**Клінічний протокол з акушерської допомоги**

**«передчасні ПОЛОГИ» (наказ №624 від 03.11.2008)**

**Шифр МКХ-10: О60**

**Передчасні пологи** – це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода масою більш 500г у терміні вагітності з 22 тижнів до 37 тижнів [A].

У зв'язку з особливостями акушерської тактики та виходжування дітей, які народились при різних термінах гecтації, доцільно виділити такі періоди:

- 22-27 тижнів;

- 28-33 тижні;

- 34-36 тижні + 6 днів гестації.

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення передчасних пологів у спеціалізованих акушерських стаціонарах, у яких є умови для проведення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених.

Доцільно забезпечення прав роділлі на залучення близьких до присутності на пологах.

***Принципи ведення передчасних пологів:***

1.   **Оцінка ступеня** прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології з метою визначення рівня надання стаціонарної допомоги.

2.   **Визначення плану ведення** пологів та поінформоване погодження його з жінкою.

3.   **Контроль за станом матері** та плода під час пологів з веденням партограми **[A].**

4.   **Профілактика**респіраторного дистрес синдрому до 34 тижнів вагітності.

5.   **Знеболювання пологів** за показаннями.

6.   **Оцінка стану дитини**, підтримка теплового ланцюжка, проведення первинного туалету новонародженого, спільне перебування матері та дитини з перших годин після народження, більш широке використовування методу “кенгуру” при виходжуванні дітей з малою масою.

***Діагностика та підтвердження пологів:***

***Підтвердження пологів:***

- у вагітної після 22 тижнів з’являються переймоподібні болі внизу живота та крижах з появою слизово-кров’яних або водянистих (у разі відходження навколоплідних вод) виділень з піхви;

- наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд;

- зміна форми та розташування шийки матки – прогресивне вкорочення шийки матки та її згладжування. Розкриття шийки матки – збільшення діаметру просвіту шийки матки - вимірюється у сантиметрах;

- поступове опускання передлеглої частини плода (голівка, сідниці)  до малого тазу відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно lin.interspinalis (при внутрішньому акушерському дослідженні).

***Діагностика періодів і фаз пологів.***

**Симптоми і ознаки**

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

***Послідовність дій при веденні передчасних пологів***

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

- ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу  даної  вагітності, звернувши увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження, та дані гравідограми;

             -    з’ясовує скарги;

-   для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів;

-  здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу. Визначаює термін вагітності та очікувану масу плода;

-  запитуює про відчуття рухів плода самою роділлею та проводить аускультацію серцебиття плода;

- проводять зовнішнє, та за відсутності передчасного розриву плодових оболонок, внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого тазу;

- за даними анамнезу, обмінної карти та результатами фізикального та акушерського обстеження роділлі, встановлює строк вагітності, акушерський діагноз, визначає тактику ведення вагітної (роділлі);

- до 34 тижнів вагітності при розкритті шийки матки менш, ніж 3 см, відсутності амніоніта, прееклампсії, кровотечі, задовільному стані плода проводять токоліз.

Токолітична терапія призначається на срок  48 годин, необхідних для проведення антенатальної профілактики РДС глюкокортикоїдами, та при необхідності переведення вагітної на вищий рівень надання допомоги.

1.   ніфидепін 10 мг сублінгвально кожні 15 хвилин впродовж першої години до припинення схваток, потім призначають 20 мг  3 рази на добу в залежності від маткової активності;

2.   бета-миметиками, (гініпрал, рітодрин та їх аналоги);

гініпрал у дозі 10мкг (2 мл) застосовується у вигляді в/в інфузій на 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду зі швидкістю  5-10 крапель за хвилину;

3.   **використовувати орально таблетовані  токолітики для  підтримуючої терапії після успішного лікування передчасних пологів не рекомендується;**

4.   науково доведено, що  сульфат магнію не тільки не має вираженої токолітичної активності, тобто, не попереджує передчасні пологи, а майже в три рази підвищує постнатальну смертність.

Через 2 години після початку токолізу підтвердити діагноз передчасних пологів констатацією згладжування, чи розкриття шийки матки. ***Якщо передчасні пологи прогресують – токоліз відміняють*** **[A].** Далі пологи ведуть згідно партограми;

**Профілактику респіраторного дистрес синдрому плода проводять з 24 до 34 тижнів:**

- при загрозі передчасних пологів в/м введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин на курс 24мг **[A],** чи бетаметазону по 12мг кожні 24 години, на курс 24мг **[A];**

Не рекомендується проводити повторні курси профілактики респіраторного дистрес синдрому плода - це підвищує ризик відставання в психомоторному розвитку дитини  і посилює проблеми її  поведінки.

