови для реалізації спроби пологів із застосуванням гідротехнологій.

Наступним кроком проведено з'ясування особливостей перебігу даної вагітності у жінок, які бажать здійснити спробу пологів у воді.

Визначаючи особливості перебігу першого триместру вагітності встановлено, що у більше ніж половини жінок перебіг виявлявся фізіологічним – 84 (56,0%), що означало що жінки не потребували надання амбулаторної, або стаціонарної допомоги. У решти вагітних – 66 (44,0%), однією з основних причин звернення за медичною допомогою були скарги, пов'язані з ЗН. В структурі ЗН превалювали звернення з приводу вираженого больового синдрому – 26 (39,4%). У 12 (18,2%) вагітних клінічна картина ЗН супроводжувалась геморагічним синдромом. Кожна п'ята вагітна – 14 (21,2%) мала скарги на блювання більше п'яти разів на добу, що стало приводом для госпіталізації та призначення антиеметичної терапії.

У недостовірно меншій кількості жінок перебіг другого та третього триместрів вагітності виявився фізіологічним – 72 (48,0%). Дещо більше

половини вагітних – 78 (52,0%) отримували абмудаторне та стаціонарне лікування з приводу ЗН – 14 (19,9%), хибних перейм – 26 (33,3%), анемії вагітних – 4 (5,1%), гестаційної гіпертензії – 4 (5,1%), ПД без судинного компоненту – 6 (7,7%), бактеріального вагінозу – 8 (10,2%) та вагінітів – 16 (20,4%).

З метою остаточного визначення наявності протипоказів з боку плода для застосування альтернативних методів ведення пологів – пологів у воді, проводилось визначення стану фетоплацентарного комплексу. Під час аналізу результатів КТГ встановлено, що середній час збереження критеріїв Доуза-Редмана становив $18,3 \pm 4,6$ хвилини, а середній відсоток втрати сигналу не перевищував $20,6 \pm 5,8\%$. Середнє значення БЧСС знаходилось в межах $141,8 \pm 18,4$ уд/хв. Середнє значення критеріїв Доуза-Редмана у обстежуваних вагітних в динаміці спостереження становило $9,4 \pm 2,1$ мсек, що розцінювалось нами як показник фізіологічної норми і прояв задовільного стану плода.

З метою більш ретельного визначення антенатального стану плода, всім вагітним, які бажають здійснити спробу вагінальних пологів проводилось УЗД фетоплацентарного комплексу з доплерометричним дослідженням швидкостей кровоплину в основних судинах. Візуалізація під час УЗД у всіх випадка була задовільною, кількість плодів – один, положення плодів – поздовжнє, передлежання плодів – головне, що відповідало критерія залучення вагітних до спроби пологів у воді. Середнє значення серцебиття плодів знаходилось в межах фізіологічної норми і в середньому становило $146,1 \pm 16,8$ уд/хв. Наявність рухової активності плодів відслідковувалась під час проведення всіх досліджень.

Розміри плодів виявлялись пропорційними, а дані фетометрії виявлялись співставними з дійсними термінами вагітності. Значення передбачуваної маси плодів знаходилось в межах 2800-3700 г і в

середньому становило 3400 ± 350 г, що відповідало розробленим критеріям залучення до спроби пологів у воді.

Під час подальшого проведення УЗД ми звертали увагу на особливості пуповини (кількість судин в пуповині, особливості її кріплення до плаценти, наявність передлежання судин пуповини, а також наявність обвиття пуповиною навколо шийі плода), плаценти (локалізація, товщина, ступінь зрілості), а також на характер та кількість навколоплідних вод.

Кількість судин в усіх випадках відповідала нормі і становила – 3 судини, особливості кріплення пуповини до плаценти передлежання судин пуповини – відсутні. В 37 (24,7%) випадків встановлювалось однократне обвиття пуповиною навколо шийі плода, що з нашої точки зору не являлось критерієм виключення зі спроби пологів у воді. В 150 (100,0%) випадків розташування плаценти виявилось нормальним, що відповідало критеріям залучення до спроби пологів у воді: передня стінка матки – 44 (29,3%) випадків, задня стінка матки – 61 (40,7) випадків, права та ліва стінки матки і дно – 45 (30,0%) випадків. Середнє значення товщини плаценти становило $37,4 \pm 0,6$ мм, зрілість плаценти відповідала другому ступеню. Середнє значення максимальної вертикальної кишені становило $44,8 \pm 3,9$ мм, що свідчило про нормальну кількість навколоплідних вод

Під час проведення доплерометричного дослідження плодово-плацентарного кровообігу встановлено, що середні значення показників маткових артерій, артерії пуповини та середньо-мозкової артерії знаходились в межах фізіологічних норм і відповідали терміну вагітності. З метою оцінки функціонального стану плода, всім вагітним проводилось визначення біофізичного профілю плода. Середнє значення балів отримане під час визначення біофізичного профілю плода становило $9,0 \pm 1,0$, що розцінювалось нами як норма.

Таким чином, під час визначення антенатального стану плода шляхом динамічного проведення кардіотокографії, ультразвукового дослідження

плода з доплерометрією основних судин плодово-плацентарного комплексу та біофізичного профілю плода встановлювались заключення, що відповідали фізіологічній нормі. Дані обставини у поєднанні з даними анамнезу та відомостями щодо перебігу вагітності дозволяли нам віднести вагітну до групи низького ризику і, як наслідок, включити до спроби пологів із застосуванням гідротехнологій.

Відповідно до дизайну дослідження, а також враховуючи зміни психологічного профілю, встановлені під час анкетування вагітних на етапі відбору кандидаток, які характеризувались втомою від вагітності, занепокоєнням та страхом, пов'язаним з майбутніми пологами і передуючим можливим знеболенням, проведено ретельне визначення психо-емоційного стану вагітних, які бажають здійснити спробу пологів у воді. Поглиблена оцінка проводилась після завершення курсу індивідуальної підготовки вагітної та її партнера до партнерських пологів, який тривав протягом 7 днів.

Оцінюючи психо-емоційний стан вагітних за опитувальником «Благополуччя під час вагітності» за перший блок запитань «Позитивна вагітність» середня кількість балів опитаних становила $56,7 \pm 5,3$ балів, що розцінювалось нами як показник середнього рівня добробуту. Оцінюючи відповіді респонденток на наступний блок «Впевненість у материнстві» встановлена кількість балів $81,4 \pm 7,6$, що розцінювалось нами як показник високого рівня добробуту. За останній блок запитань «Занепокоєння щодо підтримки після народження» середня кількість балів опитаних становила $92,6 \pm 8,1$, що розцінювалось нами як показник високого рівня добробуту.

Відповідно до проведеного анкетування вагітних за допомогою спеціальних опитувальників, що дозволяють встановити рівень тривожності та внутрішньої напруженості GAD-7 та PRAQ-R/R2 встановлено, що за даними опитувальника GAD-7 визначались

мінімального та слабкого рівнів тривожності перед майбутніми пологами у 42% та 58% респонденток відповідно.

Оцінюючи результати анкетування вагітних за допомогою опитувальника PRAQ-R/R2 – 37% вагітних мали страх перед пологами, 34% вагітних – занепокоєння власною зовнішністю, 26% вагітних – мали хвилювання щодо народження хворої дитини.

Останнім дослідження перед залученням вагітних до спроби пологів у воді стало визначення піхвового біоценозу у 24 (30,8%) жінок, які мали скарги на бактеріальний вагіноз та вагініти.

При бактеріоскопічному обстеженні, у переважної більшості жінок – 21 (87,5%) відзначено третій ступінь піхвового мазка. У половини обстежених встановлювалась наявність грибів роду *Candida albicans* – 12 (50,0%), у кожної четвертої – 7 (21,2%) – наявність «ключових клітин», що стало підставою для встановлення діагнозів «Вагінальний кандидоз» та «бактеріальний вагіноз». Виявлені особливості під час бактеріоскопічного обстеження, стали підставою для поглибленого культурального дослідження піхвових виділень методом ПЛР.

Отримані результати поглибленого культурального дослідження піхвових виділень методом ПЛР, засвідчували наявність умовно-патогенної мікрофлори та грибів роду *Candida albicans* концентрації яких перевищували допустиму норму, що з нашої точки зору вимагало призначення відповідної місцевої терапії для покращення інтра- та перинатальних наслідків.

Призначення місцевої санації статевих шляхів напередодні розродження призводило до достовірного зменшення кількості зареєстрованих випадків третього ступня піхвового мазка – 3 (12,5%) (до лікування – 21 (87,5%), $p < 0,05$) та суттєвого збільшення зареєстрованих біоценозів піхви, що відповідали другому ступню чистоти – 21 (87,5%) (до лікування – 0 (0,0%) на фоні зменшення кількісного (*Staphylococcus*

epidermidis – 0 (0,0%) (до лікування – 6 (25,0%), *Escherichia coli* – 0 (0,0%) (до лікування – 6 (25,0%), *Enterococcus faecalis* – 2 (8,3%) (до лікування – 8 (33,3%), $p < 0,05$) та *Candida albicans* – 3 (12,5%) (до лікування – 12 (50,0%), $p < 0,05$) та якісного (*Enterococcus faecalis* – $\lg 2,12 \pm 0,2$ КУО/мл (до лікування – $\lg 3,65 \pm 0,3$ КУО/мл), $p < 0,05$) та *Candida albicans* – $\lg 3,23 \pm 0,3$ КУО/мл (до лікування – $\lg 4,31 \pm 0,3$ КУО/мл), $p < 0,05$) складу піхвової мікрофлори, а також відсутності випадків реєстрації «ключових клітин» – 0 (0,0%) (до лікування – 7 (21,2%).

З'ясовані особливості загального, соматичного, гінекологічного та акушерського анамнезів, отримані відомості про стан фетоплацентарного комплексу, результати дослідження біоценозу піхви та отримані результати після його корекції у поєднанні з відомостями щодо психо-емоційного стану вагітних, які бажають обрати альтернативний метод розродження із застосуванням гідротехнологій дозволили нам остаточно провести розподіл майбутніх роділь на групи: запропонувати розродження шляхом пологів у воді жінкам, які мали більш виражені хвилювання перед майбутніми пологами, знеболенням та невпевненість в собі під час пологів, що ставило на меті реалізацію комфортного перебування в умовах пологового будинку, зменшення болю із використанням немедикаментозних методів, зменшення емоційного напруження для зниження ризику акушерських та перинатальних ускладнень та формування позитивного пологового досвіду.

Наступний етап нашого дослідження передбачав розробку алгоритму ведення пологів у воді. Розроблений нами алгоритм складався з загального забезпечення пологів із застосуванням гідротехнологій, методика ведення першого та другого періоду пологів, а також критерії для завершення спроби пологів у воді (див. розділ 2.4).

Проводячи комплексну оцінку особливостей перебігу пологів у воді порівняно з традиційними пологами встановлено, що на момент початку пологової діяльності, відповідно до критеріїв включення в дослідження,

термін вагітності у всіх жінок перевищував 37 тижнів, становив $40,2 \pm 0,3$ тижнів і не мав достовірних відмінностей (основна група – $40,1 \pm 0,5$ тижнів, група порівняння – $40,3 \pm 0,3$ тижнів, контрольна група – $40,4 \pm 0,4$ тижнів, $p > 0,05$). У всіх 150 (100,0%) вагітних відзначався спонтанний початок пологової діяльності на момент якого достовірна більшість вагітних контрольної групи – 20 (40,0%) знаходились в акушерському стаціонарі (основна група – 7 (10,7%), група порівняння – 5 (14,7%), $p < 0,05$).

Середнє значення серцевого ритму плодів в латентну та активну фази першого періоду пологів знаходились в межах фізіологічної норми.

Привертав на себе увагу достовірно більш пізній розрив навколоплідних оболонок на фоні задовільного прогресу пологової діяльності у роділь основної групи та групи порівняння (основна група – $8,6 \pm 0,3$ см, група порівняння – $8,1 \pm 0,4$ см, контрольна група – $5,6 \pm 0,3$ см, $p < 0,05$).

