

Тактика ведення вагітності у жінок – лікарів різних спеціальностей

О.С. Шелигін

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: розроблення та впровадження тактики ведення вагітності у жінок–лікарів різних спеціальностей.

Матеріали та методи. Було обстежено 150 вагітних жінок–лікарів різних спеціальностей, яких розподілили на три групи залежно від використовуваних лікувально-профілактичних заходів.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що жінки–лікарі різних спеціальностей входять до групи високого ризику щодо розвитку різних ускладнень вагітності і пологів, а також перинатальної патології. Використання медико-психологічної підготовки, починаючи з прегравідарного періоду, у поєднанні з родинно орієнтованими технологіями дозволяє нормалізувати психологічний статус, виробити позитивну доміную на сприятливий результат вагітності.

Заключення. Розроблений алгоритм ведення вагітності необхідно використовувати у жінок–лікарів різних спеціальностей.

Ключові слова: жінки–лікарі, вагітність, тактика ведення.

В умовах сьогодення пріоритетним є проблема охорони і зміцнення здоров'я працюючого населення, перш за все жінок, з метою збереження трудового потенціалу і створення умов для економічного розвитку країни [1–2]. Специфіка трудової діяльності медичних працівників пов'язана з дією професійних чинників, здатних спричинити захворювання, призвести до втрати працездатності, інвалідності, а у низці випадків бути безпосередньою загрозою життю [1–3]. Проблема охорони репродуктивного здоров'я медичних працівників багатогранна, і її рішення передбачає взаємодію різних напрямів охорони здоров'я і соціальної політики держави з урахуванням національних особливостей і міжнародних стандартів.

Незважаючи на важливість проблеми, у літературі недостатньо доказових даних щодо клінічного перебігу вагітності у жінок–медичних працівників, що, безумовно, суттєво впливає на перинатальні наслідки їхнього розродження.

Мета дослідження: розроблення та впровадження тактики ведення вагітності у жінок–лікарів різних спеціальностей.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 150 вагітних жінок–лікарів, яких розподілили на три групи:

– до 1-ї групи увійшли 50 жінок–лікарів, які отримували вдосконалений нами алгоритм допологової підготовки, ведення вагітності і пологів з використанням родинно орієнтованих технологій;

– у 2-у групу були включені також 50 жінок–лікарів, які використовували лише вдосконалений нами алгоритм допологової підготовки, ведення вагітності і пологів, при цьому від партнерських пологів ці пацієнтки відмовилися;

– у 3-ю групу увійшли 50 жінок–лікарів, які не пройшли жодної підготовки до і під час вагітності та самостійно визначали тактику ведення вагітності і пологів.

Додаткове розділення жінок–лікарів за спеціальностями не проводили, оскільки не спостерігали виражених відмінностей (за результатами попередніх досліджень) у клінічному перебігу вагітності і пологів.

Під час розроблення вдосконаленого алгоритму ведення жінок–лікарів на етапах допологової підготовки, ведення вагітності і пологів використовували принцип мінімізації застосування медикаментозних препаратів, методи психологічного тестування при розробленні індивідуального плану ведення вагітної з обов'язковою консультацією психолога та подальшою психологічною корекцією виявлених відхилень. При формуванні індивідуальних програм профілактики і спостереження жінок–лікарів під час вагітності урахувували результати дослідження параметрів якості життя.

Використання родинно орієнтованих технологій у жінок–лікарів проводили згідно із загальноприйнятими рекомендаціями [4–5].

Соціальний статус обстежених вагітних

Критерії порівняння	Група жінок					
	1-а, n=50		2-а, n=50		3-я, n=50	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
<i>Спеціальність</i>						
Терапевт, сімейний лікар	15	30	15	30	14	28
Лікар УЗД	16	32	14	28	17	34
Лікар ФД	3	6	4	8	6	32
Акушери-гінекологи	16	32	17	34	13	26
<i>Відношення до шлюбу</i>						
Заміжні	39	78	40	80	38	76
Незаміжні	6	12	8	16	4	8
Заклучили шлюб під час вагітності	5	10	1	2	8	16
Одинокі			1			

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених жінок коливався від 20 до 36 років (середній вік становив $27,26 \pm 3,64$ року у 1-й групі, $27,78 \pm 4,82$ року – у 2-й групі і $26,40 \pm 3,46$ року – у 3-й групі).

У таблиці представлений соціальний статус обстежених вагітних.

Як впливає з даних таблиці, за лікарськими спеціальностями, сімейним станом жінки всіх трьох груп достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$). При цьому були вивчені особливості перебігу вагітності і пологів у жінок-лікарів таких самих спеціальностей, як і на першому етапі (терапевти, сімейні лікарі, фахівці УЗД і ФД, а також акушери-гінекологи).

