

питализированы в многопрофильный стационар, что связано со сложностями диагностики, интенсивной терапии, которая во многом зависит от смежных специалистов [2]. По результатам нашего исследования у всех пациенток с ПОН имелись симптомы синдрома системной воспалительной реакции и развивались гнойно-септические осложнения, которые проявлялись в различных воспалительных изменениях матки и органов малого таза. Наиболее частое осложнение операции кесарево сечение — эндометрит, при развившейся полиорганной недостаточности имеет более раннее и тяжелое течение. Для всех рожениц характерна полимикробная флора при бактериологическом исследовании половых путей, которая с длительным течением ПОН приобретает резистентность к антибактериальной терапии. В связи с чем, необходимо применение активной и профилактической акушерско-гинекологической тактики лечения пациенток с ПОН:

1. Раннее и профилактическое применение эндоскопических методик позволяет адекватно оценить состояние матки, выраженность воспалительных изменений матки и органов малого таза, а так же провести санацию полости матки; брюшной полости, малого таза, и предупредить генерализацию процесса.

2. Своевременная хирургическая санация очага инфекции с использованием как малоинвазивных методик (гистероскопия, лапароскопия), так и радикального хирургического вмешательства, является одним из условий успешного проведения лечения ПОН, снижает количество тяжелых гнойно-септических осложнений и увеличивает шансы больных на благоприятный исход.

Литература

1. Материалы форума «Мать и дитя» 2007, с. 625.
2. Серов В. Н. Профилактика материнской смертности. Русский медицинский журнал: том 16, №1, 2008, том 16, № 1: 1-4.
3. Абрамченко В. В., Костючек Д. Ф., Хаджиева Э. Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. Санкт-Петербург; 2005.
4. Сепсис в начале XXI века: определение, диагностические концепции, патогенез и интенсивная терапия. Методические рекомендации РАСХИ. Калуга 2004 г.
5. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А. Гнойная гинекология. М., МЕДпресс-; 2001, с. 195-257.
6. Серов В. Н., Маркин С. А., Лубнин А. Ю. Эклампсия. М., Медицинское информационное агентство; 2002, с. 402-404.
7. Лапароскопия в гинекологии. Под ред. Савельевой Г. М., Федоровой И. В. М., ГЭОТАР Медицина; 2000.
8. Никонов А. П., Асцатурова О. Р., Чилова Р. А., Ищенко А. И. Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика и антимикробная химиотерапия. Пособие для врачей. М., 2006.

Принципы организации и технология проведения партнерских родов в перинатальном центре

И. Ф. Жукова, Г. Б. Мальгина

Отделение антенатальной охраны плода ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Principles of organization and technology of management of partner labor in the perinatal center

I. F. Zhukova, G. B. Malgina

Federal Agency of High-Tech Medicine, Ural Research Institute of Maternity and Infancy Welfare, Ekaterinburg, Russia

Резюме

Цель работы: Разработать оптимальные принципы организации и технологию партнерских родов в перинатальном центре.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ течения и исходов 50 партнерских родов и 50 родов без участия партнера (подбор методом «случай-контроль»), микробиологическое исследование 192 супружеских пар и их новорожденных, 30 женщин и их новорожденных, рожденных без участия отца в тот же период; анкетирование акушеров (69 анкет), принимавших партнерские роды, анкетирование 20 супружеских пар через 6–12 месяцев после партнерских родов.

Результаты и обсуждение: присутствие партнера на родах уменьшает частоту инвазивных манипуляций и медицинских воздействий. Своевременное выявление носительства условно-патогенной микрофлоры и санация родителей до родоразрешения способствует адекватной колонизации кишечника новорожденных (постнатальная патологическая колонизация условно-

И. Ф. Жукова — врач акушер-гинеколог второго акушерского отделения патологии беременности, заочный аспирант;
Г. Б. Мальгина — д. м. н., с. н. с., и. о. рук. отделения антенатальной охраны плода.