Оцінка інтенсивність пологового болю за ВАШ при 6-7 см відкриття шийки матки демонструвала, що на фоні застосування гідротехнологій у достовірної більшості роділь основної групи – 56 (84,8%) та групи порівняння – 29 (85,3%), відзначалась помірна інтенсивність пологового болю, яка відповідала фазі пологів (контрольна група – 15 (30,0%) $p < 0,05$). В той же час, у достовірної більшості роділь контрольної групи відзначався сильний – 14 (28,0%) та нестерпний біль – 11 (22,0%), що стало підставою для застосування ММЗ в першому періоді пологів.

В основній групі та в групі порівняння встановлено 6 (9,1%) та 3 (8,8%) випадків сильного пологового болю відповідно, що виявилось показанням для застосування ММЗ і, як наслідок, виключення даних жінок зі спроби пологів у воді. Слід відмітити, що в динаміці дослідження пологового болю за ВАШ, у 4 (6,1%) роділь основної групи та 2 (5,9%) роділь групи порівняння встановлювалось послаблення болю в динаміці першого періоду пологів від помірного до слабкого. Дана обставина

вимагала ретельного дослідження з метою виключення діагнозу слабкості пологової діяльності, що стало підставою для виключення даних жінок зі спроби пологів у воді. Отже, 10 (15,1%) роділь основної групи та 5 (14,7%) роділь групи порівняння виключено зі спроби пологів у воді і переведено до контрольної групи.

Також під час проведення пологів із застосуванням гідротехнологій серед жінок основної групи та групи порівняння відзначено 3 (4,5%) та 2 (5,9%) випадки відмови від продовження спроби пологів у воді. Даних вагітних в подальшому переведено до контрольної групи.

В динаміці першого періоду пологів порушення серцевого ритму плода по типу брадикардії з подальшим встановленням діагнозу дистресу плода відзначалось у 2 (3,7%) роділь основної та у 1 (3,7%) роділлі групи порівняння.

Слід відзначити, що серед роділь контрольної групи кількість зареєстрованих випадків дистресів плодів виявилась майже в чотири рази більшою і становила 10 (14,3%), $p < 0,05$. Кількість випадків ПВНРП (основна група – 1 (1,8%), група порівняння – 1 (2,9%), контрольна група – 3 (4,2%), $p > 0,05$) не мала достовірної різниці. Серед роділь контрольної групи встановлено 4 (5,7%) випадків клінічної невідповідності голівки плода до тазу матері. У кожної п'ятої роділлі контрольної групи 16 (22,8%) діагностувалась слабкість пологової діяльності, що вимагало призначення медикаментозної корекції із використанням окситотичної суміші. В 13 (18,6%) випадках терапія окситотичною сумішшю виявилась ефективною і дані жінки продовжували пологи в складі роділь контрольної групи. В 3 (4,2%) випадках встановлювалась неефективність пологодсилення і як наслідок – слабкість пологової діяльності, що не піддавалась медичній корекції. Порушення серцевого ритму плодів, ПВНРП, клінічно вузький таз та слабкість пологової діяльності, що не піддається медичній корекції стали підставою для виключення 3 (5,6%) роділь основної групи, 2 (7,4%) роділь

групи порівняння та 20 (28,6%) роділь контрольної групи з дослідження у зв'язку з необхідністю проведення ургентного кесаревого розтину. Отже, відсоток проведених кесаревих розтинів серед вагітних, які в якості альтернативного методу знеболення обрали пологи із застосуванням гідротехнологій виявився достовірно меншим (основна група – 3 (5,7%), група порівняння – 2 (7,4%) см, контрольна група – 20 (28,6%), $p < 0,05$).

Оцінка інтенсивності пологового болю наприкінці активної фази першого періоду пологів продемонструвало, що серед достовірної більшості жінок, які в якості методу ведення пологів обрали альтернативний метод із застосуванням гідротерапії відзначалась тенденція до утримання оцінки рівня пологового болю на помірному рівні. При 9-10 см відкриття шийки матки в 4-6 балів оцінювали наявний пологовий біль в основній групі – 48 (96,0%) роділь, в групі порівняння – 24 (96,0%) роділь (контрольна група – 34 (68,0%), $p < 0,05$).

Слід відзначити, що серед жінок контрольної групи на сильний пологовий біль, оцінений в 6-8 балів скаржилась практично кожна третя роділля (основна група – 2 (4,0%) випадки, група порівняння – 1 (4,0%) випадки (контрольна група – 31 (32,0%), $p < 0,05$).

Температура води у ванні протягом першого періоду пологів підтримувалась в межах 37,0-37,5°C. Проте в динаміці спостереження, нами встановлено наявність сильного прямого зв'язку ($r = 0,8399$) між температурою води у ванні та оцінкою роділлею рівня пологового болю за ВАШ, який засвідчував що при утриманні температури води у ванні на рівні, ближче до 37,0°C, інтенсивність пологового болю виявлялась більш наближеною до нижньої межі помірного рівня.

Серед роділь, які в якості альтернативного методу ведення пологів обирали із застосуванням гідротехнологій відзначено не достовірне зменшення тривалості першого періоду пологів (основна група – $8,4 \pm 0,9$ год, група порівняння – $8,3 \pm 1,2$ год, контрольна група – $9,9 \pm 1,4$ год, $p > 0,05$).

В другому періоді пологів середнє значення серцевого ритму плодів в ранню фазу другого періоду пологів знаходились в межах фізіологічної норми і становили в середньому $128 \pm 11,4$ уд/хв (основна група – $129 \pm 10,5$ уд/хв, група порівняння – $133 \pm 9,7$ уд/хв, контрольна група – $124 \pm 8,9$ уд/хв, $p > 0,05$). В потужну фазу другого періоду пологів знаходились в межах фізіологічної норми і становили в середньому $122 \pm 11,6$ уд/хв (основна група – $121 \pm 10,3$ уд/хв, група порівняння – $119 \pm 10,8$ уд/хв, контрольна група – $126 \pm 12,1$ уд/хв, $p > 0,05$).

Серед роділь, які в якості альтернативного методу ведення пологів обирали пологи із застосуванням гідротехнологій відзначено не достовірне зменшення тривалості другого періоду пологів (основна група – $28,2 \pm 1,9$ хв, група порівняння – $31,6 \pm 2,8$ хв, контрольна група – $33,4 \pm 3,2$ хв, $p > 0,05$).

При оцінці інтенсивності пологового болю в другому періоді пологів за ВАШ відзначено стійке утримання помірного болю серед вагітних основної групи. В той же час, серед роділь групи порівняння, які в другому періоді пологів відповідно до дизайну дослідження народжували класично, відзначено достовірну тенденцію до зменшення зареєстрованих випадків помірного болю, кількість яких наближалась кількості роділь контрольної групи не маючи достовірних відмінностей (основна група – 48 (96,0%) випадок ($p < 0,05$), група порівняння – 19 (76,0%) випадків, контрольна група – 32 (64,0%) випадки, $p > 0,05$).

Серед роділь групи порівняння, відзначено достовірне збільшення зареєстрованих випадків сильного пологового болю – 4 (16,0%) (основна група – 2 (4,0%), $p < 0,05$), кількість яких не мала достовірних відмінностей у порівнянні з жінками контрольної групи – 8 (16,0%), $p > 0,05$, що з нашої точки зору пояснюється застосуванням традиційного підходу до ведення другого періоду пологів у даної категорії жінок. В динаміці другого періоду пологів серед жінок групи порівняння відзначалось 2 (8,0%) випадків зменшення інтенсивності пологового болю (контрольна група – 10 (20,0%),

що розцінювалось нами як можливий предиктор слабкості пологової діяльності.

В структурі ускладнень другого періоду пологів у роділь основної групи слід відзначити 2 (4,0%) випадка дистресу плодів в потужній фазі. Дане ускладнення, відповідно до критерії включення та виключення в дослідження є протипоказом для подальшого проведення пологів у воді, що передбачало виконання епізіотомії з подальшою вакуумекстракцією плода на ліжку в індивідуальному пологовому залі.

Серед роділь групи порівняння та контрольної групи кількість зареєстрованих випадків дистресу плодів не мала достовірних відмінностей (група порівняння – 4 (14,8%), контрольна група – 8 (15,4%), $p > 0,05$), проте майже в чотири рази перевищувала показник роділь основної групи – 2 (4,0%), $p < 0,05$. Збільшення випадків дистресу плодів в другому періоді пологів передбачало синергічне збільшення випадків виконання епізіотомії та вакуумекстракції плодів серед роділь групи порівняння та контрольної групи. Проте, слід зазначити, що до розрахунку загальної кількості проведених епізіотомій та вакуумекстракцій плодів додавались показники, пов'язані зі слабкістю пологової діяльності, що не піддавалась медичній корекції (група порівняння – 2 (8,0%), контрольна група – 4 (8,0%), $p < 0,05$).

В 125 (100,0%) випадках, відповідно до дизайну дослідження, третій період пологів проведено з обранням активної тактики ведення. Середня тривалість третього періоду пологів становила в середньому $19,1 \pm 1,4$ хв (основна група – $17,3 \pm 1,4$ хв, група порівняння – $21,6 \pm 1,8$ хв, контрольна група – $18,5 \pm 1,9$ хв, $p > 0,05$) і не мала достовірної відмінності.

В структурі ускладнень третього періоду пологів слід відзначити більшість поєднаних ускладнень серед породіль групи порівняння та контрольної групи, в той час як для достовірної більшості породіль основної групи – 39 (78,0%) виявилось характерним фізіологічне

завершення пологового акту (група порівняння – 14 (56,0%) випадків, контрольна група – 27 (54,0%) випадків, $p < 0,05$).

Серед жінок основної групи кількість розривів промежини першого ступеню становила 8 (16,0%), що не мало достовірних відмінностей у порівнянні з показником породіль групи порівняння – 6 (24,0%), $p > 0,05$, проте достовірно відрізнялось від показника породіль контрольної групи – 16 (32,0%), $p < 0,05$. Наявність даного стану не вважалось патологічним і не було підставою для виключення породіль з категорії фізіологічних пологів.

Серед жінок основної групи встановлено 2 (4,0%) випадки розривів промежини другого ступеню, що виявилось достовірно меншим у порівнянні з кількістю аналогічних випадків серед породіль групи порівняння – 4 (16,0%) та контрольної групи – 14 (28,0%), $p < 0,05$.

З приводу попередньо виконаної епізіотомії у зв'язку з проведенням вакуумекстракції плодів серед жінок основної групи діагностовано 2 (4,0%) епізіотомні рани (група порівняння – 6 (24,0%) контрольна група – 12 (24,0%), $p < 0,05$).

Загальна кількість встановлених розривів піхви та шийки матки серед породіль основної групи – 2 (4,0%) і 1 (2,0%) відповідно та групи порівняння – 3 (12,0%) і 2 (8,0%) відповідно не мали достовірних відмінностей ($p > 0,05$), проте кількість випадків у жінок основної групи виявилась достовірно меншою у порівнянні з показниками породіль контрольна група – 12 (24,0%) і 5 (10,0%), $p < 0,05$.

Серед жінок основної групи встановлено 3 (6,0%) випадків дефекту плаценти та плацентарних оболонок, що встановлювались одразу після народження посліду, не асоціювались зі збільшенням об'єму крововтрати в пологах і не мало достовірних відмінностей з кількістю випадків у жінок групи порівняння – 2 (8,0%) та контрольної групи – 3 (6,0%), $p > 0,05$). З приводу встановлення даних діагнозів виконувалось ручне обстеження

порожнини матки з видаленням залишків плацентарної тканини або плодових оболонок.

