



Наукові перспективи
Видавнича група

Перспективи та інновації науки



СЕРІЯ "ПЕДАГОГІКА"



СЕРІЯ "ПСИХОЛОГІЯ"



СЕРІЯ "МЕДИЦИНА"



№6(64) 2026

Михалойко О.Я. <i>КТ-АНГІОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНТРАКРАНІАЛЬНИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ПРИ АТЕРОТРОМБОТИЧНОМУ ПІДТИПІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ</i>	2090
Міхєєв А.О. <i>МІКРОПЛАСТИК ТА МІКРООРГАНІЗМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)</i>	2099
Морозова О.В. <i>МІКРОБІОМ ШКІРИ ПРИ АТОПІЧНОМУ ДЕРМАТИТІ: ВІД ПАТОГЕНЕЗУ ДО ТЕРАПЕВТИЧНИХ МІШЕНЕЙ</i>	2113
Нестерчук Н.Є., Петровська Н.С., Савлюк О.Г., Скибінська І.О. <i>НАУКОВІ ОСНОВИ КОМПЛЕКСНОГО СУПРОВОДУ ТРЕНУВАЛЬНОЇ ТА ЗМАГАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СПОРТСМЕНІВ-ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ</i>	2128
Нистеренко І.О. <i>СОЯ: КОРИСТЬ, РИЗИКИ ТА РОЛЬ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І</i>	2141
Обухова О.А., Висоцька Б.С. <i>РОЛЬ МІКРОБНИХ ГЕНІВ У РЕГУЛЯЦІЇ МЕТАБОЛІЗМУ ТА ЕНЕРГЕТИЧНОГО БАЛАНСУ ОРГАНІЗМУ</i>	2164
Огоренко В.В., Шорніков А.В., Казаков В.Є. <i>ПСИХОЛОГІЧНІ СТРЕСОРИ ТА СТРАТЕГІЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У МОЛОДИХ СПОРТСМЕНІВ</i>	2179
Панчук А.П., Панчук І.В., Ковальський В.В. <i>СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ВИКОРИСТАННЯ АДАПТИВНОГО ТУРИЗМУ В СОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ</i>	2192
Пригара Д.В. <i>КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ БІОЕЛЕКТРИЧНОГО ФАЗОВОГО КУТА В ОНКОЛОГІЇ</i>	2205
Процак Т.В., Баженова С.М., Забродський І.С. <i>ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ З ІМПЛАНТАЦІЄЮ ПІДШКІРНОГО ПРОТЕЗУ</i>	2224
Пустовойт М.М., Синюк І.І. <i>ПСИХООСВІТНІ КОМПОНЕНТИ КОРОТКОСТРОКОВОЇ ПСИХОДИНАМІЧНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ РОЗЛАДАХ: ПІЛОТНЕ КОНТРОЛЬОВАНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ</i>	2233
Радченко В.В., Грек Л.П. <i>СТРАТЕГІЇ ЛІКУВАННЯ АНОМАЛІЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ</i>	2244
Радченко В.В., Грек Л.П. <i>СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ТРИВАЛІСТЬ ПЕРШОГО ТА ДРУГОГО ПЕРІОДІВ ПОЛОГІВ</i>	2263
Рева В.Б., Велієва Нігер Фагані кизи, Чорней І.В., Довгань Є.О. <i>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАЗЕРНОЇ АБЛЯЦІЇ ПРИ ВАРИКОЗНОМУ РОЗШИРЕННІ ВЕН</i>	2274

УДК 618.4:618.5-06-036-07"43/44"

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-6\(64\)-2263-2273](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-6(64)-2263-2273)

Радченко Віталій Володимирович кандидат медичних наук, доцент, асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО, Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, <https://orcid.org/0000-0002-2439-1371>

Грек Людмила Прокофіївна доктор медичних наук, доцент, доцент закладу вищої освіти кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО, Дніпровський державний медичний університет; м. Дніпро, <https://orcid.org/0000-0003-4650-547X>

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ТРИВАЛІСТЬ ПЕРШОГО ТА ДРУГОГО ПЕРІОДІВ ПОЛОГІВ

Анотація. Науково обґрунтоване ведення пологів є важливим кроком у досягненні безпечних вагінальних пологів, оскільки зупинка пологової діяльності є найпоширенішим показанням до кесаревого розтину, на яку припадає приблизно третина всіх кесаревих розтинів.