патогенной микрофлорой кишечника новорожденных наблюдалась у санированных родителей в 29,4%, у несанированных родителей — в 60%). Акушерками отмечено: агрессивно-наступательное поведение партнера в родах наблюдалось в 1,4%, в 100% — положительный контакт партнера и среднего медперсонала. В большинстве случаев психологическая, и физическая нагрузка на средний медперсонал не увеличилась, а в 5–10% даже уменьшилась. 83% опрошенных женщин и 89% партнеров полностью удовлетворены родами, 17% женщин и 11% мужчин скорее удовлетворены, чем нет.

Ключевые слова: партнерские роды, микробная колонизация новорожденных, удовлетворенность пациента.

Resume

Aim of the research: To work out optimal principles of organization and technology of partner labor in the perinatal center.

Material and methods: retrospective analysis of 50 partner labors and 50 labors without partner (chosen by case-control method) has been performed. The microbiological examination of 192 married couples and their newborns and of 30 women and their newborns, born without father participation during the same period has been made. Questionnaires of 69 midwives who took part in the labors and of 20 couples 6–12 months postpartum were filled.

Results and discussion: partner's participation in labor decreases rate of invasive manipulations and medical acts. Timely diagnosis of conditionally pathogenic microorganisms and treatment of the parents before labor aids to the adequate colonization of the newborns bowel (postnatal pathologic colonization of the newborns' bowel by conditionally pathogenic microorganisms was diagnosed when the parents were treated in 29,4% and when they were not treated in 60%). The midwives mentioned that aggressive behavior of the partner took place in 1,4%, in 100% there was positive contact between the partner and the staff. In the majority of cases psychological and physical duty of the middle staff did not increase and in 5–10% even decreased. 83% of women and 89% of partners were satisfied by the labor and 17% of women and 11% of partners rather satisfied than not.

Key words: partner labor, microbial colonization of the newborns, satisfaction of the patient

Введение

Внедрение семейно-ориентированных перинатальных технологий в практику учреждений родовспоможения является частью национальной политики в укреплении здоровья матери и ребенка. Об этом говорится в разработанной Министерством здравоохранения Российской Федерации Концепции государственной политики в области здравоохранения, которая одобрена Правительством России (2004).

При появлении в родовой еще одного участника родового акта — партнера — прежде всего, необходимо изменить психологическое отношение к этому среднего медицинского персонала, от которого во многом зависит успех родов [1, 2, 3, 4]. В последние годы в связи с внедрением «партнерских» родов добавился новый участник родового акта, с которым должен контактировать медицинский персонал и, прежде всего, акушерка.

Еще один аспект данной проблемы заключается в том, что при введении в широкую практику семейно-ориентированных технологий появляется новый участник последующей первичной колонизации организма новорожденного — отец ребенка. Актуальность проблемы заключается в том, что микрофлора кишечника — важный фактор, способствующий нормальному развитию и функционированию организма ребенка [5, 6, 7]).

Партнер — отец ребенка может являться носителем нормальных биотопов, способствующих первичной колонизации новорожденного непатогенными микроорганизмами. Однако детальных исследований данного вопроса не проводилось. Известно, что партнерские роды создают возможность раннего контакта ново-

рожденного с обоими родителями и уменьшения контакта с медперсоналом, что также оказывает влияние на процесс колонизации различных локусов организма ребенка.

Представляет интерес необходимость санации верхних дыхательных путей у супружеских пар, планирующих партнерские роды при выявлении у них патогенной микрофлоры и влияние ее на становление микробиоценоза кишечника новорожденного.

Цель работы: разработка принципов организации партнерских родов в условиях перинатального центра

Материал и методы

Для объективизации полученных данных при изучении клинических особенностей партнерских родов был проведен анализ медицинской документации 50 родов с партнером и 50 родов без партнера, произошедших в один и тот же период (2006 г.) подобранных методом «случай-контроль». Критериями подбора служили возраст, паритет, особенности акушерско-гинекологического анамнеза, течение настоящей беременности, срок родоразрешения (всего 24 признака).

