

©І. М. Маланчин

## ПРОФІЛАКТИКА ТА ЗНИЖЕННЯ АКУШЕРСЬКИХ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОГРАМИ "ПАРТНЕРСЬКІ ПОЛОГИ"

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського*

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЗНИЖЕННЯ АКУШЕРСЬКИХ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОГРАМИ "ПАРТНЕРСЬКІ ПОЛОГИ" – стаття присвячена проблемі акушерських та перинатальних ускладнень у пацієнток з преєклампсією. У роботі доведено, що перебіг пологів залежить від типу суб'єктивного контролю жінки, який спричиняє зміни ситуативної та особистої тривожності. Зроблено висновок щодо актуальності психологічної підтримки та проведення партнерських пологів для вагітних з преєклампсією.

ПРОФИЛАКТИКА И СНИЖЕНИЕ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЕКЛАМПСИЕЙ С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММЫ "ПАРТНЕРСКИЕ РОДЫ" – стаття посвящена проблеме акушерских и перинатальных осложнений у пациенток с преєклампсией. В работе доказано, что течение родов зависит от типа субъективного контроля женщины, который обуславливает изменения ситуативной и личной тревожности. Сделан вывод об актуальности психологической поддержки и проведения партнерских родов для беременных с преєклампсией.

PROPHYLAXIS AND REDUCING OF OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS AT PREGNANT WOMAN OF THE PREECLAMPSYA BY MEANS PROGRAM "PARTNERS BIRTHS" – the article presents a problem of obstetric and perinatal complications at pregnant woman of the preeclampsya. In the thesis proof that births depends on the type of woman's subjective control, which determines changes in situational and personality anxiety. Done conclusion to actuality of psychological support at pregnancy and birth for the women of the preeclampsia.

**Ключові слова:** преєклампсія, партнерські пологи, акушерські та перинатальні ускладнення, профілактика.

**Ключевые слова:** преєклампсия, партнерские роды, акушерские и перинатальные осложнения, профилактика.

**Key words:** preeclampsya, partners births, obstetric and perinatal complications, prophylaxis.

**ВСТУП.** Концепція безпечного материнства сформульована у 80 роках ВООЗ як сукупність соціально-економічних, правових і медичних заходів, які допомагають народжуванню бажаних дітей в оптимальні вікові періоди без негативного впливу на здоров'я жінки, зберігають її життя, попереджують інвалідність, забезпечують виховання народжених дітей, поєднання материнства, домашніх обов'язків і трудової діяльності. Безпечне материнство – це не лише попередження смерті, це поняття включає багаточисленні аспекти здоров'я матері, дитини, в тому числі фізичні, психологічні і соціальні фактори благополуччя вагітної жінки до пологів, під час пологів і в післяпологовому періоді, а також благополуччя народження дитини, готової до здорового і щасливого дитинства. Тому одною з важливих умов безпечного материнства є активне впровадження новітніх перинатальних технологій, включаючи заохочування пацієнток до партнерських пологів [1, 2, 4].

Преєклампсія - складний нейрогуморальний патологічний процес, що проявляється різноманітними розладами функцій центральної і вегетативної нервової, серцево-судинної і ендокринної систем, а також порушенням ряду обмінних процесів, імунної відповіді і інших функцій організму вагітної. Частота цієї акушерської патології залишається високою, а в структурі материнської смертності посідає 3-4 місце. Багато досліджень присвячені проблемі патогенезу, діагностики, лікуванню та профілактики преєклампсії, але небагато повідомлень зустрічається щодо ролі психоемоційної дисфункції у жінок з преєклампсією у виникненні ускладнень вагітності та пологів [5].