Ідеальні стратегії ведення пологів повинні оптимізувати ймовірність вагінальних пологів і мінімізувати материнську і неонатальну захворюваність, а також враховувати побажання і цінності пацієнтки в процесі спільного прийняття рішень.

Традиційно прогрес пологів оцінюють за ступенем розширення шийки матки, однак очікуваний перебіг пологів варіюється залежно від країни та клінічних настанов. Не існує стандартизованого визначення тривалості пологів та моменту їх початку, а також немає єдиної думки щодо того, які клінічні настанови найкраще підходять для клінічного застосування.

Перший етап пологів часто поділяють на дві фази: латентну та активну. Активну фазу зазвичай визначають як проміжок часу, коли шийка матки згладжується та розкривається від трьох-чотирьох сантиметрів до повного розкриття. Аналогічно, другий етап поділяється на латентну та активну фази. У латентній (пасивній або ранній) фазі голова дитини опускається на тазове дно, а в активній (потужній) фазі роділля активно тужиться.

На клінічні оцінки щодо розкриття шийки матки вплинула робота Фрідмана, а Філпott і Касл розробили рекомендації щодо оцінки прогресування пологів, які стали частиною партограми, запровадженої Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) з 1994 року.

Із зростанням частоти акушерських втручань під час пологів, підвищенням індексу маси тіла (ІМТ) вагітних та віку народження дітей постали питання щодо того, чи прогрес активної фази пологів, згідно з партограмою ВООЗ, є актуаль-

ним для сучасних жінок. На початку третього тисячоліття було представлено криву перебігу пологів жінок з низьким ризиком, що було підтверджено у великій когорті з 27 170 первісток у 2010 році. Вони виявили, що пологи протікають повільніше, ніж вважалося раніше, і що розширення шийки матки прискорюється у міру прогресування пологів [1].

Однак застосування стадій, фаз та часових обмежень у пологах є складним завданням, головним чином через варіації у визначенні початку пологів та переходу між фазами і стадіями. Таким чином, розуміння нормальних варіацій тривалості пологів має велике значення і повинно бути основою для виявлення фактичного повільного прогресу пологів, що вимагає втручання, головним чином тому, що аномально повільний перебіг пологів (дистоція пологів) є поширеним показанням для оперативної допомоги під час пологів.

Ключові слова: партограма, періоди та фази пологів, дистоція пологів.

Radchenko Vitalii Volodymyrovych D.Med.Sc., Associate Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dnipro State Medical University, Dnipro, <https://orcid.org/0000-0002-2439-1371>

Hrek Liudmyla Prokofiivna D.Med.Sc., Associate Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dnipro State Medical University, Dnipro, <https://orcid.org/0000-0003-4650-547X>

MODERN VIEWS ON THE DURATION OF THE FIRST AND SECOND STAGES OF LABOR

Abstract. Evidence-based management of labor is a crucial step toward achieving safe vaginal deliveries, as arrest of labor is the most common indication for cesarean section, accounting for approximately one-third of all cesarean sections.

Ideal labor management strategies should optimize the likelihood of vaginal delivery and minimize maternal and neonatal morbidity, while also taking into account the patient's preferences and values through shared decision-making.

Traditionally, labor progress is assessed by the degree of cervical dilation; however, the expected course of labor varies by country and clinical guidelines. There is no standardized definition of the duration of labor or the timing of its onset, nor is there a consensus on which clinical guidelines are best suited for clinical practice.

The first stage of labor is often divided into two phases: the latent and active phases. The active phase is usually defined as the period during which the cervix thins and dilates from three to four centimeters to full dilation. Similarly, the second stage is divided into latent and active phases. In the latent (passive or early) phase, the baby's head descends to the pelvic floor, and in the active (labor) phase, the laboring woman actively pushes.

Clinical assessments of cervical dilation were influenced by Friedman's work, and Philpott and Castle developed recommendations for assessing labor progression,

which became part of the partogram introduced by the World Health Organization (WHO) in 1994.

