

# Анализ эффективности подготовки первородящих женщин к партнерским родам

Мальгина Г.Б. — д.м.н., руководитель отделения антенатальной охраны плода ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Жукова И.Ф. — практический врач акушер-гинеколог ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Шихова Е.П. — перинатальный психолог ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

## Analysis of effectiveness of preparation to husband-coached labor in primiparous women

Malgina G.B., Zhukova I.F., Shihova E.P.

### Резюме

Цель работы: оценить эффективность дородовой подготовки супружеских пар к партнерским родам. Материал и методы: проведен ретроспективный анализ методом «случай-контроль» течения и исходов 50 партнерских родов у подготовленных супружеских пар и 50 партнерских родов у пар, не прошедших дородовую подготовку. Все пациентки были первородящими. Проводился клинико-статистический анализ перинатальных исходов с вычислением относительного риска. Результаты и обсуждение: Выявлено, что при отсутствии дородовой подготовки первородящих к партнерским родам возрастает риск отсутствия биологической готовности организма к родам (перед родами по шеечному тесту) (ОР 3,66 95% ДИ 1,62 – 8,26); в родах возрастает риск развития аномалий родовой деятельности (ОР 2,22 95% ДИ 1,12 – 4,39), необходимости в проведении эпизиотомии (ОР 1,78 95% ДИ 1,16 – 2,7). У новорожденных от супругов, не прошедших дородовую подготовку возрастает риск снижения числа условно-здоровых детей (ОР 1,54 95% ДИ 1,1 – 2,15). При этом соответственно, возрастает риск увеличения числа детей, требующих реабилитации в детской клинике (ОР 4,33 95% ДИ 1,3 – 14,3), возрастает риск по развитию асфиксии средней степени тяжести (ОР 8 95% ДИ 1,02 – 61,6), по общему числу возможных осложнений неонатального периода (ОР 2,23 95% ДИ 1,32 – 3,76).

**Ключевые слова:** партнерские роды, дородовая подготовка, перинатальные и материнские исходы

### Summary

Object of the study: to estimate effectiveness of prenatal training of married couples in preparation to husband-coached childbirth. Materials and methods: we conducted retrospective analysis by case-control study of progress and outcome of husband-coached childbirths for 50 prepared couples and 50 couples that did not participate in prenatal classes. All patients were primiparous women. Clinical and statistical analysis of prenatal results was performed. Results and discussions: we discovered that without prenatal training of primiparous women to partner-coached labor the risk of lacking of biological readiness to labor is increasing (by cervical test prior to labor) (RR- 3,66 95% confident interval 1,62 – 8,26); the risk of abnormalities of labor and need of episiotomy is increasing (RR- 2,22 95% confident interval 1,12 – 4,39 and RR- 1,78 95% confident interval 1,16 – 2,7 respectively). There was an increased risk of reduced probability of having a relatively -healthy newborn in the group of parents that didn't attend prenatal training (RR-1,54 95% 1,1 – 2,15). In the same group there was an increased need for hospital rehabilitation of newborns (relative risk 4,33 95% confident interval 1,3 – 14,3), risk of moderate asphyxia (relative risk 8 95% confident interval 1,02 – 61,6), and total number of possible complication during neonatal period (relative risk 2,23 95% confident interval 1,32 – 3,76).

**Key words:** partner childbirth, prenatal training, prenatal and maternity outcome.

### Введение

В настоящее время необходимость и целесообразность дородовой психопрофилактической подготовки практически не у кого не вызывает сомнений [1,2,3,4,5,6]. Однако, в связи с тем, что отсутствие таковой не явля-

ется препятствием для проведения партнерских родов [7,4,8,9], часть супружеских пар идут на роды без какой-либо подготовки.

Поэтому мы поставили себе *цель* – оценить эффективность дородовой подготовки супружеских пар к партнерским родам.

### Материал и методы

Для реализации поставленной цели проведен анализ методом «случай-контроль» исходов партнерских родов у первородящих женщин. В процессе исследования

Ответственный за ведение переписки -  
Мальгина Галина Борисовна,  
г. Екатеринбург, ул. Циолковского д.84, кв.8  
malgina1@r66.ru

были подобраны сравнимые пары из 50 супружеских пар, прошедших подготовку к партнерским родам совместно с партнером (основная группа) и 50 супружеских пар, не прошедших подготовку (группа сравнения). Критерии включения: доношенная беременность, одноплодие, головное предлежание плода, отсутствие тяжелой соматической патологии, отсутствие показаний к плановому абдоминальному родоразрешению, компенсированное состояние плода, осознанное решение супружеской пары о планировании партнерских родов, отсутствие клинически выраженных воспалительных заболеваний у партнера на момент родоразрешения. Таким образом, пациентки исследуемых групп составляли группу низкого акушерского риска.

