

УДК 159.9:17.018.21:615.851

СЛОБОДЯНИК О. Я.

НМУ ім. А. А. Богомольця, г. Київ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ» ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ В РОДАХ

В статье обобщается опыт использования акушерской технологии «Партнерские роды» в работе Перинатального центра г. Киева. Использование комплексного акушерского наблюдения и бережного ведения роженицы является эффективным и методологически обоснованным. Показана роль медицинского психолога в проведении партнерских родов с позиций системного подхода. Проведен анализ участия мужа в процессе рождения ребенка, показаны как позитивные, так и негативные стороны этого процесса. На основе приведенных данных предлагаются мероприятия по улучшению качества родовспомогательной помощи и снижению акушерской патологии в родах.

Ключевые слова: *роженницы, акушерские технологии, партнерские роды, медицинский психолог.*

В современных условиях в отечественном акушерстве оптимальным считается проведение родов в условиях стационара с обеспечением права роженицы на привлечение близких для нее людей с целью поддержки её во время родов. Роды для каждой женщины являются стрессом, как физическим, так и психологическим [2]. Партнерские роды – это роды с помощником. То есть помимо врачей, акушеров и прочих сотрудников роддома вместе с роженицей в родильном зале присутствует человек, который помогает ей в течение родового акта. Чаще всего в роли такого помощника выступает отец ребенка, а по желанию роженицы, на партнерских родах с ней может присутствовать любой близкий или знакомый ей человек – мать, свекровь, сестра, подруга. Североамериканские акушеры разрешают находиться на родах даже старшим детям, исключая период потуг.

Задание помощника, кем, создать благоприятную психологическую атмосферу для протекания родов, помогать, и всячески поддерживать будущую мать. В Западных странах на родах часто присутствует еще и личный психолог, называющий себя «перинатальным психологом». Система родовспоможения, используемая в Перинатальном центре г. Киева приближается к Западной, но учитывается местная и национальная специфика. [1]. Особенно эффективной такая помощь считается при ведении беременности после экстракорпорального оплодотворения. Так там проводятся и сеансы психотерапии с последующим посткоррекционным патронажем. Интересен опыт сочетания психической и физической подготовки беременной к родам [5]. Учитывая специфику Перинатального центра, отвечающего за все

происходящие преждевременные роды в г. Киеве начиная с 22 недель беременности, вводим практику партнерских родов, как во время преждевременных родов, так и во время производства операции кесарева сечения.

Для проведения «партнерских родов» необходимы определенные условия: наличие отдельного родзала, душевой для партнера, отдельного помещения для пребывания партнера во время родов, контроль за состоянием здоровья партнера.

Широко в Перинатальном центре г. Киева «партнерские роды» проводятся с 2003 года. Данные о количестве рожавших и использовании этой технологии приводятся ниже в таблице.

Год	Количество принятых родов за год	Доля «партнерских родов» общему числу принятых в году родов
2011	6944	68%
2012	7012	70%
2013	6542	75%
2014	6341	88%

Вышеуказанные данные следует с осторожностью сопоставлять с демографическими, поскольку Перинатальный центр г. Киева стал принимать рожениц без существенного влияния их места постоянного проживания. В настоящее время Перинатальный центр принимает рожениц из г. Киева, Киевской области и всех регионов Украины. Однако тенденция к росту доли «партнерских родов» в общем количестве родов очевидна.

Партнерские роды предлагаются практически всем пациенткам на этапе первого обращения в стационар, а также в «Школе матерей», работающей на базе Перинатального центра. При этом выясняются ограничивающие факторы, которые препятствуют проведению «партнерских родов». Со стороны партнера – это выявленное у него (неё) носительство патогенной и условно-патогенной флоры, наличие острых заболеваний, отсутствие по личным причинам в Киеве, личное нежелание присутствовать на родах. Со стороны будущей матери имели место отказы, обусловленные чаще всего смущением женщины и боязнью процесса родов. Среди партнеров в родах в настоящее время 87% составляли мужья (не включая лиц, находящихся в гражданском браке), 7% - матери или свекрови, 3% - сестры, 3% - другие. Женщины в целом довольны таким способом родовспоможения.