Середнє значення загальної крововтрати в пологах становило $287,9 \pm 25,8$ мл і не мало достовірних відмінностей серед жінок досліджуваних груп (основна група – $277,9 \pm 22,6$ мл, група порівняння – $286,4 \pm 26,8$ мл, контрольна група – $299,5 \pm 27,4$ мл, $p > 0,05$). Втім, слід відзначити певну кількість випадків кровотеч в ранньому післяпологовому періоді, об'єм яких до моменту зупинки не перевищував 0,5% від ваги породіллі, а їх кількість не мала достовірної відмінності серед породіль досліджуваних груп (основна група – 1 (2,0%), група порівняння – 1 (4,0%), контрольна група – 2 (4,0%), $p > 0,05$).

Середній термін встановлення лактації у жінок, основної групи мав недостовірну тенденцію до зменшення порівняно з породіллями групи порівняння (основна група – $2,5 \pm 0,3$ дні, група порівняння – $2,7 \pm 0,4$ дні, $p > 0,05$), проте виявився достовірно меншим порівняно з терміном встановлення лактації у породіль контрольної групи – $3,1 \pm 0,3$ дні, $p < 0,05$).

Під час визначення біоценозу статевих шляхів на 3 добу післяпологового періоду встановлено, що для достовірної більшості породіль основної групи та групи порівняння виявилась характерною кількість лейкоцитів, що перекривала половину поля зору (основна група – 45 (84,9%), група порівняння – 21 (77,8%), $p > 0,05$), що розцінювалось нами як варіант норми. Для достовірної більшості породіль контрольної групи виявилась характерною кількість лейкоцитів, що перекривала усе поле зору – 33 (47,1%), $p < 0,05$.

Слід відзначити, що для достовірної більшості породіль контрольної групи виявилось характерним наявність змішаної мікрофлори в піхвовому мазку – 55 (78,6%) (основна група – 33 (62,3%), група порівняння – 16 (59,3%), $p < 0,05$) з переважанням грампозитивних коків – 49 (70,0%) (основна група – 24 (45,3%), група порівняння – 14 (51,6%), $p < 0,05$) та

окремих випадків виявлення грибів роду *Candida* – 3 (4,3%) та «ключових клітин» – 6 (8,6%).

Кількість зареєстрованих ускладнень в пізньому післяпологовому періоді не мала достовірної відмінності, проте виявилась меншою серед породіль, які народжували із застосуванням гідротехнологій в першому та другому періодах пологів: лохіометра – 2 (3,8%) випадки серед жінок основної групи, 3 (11,1%) випадки серед жінок групи порівняння, 8 (11,4%) випадків серед жінок контрольній групі ($p>0,05$). Випадків субінволюції матки серед породіль основної групи не встановлено – 0 (0,0%) випадків, група порівняння – 2 (7,4%) випадки, контрольна група – 7 (7,1%) випадків, $p>0,05$).

Серед породіль основної групи встановлено достовірне коротшання часу перебування в акушерському стаціонарі після пологів: основної групи – $2,2\pm0,2$ дні, група порівняння – $2,7\pm0,3$ дні, контрольна група – $2,9\pm0,3$ дні ($p<0,05$), що додатково засвідчувало ефективність застосування гідротехнологій в першому та другому періодах пологів.

Наступне завдання дослідження передбачало оцінку психоемоційного стану породіль, яке виконувалось за допомогою опитувальника «Задоволеності жінки пологами та народженням дитини» встановлено, що відповідно до розділу «Власна спроможність» достовірної різниці в кількості балів між породіллями основної групи та групи порівняння не встановлено (основна група – $3,7\pm0,3$ балів, група порівняння – $3,4\pm0,2$ балів, $p>0,05$).

Проте, кількість балів за розділом «Власна спроможність» серед породіль контрольної групи виявилась достовірно меншою – $2,8\pm0,2$ балів (основна група – $3,7\pm0,3$ балів, група порівняння – $3,4\pm0,2$ балів), $p<0,05$). Аналогічну тенденцію відзначено серед породіль основної групи й щодо розділу «Участь в пологах» – $3,9\pm0,3$ балів (група порівняння – $3,6\pm0,2$ бали, контрольна група – $3,0\pm0,2$ бали; $p<0,05$). Відповідно до розділу «Відчуття

безпеки» достовірної різниці в кількості балів не встановлювалось (основна група – $3,9 \pm 0,2$ балів, група порівняння – $3,7 \pm 0,2$ балів, контрольна група – $3,6 \pm 0,2$ балів), $p < 0,05$). Окремо слід відзначити, що за розділом «Професійна підтримка» найбільшу кількість балів виставляли жінки основної групи – $4,0 \pm 0,3$ балів та групи порівняння – $3,8 \pm 0,2$ балів, з недостовірним переважанням по кількості балів серед жінок основної групи ($p > 0,05$).

Загальна кількість балів відповідно до опитувальника «Єдинбурзька шкала післяпологової депресії» виявилась достовірно меншою серед породіль, яким в якості методики ведення пологів в першому та другому періодах пропонувалось застосування гідротехнологій, проте не мало достовірної різниці у порівнянні з породіллями групи порівняння і становила: $6,4 \pm 0,4$ балів для жінок основної групи, $7,2 \pm 0,3$ балів для жінок групи порівняння та $10,5 \pm 0,4$ балів для жінок контрольної групи, що засвідчувало наявність тенденції до можливого розвитку депресивного стану серед породіль контрольної групи і вимагало проведення додаткової консультації з перинатальним психологом.

Оцінюючи ефективність запропонованого алгоритму ведення пологів у воді ми порівнювали акушерські та перинатальні наслідки з пологами, проведеними за традиційною методикою.

Одним з основних факторів, що визначають задоволеність породілі пологами є інтенсивність пологового болю. З огляду на отримані результати досліджень під час першого періоду пологів у жінок, які в якості методу розродження обрали альтернативний метод – пологи у воді спостерігались достовірно менші бали при оцінці пологового болю за ВАШ, що дозволяло зменшити фармакологічне навантаження шляхом відмови від застосування ММЗ пологів (контрольна група – 39 (55,7%).

Відзначено достовірно більш пізній розрив навколоплідних оболонок на фоні задовільного прогресу пологової діяльності (основна група –

8,6±0,3 см, група порівняння – 8,1±0,4 см, контрольна група – 5,6±0,3 см, $p<0,05$), не достовірне зменшення тривалості першого періоду пологів (основна група – 8,4±0,9 год, група порівняння – 8,3±1,2 год, контрольна група – 9,9±1,4 год, $p>0,05$), а також достовірно меншу кількість випадків оперативного розродження (основна група – 3 (5,7%), група порівняння – 2 (7,4%) см, контрольна група – 20 (28,6%), $p<0,05$) у роділь перший період пологів у яких проводився із застосуванням гідротехнологій

Аналізуючи результати перебігу другого періоду пологів слід відзначити не достовірне зменшення його тривалості (основна група – 28,2±1,9 хв, група порівняння – 31,6±2,8 хв, контрольна група – 33,4±3,2 хв, $p>0,05$) та достовірне зменшення інтенсивності болю (помірний біль: основна група – 48 (96,0%) випадок, група порівняння – 19 (76,0%) випадків, контрольна група – 32 (64,0%) випадки, $p<0,05$). Встановлено достовірно меншу кількість ускладнень другого перебігу пологів у роділь, які народжували у воду у порівнянні з роділлям групи порівняння та контрольної групи (дистрес плода: основна група – 2 (4,0%) випадки, група порівняння – 4 (16,0%) випадки, контрольна група – 8 (16,0%) випадків, $p<0,05$); слабкість пологової діяльності, що не піддається медичній корекції: основна група – 0 (0,0%) випадів, група порівняння – 2 (8,0%) випадки, контрольна група – 4 (8,30) випадків, $p<0,05$) з приводу яких виникала необхідність застосування хірургічного розродження шляхом накладання вакуумексатора (основна група – 2 (4,0%) випадки, група порівняння – 6 (24,0%) випадків, контрольна група – 12 (24,0%) випадків, $p<0,05$), що засвідчує ефективність пологів із застосуванням гідротехнологій у вагітних низького ризику в контексті зниження акушерських ускладнень.

Під час аналізу перебігу третього періоду пологів і раннього післяпологового періоду встановлено достовірно більшу кількість випадків фізіологічного завершення пологового акту у жінок, які в якості методу

розродження обирали альтернативний метод із застосуванням гідротерапії в першому та другому періоді пологів (основна група – 39 (78,0%), група порівняння – 14 (56,0%) контрольна група – 27 (54,0%), $p < 0,05$), що обумовлювалось достовірним зниженням рівня ускладнення пологів шляхом зменшення випадків розривів промежини другого ступеня (основна група – 2 (4,0%), група порівняння – 4 (16,0%), контрольна група – 14 (28,0%), $p < 0,05$), розривів піхви (основна група – 2 (4,0%), група порівняння – 3 (12,0%), контрольна група – 12 (24,0%), $p < 0,05$) та шийки матки (основна група – 1 (2,0%), група порівняння – 2 (8,0%), контрольна група – 5 (10,0%), $p < 0,05$) за рахунок позитивного ефекту від впливу води на тканини промежини, а також за рахунок методики неконтрольованих потуг без виконання річної допомоги в другому періоді пологів.

Позитивний ефект від запропонованого альтернативного методу розродження із застосуванням гідротехнологій в пізньому післяпологовому періоді відображався в достовірному зменшенні термінів встановлення лактації (основна група – $2,5 \pm 0,3$ дні, група порівняння – $2,7 \pm 0,4$ дні, контрольна група – $3,1 \pm 0,3$ дні, $p < 0,05$) та перебуванні в акушерському стаціонарі (основної групи – $2,5 \pm 0,2$ дні, група порівняння – $3,3 \pm 0,3$ дні, контрольна група – $3,6 \pm 0,3$ дні, $p < 0,05$) на фоні кращих показників піхвового біоценозу та недостовірно меншої кількості ускладнень післяпологового періоду (лохіометра: основна група – 2 (3,8%) випадки, група порівняння – 3 (11,1%) випадки, контрольна група – 8 (11,4%) ($p > 0,05$); субінволюція матки: основна група – 0 (0,0%) випадків, група порівняння – 2 (7,4%) випадки, контрольна група – 7 (7,1%) випадків, $p > 0,05$).

Порівнюючи перинатальні наслідки слід зауважити про відсутність достовірної різниці в випадках народження дітей з вагою, що перевищувала 4000 г серед жінок досліджуваних групи (основна група – 8 (15,1%), група порівняння – 4 (14,8%), контрольна група – 11 (15,7%), $p > 0,05$) на фоні

достовірно меншій кількості зареєстрованих випадків травматичних ушкоджень промежини, піхви та шийки матки серед породіль саме основної групи, у яких перший та другий періоди пологів проводились із застосуванням гідротехнологій.

Аналіз результатів оцінювання новонароджених за шкалою Апгар демонструє достовірно більшу кількість новонароджених від жінок, які народжували із застосуванням гідротехнологій в першому та другому періодах, оцінених у 9-10 балів на першій (основна група – 47 (88,7%), група порівняння – 19 (70,4%), контрольна група – 51 (72,9%), $p < 0,05$) та п'ятій (основної групи – 51 (96,2%), група порівняння – 21 (77,9%), контрольна група – 55 (78,6%), $p < 0,05$) хвилинах після народження порівняно з породіллям групи порівняння та контрольної групи.

Серед новонароджених від породіль основної групи відзначено достовірно меншу кількість випадків асфіксії легкого ступеня (основна група – 2 (3,7%), група порівняння – 2 (7,4%), контрольна група – 10 (14,3%), $p < 0,05$). Слід відзначити відсутність випадків СДР та ВШК серед новонароджених від породіль основної групи. Серед новонароджених від жінок групи порівняння встановлено по 1 (3,7%) випадку СДР та ВШК, а серед новонароджених від матерів контрольної групи по 3 (4,3%) випадки відповідно, що не мало достовірних відмінностей, $p > 0,05$. Достовірної різниці серед випадків жовтяниці новонароджених не відзначено (основна група – 4 (7,5%), група порівняння – 3 (11,1%), контрольна група – 8 (11,4%), $p > 0,05$).