Методы исследования – оценка состояния шейки матки перед родами по схемам Г.Г. Хечинашвили и Ю.М. Караша [10], оценка сократительной деятельности матки в баллах по схеме Ю.М. Караша [10], оценка индекса обезболивания родов по Н.Н. Расстригину [11]. Основные вычисления и статистическая обработка полученных данных производилась с помощью программного пакета Microsoft Excel 2007 для Windows XP, Статистика 6.0. Для количественных показателей определяли  $M$  – среднее арифметическое, стандартное отклонение по выборке, ошибку среднего арифметического ( $m$ ). Проверку на нормальность распределений проводили по критерию Колмогорова-Смирнова. При этом были учтены ограничения критерия:  $n_i > 2 > 50$ , упорядочение разрядов признака по нарастанию или убыванию. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

Качественные характеристики представлены в виде процентной частоты ( $Q$ ) и ошибки процентной частоты ( $q$ ). Для определения различия между критериями одного признака в основной и контрольной группах, нами использовался критерий хи-квадрат и  $\phi^*$  – угловое преобразование Фишера. Критерий оценивал достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых был зарегистрирован интересующий нас эффект. Достоверность различий определялась при 5% ( $p < 0,05$ ) и 1% ( $p < 0,01$ ) уровне значимости. Для объективизации полученных данных и удобства сравнения их с результатами других авторов мы использовали вычисление относительного риска (ОР(RR)) с помощью пакета прикладных программ SPSS, версия 17.

## Результаты и обсуждение

Средний возраст женщин из основной группы 25,72±0,13 (лет); средний возраст женщин из группы сравнения 26,6±0,51 (лет). Средний возраст партнеров основной группы 29,06±1,0 (лет); средний возраст мужчин из группы сравнения 29,84±0,76 (лет) – группы сопоставимы ( $p > 0,05$ ).

В большинстве случаев супруги проживали в г.Екатеринбурге: в основной группе – 46 пар (92%), в группе сравнения – 44 пары (88%). При анализе профессиональных аспектов выявлено: из числа неподготовленных по большинству профессий между женщинами основной группы и группы сравнения статистически до-

стоверной разницы не выявлено. Отмечена достоверная разница в числе медицинских работников среди неподготовленных 6±3,3%, а среди подготовленных таковых не было – по-видимому, медики не видят необходимости в дородовой подготовке к партнерским родам. Из числа женщин основной группы в 30±6,4% пациентки работали менеджерами (в группе сравнения таковых 12±4,6%;  $p < 0,05$ ), представительницы творческих профессий среди женщин основной группы встречались в 6±3,4%, студентки в 6±3,4% – в группе сравнения таковых не было. По профессиональной принадлежности мужа (отца ребенка) статистически достоверных различий не получено. По-видимому, в вопросе «Идти или не идти в школу подготовки к родам?» женщины имеют доминирующую роль.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза, соматического анамнеза женщин сравниваемых групп статистически достоверной разницы не получено. При анализе осложнений настоящей беременности выявлена статистически достоверная разница в частоте гестозов легкой степени: в основной группе гестоз осложнил беременность в 20±5,7% случаев, в группе сравнения в 36,0±6,8% ( $p = 0,5$ ), что, на наш взгляд, косвенно характеризует антистрессовый эффект подготовки к родам. Инфекционный фон данной беременности статистически достоверных различий в группах не имел.

Из числа подготовленных пар 43 пары (86%) получили подготовку к родам на базе НИИ ОММ, остальные – 7 пар (14%) в других школах для беременных.

Достоверно меньшее число женщин из группы подготовленных – 16±5,2% (8 чел) против 36±6,7% (18 женщин) поступило на роды из дома, минуя отделения патологии беременности.

При оценке биологической готовности организма женщин сравниваемых групп к родам, мы ориентировались на состояние шейки матки. Выявлено, что статистически достоверно отличается число женщин со «зрелой» шейкой матки из группы подготовленных накануне родов (в 3,7 раза) по сравнению с группой не получавших подготовку.

При анализе балльной оценки по методу Ю.М. Караша достоверных различий не получено – однако, выявлена тенденция к увеличению числа баллов оценки состояния шейки матки у женщин основной группы.