With the increasing frequency of obstetric interventions during labor, rising body mass index (BMI) among pregnant women, and the increasing age at which women give birth, questions have arisen regarding whether the progression of the active phase of labor, as outlined in the WHO partogram, remains relevant for modern women. At the beginning of the third millennium, a labor progression curve for low-risk women was presented, which was confirmed in a large cohort of 27,170 primiparous women in 2010. They found that labor progresses more slowly than previously thought and that cervical dilation accelerates as labor progresses [1].

However, applying stages, phases, and time limits to labor is a complex task, primarily due to variations in defining the onset of labor and the transition between phases and stages. Thus, understanding normal variations in the duration of labor is of great importance and should form the basis for identifying actual slow labor progression requiring intervention, primarily because an abnormally slow course of labor (dystocia) is a common indication for operative management during labor.

Keywords: partogram, stages and phases of labor, labor dystocia.

Постановка проблеми. У 2025 році за даними міністерства юстиції в Україні відбулося близько 168 тисяч пологів, переважна більшість з яких були результатом спонтанних або індукованих пологів. Найпоширенішим показанням до первинного кесаревого розтину є дистоція пологової діяльності. Термін «дистоція пологів» (ДП) означає аномально повільний перебіг пологів. Це найпоширеніша причина ургентних кесаревих розтинів. ДП охоплює різноманітні поняття, від аномально повільного розкриття шийки матки або опускання голівки плода під час активної фази пологів до дистоції плечиків.

У всьому світі прогнозований середній показник кесаревого розтину продовжує зростати, і зменшення кількості кесаревих розтинів є пріоритетом. У 2022 році 32,2% всіх пологів у Сполучених Штатах відбулись шляхом кесаревого розтину. В Україні цей показник сягає 35-40% [2].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Американський коледж акушерів і гінекологів (ACOG) рекомендує вважати розкриття шийки матки на 6 см початком активної фази пологів. ACOG пропонує визначати зупинку активної фази пологів як відсутність прогресування розкриття шийки матки у пацієнток з розкриттям шийки матки щонайменше на 6 см та з розривом плодових оболонок, незважаючи на 4 години адекватної маткової активності або 6 годин неадекватної маткової активності при збільшенні дози окситоцину. ACOG рекомендує визначати тривалу другу стадію пологів як понад 3 години потуг у первісток та 2 години потуг у повторнонароджуючих [3].

Згідно з рекомендаціями ВООЗ щодо допомоги під час пологів та посібником ВООЗ з ведення пологів, перший період пологів поділяється на дві фази. Латентна фаза характеризується переїмами та повільним розкриттям

шийки матки від 0 до 5 см. Активна фаза: характеризується регулярними переймами та прискореним розкриттям шийки матки від 5 см до повного (10 см). ВООЗ використовує позначку 5 см, щоб запобігти непотрібним медичним втручанням (введення окситоцину або кесарів розтин) до того, як пологи природним чином прискоряться [4].

Для діагностики другої стадії пологів слід застосовувати індивідуальний підхід; у разі продовження другої стадії пологів понад зазначені параметри рекомендується враховувати інформацію щодо прогресу, клінічні фактори, які можуть вплинути на ймовірність вагінальних пологів, обговорювати ризики та переваги доступних втручань, а також індивідуальні переваги пацієнтки.

Зупинку на другому етапі можна виявити раніше, якщо не відбувається поворот або опускання голівки плода, незважаючи на адекватні перейми, потуги та час.

Для визначення адекватності маткових скорочень у пацієнток з розривом плодових оболонок при зтяжних активних пологах або у випадках, коли перейми не піддаються точному зовнішньому спостереженню можуть використовуватись внутрішньоматкові катетери.

Мета статті дослідити відмінності в визначенні тривалості періодів і фаз пологів та оцінити їх вплив на прийняття рішень в різних акушерських ситуаціях, материнські та перинатальні наслідки.

Виклад основного матеріалу. Початок пологів традиційно визначається як наявність регулярних скорочень матки, що призводять до дозрівання та розкриття шийки матки. Однак, в літературі існує неоднорідність у визначенні початку пологів. Ретроспективні дослідження часто використовують госпіталізацію або первинний огляд шийки матки як відправну точку, що може недооцінювати тривалість пологів [5].

