

Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів

С.Ю. Вдовиченко

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

Мета дослідження: зниження частоти акушерської та перинатальної патології на підставі використання родинно орієнтованих технологій під час вагітності та партнерських пологів.

Матеріали та методи. Відповідно до поставленої мети дослідження були проведені у три етапи: на першому етапі був проведений ретроспективний аналіз клінічного перебігу 26 291 вагітності і пологів за 2010–2014 рр.; на другому етапі був проведений проспективний аналіз розродження 300 жінок (основна, 1-а, група), яких було проведено за розробленим нами алгоритмом ведення жінок з використанням родинно орієнтованих технологій; як 2-а група, порівняння, було проаналізовано 300 пологів без участі партнера; на третьому етапі були вивчені медико-соціальні особливості у 100 жінок, у яких були використані родинно орієнтовані технології, та їхніх чоловіків, а також у 100 лікарів акушерів-гінекологів.

Результати. Клінічний перебіг вагітності та пологів при використанні родинно орієнтованих технологій та партнерських пологів характеризується зниженням частоти ускладнень під час гестації та пологів – анемії вагітних (на $4,3 \pm 0,4\%$); плацентарної дисфункції (на $9,6 \pm 0,9\%$); затримки розвитку плода (на $5,3 \pm 0,5\%$); аномалій пологової діяльності (на $9,7 \pm 0,9\%$); дистресу плода (на $1,0 \pm 0,1\%$); кесаревих розтинів (на $6,0 \pm 0,6\%$); порушень контрактильної активності матки після пологів (на $9,3 \pm 0,9\%$); ранової інфекції (на $1,7 \pm 0,1\%$), підвищенням частоти нормогалактії (на $11,0 \pm 1,0\%$) та зменшенням гіпогалактії різного ступеня (на $6,0 \pm 0,6\%$). Крім того, спостерігається підвищення частоти народження дітей з оцінкою за шкалою Апгар більше 7 балів (на $5,6 \pm 0,5\%$); зменшення порушень постнатальної адаптації новонароджених (на $6,7 \pm 0,6\%$) та відсутність плодових втрат. Розроблений алгоритм дозволяє підняти рівень позитивного відношення лікарів зі стажем до 10 років на $21,2 \pm 2,2\%$ та зі стажем більше 10 років – на $16,2 \pm 1,6\%$, а також знизити рівень агресивного ведення пологів на $21,2 \pm 2,1\%$.

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать, що використання родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів за розробленим нами алгоритмом дозволяє покращити акушерські та перинатальні результати розродження, що є підставою для широкого використання їх у практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: родинно орієнтовані технології, вагітність, пологи, профілактика.

Демографічна ситуація в Україні продовжує залишатися несприятливою, вимагає наукового обґрунтування і розроблення нових підходів щодо зниження частоти акушерської і перинатальної патології, яка залишається досить високою у порівнянні з Європейськими країнами [4, 5, 7, 8]. За даними сучасної статистики [1–3] пологи, що перебігають фізіологічно, фіксують лише у 25–30% випадків, а патологічні відхилення у стані здоров'я жінок і новонароджених – у 40–50% випадків. Вони і є основною причиною материнської і дитячої смертності [4–6].

Акушерська агресія на сьогодні залишається однією з основних причин високого рівня оперативних втручань при розродженні, які не завжди медично обґрунтовані і можуть бути наслідком неадекватних економічних взаємин між лікарем і пацієнткою [5]. У сучасному суспільстві на тлі політичної і економічної кризи зростає незадоволення населення якістю акушерської і перинатальної допомоги, причому більше 50% жінок і їхніх сімей незадоволені якістю надання допомоги при розродженні [1–6].

Частота родинно орієнтованих технологій, у тому числі і партнерських пологів, зростає у родопомічних установах з року в рік, при цьому автори відзначають як позитивні, так і негативні сторони такої тенденції [4, 5]. Проте на сьогодні відсутнє наукове обґрунтування методології проведення і впровадження родинно орієнтованих технологій під час ведення пацієнток на прегравідарному етапі, у жіночій консультації і акушерському стаціонарі. Крім того, не розроблені критерії включення і виключення, не проведений порівняльний аналіз ефективності родинно орієнтованих технологій та партнерських пологів на різних рівнях охорони здоров'я: центральної районної лікарні, міського пологового будинку та ін.