Средний срок родоразрешения в группе подготовленных 39,95±0,11 нед, в группе неподготовленных – 39,12±0,61 (нед) – ( $p > 0,05$ ).

Как видно из представленной табл.1, у подготовленных женщин имеется тенденция к увеличению безводного промежутка и первого периода родов за счет меньшей частоты применения родоусиления (28% в группе подготовленных против 42% в группе неподготовленных).

Достоверно сократился у подготовленных период потуг и продолжительность 3-го периода родов. Индекс обезболивания родов по Расстригину в группе подготовленных значительно выше – 8,8±0,149 против 8,4±0,1 ( $p = 0,02$ ) баллы суммарной оценки сократительной де-

Таблица 1. Особенности течения родов у женщин сравниваемых групп ( $Q \pm q$ , %)

Особенности течения родов	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс	$Q \pm q$	Абс	$Q \pm q$
Всего обслед.	50	100	50	100
Продолжительность периодов родового акта (мин)				
Безвод. промеж.	50	488,9 $\pm$ 35,2	50	451,8 $\pm$ 34,6
1 период родов	50	539,9 $\pm$ 24,9	50	510,4 $\pm$ 24,06
Период потуг	48	10,2 $\pm$ 0,36*	48	11,25 $\pm$ 0,49
3 период	48	5,6 $\pm$ 0,34*	48	6,1 $\pm$ 0,51
Кесар. сечение	2	4 $\pm$ 2,8	2	4 $\pm$ 2,8
Родоусилские	14	28 $\pm$ 6,34	21	42 $\pm$ 6,97
ДЭА	7	14 $\pm$ 4,9	9	18 $\pm$ 5,4
ГОМК	5	10 $\pm$ 4,2	6	12 $\pm$ 4,6
Обезболивание не применялось	35	70 $\pm$ 6,4	33	66 $\pm$ 6,7
Нарк.анальгетики	3	6 $\pm$ 3,35	3	6 $\pm$ 3,35
Индекс обезб. (балл)		8,8 $\pm$ 0,149*		8,4 $\pm$ 0,1
Баллы СДМ		5,66 $\pm$ 0,2*		5,16 $\pm$ 0,2
Перв. слабость	7	14 $\pm$ 4,9	12	24 $\pm$ 6,0
Дискоординация	-	-	2	4 $\pm$ 2,7
Быстрые роды	2	4 $\pm$ 2,7	4	8 $\pm$ 3,8
Стрем. роды	-	-	2	4 $\pm$ 2,7
Аном. род. деят. всего.	9	18 $\pm$ 5,4	20	40 $\pm$ 6,9*
Гипоксия плода	3	6 $\pm$ 3,4	6	12 $\pm$ 4,6

Примечание: \* - разница между основной и контрольной группами статистически достоверна при  $p < 0,05$ ;

Таблица 2. Материнский травматизм и течение послеродового периода у женщин сравниваемых групп ( $Q \pm q$ , %), ( $M \pm m$ )

Виды осложнений	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс	$Q \pm q$	Абс	$Q \pm q$
Всего обследовано	50	100	50	100
Материнский травматизм				
Без травм	14	28 $\pm$ 6,3	8	16 $\pm$ 5,1
Эпизиотомия	18	36 $\pm$ 6,8	32	64 $\pm$ 6,8**
Разрыв задн. спайки	3	6 $\pm$ 3,3	-	-
Разрыв пром. 1 ст.	2	4 $\pm$ 2,7	2	4 $\pm$ 2,7
Разрыв пром. 2 ст.	1	2 $\pm$ 1,97	1	2 $\pm$ 1,97
Разрыв ш/ч 1 ст.	15	30 $\pm$ 6,5	12	24 $\pm$ 6,0
Разрыв ш/ч 2 ст.	4	8 $\pm$ 3,8	6	12 $\pm$ 4,6
Глуб.разрыв влагалища	-	-	1	2 $\pm$ 1,97
Гематома влагалища	-	-	1	2 $\pm$ 1,97
Кровотечение	2	4 $\pm$ 2,7	1	2 $\pm$ 1,97
Ручн. обследование	3	6 $\pm$ 3,35	6	12 $\pm$ 4,6
Послеродовый период				
Лохииметра	-	-	1	2 $\pm$ 1,9
Гипогалактия	-	-	1	2 $\pm$ 1,9
Эндометриит	-	-	1	2 $\pm$ 1,9
Всего осложнений	-	-	3	6 $\pm$ 3,3
Антибиотикотерапия	13	26 $\pm$ 6,2	19	38 $\pm$ 6,8
Койко-день п/ родов		5,04 $\pm$ 0,13*		5,4 $\pm$ 0,13