Перша стадія пологів визначається як інтервал між початком пологів і повним розкриттям шийки матки та поділяється на дві фази: латентну та активну. Латентна фаза пологів характеризується поступовим і відносно повільним розкриттям шийки матки, яке починається з відчуття регулярних скорочень матки і закінчується, коли починаються швидкі зміни шийки матки. Ця фаза швидких змін шийки матки називається активною фазою пологів і триває до повного розкриття шийки матки. Друга стадія пологів починається при розкритті шийки матки на 10 см і закінчується народженням новонародженого. Третя стадія пологів - це період між народженням новонародженого і народженням плаценти.

У 1950-х роках Емануель Фрідман став піонером у створенні одного з перших об'єктивних і графічних описів прогресування пологів. Створивши графіки розкриття шийки матки у пацієнток з доношеною вагітністю, які поступили зі спонтанними пологами, Фрідман та його колеги описали сигмоїдну модель прогресування пологів з чітким поділом першої стадії на латентну, активну та фазу уповільнення.

За цими даними, 95-й процентиль тривалості латентної фази становив 20 годин у одноплідних пацієнток і 14 годин у багатоплідних пацієнток. Вважалося, що перехід від латентної до активної фази відбувається при розкритті шийки матки приблизно на 4 см. Фрідман зауважив, що 95-й процентиль швидкості розкриття шийки матки в активній фазі коливається від 1,2 см/год у одноплідних пацієнток до 1,5 см/год у багатоплідних пацієнток. Вважалося, що фаза уповільнення - це повільніша швидкість змін шийки матки ближче до кінця першого періоду пологів [6].

Для уточнення визначення нормального перебігу пологів були використані дані 2010 року, опубліковані консорціумом з безпечних пологів. У цьому ретроспективному дослідженні, проведеному в 19 лікарнях США, тривалість пологів була проаналізована у 62 415 породіль, кожна з яких народила вагінально в головному передлежанні і мала нормальний перинатальний результат.

У дослідженні Консорціуму з безпечних пологів латентна фаза пологів мала широкий діапазон тривалості, який залежав від огляду шийки матки при надходженні та паритету, що свідчить про те, що нормальна латентна фаза може мати широкі варіації. Крім того, 95-й процентиль швидкості розкриття шийки матки в активній фазі був значно повільнішим, ніж стандартний показник, отриманий Фрідманом. Від 4 см до 6 см у першонароджуючих та повторнона-роджуючих жінок шийка матки розкривалася з однаковою швидкістю. Після 6 см повторнона-роджуючі пацієнтки показували розкриття швидше, ніж первістки. Перехід до активної фази пологів досягався при розкритті 6 см порівняно з визначенням Фрідмана в 4 см. Дані консорціуму з безпечних пологів не показали фази уповільнення в кінці першої стадії пологів [7,8].

З часу публікації даних консорціуму з безпечних пологів додаткові дослідження продемонстрували, що на перебіг пологів можуть впливати ожиріння та гіпертензія матері, вік, індукція пологів, термін вагітності, багатоплідність, наявність аномалій розвитку плода, розмір та стать плода [9, 10].

Нормальна тривалість латентної фази пологів значно варіюється у різних жінок, незалежно від кількості пологів. Прогресування пологів від 4 до 5 см розкриття може зайняти більше 6 годин, а від 5 до 6 см — більше 3 годин [7].

Згідно з нормами консорціуму з безпечних пологів, середня тривалість латентної фази у пацієнток, які раніше не народжували, становить від 0,6 до 6,0 годин, виходячи з результатів початкового обстеження шийки матки. Найбільш консервативна оцінка 95-го процентиля тривалості латентної фази у пацієнток, які раніше не народжували, становить 16 годин.

Хоча деякі автори припускають, що аномальною є тривалість, пов'язана з підвищеним ризиком захворюваності, а не та, що перевищує 90-95-й процентиль, жодних конкретних визначень опубліковано не було.

Деякі дані вказують на те, що можуть бути відмінності за паритетом у швидкості розширення шийки матки до 6 см, але загалом тривалість латентної фази не стратифікується за паритетом.

Хоча подовжена перша фаза пологів може бути пов'язана з несприятливими наслідками для матері та новонародженого, важливо зазначити, що більшість вагітних жінок з подовженою латентною фазою в кінцевому підсумку переходять до активної фази за умови очікувального ведення. За невеликим винятком, решта або припиняє перейми, або за допомогою амніотомії та окситоцину досягнуть активної фази.