Усе згадане вище є достатнім обґрунтуванням актуальності обраної наукової проблеми.

Мета дослідження: зниження частоти акушерської та перинатальної патології на підставі використання родинно орієнтованих технологій під час вагітності та партнерських пологів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети дослідження були проведені в три етапи.

На першому етапі був проведений ретроспективний аналіз клінічного перебігу 26 291 вагітностей і пологів за 2010–2014 рр. у жінок, яких було розроджено у пологових відділеннях типової центральної районної лікарні (Києво-Святошинський район Київської області) – 7557 пологів, з яких 1961 – партнерські пологи (ПП), і в типовому міському пологовому будинку (клінічний пологовий будинок № 1 м. Києва) – 18 734 пологів, з яких 2556 – ПП.

На другому етапі був проведений проспективний аналіз розродження 300 жінок (основна, 1-а, група), яких було проведено за розробленим нами алгоритмом ведення жінок з використанням родинно орієнтованих технологій, у пологовому будинку № 1 м. Києва у 2015 р. Як 2-а група, порівняння, було проаналізовано 300 пологів без участі партнера, які було проведено у цій же лікувальній установі у 2015 р. Групи пацієнток були підібрані з дотриманням принципу рандомізації і були зіставні щодо чинників перинатального ризику.

На третьому етапі були вивчені медико-соціальні особливості у 100 жінок та їхніх чоловіків, у яких були використані родинно орієнтовані технології, а також у 100 лікарів акушерів-гінекологів, які проходили навчання у НМАПО імені П.Л. Шупика на передатестаційних циклах та циклах тематичного удосконалення.

Критерії включення у 1-й і 2-й групах були ідентичними:

- доношена вагітність (37–41 тиж);
- наявність одного плода;
- головне передлежання плода;
- відсутність важкої екстрагенітальної патології;
- відсутність показань до планового абдомінального розродження;
- компенсований стан плода;
- згода подружньої пари для 1-ї групи або лише жінки – для 2-ї групи;
- відсутність клінічно виражених запальних захворювань у партнерів на момент розродження (ГРВІ, гнійничкове ураження шкіри і ін.) – лише для 1-ї групи;

Критерії виключення:

- термін вагітності менше 37 і більше 41 тиж;
- тазове передлежання, косе і поперечне положення плода;
- багатоплідність;
- важка екстрагенітальна патологія;
- наявність показань до кесарева розтину;
- декомпенсований стан плода на момент початку пологів;
- клінічно виражені запальні захворювання у партнерів – лише для 1-ї групи;
- психологічна неготовність партнерів – лише для 1-ї групи.

Розроблений нами алгоритм ведення жінок основної групи з використанням родинно орієнтованих технологій включав наступні моменти:

- мотивація на ПП, починаючи з етапу жіночої консультації, що включає спільні відвідини лікаря з партнером протягом всієї вагітності;
- рання консультація перинатального психолога (з моменту ухвалення рішення про ПП) з розробленням індивідуального плану ведення вагітності і розродження;
- проведення клініко-функціонального обстеження (УЗД, КТГ, доплерометрія) за участі партнера і обговорення всіх виникаючих питань;
- відвідини акушерського стаціонару у 36 тиж вагітності для огляду родинних пологових залів і проведення індивідуальної підготовки до розродження;
- під час госпіталізації до акушерського стаціонару – спільне рішення з партнером про його роль на всіх етапах розродження (повна присутність; лише у перший період; відсутність під час другого періоду пологів; присутність у післяпологовий період тощо);
- використання різних способів знеболювання у перший і другий періоди пологів;
- варіант прикладання новонародженого до грудей матері і тіла батька;
- рання виписка зі стаціонару з урахуванням клінічного перебігу пологів.