Примечание: \* - разница между группами статистически достоверна при  $p < 0,05$ ;

Таблица 3. Осложнения периода новорожденности у детей подготовленных и не подготовленных супружеских пар первородящих (Q ±q,%)

Оцениваемые параметры	Основная группа.		Группа сравнения	
	Абс	Q ±q	Абс	Q ±q
Всего обследовано	50	100	50	100
Условно-здоров, выписан	37	74±4,40	24	48±5,02*
Долечивание в дет. клинике	3	6±2,38	13	26±4,4*
Выписан на амбул. леч.	10	20±2,38	13	26±4,4
<b>Заболевания новорожденного/МКБ</b>				
Конъюг. желтуха и гипербилир.емия (P59.9)	7	14±3,48	9	18±3,86
Насморк новор. (P28.8)	1	2±1,4	1	2±1,4
Гн. конъюнкт. (P39.1)	-	-	-	-
Асфикс. ср. тяж. (P21.1)	1	2±1,4	8	16±3,68*
В/утроб. гипокс. (P20.0)	2	4±1,98	3	6±2,38
СЗРП (P05)	2	4±1,98	2	4±1,98
Интранат. род. травма (P15.9)	-	-	1	2±1,4
Перел. ключицы (P13.4)	-	-	2	4±1,98*
Кефалогематома (P12.0)	-	-	2	4±1,98*
Всего заболевших детей	13	26±4,4	29	58±4,96*
А/бакт. терапия у детей	5	10±3,01	8	16±3,68

Примечание: \* - разница между основной и контрольной группой статистически достоверна при  $p < 0.05$ ;

\*\* при  $p < 0.001$

тельности матки в родах по схеме Ю.М.Караша также выше в группе подготовленных ( $p=0,05$ ).

При этом частота аномалий родовой деятельности достоверно снизилась (в группе подготовленных – 18%, в группе неподготовленных – 40%). Отрадно, что у подготовленных женщин при партнерских родах не было диагностировано дискоординации родовой деятельности, стремительных родов. Частота быстрых родов в два раза ниже, чем у неподготовленных, что свидетельствует о более физиологичном течении родового акта, об уменьшении числа активных акушерских вмешательств [12].

Как видно из приведенной табл. 2, у подготовленных женщин в родах травмы мягких тканей в 1,7 раз реже, чем в группе неподготовленных. Это произошло за счет снижения частоты эпизиотомии в 1,7 раза. При этом частота разрывов промежности одинакова, а частота разрывов задней спайки даже выше. По частоте разрывов шейки матки достоверных различий нет. В группе подготовленных не отмечено глубоких разрывов влагалища и гематом влагалища, что свидетельствует о более щадящем ведении потужного периода. Несмотря на то, что в 2 случаях роды осложнились кровотечением, частота ручного обследования полости матки в группе подготовленных в два раза ниже, чем в группе неподготовленных. В соответствии с этим в послеродовом периоде в группе подготовленных осложнений послеродового периода не зарегистрировано, а в группе неподготовленных они отмечены в 6%. Антибактериальная терапия в послеродовом периоде потребовалась в группе подготовленных в 1,5 раз реже. Благодаря этому достоверно ниже койко-день в послеродовом периоде в группе подготовленных женщин.

Универсальным «индикатором» предвходящих фак-

торов соматического и репродуктивного здоровья родителей, особенностей течения беременности, родов, ведения родов является перинатальный исход – состояние здоровья новорожденного.

Как видно из табл. 3, в группе подготовленных пар число здоровых детей, выписанных из роддома, в 1,5 раза больше, чем в группе новорожденных от неподготовленных пар (74±4,40% против 48±5,02%), что имеет статистически достоверные различия ( $p < 0.05$ ).

Значимые различия выявлены среди новорожденных, нуждающихся в более углубленном обследовании и лечении в условиях детской клиники: таких детей в 4 раза меньше в группе подготовленных к родам супругов, чем в группе новорожденных от супругов, не прошедших подготовку (6±2,38% против 26±4,4%) ( $p < 0.05$ ). Отрадно, что в обеих исследуемых группах при партнерских родах не встретилось токсической эритемы, пневмонии, гнойного конъюнктивита. Однако, антибактериальная терапия у детей в группе от неподготовленных супружеских пар в 1,6 раза чаще, чем у детей в группе от подготовленных супругов (16±3,68% против 10±3,01%) в связи с различиями в частоте заболеваемости.