Для изучения микробиологических аспектов партнерских родов было проведено микробиологическое исследование 192 супружеских пар и их новорожденных: бактериальное исследование посевов из носа беременной женщины, будущего отца, бактериальное исследование флоры цервикального канала женщины).

Сразу после рождения ребенка исследовались бакпосевы из уха, носа новорожденного, бакпосевы мекония. На 4–5 сутки жизни

проводилось бактериологическое исследование фекалий новорожденного. В качестве контроля проведены аналогичные бактериологические исследования 30 женщин и их новорожденных, рожденных без участия отца в тот же период.

Было проведено анкетирование акушеров, принимавших партнерские роды в родильном отделении крупного перинатального центра (ФГУ «ГУНИИ ОММ») за период с ноября 2006 г. по апрель 2007 г. (6 месяцев). Анкета состояла из 19 вопросов, на каждый из которых были даны возможные варианты ответов. Заполнение анкет проводилось в течение 2 часов после окончания родов, занимало не более 5 минут рабочего времени акушерки. Всего было проанализировано 69 анкет. Для выявления отдаленных результатов партнерских родов проведено анкетирование 20 супружеских пар через 6-12 месяцев после партнерских родов.

Вычисления и статистическая обработка результатов выполнены с помощью программного пакета Microsoft Excel 2002 для Windows XP. Результаты исследования предложены в виде данных итоговой статистики: $M \pm m$, где M — среднее арифметическое, m — стандартная ошибка среднего значения. Достоверность различий между сравниваемыми группами определялись по парному критерию Стьюдента,

различия считались достоверными при уровне значимости $P < 0,05$.

Результаты

Клинические аспекты

Проведен анализ клинических особенностей партнерских родов и родов без партнера методом «случай- контроль».

Полученные результаты представлены в табл 1, 2).

Как видно из приведенных таблиц, при партнерских родах реже требуется индукция (20% против 30% в контроле). Акушерская тактика в процессе ведения партнерских родов значительно менее «агрессивна» — в два раза реже применялось родоусиление, более «щадящее» методы обезболивания, меньшая частота влагалищных исследований. Кесарево сечение потребовалось в 4% против 10% в контроле. Без разрывов мягких тканей родоразрешены 34% женщин основной группы и всего 16% пациенток, рожавших без присутствия партнера. Частота применения эпизиотомии в основной группе ниже на 10%, частота разрывов промежности ниже на 4%. В основной группе не было зарегистрировано глубоких разрывов, гематом влагалища, в два раза ниже частота акушерских кровотечений.

Таблица 1. Частота акушерских вмешательств при ведении родового акта

Применение акушерских вмешательств	Основная группа, (N=50)		Контрольная группа, (N=50)	
	n	Q±q (%)	n	Q±q (%)
Индукция родов	10	20±5,7	15	30±6,5
2 и более влагалищных исследований	22	44±7	32	64±6,7*
Применение родоусиления	12	24±6,1	24	48±7,1*
Медикаментозный сон в ГОМке	-	-	7	14±4,9*
Обезболивание родов	18	36±6,8	21	42±7,0
В том числе применение наркотических анальгетиков	4	8±3,8	10	20±5,7*
Кесарево сечение	2	4±2,7	5	10±4,2

Примечание. * — разница статистически достоверна при $p < 0,05$.

Таблица 2. Исходы родов для матери

Исходы родов	Основная группа, (N=50)		Контрольная группа, (N=50)	
	n	Q±q (%)	n	Q±q (%)
Родоразрешены без травм промежности	17	34±6,8	8	16±5,2*
Эпизиотомия	23	46±7,1	28	56±7,1
Разрывы промежн.	10	20±5,7	12	24±6,1
Глуб.разрывы/гематомы	-	-	2	4±2,7
Кровотечения	1	2±2	4	8±3,9

Примечание. * — разница статистически достоверна при $p < 0,05$.