Таким чином, слід уникати кесаревого розтину при тривалій латентній фазі за умови задовільного стану матері та плода. У пацієнток, яким проводять індукцію пологів, переважною термінологією має бути «невдала спроба індукції пологів», коли латентна фаза не прогресує.

ACOG рекомендує вважати розширення шийки матки на 6 см початком активної фази пологів. На основі кривої пологів Занга 2010 року точка перетину, в якій латентна фаза пологів переходить в активну, знаходиться приблизно при розкритті 6 см. Хоча це відображає середню початкову точку, може бути діапазон від 4 см до 6 см, при якому швидкість змін шийки матки швидко збільшується. Однак стандарти управління активною фазою та зупинки активної фази не повинні застосовуватися до розкриття шийки матки щонайменше на 6 см [3].

Зупинка активної фази пологів визначається як відсутність прогресу пологів у роділь, у яких розкриття шийки матки становить щонайменше 6 см., з розривом плідних оболонок, незважаючи на 4 години адекватної активності матки або 6 годин неадекватної активності матки з підсиленням окситоцином [3].

Затяжний перебіг пологів означає, що пологи просуваються повільніше, ніж зазвичай, а зупинка пологів визначається як припинення прогресування пологів, незважаючи на всі спроби стимуляції.

Фактори ризику затяжного перебігу або зупинки пологів включають, але не обмежуються, першими пологами, великим для гестаційного віку плодом, ожирінням матері, старшим віком матері, заднім видом та диспропорцією між головою плода та тазом матері.

Порушення активної фази та зупинка пологів пов'язані з підвищеним ризиком несприятливих наслідків для матері та новонародженого, включаючи кесарів розтин, хоріонамніоніт, післяпологову кровотечу, ацидемію плода та госпіталізацію до відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН).

Сучасні дані показують, що швидкість розкриття шийки матки в активній фазі пологів є повільнішою, ніж це спостерігалось в минулому. 95-й перцентиль розширення шийки матки в активній фазі коливається від 0,5 см/год до 1,3 см/год; отже, тривалу активну фазу можна консервативно визначити як розширення менше 1 см за 2 години. Однак на цей діапазон впливають результати обстеження шийки матки пацієнтки при госпіталізації та кількість пологів, і ці фактори слід враховувати, якщо є підозра на тривалі пологи.

У кількох дослідженнях оцінювалася оптимальна тривалість стимуляції окситоцином у разі затяжних або зупинених пологів. Проспективне дослідження 319 вагітних жінок з дисфункціональними пологами показало, що при додатко-

вих 4 годинах стимуляції окситоцином 50,7 % первісток і 41,7 % повторно-народжуючих жінок народили природним шляхом. У первісток 8-годинне введення окситоцину призвело до 18% випадків кесаревого розтину. Натомість, якби період стимуляції був обмежений 4 годинами, частота кесаревих розтинів була б майже вдвічі вищою — 35,5 % [11]. Таким чином, повільна, але прогресивна активна фаза пологів, що супроводжується змінами шийки матки принаймні кожні 4 години в умовах стабільного стану матері та плода, не повинна бути показанням для кесаревого розтину.

У багатоцентровому кластерному рандомізованому дослідженні в Норвегії управління пологамі з використанням партограми Всесвітньої організації охорони здоров'я, заснованої на даних Фрідмана, порівнювали з управлінням з використанням даних консорціуму з безпечних пологів. Не було виявлено різниці в частоті кесаревих розтинів або несприятливих наслідків між двома групами. Однак інтерпретація цих результатів обмежена характеристиками пацієнтів [12].

Кластерне рандомізоване дослідження для визначення впливу переглянутих клінічних настанов ACOG у 26 лікарнях в Альберті, Канада, не виявило різниці в частоті кесаревих розтинів. Було виявлено статистично значуще збільшення частоти спонтанних вагінальних пологів серед тих, хто застосовував нові рекомендації, але клінічна користь була незначною: від 54,8 % до 56,8 % ([OR] 1,09; 95 % ДІ, 1,01–1,18) [13].

Дослідження впливу переглянутих рекомендацій ACOG на частоту кесаревих розтинів показали неоднозначні результати: деякі з них продемонстрували зниження, а інші — відсутність ефекту. Ці дослідження, проведені в США, були обмежені ретроспективним дизайном і відрізнялися способом оцінки частоти кесаревих розтинів.