Обращает на себя внимание такой аспект осложнений, как асфиксия средней степени тяжести: в основной группе эта патология встретилась лишь в одном случае (2±1,4%), а в группе сравнения в 8 случаях (16±3,68%), что имеет статистически достоверные различия ( $p < 0.05$ ).

Заслуживает особого внимания анализ родовых травм новорожденных: их не выявлено у детей подготовленных супружеских пар, а в группе новорожденных от супругов, воздержавшихся от подготовки к родам, травмы выявлены в 5 случаях (интранатальная родовая травма – 1, перелом ключицы – 2, кефалогематома – 2 случая),

что составляет 10% и является статистически значимым различием ( $p < 0.05$ ).

Как итог, общее число заболевших новорожденных при партнерских родах у первородящих среди подготовленных и неподготовленных супружеских пар имеет статистически достоверную разницу: у подготовленных к родам эта цифра составляет  $26 \pm 4,4\%$ , а у неподготовленных  $58 \pm 4,96\%$  ( $p < 0.05$ ).

Таким образом, выявлено, что при отсутствии дородовой подготовки первородящих к партнерским родам возрастает риск отсутствия биологической готовности организма к родам (перед родами по шеечному тесту) (ОР 3,66 95% ДИ 1,62 – 8,26); в родах возрастает риск развития аномалий родовой деятельности (ОР 2,22 95% ДИ 1,12 – 4,39), необходимости в проведении эпизиотомий (ОР 1,78 95% ДИ 1,16 – 2,7).

У новорожденных от супругов, не прошедших

дородовую подготовку возрастает риск снижения числа условно-здоровых детей (ОР 1,54 95% ДИ 1,1 – 2,15). При этом соответственно, возрастает риск увеличения числа детей, требующих реабилитации в детской клинике (ОР 4,33 95% ДИ 1,3 – 14,3), возрастает риск по развитию асфиксии средней степени тяжести (ОР 8 95% ДИ 1,02 – 61,6), по общему числу возможных осложнений неонатального периода (ОР 2,23 95% ДИ 1,32 – 3,76).

На основании проведенного анализа можно сделать вывод, что существующие школы для подготовки супружеских пар к родам и родительству играют положительную роль в исходе родов как для матери так и для новорожденного, и, следовательно, способствуют укреплению семьи. Перинатальные и материнские исходы партнерских родов у первородящих зависят от проведенной или не проведенной дородовой подготовки супружеских пар. ■

## Литература:

1. Вельвовский, И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов. – М.: Медицинская литература, 1963; 308с.
2. Гриненко Г.В., Жаркой Т.Е., Коваль В.В. Опыт работы центра дородовой подготовки. Материалы 4 - го съезда акуш.-гин. России.- М., 2008; 60.
3. Полянская, Р.Т., Фадеева Е.К., Ростовцева И.А. Опыт подготовки беременных к родам без боли и пропаганда грудного вскармливания. Мать и дитя : материалы 8 -го Всерос. науч. форума.- М., 2006; 655.
4. Цывьян, П.Б. Рождем вместе : руководство по партнерским родам.- Екатеринбург, 2009; 56 с.
5. Blumfield, W. Lamaze and Bradley Childbirth Classes . Birth. 1997; 24:2: 132-133.
6. Signore R.J. Bradley method offers option for natural childbirth. Am Fam Physician . 2004; 15:70(4):650.
7. Башмакова Н.В., Брында Н.С., Горбунова О.П. Эффективность внедрения семейно-ориентированных технологий в практику родовспоможения УрФО. Мать и дитя : материалы 8 - го Всерос. науч. форума.- М., 2006; 616.
8. Чернуха, Е.А., Короткова Н.А. Партнерство в родах. Акушерство и гинекология. 2003; 6:56-58.
9. Bradley R.A., Hathaway M., Hathaway J. Husband-coached childbirth. – New York: Bantam Books, 1996; 234p.
10. Караш, Ю.М. Диагностика сократительной деятельности матки в родах. – М.: Медицина, 1982; 224с.
11. Расстригин, Н.Н. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. – М.: Медицина, 1978; 336 с.
12. Радзинский, В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения. Мать и дитя : материалы 6-го Всерос. науч. форума.-М., 2004; 183-184.