Вищенаведені дані засвідчують ефективність запропонованого алгоритму ведення пологів із застосуванням гідротехнологій в контексті покращення акушерських та перинатальних наслідків та формування позитивного пологового досвіду, що з нашою точки зору, дозволяє розглядати «пологи у воді» в якості ефективного інструменту для реалізації безпечного материнства у практично здорових вагітних.

ВИСНОВКИ

1. Для психологічного портрету жінки яка бажає обрати варіант розродження із використанням пологів у воді є характерним динамічна зміна поглядів на стан насолоди вагітністю (в 11-12 тижнів встановлено у 73,4% вагітних, в 27-28 тижнів – у 62,0%, в 36-37 тижнів – у 56,2%, $p < 0,05$) на фоні недостатності знань про особливості перебігу пологів та післяпологового періоду (в 11-12 тижнів – 50,7%, в 27-28 тижнів – 68,6%, в 36-37 тижнів – 87,9%, $p < 0,05$). Наприкінці другого триместру вагітності встановлено початкові зміни психологічного профілю, що остаточно маніфестують в 36-37 тижнів та характеризуються як стан пов'язаний з втомою та достовірним збільшенням відсотка жінок, які маю занепокоєння і страхи пов'язані з майбутніми пологами (в 27-28 тижнів – 8,7% вагітних, в 36-37 тижнів – 42,3%, $p < 0,05$), а також болем та необхідністю знеболення (в 27-28 тижнів – 6,2% вагітних, в 36-37 тижнів – 13,5%, $p < 0,05$). Встановлено збільшення кількості вагітних які прагнуть залучити до пологів близьких родичів або чоловіка (11-12 тижнів – 24,1%, 36-37 тижнів – 46,3%, $p < 0,05$), а також стороннього помічника (в 11-12 тижнів – 12,4%, 36-37 тижнів – 53,6%, $p < 0,05$). У переважно більшій кількості жінок відзначено наявність побоювань та невпевненості щодо власного стану під час і після пологів (в 11-12 тижнів – 11,7% жінок, в 27-28 тижнів – 32,8%, в 36-37 тижнів – 27,7%, $p < 0,05$), а також страхів щодо стану народженої дитини (в 11-12 тижнів – 28,1%, в 27-28 тижнів – 34,3%, в 36-37 тижнів – 48,5%, $p < 0,05$).
2. Для виконання спроби пологів у воді можуть бути залучені практично-здорові вагітні з доношеною одноплідною вагітністю, головним передлежанням плода, необтяженим перебігом вагітності,

спонтанним початком пологової діяльності, активними переймами на момент спроби пологів у воді, нормальним розташуванням плаценти, нормальним об'ємом навколоплідних вод після отримання письмової згоди від роділлі.

3. Встановлено, що для психо-емоційного стану вагітних напередодні виконання спроби пологів у воді є характерним середній та високі рівні добробуту за результатами опитувальника «Благополуччя під час вагітності», мінімальні та слабкі рівні тривожності перед майбутніми пологами у 42% та 58% респонденток відповідно за результатами опитувальника GAD-7 та страх перед пологами у 37% вагітних, занепокоєння власною зовнішністю у 34% вагітних, хвилювання щодо народження хворої дитини у 26% вагітних за результатами опитувальника PRAQ-R/R2.
4. Проведення пологів у воді за розробленою нами методологією забезпечує максимальний емоційний та фізичний комфорт, доступність надання медичною допомоги, дозволяє знизити фармакологічне навантаження на роділлю.
5. За результатами комплексної оцінки особливостей перебігу пологів у воді встановлено: в першому періоді – відзначався достовірно більш пізній розрив навколоплідних оболонок на фоні задовільного прогресу пологової діяльності (основна група – $8,6 \pm 0,3$ см, група порівняння – $8,1 \pm 0,4$ см, контрольна група – $5,6 \pm 0,3$ см, $p < 0,05$), менша кількість випадків сильного пологового болю – 9,1% та 8,8% відповідно, контрольна група – 28,0%, $p < 0,05$, дистресу плода – 3,7% та 3,7% відповідно (контрольна група – 14,3%, $p < 0,05$), слабкості пологової діяльності – 6,1% та 5,9% відповідно (контрольна група – 20,0%, $p < 0,05$); в другому періоді пологів – встановлено достовірно меншу кількість випадків сильного пологового болю (основна група – 4,0%, група порівняння – 16,0%, контрольна група – 16,0%, $p < 0,05$),

дистресу плода – 4,0%, група порівняння – 14,8%, контрольна група – 15,4%, $p < 0,05$, слабкості пологової діяльності (група порівняння – 8,0%, контрольна група – 8,0%, $p < 0,05$).

В третьому періоді пологів встановлено достовірну більшість породіль з фізіологічним завершенням пологового акту (основна група – 78,0%, група порівняння – 56,0%, контрольна група – 54,0%, $p < 0,05$) за рахунок меншої кількості розривів промежини другого ступеня (основна група – 4,0%, група порівняння – 16,0%, контрольна група – 28,0%, $p < 0,05$), розривів піхви та шийки матки (основна група – 4,0% і 2,0% відповідно, група порівняння – 12,0% і 8,0% відповідно, контрольна група – 24,0% і 10,0% відповідно, $p < 0,05$).

6. В післяпологовому періоді встановлено, що для породіль, які народжували із застосуванням гідротехнологій характерні достовірно кращі результати, відповідно до опитувальника «Задоволеність жінки пологами та народженням дитини» та опитувальника «Единбурзька шкала післяпологової депресії», що є пріоритетним для формування позитивного пологового досвіду.

У післяпологовому періоді відзначено зменшення термінів встановлення лактації (основна група – $2,5 \pm 0,3$ дні, група порівняння – $2,7 \pm 0,4$ дні, контрольна група – $3,1 \pm 0,3$ дні, $p < 0,05$) та перебування в акушерському стаціонарі (основної групи – $2,2 \pm 0,2$ дні, група порівняння – $2,7 \pm 0,3$ дні, контрольна група – $2,9 \pm 0,3$ дні, $p < 0,05$) на фоні кращих показників піхвового біоценозу та недостовірно меншої кількості ускладнень післяпологового періоду (лохіометра: основна група – 3,8%, група порівняння – 11,1% в, контрольна група – 11,4% випадків відповідно, $p > 0,05$); субінволюція матки: основна група – відсутні, група порівняння – 7,4%, контрольна група – 7,1% випадків, $p > 0,05$).

7. Аналіз акушерських та перинатальних наслідків продемонстрував достовірно меншу кількість випадків оперативного розродження в першому (основна група – 5,7%, група порівняння – 7,4%, контрольна група – 28,6%, $p < 0,05$) та в другому (основна група – 4,0%, група порівняння – 24,0%, контрольна група – 24,0%, $p < 0,05$) періодах пологів; достовірно більшу кількість новонароджених, оцінених у 9-10 балів на першій (основна група – 88,7%, група порівняння – 70,4%, контрольна група – 72,9%, $p < 0,05$) та п'ятій (основної групи – 96,2%, група порівняння – 77,9%, контрольна група – 78,6%, $p < 0,05$) хвиликах після народження, на фоні відсутності достовірної різниці в кількості народжених дітей з масою тіла, що перевищувала 4000 грамів та достовірно меншій кількості випадків асфіксії легкого ступеня (основна група – 3,7%, група порівняння – 7,4%, контрольна група – 14,3%, $p < 0,05$).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Під час вибору кандидаток для проведення спроби пологів у воді слід приділяти увагу даним анамнезу (інфекційного, соматичного, гінекологічного, акушерського), результатам загально-клінічного та акушерського обстежень, даним, отриманим під час дослідження антенатального стану плода, а також результатами визначення психо-емоційного стану з метою залучення до даного типу пологів умовно-здорових вагітних.
2. Для забезпечення можливості проведення пологів із застосуванням гідротехнологій заклад надання допомоги має бути забезпечений: кваліфікованим персоналом, досвідченим у веденні саме даного типу пологів, ванною, прорезиненою тканиною для розміщення навколо ванної для запобігання вбиранню вологи та можливості послизнутись для роділлі, її партнера або медичного персоналу, одноразовою індивідуальною прорезиненою тканиною для забезпечення роділлі у ванній комфортних умов, водним термометром.
3. З метою уникнення гіпертермії під час пологів ми вважаємо за доцільне заохочувати роділлю до вживання великої кількості прохолодної рідини, а з метою уникнення кетоацидозу – вживання їжі, або солодких цукерок.
4. Кратність аускультації серцебиття плода в першому та другому періодах пологів, а також виконання піхвового дослідження під час проведення пологів у воді має відповідати нормам, зазначеним в уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги № 170 від 26 січня 2022 року «Фізіологічні пологи».

5. З метою зниження інтенсивності болю під час першого та другого періодів пологів ми вважаємо за доцільне утримувати температуру води у ванні на рівні 37,0°C.
6. З метою зменшення кількості акушерських та перинатальних ускладнень під час другого періоду пологів ми рекомендуємо заохочувати роділлю до неконтрольованих потуг без надання ручної акушерської допомоги, а під час народження плечиків і тіла дитини медичний персонал має бути переконаним в повному зануренні новонародженого у воду з метою уникнення контакту з повітрям, що може призвести до передчасної активації дихального центру
7. Відтермінування затискання та перерізання пуповини до моменту вилучення новонародженого з води з метою з метою уникнення стимуляції дихального центру, а після розташування новонародженого на грудях породіллі – послідовне виконання теплового ланцюжка.
8. Враховуючи додаткові параметри (температура води, час занурення роділлі у ванну, супровід медичного персоналу, вимірювання температури тіла, пульсу та артеріального тиску роділлі кожну годину, сечовипускання – кожні дві години) яким має бути приділена особлива увага з боку персоналу, який забезпечує проведення пологів із застосуванням гідротехнологій, ми вважаємо за доцільне використовувати модифіковану партограму для проведення пологів у воді.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Антонюк, Є.С., Станін, Д.М. Оцінка ефективності знеболення пологів шляхом епідуральної аналгезії. Наукові читання імені О.О. Богомольця: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченій 140-річчю з дня народження академіка О.О. Богомольця (24 травня 2021 р.). НМУ імені О.О. Богомольця, Київ, 2021: 94.
2. Артемова, Я.В. Психологічні аспекти проявів безпліддя у жінок середнього віку: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія». Запоріжжя : ЗНУ, 2021: 81 с.
3. Астахов, В.М., Бацилєва, О.В., Пузь, І.В. Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок із різним типом психологічного компонента гестаційної домінанти. Запорожский медицинский журнал. 2020; 22 (5): 701-708.
4. Баришнікова, В. Проблематика пологового болю в психотерапії та акушерській практиці. Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ», (November 24, 2023; Seoul, South Korea): 240-243.
5. Басюга, І.О., Пахаренко, Л.В., Жураківський, В.М. Пристосування жінок під час вагітності та після пологів до больового синдрому. Theoretical and scientific bases of development of scientific thought. 2021; 5: 289.
6. Басюга, І.О., Пахаренко, Л.В., Жураківський, В.М., Гінчицька, Л.В., Ласитчук, О.М. Знеболення пологів—сучасні підходи. Interaction of society and science: problems and prospects. 2021; 3: 197.
7. Бацилєва О. В. Тип психологічного компоненту гестанційної домінанти та особливості внутрішньосімейних взаємин: емпіричне дослідження. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: матеріали VI Всеукр. наук.-практ. конф., Київ, 18 листоп. 2021 р. / Ін-т психології ім. Г. С.