Метою дослідження було підготовка і проведення пологів у пацієнток з преєклампсією при активній підтримці партнера, зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** На першому етапі проаналізовано частоту акушерських та перинатальних ускладнень у 268 жінок, які народжували в 2005-2007 рр. з партнером та традиційно, за результатами ретроспективного огляду історій пологів. На другому (проспективному) етапі проведено повне клініко-анамнестичне, лабораторне та інструментальне обстеження у 164 пацієнток з преєклампсією, психологічний скринінг. Жінки проспективного етапу дослідження були поділені на дві групи: 90 обстежених (основна група) народжували при підтримці партнера, 74 (група порівняння) – традиційно. Контрольну групу склали 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Перед пологами всім пацієнткам проводили психологічне тестування, ідентифікували психоемоційний статус, визначали рівень суб'єктивного контролю особистості, досліджували стан внутрішньоутробного плода та новонародженого. В групі порівняння використовували традиційну психопрофілактичну підготовку вагітних, в основній – розроблену сумісно з психологом систему занять щодо перебігу пологів, допомоги партнера та медичного персоналу пацієнтці.

Для ідентифікації психоемоційного статусу застосовували методіку визначення особистої і реактивної тривожності за Ч.Д. Спілбергом, рівень суб'єктивного контролю особистості оцінювали за Є. Бажиним та співавторами [3].

Функціональний стан плода діагностували за допомогою кардіотокографічного дослідження фетальним монітором Corometrics 170 Series, УЗД проводили апаратом Aloka 2000 у динаміці вагітності, дослідження кровоплину - на ультразвуковому діагностичному приладі Радмір Ultima Pro 30. Стан новонароджених оцінювали традиційно, протягом раннього неонатального періоду визначали неврологічний статус. Ультразвукове дослідження плода проводили за допомогою апарату Aloka 2000 у динаміці вагітності, починаючи з ранніх її термінів. Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакету прикладних програм "Statistica". Достовірність змін оцінювали за допомогою критерія Стьюдента.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** За результатами ретроспективного дослідження історій пологів було 112 партнерських та 156 традиційних пологів. Щороку відмічалась позитивна тенденція до зростання кількості партнерських пологів.

З введенням програми "партнерські пологи" зменшилась в 3,4 рази частота медикаментозної стимуляції та підсилення пологової діяльності, в 2,5 раз індукції пологів, майже в 3 рази кількість оперативних втручань.

У проспективну групу увійшли пацієнтки, які достовірно не відрізнялися за віком, сімейним, соціальним станом і паритетом. В основній групі було 72 пацієнтки з прееклампсією легкого ступеня і 18 - з середнього ступеня важкості, у групі порівняння - 62 і 12 вагітних відповідно.

Більшість вагітних (68) основної групи обрали партнерами на пологи чоловіків, 12 - матерів, 6 - сестер, 4 - подруг.

В залежності від рівня контролю особистості виявили: нормальний тип у 37 осіб основної групи та 31 групи порівняння, екстернальний - 28 і 16, інтернальний - 25 і 27 відповідно. Партнерські пологи обирали жінки, які розуміли важливість і необхідність підтримки партнера під час пологів (нормальний тип) або пацієнтки з екстернальним типом, які мали внутрішню необхідність в отриманні допомоги від родини. Особи, які відповідальність за певні події в житті та приймання важливих рішень, беруть на себе (інтернальний тип) були схильні до традиційних пологів.

Помірний рівень особистої тривожності спостерігався у 47 (52,2%) жінок основної групи та 39 (52,7%) обстежених групи порівняння, практично у половини обстежених. Низький рівень тривожності виявили у 37 (41,1%) вагітних основної групи та 23 (31,1%) пацієнток групи порівняння. Очевидно це можна пояснити тим, що жінки основної групи впевнені у партнері, який підтримує їх на пологах. Схожа тенденція спостерігалась при оцінці ситуативної тривожності: помірний рівень був у половини вагітних обох груп, а низький рівень був на 28,4% вищий у пацієнток основної групи.

Фізіологічний перебіг пологів зареєстрували у 1,7 разів частіше у пацієнток, які народжували за підтримки партнера. В обох групах найвищий показник фізіологічних пологів був у жінок з нормальним типом суб'єктивного контролю. Больові відчуття значно ви-

щими були у роділь екстернального типу, що зумовило необхідність знеболення пологів.