Ведення жінок 2-ї групи проводили відповідно до наказів МОЗ України тією самою медичною бригадою з використанням всіх можливих методів знеболювання, раннє прикладання до грудей та інші моменти, за винятком присутності партнера.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведеного ретроспективного аналізу (2010–2014 рр.) свідчать про невелику кількість партнерських пологів як в умовах міського пологового будинку (13,7±1,2%), так і центральної районної лікарні (25,9±2,4%).

При зростанні частоти партнерських пологів в умовах акушерських стаціонарів будь-якого рівня (до 30,0%) відбуваються вірогідні зміни ($p < 0,05$) наступних показників:

- збільшення кількості фізіологічних пологів (9,1±0,9%); народження дітей з оцінкою за шкалою Апгар більше 7 балів (11,3±1,2%) та регіонарної анестезії (12,1±1,2%);

- зниження частоти ускладнених пологів (9,0±0,8%); народження дітей с оцінкою за шкалою Апгар менше 7 балів (10,9±1,1%); дистресу плода (4,8±0,4%); кесаревих розтинів (4,3±0,4%); травматизації м'яких тканин пологових шляхів (6,8±0,4%); аномалій пологової діяльності (2,8±0,2%) та крововтрати більше 1% від маси тіла (1,1±0,1%).

Незалежно від частоти використання партнерських пологів вірогідно не змінюється ($p > 0,05$) частота передчасного розриву плодових оболонок, тазового передлежання, клінічно вузького таза та передчасного відшарування нормально розташованої плаценти.

Використання родинно орієнтованих технологій під час вагітності дозволяє нормалізувати функціональний стан вегетативної нервової системи, а також знизити частоту основних порушень психологічного статусу жінок:

- погіршення пам'яті, кмітливості і уваги (на 20,0±2,0%);
- наявності фізичного і психічного дискомфорту (на 13,0±1,2%);
- занепокоєння за стан свого здоров'я (на 10,0±1,0%);
- побоювання за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим (на 10,0±1,0%);
- погіршення настрою і відчуття пригнічення (на 13,3±1,2%);
- проявів напруженості (на 8,0±0,6%);
- різних порушень сну (на 6,6±0,6%);
- відчуття паніки, страху і відчаю (на 6,6±0,6%).

Найбільш виражений позитивний вплив родинно орієнтованих технологій на функціональний стан фетоплацентарного комплексу відбувається у 32–36 тиж вагітності на тлі нормалізації психоемоційного стану. Він полягає у зниженні частоти ехографічних змін (на 8,4±0,8%); нормалізації гемодинаміки в артеріях пуповини та плода; корекції дисгормональних та дисметаболических порушень, а саме:

- підвищення рівня естріолу (на 10,2±1,1%); прогестерону (на 11,4±1,2%); плацентарного лактогену (на 12,3±1,2%); хоріонічного гонадотропіну (на 13,1±1,3%) та трофічного бета-глікопротеїну (на 14,4±1,4%);
- зниження вмісту альфа-фетопропротеїну (на 10,2±1,1%); плацентарного альфа-1-мікроглобуліну (на 12,0±1,1%); альфа-2-мікроглобуліну фертильності (на 13,6±1,4%) та тестостерон-естрадіолзв'язувального глобуліну (на 15,2±1,5%).

Клінічний перебіг вагітності та пологів при використанні родинно орієнтованих технологій та партнерських пологів характеризується зниженням частоти ускладнень під час гестації та пологів – анемії вагітних (на 4,3±0,4%); плацентарної дисфункції (на 9,6±0,9%); затримку плода (на 5,3±0,5%); аномалій пологової діяльності (на 9,7±0,9%); дистресу плода (на 1,0±0,1%); кесаревих розтинів (на 6,0±0,6%); порушень контрактильної активності матки після пологів (на 9,3±0,9%) та ранової інфекції (на 1,7±0,1%).

Перинатальні наслідки розродження жінок при використанні родинно орієнтованих технологій та партнерських пологів полягають у підвищенні частоти народження дітей з оцінкою за шкалою Апгар більше 7 балів (на 5,6±0,5%); зменшенні порушень постнатальної адаптації новонароджених (на 6,7±0,6%) та відсутності плодових втрат.