- Костюка НАПН України [та ін.] ; [редкол.: О. В. Бацилева (голов. ред.) та ін.]. Київ, 2021: 16-19.
8. Бондарчук, А.Ю. Вплив партнерських пологів на психоемоційний стан жінки. Теоретичні та методологічні проблеми практичної психології, її перспективи: Збірник доповідей міжвузівської студентської науково-практичної онлайн-конференції, присвяченої 130-річчю з Дня народження К. Левіна.—Кропивницький, 2020: 381 с.
 9. Вигівська, Л.М., Майданник, І.В., Олешко, В.Ф. Стан біоценозу піхви у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій. *Health of Woman*. 2019; 7 (143): 74-79
 10. Воробйова, І.І., Скрипченко, Н.Я., Ткаченко, В.Б., Толкач, С.М., Раздайбедін, С.М. Особливості розвитку запальних реакцій у плаценті при пологах на різних термінах гестації. *Репродуктивна ендокринологія*. 2020; 3 (53): 44-48.
 11. Геряк, С.М., Кучмій, В.Ю., Буряк, М.В., Багній, Л.В. Особливості перебігу пологів у жінок-тимчасово переміщених осіб, які перенесли стрес внаслідок військової агресії. *Reproductive Health of Woman*. 2024; 72 (2): 18-23.
 12. Говсєєв, Д.О., Романенко, А.М. Жіночий досвід у перинатальному періоді. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2023; 2 (94): 51-56.
 13. Губа, Н. О., Мосол, Н. О., Сюсюка, В. Г. Перинатальний психологічний супровід. В кн.: Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості Херсон: ФОП Вишемирський В.С. 2019: 153-172.
 14. Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» № 170. 2022: 7-46.

- 15.Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність» № 1437. 2022: 8-17.
- 16.Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. Клінічний протокол «Акушерські кровотечі». Наказ Міністерства охорони здоров'я України 24.03.2014 № 205: 38.
- 17.Жабченко, І.А., Тертична-Телюк, С.В., Корнієць, Н.Г. Перинатальні аспекти збереження вагітності на тлі хронічного стресу. Репродуктивная ендокринология. 2019; 1 (45): 29-34.
- 18.Жабченко, І.А. Сучасні підходи до профілактики акушерського травматизму та його наслідків. Медичні аспекти здоров'я жінки. 2020; 1: 5–10.
- 19.Жданова, І.В., Малєєва, К.А. Актуальні питання перинатальної психології. Publishing House “Baltija Publishing”. 2020: 35-38.
- 20.Жук, С.І., Щуревська, О.Д. Нейроімунологія стресової вагітності. Здоровье женщины. 2020; 5-6: 58-62.
- 21.Кобилецька, Н.А. Профілактика аномалій пологової діяльності та перинатальної патології з використанням партнерських пологів. [автореферат]. МОЗУ, Національна мед. акад. післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Київ. 2019.19 с.
- 22.Коренєва, Ю.П. Психологічне ставлення до материнства і ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. Психологічні перспективи. 2019; 32: 149-161.
- 23.Корсак, В.В., Пацкань, І.І. (2021, March). Вплив мікробіотома піхви на перебіг вагітності і родів. In The 7th International scientific and practical conference “World science: problems, prospects and innovations”(March 24-26, 2021) Perfect Publishing, Toronto, Canada. 2021: 903 p. (p. 397).

24. Корчинська, О.О., Костур, К.П., Чабан, А.Ю. і співавт. Вплив партнерських пологів на перебіг розродження та післяпологового періоду. Проблеми клінічної педіатрії. 2020; 1-2: 91-97.
25. Кучин, Ю.Л., Говсєєв, Д.О., Белка, К.Ю., Романенко, А.М. Знеболення вагінальних пологів у місті Києві (Україна). Pain, Anaesthesia & Intensive Care. 2021; 2 (95): 39-46.
26. Лісіна, О.В. Роль професійної компетентності медичної сестри у підготовці подружньої пари до партнерських пологів. Doctoral dissertation, Тернопіль. 2021. Електронний ресурс <https://repository.tdmu.edu.ua/handle/123456789/17159>.
27. Маланчук, Л.М., Лісіна, О.В., Маланчук, С.Л., Мартинюк, В.М., Маланчук, А.С. Оцінка ставлення молоді до партнерських пологів за результатами анкетування. Медсестринство. 2021; 2: 31-34.
28. Малєєва, К.А. Світовий досвід надання психологічної допомоги вагітним жінкам. Габітус. 2022; 41: 290-294/
29. Маноліївна, С.В., Струс, Ю.А. Золотий стандарт знеболювання пологів-епідуральна анестезія. The 4 th International scientific and practical conferenc-Priority directions of science and technology development (December 20-22, 2020), Kyiv, Ukraine. 2020. 1472 p. (p. 168).
30. Невишна, Ю.В. Ефективна допологова підготовка – запорука успішних пологів, психоемоційного та фізичного здоров'я жінки. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2021; 1: 123-128.
31. Невишна, Ю.В. Оцінка перебігу пологів та післяпологового періоду залежно від типів проведення допологової підготовки. Клінічна та експериментальна патологія. 2021; 20.2 (76): 51-56.
32. Невишн, Ю.В. Сучасні погляди на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень у здорових вагітних (огляд літератури). Репродуктивное здоровье женщины. 2021; 1: 49-53.

- 33.Носенко, О.М., Ханча, Ф.О. Психологічний компонент гестаційної домінанти у жінок пізнього репродуктивного віку з вагітністю, індукованою в циклах допоміжних репродуктивних технологій. Вісник морської медицини. 2023; 2 (99): 89-98.
- 34.Ночвіна, О.А. Роль мікробіоценозу піхви в генезі невиношування вагітності. Reproductive endocrinology. 2019: (45); 22-28.
- 35.Печеряга, С. В., Пасічник, А.В. Партнерські пологи як шлях до зменшення акушерських ускладнень. Proceedings of the XXII International Scientific and Practical Conference «Multidisciplinary Academic Research, Innovation and Results». Prague, Czech Republic June 07 – 10, 2022: 405.
- 36.Полікарпова, І. С., Маринчина, І.М. Партнерські пологи як ефективний метод знеболення. The 16th International scientific and practical conference “Modern science: innovations and prospects”(December 11-13, 2022) SSPG Publish, Stockholm, Sweden. 2022. 547 p. (p. 80).
- 37.Попеску, А.В., Цисар, Ю.В. Вплив партнерських пологів на перебіг пологової діяльності. Медичний форум. 2020; 21 (21): 60-62.
- 38.Романенко, А.М. Обґрунтування вибору методу знеболення вагінальних пологів шляхов визначення рівня задоволеності жінки пологами та народженням дитини. Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 2023: 203.
- 39.Романенко, А.М., Кучин, Ю.Л. Рівень задоволеності жінки пологами та народженням дитини в залежності від методу знеболення вагінальних пологів. Pain, Anaesthesia & Intensive Care. 2022; 2 (99): 49-55.
- 40.Скрипченко, Н.Я., Невишна, Ю.В., Карпенко, О.П. Застосування транскраніальної електростимуляції в підготовці до партнерських пологів. Перинатология и педиатрия. 2018; 4 (76): 54-57.

- 41.Скрипченко, Н.Я., Невишна, Ю.В. Актуальні аспекти перебігу пологів у здорових жінок за даними ретроспективного аналізу. Буковинський медичний вісник. 2021; 25; 2 (98): 109-113.
- 42.Скрипченко, Н.Я., Невишна, Ю.В. Оцінка стану особистої та ситуативної тривожності, показників стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем організму як маркера ефективності допологової підготовки. Український журнал Перинатологія і Педіатрія. 2021; 3 (87): 17-22.
- 43.Сюсюка, В.Г., Волошина, І.М. Психологічна та фізична підготовка сім'ї до пологів: історичний аспект і сучасні тенденції. Здоров'я жінки. 2020; 4: 7-13.
- 44.Титаренко, Н.В. Кукуруза, І.Л., Бевз, Г.В. і співавт. Епідуральна анестезія в пологах. Стандарт дій медичного персоналу. 2020-01-12. Електронний ресурс: https://anest.vn.ua/file/standart_edu_2018.pdf
- 45.Усевич, І.А. Вплив партнерських пологів на адаптаційні можливості роділей. Здоровье женщины. 2019; 5: 42-44.
- 46.Фартушок, Т.В., Фартушок, Н.В., Мильо, Х. Роль психо-емоційної сфери вагітної жінки у перебігу гестаційного процесу. International scientific journal «Grail of Science». 2021; 2-3: 572-579.
- 47.Черкас Р. Особливості перебігу пологів як чинник психоемоційного стану матері у її стосунках із немовлям: магістерська робота: (053 «Психологія»); Український католицький університет; кафедра психології та психотерапії. – Львів: УКУ, 2023: 75/
- 48.Шелест, Т.Д., Сніцар, Ю.Р. Сучасні аспекти партнерських пологів. The 10th International scientific and practical conference “Actual trends of modern scientific research”(May 9-11, 2021) MDPC Publishing, Munich, Germany. 2021. 435 p. (p. 82).
- 49.ACOG Committee Opinion Number 679. Immersion in water during labor and delivery. ACOG. <https://www.acog.org/clinical/clinical->

[guidance/committee-opinion/articles/2016/11/immersion-in-water-during-labor-and-delivery](#)

50. Alderdice F, McNeill J, Gargan P, Perra O. Preliminary evaluation of the Well-being in Pregnancy (WiP) questionnaire. *J Psychosom Obs Gynaecol*. 2017; 38:133-142.
51. Aleksina, N., Gerasimenko, O., Lavrynenko, D., Savchenko, O. (2024). Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2024; 11: 77-103.
52. Angelis, C., Angelis, C., Santangelo, F. et al. Immersion in water during labor and delivery. *Perinatal Journal*. 2020; 28: 202-205.
53. Anim-Somuah, M., Smyth, R.M.D., Cyna, A.M., Cuthbert, A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; 5: CD000331.
54. Anna, F., Czech, I., Fuchs, P. et al. Methods of labor pain relief – analysis and comparison. *GinPolMedProject*. 2017; 3 (45): 014-018.
55. Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Espinosa, M. Framework for the establishment of a feasible, tailored and effective perinatal education programme. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 8. 17 (1): 58.
56. Associate Director of Midwifery (Physiological Birth). Clinical Guideline. Water for Labour and Birth. Auckland District Health Board. 2021 October. NMP200/SSM/060 - v04.00.
57. Aziato, L., Kyei, A.A., Deku, G. Experiences of midwives on pharmacological and non-pharmacological labour pain management in Ghana. *Reprod Health*. 2017;14 (1): 128.
58. Baljon, K.J., Romli, M.H., Ismail, A.H. et al. Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among

- primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2020; 10 (6): e033844.
- 59.Barimani, M., Frykedal, K.F., Rosander, M., Berlin, A. Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery*. 2018; 57, 1-7.
- 60.Baryshnikova, V.V. (2022). Використання засобів віртуальної реальності для релаксації вагітних та породіль: результати пілотажного дослідження. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2022; 8; 89-109.
- 61.BCCNM. Guideline for the use of water in labour and birth. British Columbia College of Nurses and Midwives. 2021 February. № 863.
- 62.Beniuk V.O., Ginzburg V.G., Vygivska L.M. et al. Assessment of correction effectiveness of psychoemotional state in pregnant women after application of assisted reproductive technologies. *Medicni perspektivi*. 2021; 26 (4): 131-138.
- 63.Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K. et al. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19 (1): 466.
- 64.Bist, L., Viswanath, L., Nautiyal, R. Childbirth preparation: concept article. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 2021; 8 (3): 2197-2206. ISSN: 2515-8260 .
- 65.Bohren, M.A., Berger, B.O., Munthe-Kaas, H., Tunçalp. Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 3 (3): CD012449.
- 66.Bolanthakodi, C., Raghunandan, C., Saili, A., Mondal, S., Saxena, P. Prenatal yoga: effects on alleviation of labor pain and birth outcomes. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2018; 24 (12): 1181-1188.
- 67.Bonsignore, A., Buffelli, F., Ciliberti, R. et al. Medico-legal considerations on “Lotus Birth” in the Italian legislative framework. *The Italian Journal of*