Микробный пейзаж супружеской пары и колонизация новорожденных

При исследовании микробного пейзажа супружеской пары выявлено: нормобиоценоз верхних дыхательных путей у родительской пары выявлен у 106 пар- 55,2%, у 86 пар (44,8%) родителей был диагностирован дисбактериоз верхних дыхательных путей. В большинстве случаев флора представлена *St. Aureus* из бактериальных посевов из носа, зева, при этом всем супругам с выявленным стафилококконосителем назначалась санация путем аппликаций в носовые ходы антибиотикосодержащими мазями с последующим назначением зубиотиков («Линекс»), при этом полный курс санации успели провести 40,7% супружеских пар.

Флора цервикального канала в большинстве случаев представлена лактобактериями и только в 6,3% выявлена *Candida*.

Проведен анализ микробиоценоза кишечника новорожденных, родившихся через естественные родовые пути при партнерских родах у 56 новорожденных детей от обследованных родителей в неонатальном периоде. Постнатальная патологическая колонизация условно-патогенной микрофлорой кишечника новорожденных наблюдалась у санированных родителей в 29,4%, у несанированных родителей — в 60%. Таким образом, своевременное выявление носительства условно-патогенной микрофлоры и санация до родоразрешения способствует адекватной колонизации кишечника новорожденных в два раза чаще. Спектр патологической микрофлоры, колонизировавшей кишечник новорожденных следующий: *St. Aureus*, *Klebsiella*, *Klebsiella в ассоциации со St. Aureus*, полимикробные ассоциации.

Выявлена тенденция к снижению частоты инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных в основной группе, а также более физиологическое течение послеродового периода у матери: в основной группе антибактериальную терапию получали всего 6 женщин, в группе контроля — 23 пациентки.

Результаты анкетирования акушеров

По результатам анкетирования акушеров отмечена значительная положительная динамика как в отношении персонала к партнерским родам, так и в подготовленности супружеских пар к родам. Это доказывается тем, что агрессивно-наступательное поведение партнера в родах наблюдалось лишь в 1,4%, положительный контакт партнера и среднего медперсонала в 100%. В большинстве случаев отмечалось, что как психологическая, так и физическая нагрузка на средний медперсонал

не увеличилась, а в 5-10% даже уменьшилась.

При этом у большинства супружеских пар акушерками констатирован позитивный настрой на роды, ранний контакт семьи с новорожденным, уменьшилась потребность в применении инвазивных технологий обезболивания родов (ДЭА). Нами не выявлено зависимости от времени суток клинко-психологической оценки течения родов акушерками. Даже при родоразрешении в ночные часы, когда утомление бригады акушеров наибольшее, они в большинстве случаев давали партнерским родам положительные оценки.

Не было ни одного случая ухудшения физического состояния партнера в родах, потребовавшего медицинской помощи, позитивный настрой супружеской пары в условиях родовой сохранялся в течение ближайших послеродовых часов.

Отдаленные результаты партнерских родов

Проведено анкетирование 20 супружеских пар через 6-12 месяцев после партнерских родов. 83% опрошенных женщин полностью удовлетворены присутствием мужа при родах, 17% скорее удовлетворены, чем нет. 89% партнеров полностью удовлетворены присутствием на родах, 11% скорее удовлетворены, чем нет. Неудовлетворенных не было. 94% женщин говорят о всепоглощающей любви мужа к ребенку после совместных родов, 83% мужчин также расценивают свое отношение к ребенку как всепоглощающее чувство любви.