**Не використовувати кортикостероїди за наявності клінічних проявів важкої  інфекції.**

             ***Проведення інтранатальної антибактеріальної терапії здійснюють у разі наявності ознак інфекції*** **[A].**

**Призначення клізми та гоління лобка роділлі не проводиться [А].**

**Спостереження та допомога роділлі під час І періоду пологів:**

           З метою динамічного та наглядного спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода та з метою своєчасного прийняття обґрунтованого рішення щодо подальшої тактики ведення пологів, визначення обсягу необхідних втручань використовують запис партограми **[A].**Ведення партограми не виключає одночасні записи в історії пологів при передчасних пологах.

**Спостереження за станом роділлі і плода в І періоді пологів включає наступні рутинні процедури:**

**Оцінка стану плода**:

Серцебиття плода в пологах реєструють шляхом:

o періодичної аускультації за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора;

*або*

o за показаннями - шляхом електронного фетального моніторінгу (кардіотокографія)

Для отримання достовірних результатів періодичної аускультації слід дотримуватися наступної методики:

·   роділля знаходиться у положенні на боці;

·   аускультація починається після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми;

·   аускультація триває щонайменше 60 секунд.

Аускультація має проводитися кожні 30 хвилин протягом латентної фази та кожні 15 хвилин протягом активної фази першого періоду пологів.

В нормі ЧСС плода становить 110-170 ударів за  хвилину.

          У разі появи частоти серцевих скорочень плода, що виходить за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультацію після закінчення найбільш інтенсивної фази  наступної перейми, дотримуючись вище описаної методики.

Перехід від періодичної аускультації до електронного фетального моніторингу показаний  у наступних випадках:

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

– базальна частота серцевих скорочень плода менше 110 чи  більше 170 ударів за хвилину;

– підчас періодичної аускультації виявляються будь які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки;

– розпочато пологопідсилення окситоцином;

– вилились навколоплідні води, забарвлені густим меконієм.

Рутинне застосування КТГ всім роділлям не доцільне, через високий відсоток хибнопозитивних результатів та збільшення частоти втручань, в тому числі і оперативних пологів **[A].**

Якщо відбувся розрив плодового міхура (спонтанний або штучний), звертається увага на колір та кількість навколоплідних вод.

**Оцінка загального стану матері**:

Вимірювання температури тіла - кожні 4 години; визначення параметрів пульсу - кожні  2 години; артеріального тиску  -   кожні   2 години;  кількість сечі  визначають  кожні 4 години.

**Оцінка прогресування пологів**:

З метою оцінки прогресування пологів визначають:

– частоту та тривалість перейм – щогодини у латентній фазі та кожні 30      хвилин в активній фазі. При нормальній тривалості передчасних пологів є тенденція до збільшення швидкості розкриття шийки матки, яка у   латентній фазі складає 0,8см/год; у активній – 3,5 см/год **[A]**;

- швидкість розкриття шийки матки шляхом внутрішнього акушерського дослідження (проводять кожні 4 години);

- рівень опускання голівки плода при проведенні кожного зовнішнього та внутрішнього  акушерського дослідження.

.

***Підтримуючий догляд під час пологів і розродження [А]:***

**1. Персональна психологічна підтримка** вагітної присутністю чоловіка, найближчих родичів чи обраного нею партнера під час пологів та розродження;

**2. Взаємне порозуміння** та психологічна підтримка роділлі  медичним персоналом:

- пояснення необхідності проведення процедур і маніпуляцій, дозвіл на їх проведення; підтримка доброзичливої атмосфери при розродженні, поважне відношення до бажань жінки, забезпечення   конфіденційності.

**3.  Підтримка чистота роділлі** та її оточення:

- заохочення самостійно прийняти  ванну чи душ жінкою на початку пологів;

- перед кожним піхвовим дослідженням обмивання зовнішніх статевих органів і промежини роділлі теплою водою.

**4.  Забезпечення рухливості роділлі:**

- жінку заохочують до активної поведінки та вільного ходіння під час пологів;

- допомагають жінці вибрати положення для пологів.

**5. Підтримують прийом жінкою їжі та рідини за її бажанням**. Прийом невеликої кількості поживної рідини відновлює фізичні сили роділлі.

**6. Знеболювання пологів за погодженням жінки.**

Якщо роділля страждає від болю під час перейм або потуг, її психологічно підтримують та заспокоюють:

 - пропонують перемінити положення тіла, заохочують до активних рухів; пропонують партнеру масажувати жінці спину, тримати її руку та протирати обличчя  вологою губкою між переймами; пропонують жінці дотримуватись спеціальної техніки дихання (глибокий вдих та повільний видих) – у більшості випадків це зменшує відчуття болю.

Вимоги до медикаментозного знеболювання: знеболюючий ефект, відсутність негативного впливу на організм матері та плода, простота та доступність для усіх родопомічних закладів.

***Наркотичні анальгетики не використовуються [A].***

**Спостереження та допомога  у II періоді пологів.**

**Оцінка стану плода**

Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультації кожні 5 хвилин (при необхідності частіше) у ранню фазу другого періоду та після кожної потуги у активну фазу.