- Pediatrics/Italian Journal of Pediatrics. 2019; 45 (1).
<https://doi.org/10.1186/s13052-019-0632-z>
68. Boryri, I., Noori, N.M., Teimouri, A., Yaghobinia, F. The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study). *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2016; 21 (3): 239-246.
 69. Broughton, K., Clark, A.G., Ray, A.P. Nitrous oxide for labor analgesia: what we know to date. *Ochsner Journal.* 2020; 20 (4): 419-421.
 70. Bunesco, O. Pre and Postnatal Experiential Counseling in the Online Environment. A Case Study. *Journal of Experiential Psychotherapy/Revista de PSIHOterapie Experientiala.* 2021; 24 (2): 52-58.
 71. Carlsson, T., Ulfsdottir, H. Waterbirth in low-risk pregnancy: An exploration of women's experiences. *J Adv Nurs.* 2020; 76 (5): 1221-1231.
 72. Carr, D., Lythgoe, J. Use of acupuncture during labour. *Pract Midwife.* 2014; 17 (5): 10-12.
 73. Center For Reproductive Rights. Safe Motherhood and Reproductive Health Rights Act. Forum for Women, Law and Development (FWLD). 2018 (2075/06/02 B.S).
 74. Chaillet, N., Belaid, L., Crochetière, C. et al. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth.* 2014; 41 (2): 122-137.
 75. Chan J.C., Nugent B.M., Bale T.L. Parental Advisory: Maternal and Paternal Stress Can Impact Offspring Neurodevelopment. *Biological Psychiatry.* 2018; 83: 886–894.
 76. Cheng, F.K. Using Acupuncture in Labor Pain and Childbirth-Related Issues: A Narrative Review. *International Journal of Childbirth.* 2020; 9 (3): 120-144.
 77. Chu, A., Ma, S., Datta, S. Analgesia in labour and delivery. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine.* 2017; 27 (6): 184-190.

- 78.Clews, C., Church, S., & Ekberg, M. Women and waterbirth: A systematic meta-synthesis of qualitative studies. *Women and Birth*. 2020; 33 (6): 566-573.
- 79.Cluet, E.R., Burns, E., Cuthbert, A. Immersion in water during labour and birth. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018; 5 (5): CD000111.
- 80.Crowther, S., Mellor, C. Mindfulness in childbirth preparation. *Mindfulness in the Birth Sphere: Practice for Pre-conception to the Critical 1000 Days and Beyond*. 2022: 316 p.
- 81.Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A. et al. Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief-Establishment of Effectiveness and Comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 15: 2792. 10.3390/ijerph15122792.
- 82.Darmstadt, G.L. Ensuring healthy pregnancies, births, and babies. *Semin Perinatol*. 2015; 39 (5): 321-325.
- 83.Davies, R., Davis, D., Pearce, M., Wong, N. The effect of waterbirth on neonatal mortality and morbidity: a systematic review and meta-analysis. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2015; 13: 180-231.
- 84.DeBaets, AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 216 (1): 31.
- 85.Dellagiulia, A., Lionetti, F., Pastore, M. et al. The Pregnancy Anxiety Questionnaire Revised-2. *European Journal of Psychological Assessment*. 2020; 36 (5): 787–795.
- 86.Deshmukh, V.L., Ghosh, S.S., Yelkar, K.A., Gadappa, S.N. Effects of epidural labour analgesia in mother and foetus. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2018; 68: 111-116.
- 87.Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., Pierre, F. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2017; 208: 46-54.

- 88.Desseauve, D., Pierre, F., Gachon, B. et al. New approaches for assessing childbirth positions. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*. 2017; 46 (2): 189-195.
- 89.Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., Metin Gülmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*. 2016;123 (4): 529–539.
- 90.Dr Claire, F., Ethel B., Normal Birth 9. Optimising Physiology: Labouring in Water and Waterbirth. *The Practising Midwife*. 2021; 24 (5).
<https://doi.org/10.55975/PNUQ2484>
- 91.Duncan, L.G., Shaddix, C. Mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP): innovation in birth preparation to support healthy, happy families. *International journal of birth and parent education*. 2015; 2 (2): 30.
- 92.Eve-Line, B. et al. Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A meta-analysis of prospective studies/ *Developmental Review*. 2015; 36: 179–199.
- 93.El-Wahab, N., Robinson, N. Analgesia and anaesthesia in labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2014; 24 (4): 97-102.
- 94.Entringer S., Buss C., Wadhwa P.D. Prenatal stress, development, health and disease risk: A psychobiological perspective-2015 Curt Richter Award Paper. *Psychoneuroendocrinology*. 2015; 62: 366-375.
- 95.Esencan, T.Y., Rathfisch, G. Effects of Yoga and Meditation on the Birth Process. *Alternative Therapies in Health & Medicine*. 2023; 29(1): 6-14.
- 96.Evertz, K., Janus, L., Linder, R. et al. *Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology*. Springer, New York. 2020: 817 p.
- 97.Fair F., Raben L., Watson H. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLoS One*. 2020. URL: [journal.pone.0228378](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378).

98. Feeley, C., Cooper, M., & Burns, E. A systematic meta-thematic synthesis to examine the views and experiences of women following water immersion during labour and waterbirth. *Journal of advanced nursing*. 2021; 77 (7): 2942–2956.
99. Feeley, C. *Supporting Physiological Birth Choices in Midwifery Practice: The Role of Workplace Culture, Politics and Ethics*. 2023. 10.4324/9781003265443.
100. Fortier, J.H., Godwin, M. (2015). Doula support compared with standard care: Meta-analysis of the effects on the rate of medical interventions during labour for low-risk women delivering at term. *Canadian Family Physician*. 2015; 61(6): e284-e292.
101. Gayiti, M.R.Y., Li, X.Y., Zulifeiya, A.K. et. al. Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2015; 19 (9): 1554-1558.
102. Gibson E. Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. *Women Birth*. 2014; 27 (3):185-189.
103. Gluck, O., Pinchas-Cohen, T., Hiaev, Z. et al. The impact of childbirth education classes on delivery outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2020; 148 (3): 300-304.
104. Government of Western Australia (2017). *Statewide Clinical Guidelines for Women Requesting Immersion in Water for Pain Management during labour and/or Birth*. 2017: 21 p.
105. Green, J., Hotelling, B.A. Healthy birth practice: bring a loved one, friend, or doula for continuous support. *J Perinat Educ*. 2014; 23(4): 194-197.
106. Grizhimalsky, Y., & Harha, A. Patient-controlled epidural analgesia for labor—a step forward in Ukrainian obstetrics. *Pain medicine*. 2019; 4 (3): 67-70.

107. Grizhymalskyi, Y.V., Harha, A.I., Sulimenko, Y.V. A modern approach to pain relief in labour. *Pain medicine*. 2020; 5 (4): 36-42.
108. Gruber, K.J., Cupito, S.H., Dobson, C.F. Impact of doulas on healthy birth outcomes. *The Journal of perinatal education*. 2013; 22 (1): 49-58.
109. Guideline for the use of water during labour and birth. Milton Keynes University Hospital NHS/ Foundation Trus. 2022; 22 p.
110. Gupta, J.K., Sood, A., Hofmeyr, G.J., Vogel, J.P. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; (5): CD002006.
111. Harizopoulou, V.C., Saranti, E., Antonakou, A., Vivilaki, V. The importance of online childbirth preparation courses. *European Journal of Midwifery*. 2024; 1-4.
112. Haseli A, Ghiasi A, Hashemzadeh M. Do Breathing Techniques Enhance the Effect of Massage Therapy in Reducing the Length of Labor or not? a Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci*. 2019; 8 (4): 257-263.
113. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study. *ReprodHealth*. 2019; 16 (1): 160.
114. Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. Primiparous women's knowledge and satisfaction based on their attendance at childbirth preparation classes. *Nursing Open*. 2021; 8(5), 2558-2566.
115. Hellams, A., Sprague, T., Saldanha, C., & Archambault, M. Nitrous oxide for labor analgesia. *JAAPA*. 2018; 31 (1): 41-44.
116. Hill B, McPhie S, Fuller-Tyszkiewicz M, Gillman MW, Skouteris H. Psychological health and lifestyle management preconception and in pregnancy. *Semin Reprod Med*. 2016; 34 (2): 121-128.

117. Hillmann, B.R., Stamm, A.M. Knowledge, attitude and practice regarding pharmacological methods of labor analgesia. *BrJP*. 2019; 2(1): 14-19.
118. Hodgson, Z.G., Comfort, L.R., Albert, A.Y. Water Birth and Perinatal Outcomes in British Columbia: A Retrospective Cohort Study. *J Obstet Gynaecol Can*. 2020; 42 (2): 150-155.
119. Hoffmann, L., Hilger, N. Riolino, E. et al. Partner support and relationship quality as potential resources for childbirth and the transition to parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023: 23 p.
120. Houser, T., DeButy, K., Beal, C.C. Implementation of an evidence-based practice change to offer nitrous oxide during labor. *Nursing for Women's Health*. 2019; 23 (1): 11-20.
121. Huang, J., Zang, Y., Ren, L.H. et al. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *Int J Nurs Sci*. 2019; 6 (4): 460-467.
122. Huizink, A.C., Delforterie, M.J., Scheinin, N.M. et al. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire-revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Archives of women's mental health*. 2016; 19 (1): 125-132.
123. Hypnobirthing Breathing Techniques for Labour | Ecofeminist Mama. 2022 May. <https://www.ecofeministmama.com/birth-blog/hypnobirthing-breathing-techniques-for-labour-pdf/>
124. ICEA Position Paper. The Role and Scope of Birth Doula Practice. 2015. https://www.icea.org/wp-content/uploads/2016/01/Role_Scope_Doula_PP.pdf
125. Jordan, A., McKinney, M.D., Gustavo V. Water birth: a systematic review and meta-analysis of maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2024; 230 (3): 961-979.

126. Kandasamy, R., Ravi, C. An overview of water birth and its benefits. *Pondicherry Journal of Nursing*. 2022; 14 (4): 91- 93.
127. Kelly, L., Kurinczuk, J.J., Fitzpatrick, R. Refinement of the Well-being in Pregnancy (WiP) questionnaire: cognitive interviews with women and healthcare professionals and a validation survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22 (1): 325.
128. Kim, P., Strathearn, L., Swain, J.E. The maternal brain and its plasticity in humans. *Horm Behav*. 2016; 77: 113-123.
129. Kim P. Human Maternal Brain Plasticity: Adaptation to Parenting. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2016; 153: 47-58.
130. Kleiman, K., Wenzel, A. Principles of Supportive Psychotherapy for Perinatal Distress. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2017; 46: 10.1016/j.jogn.2017.03.003.
131. Kolivand, M., Almasi, A., Heydarpour, S. Comparison between the outcomes of water birth and normal vaginal delivery. *Journal of midwifery and reproductive health*. 2014; 2(4): 220-226.
132. Kovala, S., Cramp, A.G., Xia, L. Prenatal Education: Program Content and Preferred Delivery Method From the Perspective of the Expectant Parents. *J. Perinat. Educ*. 2016; 25 (4): 232-241.
133. Koyuncu, S.B., Bülbül, M. The impact of yoga on fear of childbirth and childbirth self-efficacy among third trimester pregnant. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2021; 44: 101438.
134. Koyyalamudi, V., Sidhu, G., Cornett, E.M. et al. New Labor Pain Treatment Options. *Curr Pain Headache Rep*. 2016; 20 (2): 11.
135. Kyejo, W., Rubagumya, D., Mwalo, C. et al. Do not detach the placenta from my baby's cord - Lotus birth case series from Tanzania tertiary hospital. *International journal of surgery case reports*. 2022; 99: 107630.
136. Ledenfors, A., Berterö, C. First-time fathers' experiences of normal childbirth. *Midwifery*. 2016; 40: 26–31.