Серед вагітних всіх трьох груп були переважно першороділлі. У 3-й групі з 43 першовагітних у 15 (34,9%) в анамнезі були аборти, викидні, що дещо вище, ніж у 1-й і 2-й групах ($p < 0,01$). Вочевидь, жінки-лікарі з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (ОАГА) повинні були уважніше ставитися до свого здоров'я і готуватися до майбутніх пологів, але вони відмовилися від спеціальної допологової підготовки і використання родинно орієнтованих технологій під час вагітності і пологів. Щодо початку статевого життя і частоти перенесених гінекологічних захворювань пацієнтки були повністю зіставні ($p > 0,05$). Найбільш висока частота планованої вагітності була у пацієнток 1-ї групи (100,0%), які окрім допологової підготовки погодилися на використання родинно орієнтованих технологій.

Серед чинників, що впливають на перебіг вагітності і надають можливість спрогнозувати можливі ускладнення, є термін першої явки з приводу вагітності у жіночу консультацію і взяття на облік. Так, усі вагітні 1-ї і 3-ї груп стали на облік у ранні терміни (до 12 тиж). У 2-й групі 88% вагітних рано звернулися у жіночу консультацію з приводу вагітності.

Вивчення характеру перебігу першої половини вагітності виявило достовірні відмінності між досліджуваними групами у частоті реєстрації загрози переривання вагітності. Так, вища частота цього ускладнення вагітності спостерігалася у жінок 3-ї групи, практично у 2 рази частіше порівняно з жінками 1-ї групи ($p < 0,001$), причому при високому рівні особистої тривожності у 3-й групі це ускладнення фіксували частіше в 1,5 разу порівняно з жінками з помірною тривожністю – відповідно 36,4% і 24,2% випадків ($p < 0,001$). У 1-й групі такої залежності не виявлено, частоту загрози переривання вагітності реєстрували вище у вагітних з помірною тривожністю.

Аналіз особливостей перебігу вагітності засвідчив, що достовірні відмінності виявлені щодо частоти розвитку прееклампсії. Так, у 1-й групі прееклампсія розвивалася лише у 6,1% вагітних у підгрупі з помірною тривожністю, а у 3-й групі частота прееклампсії виявилася вищою і становила 26,0%, тобто у 6,5 разу вище, ніж у 1-й групі ($p < 0,001$). Причому в основному у вагітних з високою і помірною тривожністю (відповідно 18,1% і 30,3%). Різниця між збільшенням маси тіла під час вагітності як між групами, так і всередині груп за рівнем тривожності статистично незначна ($p > 0,05$).

Токсикоз першої половини вагітності виявляли дещо частіше у 1-й, ніж у 3-й групі. Проте треба відзначити, що у половині випадків на тлі медико-психологічних тренінгів, що прово-

дяться, його прояви швидко купірували з мінімальним призначенням препаратів, тоді як у контрольній групі всі пацієнтки потребували госпіталізації для проведення відповідного лікування.

Анемія діагностована в обох групах практично з однаковою частотою (30% в основній і 34% – у контрольній), але слід зазначити, що за високого рівня тривожності вона розвивалася частіше у вагітних 3-ї групи ($p = 0,03$).

Для оцінювання стану плода всім вагітним проведені УЗД плода в динаміці, ультразвукова доплерометрія (УЗДМ) і кардіотокографія (КТГ) плода.

Треба відзначити, що порушення за даними УЗД у III триместрі також частіше виявляли у 3-й групі – 54% випадків, тоді як у 1-й групі усього у 18% вагітних ($p < 0,001$). Причому за високого рівня тривожності переважали структурні порушення плаценти ($p < 0,001$), обвивання пуповиною фіксували з однаковою частотою. У 3-й групі достовірно частіше виявляли під час ультразвукової доплерографії порушення МПК 1А і 1Б ступеня за високого рівня тривожності ($p < 0,001$). Порушення МПК 2-го ступеня відзначено лише у 3-й групі за помірної тривожності. Порушення КТГ плода (межові) відзначали також частіше у 3-й групі ($p < 0,001$).

У зв'язку з ускладненнями гестації вагітних 1-ї і 3-ї груп госпіталізували для проведення лікування до різних медичних установ. Під час порівняння кількості госпіталізацій виявилось, що частота госпіталізацій у 3-й групі у 2 рази вище, ніж в основній ($p < 0,001$). Причому серед причин госпіталізації у 2 рази частіше реєстрували загрозу переривання вагітності і у 7,5 разу частіше – прееклампсію.