Высказываются как позитивные, так и негативные мнения о целесообразности и последствиях участия мужчины в процессе рождения его ребенка [4]. Наряду с положительными субъективными отзывами мужчин – участников родов есть немало таких, которые носят ярко выраженную негативную окраску. Описываются страх, ощущение собственного бессилия и ненужности в данной ситуации. Следствием присутствия на родах, по мнению некоторых мужчин, является дальнейшее нарушение брачно-семейных, интимных отношений, депрессия, противоречивое отношение к ребенку.

Поведение мужчины, участвующего в партнерских родах, может быть разным. Во многом оно зависит от качества дородовой подготовки. Г. Б. Мальгина с соавторами выделяют три варианта поведения мужчин в партнерских родах.

1. Активно-адекватное, характеризующееся активным участием. Оно проявляется тем, что мужчина уверенно помогает жене принять наиболее удобную позу, умело осуществляет некоторые обезболивающие манипуляции, выполняет рекомендации медицинского персонала, играя роль своеобразного «посредника» между ними и роженицей. Он, как правило, бурно радуется появлению ребенка, не мешая при этом медицинскому персоналу.

2. Пассивно-зрительное поведение характеризует мужчин, смутно представляющих себе, чем и как они могут помочь роженице, а поэтому практически не участвующих в процессе родов. Они находятся как бы в стороне, наблюдая за действиями жены, медицинского персонала, но при этом не мешая и не вмешиваясь в процесс. При появлении новорожденного бурной радости такие мужчины, как правило, не выражают, но эмоциональное отношение к ребенку в целом теплое. Нередко более интенсивно они выражают свою радость, благодарность супруге и медицинскому персоналу через час после окончания родов.

3. Агрессивно-наступательное поведение проявляется попытками мужчин активно и бесцеремонно вмешиваться в действия медицинских работников, требовать у них подробного отчета и объяснения любой манипуляции, «командовать» действиями жены, не помогая ей. Подобное поведение может быть результатом очень высокой тревоги мужчины, отсутствия дородовой подготовки или дидактогении. Агрессивно-наступательное поведение мужчины в родах может мешать их течению, нервировать роженицу, провоцировать конфликты с персоналом. Поэтому важно принять меры, чтобы не допускать такого мужчину в родильный зал во время потужного периода. После благополучного рождения ребенка мужчина может вернуться к супруге и с ней порадоваться новорожденному. При этом, как правило, тревога и агрессивность сменяются радостью и благодарностью (Мальгина Г. Б., 2002). Учитывая указанные факты, можно рекомендовать для допуска к «партнерским

родам» врачу-психологу проводить отбор партнеров-мужчин. Для этого целесообразно использовать технологии психодиагностики болезней адаптации [8]. Врач-психолог может рекомендовать «партнерские роды» только тем партнерам, чьи психологические особенности соответствуют тем требованиям, которые нами выработаны. Таким образом «партнерские роды» предлагаются всем роженицам, но рекомендуются с учетом медицинских и психологических факторов.

Отечественные авторы несколько проще подходят к проблеме участия мужчин-партнеров в родах[6]. Так Корчинская О.О., Волошина У.В., Оввади Е.В. выделяют 2 варианта присутствия мужа на родах. Первый: муж находится рядом с женой в предродовой палате и помогает ей во время схваток, а когда начинается второй период родов, отец выходит и возвращается уже после рождения ребенка Второй: муж присутствует на протяжении всего процесса родов, ему позволяют перерезать пуповину и т.п.

Наш опыт показывает, что мужчины-партнеры и прочие партнеры сами способны решать, как им вести себя во время родов. Одни из них присутствуют на протяжении всех периодов родов, не принимая активного участия в них. Другие самоустраиваются в сам период от прорезывания головки плода до перерезки пуповины, но все остальное время поддерживают контакт с матерью, активно участвуют в процессе родов. Третьи не только общаются с роженицей, но и заранее оговаривают свое желание самостоятельно перерезать пуповину, в чем получают содействие от акушера-гинеколога. Практика показывает, что такое поведение целесообразно. В нашей практике встречались случаи, когда партнеры, присутствующие на родах, теряли сознание или им становилось плохо. Это, вероятно, обусловлено не надлежащей психологической подготовкой партнера. Поэтому роль врача-психолога в работе с парой перед партнерскими родами значительна. Тем более, что в нашей практике отношение партнера к «Партнерским родам» иногда менялось, при этом в пользу его присутствия на «Партнерских родах», несмотря на категорическое нежелание присутствовать на «Партнерских родах» при первом посещении врача-акушера-гинеколога. Инцидентов можно избежать проведением психопрофилактической беседы акушером-гинекологом с дополнительной подготовкой по медицинской психологии или врачом-психологом с парой роженица-партнер.