137. Levett, K.M., Smith, C.A., Bensoussan, A. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open*. 2016; 6 (7): e010691.
138. Lunda, P., Minnie, C. S., Benadé, P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018; 18: 1-11.
139. Madden, K., Middleton, P., Cyna, A.M. et al. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; (5): CD009356.
140. Marín, N., Ambit, G. García, J. et al. Complementary techniques of relaxation and non-pharmacological analgesia during childbirth: systematic review. *Enfermería Global*. 2024; 23: 458-490.
141. Martyniuk, I. Соціально-психологічні детермінанти самооцінки вагітних жінок. *Psychological Journal*. 2020; 6 (10): 57-65.
142. Maude, R.M., Kim, M. Getting into the water: a prospective observational study of water immersion for labour and birth at a New Zealand District Health Board. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20: 312 p.
143. Mayanglambam, P.. Water birth: A boon for the mother. *IJAR* 2016; 2 (10): 12-14.
144. McCullough, J.E.M., Close, C., Liddle, S.D. et al. A pilot randomised controlled trial exploring the effects of antenatal reflexology on labour outcomes. *Midwifery*. 2017; 55: 137-144.
145. Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. 2022, September 19.
146. Mestrović, A., Bilić, M., Loncar, L.B. et al. Psychological Factors in Experience of Pain During Childbirth. 2015; 39: 557-565.

147. Moirangthem, R. All We Need to Know About Water Birth: An Overview. *International Journal of Science and Research (IJSR)*. 2024; 13: 748-749.
148. Moraes, E.V., Campos, R.N., Avelino, M.M. Depressive symptoms in pregnancy: the influence of social, psychological and obstetric aspects. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016; 38 (6): 293-300.
149. Murphy, T. The Oxford handbook of perinatal psychology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2017; 35. 1-2.
150. Nakonechna, A.V. Перинатальна психологія: емоційне вигорання матері. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. 2022; 13 (1): 109-116.
151. Nanji, J.A., Carvalho, B. Pain management during labor and vaginal birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020; 67: 100-112.
152. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 Dec. PMID: 25950072.
153. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance: National Institute for Health and Care Excellence, 2014. URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
154. National Institute of Clinical Excellence (NICE). NICE guideline: Intrapartum Care. London: NICE. 2023 September. pp. 6-126.
155. Nodine, P.M., Collins, M.R., Wood, C.L. et al. Nitrous oxide use during labor: satisfaction, adverse effects, and predictors of conversion to neuraxial analgesia. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2020; 65 (3): 335-341.

156. Nori, W., Kassim, MAK, Helmi, Z.R. et al. Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12 (23):7203.
157. O'Brien, J., Gregg, L., Wittkowski, A. A systematic review of clinical psychological guidance for perinatal mental health. *BMC psychiatry*. 2023; 23 (1): 790.
158. Odent, Michel. The doula phenomenon and authentic midwifery: protection as a keyword. *Midwifery Today Int Midwife*. 2012; 9-11.
159. Ojo, O.A., Mehdiratta, J.E., Gamez, B.H. et al. Comparison of Programmed Intermittent Epidural Boluses With Continuous Epidural Infusion for the Maintenance of Labor Analgesia: A Randomized, Controlled, Double-Blind Study. *Anesth Analg*. 2020; 130 (2): 426-435.
160. Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y. et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*. 2018; 8(10): e020347.
161. Overview: Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service guidance: Guidance. NICE. 2014 Dec (Upd. 2020 Feb).
162. Ozgoli, G., Sedigh Mobarakabadi, S., Heshmat, R. et al. Effect of LI4 and BL32 acupressure on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med*. 2016; 29: 175-180.
163. Pandya, S.T. Labour analgesia: Recent advances. *Indian journal of anaesthesia*. 2010; 54 (5): 400-408.
164. Paquier, L., Barlow P., Paesmans M. Do recent immigrants have similar obstetrical care and perinatal complications as long-term residents? A retrospective exploratory cohort study in Brussels. *BMJ Open*. 2020.

165. Paramasivam, T., Mariappan, U., Chan, C. M. Mixed-Method Pilot Study: Effectiveness of HypnoBirthing in labour Outcomes. In Sciendo eBooks 2019: pp. 1–11.
166. Poder, T.G. Water immersion during labor and birth: is there an extra cost for hospitals? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2017; 23(3): 498-501.
167. Poh, H.L., Koh, S.S., He HG. An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *Int Nurs Rev*. 2014; 61 (4): 543-554.
168. Ranjbaran, M., Khorsandi, M., Matourypour, P., Shamsi, M. Effect of Massage Therapy on Labor Pain Reduction in Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Clinical Trials in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017; 22 (4): 257-261.
169. RANZCOG statement. Warm water immersion during labour and birth. (C-Obs-24). 2024 March.
170. Razurel, C., Kaiser B., Antoniet J. P. Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women & Health*. 2017; 57: 154-172.
171. Reviriego-Rodrigo, E., Ibargoyen-Roteta, N., Carreguí-Vilar, S. et al. Experiences of water immersion during childbirth: a qualitative thematic synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023; 23: 395.
172. Richardson, M.G., Lopez, B.M., Baysinger, C.L. et al. Nitrous oxide during labor: maternal satisfaction does not depend exclusively on analgesic effectiveness. *Anesthesia & Analgesia*. 2017; 124 (2): 548-553.
173. Richardson, M.G., Raymond, B.L., Baysinger, C.L. et al. A qualitative analysis of parturients' experiences using nitrous oxide for labor analgesia: It is not just about pain relief. *Birth*. 2019; 46 (1): 97-104.

174. Rojas-Valenciano, L., Brenes-Garita, S., López-Quirós, L. Impact of Prenatal Education Program Given By Midwives to Optimize the Development of the Labor, Delivery and Postpartum of Primiparous Women in Hospital Attention: A Systematic Review. *J Cur Tre Nur Health Care*. 2020; 1 (1): 106.
175. SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice. Analgesia for Labour and Birth (Pharmacological). South Australian Perinatal Practice Guideline. Department for Health and Wellbeing, Government of South Australia. 2022; p. 3-26.
176. Santora, E. The Impact of the Safe Motherhood Initiative from 1987 to 2000. *Embryo Project Encyclopedia*. 2020. ISSN: 1940-5030.
177. Schmitt, N., Striebich, S., Meyer, G. et al. The partner's experiences of childbirth in countries with a highly developed clinical setting: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022; 22. 10.1186/s12884-022-05014-1.
178. Segal, S., & Kodali, B. S. Datta's Obstetric Anesthesia Handbook. In Springer eBooks. 2023: 513 p.
179. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care. 2020, September 4. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.13>
180. Shintaro M. Pain management during labor. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2023; 49 (1): 174–176.
181. Sioma-Markowska, U., Poreba, R., Krawczyk, P., Skrzypulec-Plinta, V. The preferences of parturient women and the participation of the child's father during birth. *Neuro Endocrinol Lett*. 2015; 36 (5):447-451.
182. Sioma-Markowska, U., Poreba, R., Skrzypulec-Plinta, V. The model of active participation of the father in childbirth, based on the preferences of the parturient women. *Neuro Endocrinol Lett*. 2015; 36(4): 374-379.

183. Sivan, Z., Offer, E., Noah, Z. et al. Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: an expert review, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2023; 228 (5): 1246-1259.
184. Skowronski, G.A. Pain relief in childbirth: changing historical and feminist perspectives. *Anaesth Intensive Care*. 2015; 43: 25-28.
185. Skripchenko, N.Y., Nevysna, Y.V., Lozova, L.A. et al. Current aspects of delivery in healthy women in accordance with the data of retrospective analysis. *Wiadomości Lekarskie*. 2021; 10 (1): 2463-2465.
186. Sluijs, A.M., Cleiren, M.P., Scherjon, S.A., Wijmam K. Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home- or hospital birth? *Midwifery*. 2015; 31 (12): 1143-8.
187. Smith, C.A., Collins, C.T., Levett, K.M. et al. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020; 2: CD009232.
188. Smith, C.A., Levett, K.M., Collins, C.T. et al. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 3 (3): CD009514.
189. Snapp, C., Stapleton, S.R., Wright, J., Niemczyk, N.A., Jolles, D. The experience of land and water birth within the American Association of Birth Centers Perinatal Data Registry, 2012-2017. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2020; 34 (1): 16-26.
190. Sng, B.L., Leong, W.L., Zeng, Y. et al. T. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; (10): 33-37.
191. Sobczak, A., Taylor, L., Solomon, S. et al. The effect of doulas on maternal and birth outcomes: A scoping review. *Cureus*. 2023; 15 (5): 55-61.
192. Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., Mebazaa, A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr*. 2016; 27 (2): 89-94.

193. Suto, M., Takehara, K., Yamane, Y., Ota, E. Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: A systematic review. *J Affect Disord.* 2017; 210: 115-121.
194. Tanvisut. R., Traisrisilp, K., Tongsong, T. Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2018; 297 (5): 1145-1150.
195. The Well-being in Pregnancy Questionnaire (WIP) - Oxford University Innovation. (2023, November 14). Oxford University Innovation. 2023.
196. The Asianparent. Dolphin Assisted Birth: What you need to know about this practice. theAsianparent - Your Guide to Pregnancy, Baby & Raising Kids. 2021, July 22.
197. Theodore, H., Tulchinsky, E.A. Chapter 6 - Family Health, *The New Public Health (Third Edition)*, Academic Press, 2014: 311-379.
198. Thomson, G., Feeley, C., Moran, V.H. et al. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive health.* 2019; 16 (1): 71.
199. Timur, T.S, Duru, Y. Views on spousal support during delivery: a Turkey experience. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 9. 18(1): 142.
200. Tkachenko, R. Modern anesthesia in obstetrics as a component of the concept of safe anesthesia. *Infusion & Chemotherapy.* 2020; (3.2), 280-282.
201. Tzeng, Y.L., Yang, Y.L., Kuo, P.C. et al. Pain, Anxiety, and Fatigue During Labor: A Prospective, Repeated Measures Study. *J Nurs Res.* 2017; 25 (1): 59-67.
202. Úlfisdóttir, H. To give birth in water. clinical science and education Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. 2019. ISBN 978-91-7831-451-5
203. Usevych, I.A. Адаптаційні резерви у партнерських пологах. *Здоров'я жінки.* 2019; 7 (143): 67-70.