Отже, використання психологічного тестування виявило різний рівень тривожності, як особистісної, так ситуативної, у 1-ї і 3-ї групах. При цьому за високого рівня особистісної тривожності переважали несприятливі типи ПКГД, а за низького рівня тривожності переважали сприятливі варіанти ПКГД. Перебіг вагітності у 1-ї і 3-ї групах має статистично значущу відмінність за деякими показниками, пов'язаними з психологічним станом (загроза переривання вагітності, прееклампсія, неправильне положення плода, обвивання пуповиною) і іншими порушеннями, виявленими під час УЗД, порушеннями МПК, внутрішньоутробним стражданням плода, зареєстрованими під час КТГ. Частіше госпіталізували у стаціонари вагітних 3-ї групи, причому інколи неодноразово, порівняно з жінками 1-ї групи. Така відмінність пов'язана з тим, що вагітні 1-ї групи використовували розроблений нами алгоритм з включенням родинно орієнтованих технологій, а вагітні 3-ї групи від цього відмовилися.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що жінки-лікарі різних спеціальностей належать до групи високого ризику щодо розвитку різних ускладнень вагітності і пологів, а також перинатальної патології. Використання медико-психологічної підготовки, починаючи з прегравідарного періоду, у поєднанні з родинно орієнтованими технологіями дозволяє нормалізувати психологічний статус, виробити позитивну доміную на сприятливий результат вагітності. Розроблений алгоритм ведення вагітності необхідно використовувати у жінок-лікарів різних спеціальностей.

ують, що жінчини-врачи различных специальностей входят в группу высокого риска по развитию различных осложнений беременности и родов, а также перинатальной патологии. Использование медико-психологической подготовки, начиная с прегравидарного периода, в сочетании с семейно ориентированными технологиями позволяет нормализовать психологический статус, выработать позитивную доминанту на благоприятный результат беременности. **Заклучение.** Разработанный алгоритм ведения беременности необходимо использовать у женщин-врачей различных специальностей.

Ключевые слова: жінчини-врачи, беременность, тактика ведення.

Тактика ведення вагітності
у жінок – лікарів різних спеціальностей
А.С. Шельгин

Цель исследования: разработка и внедрение тактики ведения беременности у женщин-врачей различных специальностей.

Материалы и методы. Было обследовано 150 беременных женщин-врачей различных специальностей, которых разделили на три группы в зависимости от используемых лечебно-профилактических мероприятий.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют,

Tactics of conducting pregnancy at women of doctors of various specialties
O.S. Shelygin

The objective: to develop and introduce tactics of conducting pregnancy at women of doctors of various specialties.

Materials and methods. We surveyed 150 pregnant women of doctors of various specialties whom divided into three groups depending on used treatment-and-prophylactic actions.

Results. Results of the conducted researches testify that women doc-

tors of various specialties make group of high risk on development of various complications of pregnancy and labors, and also perinatal pathology. Use of medico-psychological preparation, since the pre-
 gravidare period in combination with the family focused technologies allows to normalize the psychological status, to develop a positive majorant on favorable result of pregnancy.

Conclusions. The developed algorithm of conducting pregnancy needs to be used at women of doctors of various specialties.

Key words: *women-doctors, pregnancy, maintaining tactics.*

Сведения об авторе

Шельгин Александр Сергеевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последидипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: *prore-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <p>1. Баке М.Ч., 2012. Факторы риска здоровья медицинских работников /М.Ч. Баке, И.Ю. Лусе, Д.Р. Спруджа и др. // Медицина труда и экология: 3: 28 цьому, 33.</p> <p>2. Веккер И.Р., 2011. Роль факторов профессиональной деятельнос-</p> | <p>ти в развитии перинатальной патологии // Гигиена и санитария: 3: 29 цьому, 32.</p> <p>3. Горблянский Ю.Ю., 2012. Актуальные вопросы профессиональной патологии медицинских работников: метод. рекомендации /сост.</p> | <p>Ю.Ю. Горблянский, Н.Я. Корганов, И.Н. Пиктушанская, Т.Д. Качан; Ростовский Гос. Мед. Ун-т. цьому, Ростов н/Д: 35.</p> <p>4. Вдовиченко С.Ю., 2016. Роль родинно орієнтованих технологій у клінічному перебігу вагітності у жінок</p> | <p>високого акушерського ризику // Здоровье женщины: 9: 64–67.</p> <p>5. Вдовиченко С.Ю., 2017. Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів // Здоровье женщины: 3: 79–82.</p> |
|---|--|---|---|

Статья поступила в редакцию 11.12.17