Акушерські ускладнення під час пологів діагностували в 3,4 рідше в основній групі, ніж у групі порівняння. Зменшилась частота застосування утеротоніків, епізіотомій, оперативних методів родорозрішення. Не зафіксовано жодного випадку неконтрольованого підвищення АТ, наростання симптомів важкості прееклампсії у роділь, які народжували за програмою "партнерські пологи".

Дистрес плода діагностували лише у 3 (3,3%) пацієнток основної групи та 5 (6,75%) групи порівняння. Середня оцінка новонароджених за шкалою Апгар після партнерських пологів на першій хвилині була  $7,64 \pm 0,04$  проти  $7,12 \pm 0,06$  балів після традиційних пологів, на п'ятій хвилині -  $8,27 \pm 0,08$  проти  $7,64 \pm 0,04$  балів відповідно. Випадків важкої асфіксії у основній групі не було. Найбільш низькі показники шкали Апгар були у новонароджених від матерів з інтернальним типом суб'єктивного контролю, а також частіше діагностували у них дистрес плода.

Підготовка вагітних до пологів за програмою "партнерські пологи" сприяє зниженню акушерських та перинатальних ускладнень, а саме гіпотонічних кровотеч, слабкості пологової діяльності, частоти оперативних втручань, дистресу плода.

**ВИСНОВКИ.** Система пренатальної підготовки, ведення партнерських пологів та післяпологового періоду сприяє профілактиці акушерських та перинатальних ускладнень.

Більшість пацієнток обирали партнером на пологи чоловіків. Серед жінок, які народжували традиційно, переважали особи з інтернальним типом суб'єктивного контролю, а серед вагітних, які народжували спільно з партнером - особи з екстернальним типом.

У пацієнток з нормальним типом суб'єктивного контролю у більшості випадків спостерігався помірний рівень особистої і ситуативної тривожності.

Найчастіше ускладнюються пологи у жінок з екстернальним типом суб'єктивного контролю, що народжували з партнером і у осіб інтернального типу, які народжували традиційно.

На партнерських пологах у роділь з прееклампсією не виявлено наростання симптомів важкості гестозу, таких як головний біль, підвищення АТ.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Плануємо удосконалити систему підготовки для проведення сімейних пологів, враховуючи тип суб'єктивної оцінки життєво важливих ситуацій, який може істотно вплинути на результат пологів. Для профілактики і зниження акушерських і перинатальних втрат у пацієнток з прееклампсією необхідно пропагувати партнерські пологи.

В перспективі плануємо поєднувати перше психологічне тестування із вивченням нейрогормонального статусу у вагітних з пізніми гестозами. Для цього необхідно визначити вміст кортизолу та окситоцину у сироватці крові, катехоламінів у сечі. У подальшому будемо оцінювати економічні параметри ефективності підготовки та проведення сімейних пологів у жінок з прееклампсією та якість надання медичних послуг, порівнюючи з традиційними пологами.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бабич Т.Ю. Сімейні пологи: профілактика та зниження акушерських і перинатальних ускладнень // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009. – Том. 14, №3. – С. 4-18.
2. Гейнц Н.Є. Профілактика акушерських ускладнень у жінок, які страждають на захворювання серцево-судинної системи, за допомогою програми "Сімейні пологи" // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009. – Том. 14, №3. – С. 61-71.
3. Петрова Н.Н. Психологія для медичинських спеціальностей: учеб. Для студ. сред. мед. учеб. заведений / Н.Н.Петрова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
4. Программа «Безопасное материнство» - современное направление оказания акушерской и перинатальной помощи / В.К.Чайка, Т.Ю.Бабич, О.Н.Роговая, И.Т.Говоруха // Материнство – величайший подвиг: сб. статей / ред. проф. В.К.Чайки. – Донецк: Альматео, 2003. – С. 110-118.
5. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: "Интел Тек", 2003. - 429с.

Отримано 26.11.11