204. Vallejo, M.C., Zakowski, M.I. Pro-con debate: nitrous oxide for labor analgesia. *BioMed Research International*. 2019 (1): 4618-798.
205. Van der Riet, P., Francis, L., Rees, A. (2020). Exploring the impacts of mindfulness and yoga upon childbirth outcomes and maternal health: an integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2020; 34 (3): 552-565.
206. Warmink-Perdijk, W., Koelewijn, J.M., de Jonge A. et al. Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery*. 2016; 34: 1-6.
207. Weaver, M.H. Water birth in the hospital setting. *Nursing for women's health*. 2014; 18 (5): 365-369.
208. Whitburn, L., Jones, L. The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women Birth*. 2019; 32 (1): 28-38.
209. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO, 2018. 210 p.
210. WHO. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care. Evidence-to-action brief. 2020. 4 p.
211. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO. 2016:152.
212. Williams, H., Sweet, L., & Graham, K. (2020). Acupuncture during pregnancy and the perinatal period: Women's attitudes, beliefs and practices. *Women and Birth*, 33(3), e286-e294.
213. World Health Organization: WHO. Safe Motherhood Day 2020. World Health Organisation. 2020, May 27. <https://www.who.int/bangladesh/news/detail/27-05-2020-safe-motherhood-day-2020>
214. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Report on the meeting of national maternal, neonatal and

- child health programme managers: addressing the main causes of maternal, neonatal and child mortality, Amman, Jordan 29 March–2 April 2015. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.
215. Wu, Y., Lu Y., Jacobs, M. Association of Prenatal Maternal Psychological Distress With Fetal Brain Growth, Metabolism, and Cortical Maturation. *JAMA Network Open*. 2020; 3 (1): e1919940.
 216. Xue, W.L., Shorey, S., Wang, W., He, H.G. Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery*. 2018; 62: 135-145.
 217. Yakymchuk, N. Поширеність різних типів психологічної домінанти та особливості психоемоційного стану у жінок з плацентарною дисфункцією. *Psychosomatic Medicine and General Practice* 2019; 4(2): e0402162-e0402162.
 218. Yasuma, N., Narita, Z., Sasaki, N. et al. Psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression among pregnant women: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2019; 8 (1): 297.
 219. Yoga Birth Method - the growing place. The Growing Place. 2022. <http://www.thegrowingplacepa.com/yoga-birth-method>
 220. Yuksel, H., Cayir, Y., Kosan, Z., Tastan, K. Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. *J Integr Med*. 2017; 15 (6): 456-461.
 221. Zhu, R., Pan, Q., & Cao, X. Comparisons of nonpharmaceutical analgesia and pharmaceutical analgesia on the labor analgesia effect of parturient women. *Immunity, inflammation and disease*. 2023; 11(7): e869.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Бенюк В.О., Фурса-Совгира Т.М. Визначення психологічного профілю вагітних, які бажають обрати альтернативний варіант розродження. *Ukrainian Journal Health of Woman*. 2024; 3 (172): 49-54. <https://doi.org/10.15574/HW.2024.172.49>
2. Фурса-Совгира Т.М., Олешко В.Ф., Ільницька Т.В., Россовська М.Є. Визначення особливостей перебігу пологів та психоемоційного статусу у породіль, які обрали альтернативний метод ведення пологів – пологи у воді. *Ukrainian scientific medical youth journal*. 2024; 3 (148): 56-57. <https://doi.org/10.32345/SUPPLEMENT.3.2024.1-66>
3. Фурса-Совгира Т.М., Бенюк С.В., Харченко В.Є. Гідротерапія – безпечний метод знеболення пологів в умовах стаціонару. *Ukrainian scientific medical youth journal*. 2023; 3 (139): 94-95. <https://doi.org/10.32345/USMYJ.SUPPLEMENT.3.2023.1-114>
4. Фурса-Совгира Т.М., Бенюк В.О., Олешко В.Ф., Ковалюк Т.В., Бенюк С.В., Чеботарьова А.С., Брюхань С.О. Клінічні аспекти перебігу пологів у роділь, які обрали альтернативний метод розродження. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024; 8 (79): 69-75. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2024.320088>
5. Фурса-Совгира Т.М., Бенюк В.О., Ластовецька Л.Д., Мочалова Л.М., Коливанова К.В., Россовська М.Є., Олешко В.Ф., Ковалюк Т.В. Аналіз перинатальних наслідків у породіль, які обрали альтернативний підхід до ведення пологів. *Праці Наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки* 2024; 2 (76): <https://doi.org/10.25040/ntsh>

Додаток Б

Відомості про апробацію результатів дисертації

Основні положення дисертації доповідались автором на наукових форумах та конференціях: Всеукраїнська міждисциплінарна науково-практична конференція з міжнародною участю «УМСА – століття інноваційних напрямків та наукових досягнень (до 100-річчя від заснування УМСА)» присвячена 100-річчю заснування Української медичної стоматологічної академії. Полтава, 8 жовтня 2021 року; Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2022 року (Київ, 16 вересня 2022 року); Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2023 року (Київ, 15 вересня 2023 року); Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2024 року (Київ, 17 вересня 2024 року).

Додаток С

Google-форма для виявлення бажаючих вагітних обрати альтернативний метод ведення пологів – пологи у воді

№ з\п	Запитання	Відповідь на запитання (n=274)				
		Так	Скоріше так, ніж ні	Скоріше ні	Ні	Важко відповісти
1.	Чи насолоджуєтесь Ви своєю вагітністю?					
2.	Чи маєте Ви уявлення про те, як відбувається процес пологів?					
3.	Чи боїтесь Ви відчуття болю під час перейм і потуг?					
4.	Чи Вас хвилює те, що Ви не зможете контролювати себе під час пологів?					
5.	Чи думали Ви, про застосування знеболення під час пологів?					
6.	Чи є у Вас побоювання щодо знеболення пологів?					
7.	Чи хвилювались Ви, щодо можливої агресії медичної команди під час пологів?					
8.	Ви відчуваєте тривогу та/або страх при думці про пологи?					
9.	Чи згодні ви на ведення пологів в літотомічній позиції? (класична позиція на спині)					

10.	Чи хотіли би Ви спробувати альтернативні варіант Вашого розташування під час Ваших пологів? - Вертикальні пологи - Пологи сидячи - Пологи в колінно-ліктьовій позиції - Пологи у воді					
11.	Чи бажаєте Ви залучити до Ваших пологів партнера близького-родича, або чоловіка?					
12.	Чи бажаєте Ви залучити до Ваших пологів стороннього помічника?					
13.	Чи складали Ви план пологів?					
14.	Чи боїтесь Ви, що Ваша дитина може бути травмованою під час пологів?					
15.	Чи переживаєте, як Ви будете справлятися після народження дитини?					
16.	Чи переживаєте Ви через те, що можете не відновити свою фігуру після пологів?					

Додаток D

Опитувальник «Благополуччя під час вагітності» (Well-being in Pregnancy – WIP)

Запитання	Значення показника (n = 150)			
	Постійно	Більшість часу	Іноді	Ніколи
1. Я дуже позитивно ставлюсь до вагітності				
2. Я відчуваю зв'язок зі своєю дитиною				
3. Я задоволена тим, як виглядаю під час вагітності				
4. Я насолоджуюсь своєю вагітністю				
5. Вагітність дає мені відчуття впевненості				
6. У мене достатньо соціальних контактів із іншими людьми				
7. Я відчуваю впевненість у догляді за своєю дитиною				
8. Я хвилююсь, що після народження дитини не матиму підтримки				
9. Я почуваюсь готовою до материнства				
10. Мене турбує, як я впораюся, коли народиться моя дитина.				
11. Я впевнена, що після народження дитини, мене підтримають				
12. Я хвилююсь, що після пологів мені не вистачить підтримки лікарів				

Додаток Е

Опитувальник GAD-7

Запитання	Значення показника (n = 150)			
Як часто за останні два тижні Вас турбували наступні проблеми?	Ніколи	Декілька днів	Більше половини часу	Майже щодня
1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені				
2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання				
3. Ви занадто хвилювались через різні речі				
4. Вам було важко розслабитись				
5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці				
6. Вам було легко дошкулити або роздратувати				
7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися				

Додаток F

Опитувальник PRAQ-R/R2

Запитання	Значення показника (n = 150)				
	Не актуально	Навряд чи актуально	Іноді актуально	Достатньо актуально	Дуже актуально
1. Я хвилююся щодо пологів					
2. Мене турбує біль майбутній під час перейм і біль під час пологів.					
3. Мене хвилює те, що я не відновлю свою фігуру після пологів.					
4. Я іноді думаю, що наша дитина буде мати погане здоров'я або буде схильна до хвороб					
5. Мене турбує моя неприваблива зовнішність					
6. Мене хвилює те, що я не можу контролювати себе під час пологів					
7. Я переживаю через свій величезний набір ваги					
8. Я хвилююся через пологи, тому що я ніколи раніше не переживала їх.					
9. Я боюся, що дитина буде розумово відсталою або матиме пошкодження мозку.					

10. Я боюся, що наша дитина народиться мертвою або помре під час або одразу після пологів.					
11. Я боюся, що наша дитина страждатиме від фізичного дефекту, або переживаю, що з нею буде щось фізично не так.					

Додаток G

Модифікована партограма для проведення пологів у воді

Партограма (вкладиш до історії пологів № _____)

ПІБ		Вагітність		Кількість пологів в анамнезі	
Дата госпіталізації		Час госпіталізації		Тривалість безводного проміжку	
Частота серцевих скорочень плода Накопичення вод Конфігурація головки плода Розкриття шийки матки (см) [позначки X] Опущання головки плода [позначки O]					
активна фаза Увага Дія латентна фаза					
Година Час					
Час занурення Температура води					
Перейми за 10 хв.					
Призначені препарати					
Пульс та АТ					
Температура °C					
Сеча білок ацетон об'єм					
Підпис акушерки					

Додаток Н

Візуальна аналогова шкала (ВАШ)



Додаток І

Опитувальник «Задоволеність жінки пологами та народженням дитини»

Назва розділів	Питання
Власна спроможність	Пологи та народження дитини пройшли, як Ви планували ? Ви відчували себе сильною під час пологів ? Ви відчували себе впевненою під час пологів ?Ви відчували себе втомленою ? Ви відчували себе щасливою під час пологів ?Ви відчували, що добре справлялися з ситуацією ? Ви відчували, що контролюєте пологи ? Наскільки Вам було боляче під час пологів, якщо поррахувати від 0 до 10 ? Як Ви оціните враження від пологів в цілому?
Професійна підтримка	Медична команда приділяла достатньо уваги та інформувала про все моїх близьких, що відбувалося під час пологів ? Медична команда створювала атмосферу комфорту та теплоти ? Медична команда розуміла мої потреби під час пологів ? Ви відчували належний догляд та допомогу від медичної команди ? Як Ви оціните допомогу доули/партнера/близьких під час ваших пологів ?
Відчуття безпеки	Ви відчували себе наляканою або тривожною під час пологів ? У Вас залишилося багато позитивних спогадів після народження дитини ? У Вас залишилося багато негативних спогадів після народження дитини ? Деякі спогади під час пологів роблять вас депресивною ? Моє враження щодо професійних здібностей команди створювало для вас відчуття безпеки ? Наскільки в цілому безпечно ви відчували себе під час пологів ?
Участь в пологах	Ви бажали, щоб медична команда приділяла Вам більше уваги та інформувала про все, що відбувалося під час пологів ? Ви відчували, що можете висловити своє побажання змінити положення ? Ви відчували, що можете висловити своє побажання та вибрати метод знеболення?

Додаток J

Опитувальник «Единбурзька шкала післяпологової депресії»

1. Я можу сміятися і деякі речі мене веселять
Так само, як це було завжди – 0
Зараз не так часто, як завжди – 1
Зараз точно не так часто, як завжди – 2
Зовсім ні – 3
2. Я чекаю із нетерпінням на якісь події
Так само, як колись – 0
Зараз менше, ніж раніше – 1
Однозначно менше, ніж раніше – 2
Навряд чи взагалі – 3
3. Я звинувачувала себе без вагомих причин, коли щось йшло не так
Так, у більшості випадків – 3
Так, іноді – 2
Не дуже часто – 1
Ні, ніколи – 0
4. Я хвилювалась або переживала без поважних причин
Ні, зовсім не хвилювалась – 0
Майже ніколи – 1
Так, іноколи – 2
Так, дуже часто – 3
5. Я відчувала страх чи паніку без вагомих підстав
Так, досить часто – 3
Так, іноколи – 2
Ні, не дуже часто – 1

Ні, зовсім ніколи – 0

6. Останнім часом мене все дратує

Так, більшість часу я не можу з цим впоратись взагалі – 3

Так, Іноді я не справлялась з цим, як зазвичай – 2

Ні, у більшості випадків я можу з цим впоратись – 1

Ні, я, як завжди, добре можу впоратись з цим відчуттям – 0

7. Я настільки відчуваю себе нещасною, що маю труднощі зі сном

Так, більшість часу – 3

Так, інколи – 2

Ні, не дуже часто – 1

Ні, зовсім ніколи – 0

8. Я відчуваю себе засмученою і нещасною

Так, більшість часу – 3

Так, інколи – 2

Ні, не дуже часто – 1

Ні, зовсім ніколи – 0

9. Я відчуваю себе настільки нещасною, що плачу

Так, більшість часу – 3

Так, досить часто – 2

Лише зрідка – 1

Ні, ніколи – 0

10. Останнім часом у мене були думки заподіяти собі шкоду

Так, досить часто – 3

Іноді – 2

Майже ніколи – 1

Ніколи – 0