ACOG рекомендує визначати тривалий другий період пологів як понад 3 години потуг у первісток і 2 години потуг у повторнонароджуючих жінок. Для діагностики зупинки другого етапу слід застосовувати індивідуальний підхід [3].

Якщо тривалість другого періоду перевищує ці параметри, рекомендується враховувати інформацію про прогрес, клінічні фактори, що можуть вплинути на ймовірність вагінальних пологів, обговорювати ризики та переваги доступних втручань, а також індивідуальні переваги пацієнтки. Зупинку другого періоду можна виявити раніше, якщо не відбувається поворот або опускання голівки плода, незважаючи на адекватні перейми, потуги та час.

Доведено, що на тривалість другої стадії пологів впливають: кількість пологів, відтермінування потуг, застосування епідуральної аналгезії, індекс маси тіла матері, вага новонародженого, задній вид.

У дослідженні консорціуму з безпечних пологів поріг 95-го процентиля був приблизно на 1 годину довшим у пацієток, які отримували епідуральну аналгезію, ніж у тих, які її не отримували [3].

В обсерваційному дослідженні 53 285 осіб з одноплідною вагітністю, які досягли повного розкриття шийки матки, ймовірність вагінальних пологів зменшувалася із збільшенням тривалості другого періоду пологів. Однак навіть при понад 4 годинах потуг ймовірність вагінальних пологів для первісток становила 78%; для повторнонароджуючих жінок при понад 2 годинах потуг ймовірність вагінальних пологів становила 82% [14].

Триваліші потуги статистично асоціювалися з підвищенням комбінованої неонатальної захворюваності (включаючи штучну вентиляцію легень, підтверджений сепсис, параліч плечового сплетіння, перелом ключиці, перелом черепа, інші переломи, судоми, гіпоксично-ішемічну енцефалопатію та смерть). Однак абсолютна різниця в ризиках для новонароджених була невеликою, приблизно 1% або менше.

Із збільшенням тривалості потуг також збільшувалася ймовірність післяпологової кровотечі, кесаревого розтину, оперативного вагінального розродження та розривів третього або четвертого ступеня [14].

У вторинному аналізі дослідження консорціуму з безпечних пологів, в якому взяли участь 43 810 первісток і 59 605 повторнонароджуючих жінок з одноплідною вагітністю, які досягли повного розкриття шийки матки, ймовірність вагінальних пологів після тривалого другого пологів становила 79,9% для первісток з епідуральною анестезією і 88,7% для повторнонароджуючих жінок з епідуральною анестезією. Однак тривала друга стадія була пов'язана з підвищенням частоти хоріоамніоніту, розривів третього або четвертого ступеня та неонатальної захворюваності, включаючи сепсис та асфіксію [15].

Кілька додаткових досліджень продемонстрували зв'язок між тривалістю другого періоду пологів і несприятливими наслідками для матері, але суперечливі результати щодо наслідків для новонароджених. У вторинному аналізі багатоцентрового рандомізованого дослідження 4126 жінок, які не народжували і досягли другої стадії пологів, більш тривалий другий період був пов'язаний з вищим ризиком хоріоамніоніту, атонії матки та розривів промежини третього і четвертого ступеня, але не було виявлено зв'язку з несприятливими наслідками для новонароджених, включаючи оцінку за шкалою Апгар менше 4 на 5 хвилині, рН пупкової артерії менше 7,0, інтубацію в пологовій залі, необхідність госпіталізації до ВІТН та сепсис новонароджених. Аналогічно, у вторинному аналізі 1862 жінок, які брали участь у дослідженні раннього порівняно з пізнім потужним тиском, тривалість активного потужного тиску не була пов'язана з несприятливими наслідками для новонароджених, навіть у тих, хто тужився більше 3 годин [16].

Важливо враховувати ризики для матері та новонародженого, пов'язані з подовженим другим періодом пологів, у контексті потенційної користі від вагінальних пологів.