Мы согласны с выводами В. К. Чайки, Т. Ю. Бабича [9], утверждающих, что присутствие мужа на родах (а по нашим данным и других партнеров), его активная помощь, психологическая и физическая поддержка, создание благоприятной атмосферы дает роженице возможность расслабиться, успокоиться, что позволяет её организму функционировать в физиологическом ритме, поддер-

живая уровень боли в режиме «боль как сигнал», для адекватного течения процесса родов. При нестерпимой боли мы продолжаем использовать эпидуральную анестезию, не мешающую общаться роженице и партнеру. Но практика показывает, что при «партнерских родах» без таковой можно чаще обходиться вообще.

Используемая нами модификация акушерской технологии «партнерские роды» позволяет снизить число оперативных пособий в родах – количество кесаревых сечений за последние 5 лет снизилось на треть, приводит к снижению аномалий родовой деятельности, дистресса плода в родах, обеспечивает снижение необходимости в эпидуральной анестезии, уменьшении объема кровопотери и гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.

Роды да и вся система родовспоможения является очень сложной и консервативно устроенной, поэтому все новые подходы и инновации должны проходить разумно и рассудительно, чтобы не нарушить то, что создавалось столетиями, при этом новое должно естественно вплестаться в канву акушерской науки и практики. При этом обеспечивая здоровье матери и ребенку от истоков жизни к здоровью поколений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Айламазян Э. К., Глущенко С. И., Киселев А. Г., Коваленко Н. П. Организационные этапы работы психолога в родовспомогательном учреждении // Перинатальная психология и медицина. Психология и патология беременности и родов: Психотерапевтическая коррекция пре-, пери-, и постнатального развития. Сборник научных трудов / научн. ред. Н.П. Коваленко. – С-Пб. : ИПТП, 2004-2005гг., С. 34-36.
2. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. / за ред.. В.І. Гріщенка, М.О. Щербини. К.: ВСВ «Медицина», 2011. - Книга 1: Акушерство. – 424 с.
3. Голота В.Я., Ластовецкая Л.Д. Опыт внедрения акушерской технологии «Партнерские роды» // Здоровье женщины. – 2009. - №7(43). – С. 24- 25.
4. Жукова И.Ф., Мальгина Г.Б. Принципы организации и технология проведения партнерских родов в перинатальном центре // Уральский медицинский журнал. – 2008. - №12. – С. 35-39.
5. Кагалина Т. С., Третьякова Е. В., Стельникова О. М. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам: Учебно-методическое пособие. – Н. Новгород, 2001. – 76 с.
6. Корчинська О.О., Волошина У.В., Оваді Е.В. Психологічні аспекти партнерських пологів // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2010. - №1. – С. 84-85.
7. Партнерские роды в Украине: осознанная необходимость // Здоровье женщины. – 2011. - №6(62). – С. 10-11.

8. Хвороби дезадаптації в практиці відновлювальної медицини: Монографія / За ред. М.В. Лободи, К.Д. Бабова, В.В. Стеблюка. – К.: НАУ, 2004. – 200с.
9. Чайка В.К., Бабич Т.Ю. Психопрофилактическая роль партнерской поддержки в родах // Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство / Под ред. В.К. Чайки. – Донецк: ЧП «Лавис», 2011. – С. 294-297.