Ведення жінок під час вагітності з використанням родинно орієнтованих технологій та партнерські пологи позитивно впливають на стан лактації, який полягає у підвищенні частоти нормолактії (на 11,0±1,0%); зменшенні гіполактії різного ступеня (на 6,0±0,6%); відсутності алактії та покращанні якісних показників грудного молока: збільшення вмісту загального білка (на 15,2±1,5%); ліпідів (на 17,3±1,6%) та нормалізації концентрації імуноглобулінів А, М та G.

Упровадження розробленого алгоритму ведення вагітності та пологів з використанням родинно орієнтованих технологій у навчальний процес на етапах проведення навчально-практичних семінарів, передатестаційних циклів та циклів тематичного удосконалення дозволяє підняти рівень позитивного відношення лікарів зі стажем до 10 років на $21,2 \pm 2,2\%$ та зі стажем більше 10 років – на $16,2 \pm 1,6\%$, а також знизити рівень агресивного ведення пологів на $21,2 \pm 2,1\%$.

Профилактика акушерской и перинатальной патологии при применении семейно ориентированных технологий во время беременности и родов
С.Ю. Вдовиченко

Цель исследования: снижение частоты акушерской и перинатальной патологии на основе применения семейно ориентированных технологий во время беременности и партнерских родов.

Материалы и методы. В соответствии с поставленной целью исследования были проведены в три этапа: на первом этапе был проведен ретроспективный анализ клинического течения 26 291 беременности и родов за 2010–2014 гг.; на втором этапе был проведен проспективный анализ родоразрешения 300 женщин (1-я, основная, группа), которые были проведены по разработанному нами алгоритму с применением семейно ориентированных технологий; как 2-я группа, сравнения, было проанализировано 300 родов без участия партнера; на третьем этапе были изучены медико-социальные особенности у 100 женщин, у которых были использованы семейно ориентированные технологии, и их мужей, а также у 100 врачей акушеров-гинекологов.

Результаты. Клиническое течение беременности и родов при применении семейно ориентированных технологий и партнерских родов характеризуется снижением частоты осложнений во время гестации и родов – анемии беременных (на $4,3 \pm 0,4\%$); плацентарной дисфункции (на $9,6 \pm 0,9\%$); задержки развития плода (на $5,3 \pm 0,5\%$); аномалий родовой деятельности (на $9,7 \pm 0,9\%$); дистресса плода (на $1,0 \pm 0,1\%$); кесаревых сечений (на $6,0 \pm 0,6\%$); нарушений контрактильной активности матки после родов (на $9,3 \pm 0,9\%$); раневой инфекции (на $1,7 \pm 0,1\%$); повышением частоты нормогалактии (на $11,0 \pm 1,0\%$) и уменьшением гипогалактии различной степени (на $6,0 \pm 0,6\%$). Кроме того, наблюдается повышение частоты рождения детей с оценкой по шкале Апгар больше 7 баллов (на $5,6 \pm 0,5\%$); уменьшение нарушений постнатальной адаптации новорожденных (на $6,7 \pm 0,6\%$) и отсутствие плодовых потерь. Разработанный алгоритм позволяет поднять уровень позитивного отношения врачей со стажем до 10 лет на $21,2 \pm 2,2\%$ и со стажем более 10 лет – на $16,2 \pm 1,6\%$, а также снизить уровень агрессивного ведения родов на $21,2 \pm 2,1\%$.

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что применение семейно ориентированных технологий во время беременности и родов по разработанному нами алгоритму позволяет улучшить акушерские и перинатальные результаты родоразрешения, что является основой для широкого использования их в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: семейно ориентированные технологии, беременность, роды, профилактика.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що використання родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів за розробленим нами алгоритмом дозволяє покращити акушерські та перинатальні результати розродження жінок, що є підставою для широкого використання їх у практичній охороні здоров'я.