З метою потенційної оптимізації шансів на природні пологи, визнаючи невеликий абсолютний ризик материнської та неонатальної захворюваності, у

рекомендаціях АСОГ 2014 року було запропоновано розглянути можливість подовження традиційного визначення меж другого етапу на 1 годину, щонайменше 2 години потуг у повторнонароджуючих жінок і щонайменше 3 години потуг у первісток, а також дозволити індивідуальне подовження, якщо спостерігається і документується прогрес в опусканні голівки плода [3].

У рандомізованому дослідженні 78 первісток з епідуральною анестезією та подовженою другою стадією пологів, що тривала довше 3 годин, подовження пологів на 1 годину було пов'язане зі зменшенням частоти кесаревого розтину на 50 %. Однак дослідження не було достатньо потужним, щоб оцінити відмінності в результатах для новонароджених [19].

У ретроспективному когортному дослідженні, в якому взяли участь понад 19000 пацієнтів, було порівняно традиційні визначення зупинки другого періоду пологів (тривалістю понад 3 години у жінок, які не народжували, з регіональною анестезією або понад 2 години без неї, та тривалістю понад 2 години у жінок, які народжували, з регіональною анестезією та понад 1 годину без неї) із сучасними стандартами, які дозволяють продовжувати другу стадію ще на 1 годину. Сучасне визначення було пов'язане зі зменшенням частоти кесаревого розтину, але збільшенням частоти неонатальної ацидемії, госпіталізації до відділення інтенсивної терапії новонароджених та розривів промежини третього і четвертого ступеня [17].

Систематичний огляд і метааналіз, що включав попереднє дослідження та чотири інші ретроспективні когортні дослідження, а також два рандомізовані контрольовані випробування з 20165 первістками, порівняв криву пологів Занга з кривою пологів Фрідмана для другої стадії пологів (10 861 з кривою пологів Занга проти 9304 з кривою пологів Фрідмана) і показали подібні частоти кесаревого розтину при використанні будь-якої з кривих у другому періоді пологів, з порівнянними частотами несприятливих результатів для матері та новонароджених [18].

У дослідженні 2014 року, в якому було проаналізовано понад 4500 вагінальних пологів, 95% всіх жінок мали станцію 0 або нижче при повному розширенні шийки матки [20]. Таким чином, станція голівки плода, яка залишається на рівні 0 незважаючи на потуги, є аномальним явищем.

Таким чином, спільне прийняття рішень з пацієнткою щодо продовження другої стадії пологів повинно включати обговорення ризиків для матері та новонародженого, пов'язаних із збільшенням тривалості другого періоду пологів та зменшенням ймовірності вагінальних пологів. Постійне управління другою стадією пологів також передбачає демонстрацію опускання голівки плода.

При індукованих пологах латентна фаза пологів значно довша порівняно зі спонтанними пологами. Активна фаза пологів у обох випадках є схожою. Кілька досліджень підтверджують, що значна частина пацієнток, які проходять індукцію і залишаються в латентній фазі пологів протягом 12–18 годин з введенням окситоцину та розривом плодових оболонок, народять природним

шляхом, якщо індукцію продовжувати [21]. У когорті з 10 677 первісток, яким проводили індукцію пологів, 96,4% досягли активної фази до 15 годин. Більше 40% жінок, у яких латентна фаза тривала 18 годин або більше, все одно народили природним шляхом [22].

Регіонарна анестезія є високоефективним методом знеболювання для жінок під час пологів. Систематичний огляд показав, що для вагітних жінок, які обирають регіонарне знеболювання під час пологів, ні тип нейроаксіальної аналгезії (епідуральна або комбінована спінально-епідуральна), ні час її застосування не впливають на ризик кесаревого розтину [23].

Таким чином, якщо стан матері та плода залишається задовільним, кесаревого розтину через невдалу індукцію пологів у латентній фазі можна уникнути, рекомендуючи введення окситоцину протягом щонайменше 12–18 годин після розриву плодового міхура, перш ніж вважати індукцію невдалою. Залежно від клінічних характеристик, уподобань пацієнтки та обговорення ризиків і переваг, рішення про продовження стимуляції після 18 годин може бути індивідуальним.

Висновки. За останні десятиліття відбувається переоцінка тривалості фізіологічного перебігу пологів, що змінює практичні підходи до ведення пологів в закладах охорони здоров'я. Справжній вплив змін в визначеннях та рекомендаціях ACOG 2014 року щодо ведення зупинки пологів залишається неясним, особливо щодо материнської та неонатальної захворюваності. Однак ці пропозиції надають клініцистам загальну основу для розумного збалансування ризиків тривалих пологів з потенційною перевагою уникнення кесаревого розтину, з можливістю індивідуалізації.