REFERENCES

1. Ajlamazjan Je. K., Glushhenko S. I., Kiselev A. G., Kovalenko N. P. Organizacionnye jetapy raboty psihologa v rodovspomogatel'nom uchrezhdenii // Perinatal'naja psihologija i medicina. Psihologija i patologija beremennosti i rodov: Psihoterapevticheskaja korekcija pre-, peri-, i postnatal'nogo razvitija. Sbornik nauchnyh trudov / nauchn. red. N.P. Kovalenko. – S-Pb. : IPTP, 2004-2005gg., S. 34-36.
2. Akusherstvo i ginekologija: u 2 knigah. / za red.. V.I. Grishhenka, M.O. Shherbini. K.: VSV «Medicina», 2011. - Kniga 1: Akusherstvo. – 424 s.
3. Golota V.Ja., Lastoveckaja L.D. Opyt vnedrenija akusherskoj tehnologii «Partnerskie rody» // Zdorov'e zhenshhiny. – 2009. - №7(43). – S. 24- 25.
4. Zhukova I.F., Mal'gina G.B. Principy organizacii i tehnologija provedenija partnerskih rodov v perinatal'nom centre // Ural'skij medicinskij zhurnal. – 2008. - №12. – S. 35-39.
5. Kagalina T. S., Tret'jakova E. V., Stel'nikova O. M. Psihologicheskaja i fizicheskaja podgotovka beremennyh k rodam: Uchebno-metodicheskoe posobie. – N. Novgorod, 2001. – 76 s.
6. Korchins'ka O.O., Voloshina U.V., Ovvadi E.V. Psihologichni aspekti partners'kih pologiv // Visnik social'noi gigieni ta organizacii ohoroni zdorov'ja Ukraini. – 2010. - №1. – S. 84-85.
7. Partnerskie rody v Ukraine: osoznannaja neobhodimost' // Zdorov'e zhenshhiny. – 2011. - №6(62). – S. 10-11.
8. Hvorobi dezadaptacii v praktici vidnovljival'noi medicini: Monografija / Za red. M.V. Lobodi, K.D. Babova, V.V. Stebljuka. – K.: NAU, 2004. – 200s.
9. Chajka V.K., Babich T.Ju. Psihoprofilakticheskaja rol' partnerskoj podderzhki v rodah // Osnovy reproductivnoj mediciny: Prakticheskoe rukovodstvo / Pod red. V.K. Chajki. – Doneck: ChP «Lavis», 2011. – S. 294-297.

УДК 159.9:17.018.21:615.851

СЛОБОДЯНИК О. Я.

НМУ ім. А. А. Богомольця, м. Київ

ВИКОРИСТАННЯ «ПАРТНЕРСЬКИХ ПОЛОГІВ» ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПОЛОГАХ

У статті узагальнюється досвід використання акушерської технології «Партнерські пологи» в роботі Перинатального центру м. Києва. Використання комплексного акушерського спостереження і дбайливого ведення породіллі є ефективним і методологічно обґрунтованим. Показана роль медичного психолога у проведенні партнерських пологів з позицій системного підходу. Проаналізована участь чоловіка у процесі народження дитини. Вказані як позитивні так і негативні сторони цього процесу. На основі наведених даних пропонуються заходи по поліпшенню якості родопомічної допомоги і зниження акушерської патології в пологах

Ключові слова: породіллі, акушерські технології, партнерські пологи, медичний психолог.

UDC 159.9:17.018.21:615.851

O. J. SLOBODIANYK

Bogomolets National Medical University, Kyiv

“PARTNERSHIPS CHILDBIRTH” AS A FACTOR IN THE PREVENTION OF COMPLICATIONS IN CHILDBIRTH

In current obstetrics normal child delivery in hospital, with the right of the woman to get support from her relatives, if she desires so, is considered optimal. Obstetrics system used in Kiev Perinatal center is approaching Western, but local cultural specifics are kept in mind, alongside with experience and achievements of Russian Federation colleagues. This paper summarizes the experience of using obstetric technology «Partner births» in Kiev Perinatal center. The role of medical psychologist in the conduct of partnership with delivery system approach is shown. Husband role in the birth process is carefully analyzed, showing positive and negative aspects regarding the process itself and mother's state. Scientific points of view on «Partner births», their role and impact in current obstetrics are analyzed alongside with father's types of behavior during the labor. The use of integrated obstetric surveillance and care of mothers is effective and methodologically sound. Modification of obstetric technology «partner births» currently used by our perinatal center allows lowering the amount of surgical interventions, leads to decrease in abnormal birth activity (weakness and incoordination of birth activity), provides reduced need in epidural anesthesia, also lowering fetus distress syndrome. Based on the data, we offer activities directed to improve quality of the delivery care and lower the amount of perinatal and maternal complications.

Keywords: mothers, obstetric technology partnership delivery, medical psychologist