**Оцінка загального стану роділлі**

Вимірювання артеріального тиску, підрахування пульсу – кожні 15 хвилин (при необхідності частіше).

**Оцінка прогресування пологів**

Оцінюють просування голівки по родовому каналу та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

Здійснюють спостереження за просуванням голівки плода за допомогою зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження.

Внутрішнє акушерське дослідження у другому періоді пологів поводиться щогодини, якщо немає показань до більш частого його проведення.

Якщо не відбулося своєчасного вилиття навколоплідних вод, в асептичних умовах проводять амніотомію з дотриманням стандартних застережливих заходів (стерильні латексні рукавички, засоби захисту очей - маска або щиток, вологостійкий халат, обережне використання гострого інструментарію).

**Акушерська тактика має відповідати фазі другого періоду пологів**

При передчасних пологах обов’язкова присутність лікаря педіатра-неонатолога та наявність підготовленого обладнання для надання медичної допомоги новонародженому. Оптимальною для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 28°С

 Медичний персонал приймає пологи у чистому халаті (у разі можливості оптимальним є використання одноразового халату з водовідштовхуючого матеріалу), масці, окулярах та стерильних рукавичках.

У другому періоді пологів ведеться спостереження за загальним станом роділлі, гемодинамічними показниками (артеріальний тиск, пульс кожні 10 хвилин), станом плода – контроль серцевої діяльності плода кожні 5 хвилин, просуванням голівки плода по родовому каналу.

Якщо не відбулося своєчасного вилиття навколоплідних вод, в асептичних умовах проводять амніотомію.

**Положення жінки для народження дитини**

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

**Рутинне положення на спині („літотомічна” позиція) супроводжується зростанням частоти випадків порушень стану плода та пов’язаних з ними оперативних втручань у порівнянні з вертикальними положеннями (сидячи, стоячи), а також положенням роділлі на боці. [A]**

**Потужна техніка**

           Слід надавати перевагу техніці „не керованих фізіологічних потуг”, коли жінка робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання

**Рутинну  епізіо-перинеотомію   та пудендальну анестезію не проводять [А]**

***Після народження дитини, залежно від її стану, передають неонатологу, або викладають на груди матері***

**Ведення ІІІ періоду пологів**

 Існують дві тактики ведення третього періоду пологів -  активна та очікувальна

**Активне ведення третього періоду** **пологів**

            Застосування методики активного ведення третього періоду під час кожних вагінальних пологів дозволяє знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки на 60%, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.

Активне ведення третього періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці підчас вагінальних пологів.

Роділля повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати  добровільну письмову згоду на його проведення

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

·   введення утеротоніків;

·   народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину;

·   масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

**Введення утеротоніків:**

Протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом’язово. Якщо в наявності немає окситоцину можна використати – ергометрін – 0,2мг внутрішньом’язово

***Не використовують ергометрин жінкам з гіпертензією***

Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

У разі відсутності утеротоников не слід використовувати методику активного ведення третього періоду пологів. У цьому випадку слід застосовувати очікувальну тактику ведення третього періоду пологів.

**Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину:**

·   перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці;

·   покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона;

·   тримати пуповину у стані легкого натяжіння та дочекатись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину );

·   одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти;

·   під час тракції продовжувати проводити другою рукою контртракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона);

·   якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжуйте обережно її утримувати у стані легкого натяжіння, друга рука  залишається над лоном, утримуючи матку;

·   одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію.

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

**Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки**

            Після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, скручуючи оболонки, повільно підтягують плаценту вниз для закінчення пологів.

            У разі обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичках. У разі виявлення оболонок використовують вікончатий затискач для видалення їх залишків.

            Уважно оглядають  плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо ділянка материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, це свідчить про затримку ділянок плаценти та потребує відповідних заходів.

За відсутності народження плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводиться ручне відокремлення і виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі – ручне або інструментальне (в залежності від умов) відділення плаценти та виділення посліду має бути  проведено негайно під адекватним знеболенням.

            **Масаж матки**

Після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона  не стане щільною

            В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших  2-х годин, щоб бути впевненому в тому, що після масажу матка не розслабляється, а залишається щільною.

**Очікувальне ведення третього періоду пологів**

Після закінчення пульсації пуповини, акушерка перетискає та перетинає пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відшарування плаценти та кількістю кров’яних виділень.

При появі ознак відшарування плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова) - жінці пропонують «натужитись», що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відшарування плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводять ручне відокремлення та виділення посліду.

У разі виникнення кровотечі ручне відокремлення плаценти та виділення посліду проводять негайно під адекватним знеболенням.

               Огляд пологових шляхів після пологів (за допомогою вагінальних дзеркал) виконують тільки при наявності кровотечі, після оперативних вагінальних пологів, або стрімких пологів, пологів поза лікарняним закладом.

**Міхур з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовується[А].**