Література:

References:

1. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol.* 2010 Apr;115(4):705-710.
2. Betran AP, Ye J, Moller A, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regionalestimates. *BMJ Glob Health* 2021;6:e005671.
3. First and Second Stage Labor Management: ACOG Clinical Practice Guideline No. 8. *Obstetrics & Gynecology* 143(1):p 144-162, January 2024. | DOI: 10.1097/AOG.00000000000005447.
4. Pintye J. WHO Labour Care Guide: Advancing Person-Centered Care. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2026 Mar-Apr 01;51(2):111. doi: 10.1097/NMC.0000000000001168. Epub 2026 Feb 25. PMID: 41739986.
5. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;223:123–32.
6. Friedman EA. An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor. *Bull N Y Acad Med* 1972; 48:842–58.
7. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1281–7.
8. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor [published erratum appears in *Obstet Gynecol* 2010;116:196]. *Obstet Gynecol* 2010;115:705–10. doi: 10.1097/AOG. 0b013e3181d55925.

9. McCormick AC, McIntosh JJ, Gao W, Hibbard JU, Cruz MO. The impact of fetal anomalies on contemporary labor patterns. *Am J Perinatol* 2019;36:1423–30. doi: 10.1055/s-00391691765.
10. Grylka-Baeschlin S, Devane D. Zhang's guideline to assess labour progression. *Lancet*. 2019 Jan 26;393(10169):300-301.
11. Hautakangas T, Palomäki O, Eidstø K, Huhtala H, Uotila J. Impact of obesity and other risk factors on labor dystocia in term primiparous women: a case control study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18:304–3. doi: 10.1186/s12884-018-1938-3.
12. Wood S, Skiffington J, Brant R, Crawford S, Hicks M, Mohammad K, et al. The REDUCED trial: a cluster randomized trial for REDucing the utilization of Cesarean delivery for dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 2023;228:S1095–103
13. Thuillier C, Roy S, Peyronnet V, Quibel T, Nlandu A, Rozenberg P. Impact of recommended changes in labor management for prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218:341.e1–9.
14. Grobman WA, Bailit J, Lai Y, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW, et al. Association of the duration of active pushing with obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 2016;127:667–73.
15. Laughon SK, Berghella V, Reddy UM, Sundaram R, Lu Z, Hoffman MK. Neonatal and maternal outcomes with pro- longed second stage of labor [published erratum appears in *Obstet Gynecol* 2014;124:842]. *Obstet Gynecol* 2014;124: 57–67.
16. Rouse DJ, Weiner SJ, Bloom SL, Varner MW, Spong CY, Ramin SM, et al. Second-stage labor duration in nulliparous women: relationship to maternal and perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:357.e1–7.
17. Zipori Y, Grunwald O, Ginsberg Y, Beloosesky R, Weiner Z. The impact of extending the second stage of labor to prevent primary cesarean delivery on maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2019;220:191.e1–7.
18. Limas MM, Shah SC, Turrentine MA. Cesarean delivery rate in nulliparous women in the second stage of labor when using Zhang compared with Friedman labor curves: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2023;141:1089–97.
19. Gimovsky AC, Berghella V. Randomized controlled trial of prolonged second stage: extending the time limit vs usual guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214:361.e1.
20. Graseck A, Tuuli M, Roehl K, Odibo A, Macones G, Cahill A. Fetal descent in labor. *Obstet Gynecol* 2014;123:521–6.
21. Rouse DJ, Weiner SJ, Bloom SL, Varner MW, Spong CY, Ramin SM, et al. Failed labor induction: toward an objective diagnosis. *Obstet Gynecol* 2011;117:267–72.
22. Grobman WA, Bailit J, Lai Y, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW, et al. Defining failed induction of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218:122.e1–8.
23. Myers ER, Sanders GD, Coeytaux RR, McElligott KA, Moorman PG, Hicklin K, et al. Labor dystocia. Comparative effectiveness review no. 226. AHRQ publication no. 29. Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.

Дата першого надходження статті до видання: 13.05.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 28.05.2026