Prophylaxis of obstetric and perinatal pathology at application of the family focused technologies during pregnancy and labors
S.Yu. Vdovichenko

The objective: depression of frequency of obstetric and perinatal pathology on the basis of application family focused technologies during pregnancy and partner labors at delivery.

Patients and methods. In compliance of a goal researches were conducted in three stages: at 1 stage we carried out the retrospective analysis of clinical course of 26 291 pregnancy and childbirth during 2010–2014; at the 2nd stage the prospective analysis of delivery of 300 women (1 group) who were carried out on the algorithm developed by us with application of the family focused technologies and as group of 2 comparisons 300 labors without participation of the partner were analysed was carried out; at the 3rd stage medico-social features at 100 women and their husbands at whom the family focused technologies, and also at 100 doctors of obstetricians-gynecologists were used were studied.

Results. The clinical course of pregnancy and labors at application family focused technologies and partner labors is characterized by depression of frequency of complications during gestation and delivery – anemia of pregnant women (for $4,3 \pm 0,4\%$); placental dysfunction (for $9,6 \pm 0,9\%$); fetus arrests of development (for $5,3 \pm 0,5\%$); anomalies of patrimonial activity (for $9,7 \pm 0,9\%$); a fetus distress (for $1,0 \pm 0,1\%$); the cesarean sections (for $6,0 \pm 0,6\%$); disturbances of contractive activity of uterus after the delivery (for $9,3 \pm 0,9\%$); a wound fever (for $1,7 \pm 0,1\%$); augmentation of frequency of normogalactiya (for $11,0 \pm 1,0\%$) and decreases of hypogalactia of various degree (for $6,0 \pm 0,6\%$). Besides, the augmentation of frequency of the birth of children with an assessment behind a scale Apgar more than 7 points (for $5,6 \pm 0,5\%$) takes place; decrease of disturbances of postanatalny adaptation of newborns (for $6,7 \pm 0,6\%$) and lack of born losses. The developed algorithm allows to lift level of the positive relation of doctors with an experience to 10 years for $21,2 \pm 2,2\%$ and with an experience more than 10 years – for $16,2 \pm 1,6\%$, and also to lower level of aggressive maintaining labors by $21,2 \pm 2,1\%$.

Conclusion. Results of the conducted researches testify that application of the family focused technologies during pregnancy and labors on the algorithm developed by us allows to improve obstetric and perinatal results of a delivery of women that is a basis for their wide use in practical health care.

Key words: the family focused technologies, pregnancy, labors, prophylaxis.

Сведения об авторе

Вдовиченко Сергей Юрьевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Индукция родов и их регуляция простагландинами / В.В. Абрамченко, Р.А. Абрамян; Руководство для врачей. – Элби: СПб, 2010. – 288 с.
2. Глаголева Е.А. Методы оценки психологического статуса в акушерстве / Е.А. Глаголева, О.И. Михайлова, А.А. Балущина // Русский медицинский журнал. – 2010. – № 9. – С. 9–10.
3. Костенко О.Ю. Оцінка ефективності епідуральної анестезії при індукції пологової діяльності на тлі недостатньо підготовлених пологових шляхів / О.Ю. Костенко, І.В. Гужевська, О.С. Лобода // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 3. – С. 73.
4. Маркін Л.Б. Профілактика слабкості пологової діяльності / Л.Б. Маркін, М.М. Кучерова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 2. – С. 80–82.
5. Радзинский В.Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский. – М., 2011. – 285 с.
6. Сергієнко С.М. Особливості клінічного перебігу вагітності та пологів у жінок різних соматотипів / С.М. Сергієнко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 5. – С. 78–80.
7. Ayar A. Homocysteine-induced enhancement of spontaneous contractions of myometrium isolated from pregnant women / A. Ayar, H. Celik, O. Ozcelik // Acta Obstet. Gyn. Scand. – 2013. – Vol. 182, № 9. – P. 789–793.
8. Ben Regaya L. Role of deambulation during labour: A prospective randomized study / L. Ben Regaya, R. Fatnassi, A. Khilifi // J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). – 2013. – P. 6–10.

Статья поступила в редакцию 18.04.17