При ретроспективном анкетировании мы попросили оценить женщин и мужчин, помощь медицинского персонала в родах: 50% оценок женщин «отлично», 39% оценили работу на «хорошо», 11% поставили «удовлетворительную оценку». Мужчины при оценке персонала выставили 39% отлично, 50% хорошо, 11% удовлетворительно. Поставленную оценку «удовлетворительно» партнеры объясняют тем, что медицинский персонал «пугал рожениц» и вводились лекарственные препараты. 55% мужчин и 39% женщин, отмечают, что сексуальные отношения не изменились, 44% женщин и 28% мужчин отмечают улучшение в сексуальных отношениях. 17% мужчин и 17% женщин указывают на некоторый спад в сексуальных отношениях. Мужчины делают пометку на то, что сексуальные контакты стали реже, по сравнению с родовым периодом. Женщины, отмечавшие ухудшение сексуальных отношений, указали, что это не связано с присутствием на родах мужа.

Обсуждение

Таким образом, на основании полученных результатов мы разработали оптимальную технологию организации и проведения партнерских родов в перинатальном центре.

Супружеским парам, планирующим партнерские роды, предлагается амбулаторное обследование: бактериологическое исследование верхних дыхательных путей в сроках беременности 36-37 недель. Партнер должен иметь результат флюорографического обследования. При выявлении патогенной микрофлоры в верхних дыхательных путях супружеской паре рекомендуется санация.

Организация партнерских родов:

А) условия для проведения семейных родов в перинатальном центре: наличие индивидуальных родовых залов, стул для партнера, комплект одноразовой или сменной одежды и обуви, мячи, коврики (по желанию);

Б) основные правила управления семейными родами: доброжелательность и тактичность со стороны медицинского персонала к женщине, партнеру, новорожденному.

При проведении медицинских манипуляций необходимо все вмешательства (инъекции, осмотры и т.д.) комментировать, объясняя в нескольких словах их целесообразность. Осуществлять управление и контроль поведения партнера во время родов, наблюдение за его состоянием. При выявлении признаков недомогания тактично удаляют партнера из родового зала. Необходимо в потужном периоде указывать партнеру на наиболее оптимальное место его дислокации — рядом с головой роженицы, чтобы предотвратить сексуальные дисфункции в дальнейшем. В процессе родового акта рекомендуют партнеру кратковременный отдых, отвлечение, посещение буфета по желанию. Оптимально переключение в третьем периоде родов внимания партнера с роженицы на новорожденного. Подход к каждой семье должен быть индивидуальным.

При выявлении условно-патогенной микрофлоры в верхних дыхательных путях и отсутствии санации партнера в процессе родов партнеры находятся в маске.

Обеспечение раннего контакта новорожденного и родителей: сразу после рождения младенец выкладывается на живот к маме, пуповина пересекается только после окончания пульсации, прикладывается к груди. Новорожденный более тщательно осматривается неонатологом на столике с подогревом в присутствии папы, после окончания необходимых процедур (взвешивание, обработка и т. д.) пе-

ленается и находится на руках у папы. После окончания III периода родов, осмотра роженицы супружеская пара с новорожденным находятся вместе в течение всего раннего послеродового периода.

Послеродовый этап: рекомендуется провести бактериологическое исследование фекалий новорожденного на 4-5 сутки, при выявлении дисбактериоза в организме новорожденного начать максимально рано его коррекцию, не дожидаясь осложнений.

Технология партнерских родов введена в практику работы ФГУ «ГУ НИИ ОММ» в марте 2000 года, и за это время приобрела значительную популярность. За последние годы увеличилось число партнерских родов среди социально-благополучного контингента с 23% (2005 г. — начало 2006 г.) до 34-38% (осень 2007 года).

Присутствие партнера на родах сдерживает акушерскую активность, уменьшается частота инвазивных манипуляций и медицинских воздействий. В результате отмечена экономическая эффективность данной технологии.

Необходимость дородовой санации верхних дыхательных путей родителей снижает патологическую колонизацию кишечника новорожденных в 2 раза.

Разработанная нами технология способствует положительному контакту партнера, роженицы и среднего медицинского персонала и в отдаленном периоде большинство супружеских пар оценивают результаты партнерских родов позитивно.

Литература

1. Оден М. Возрожденные роды. Пер. с франц. М.: «Аква», 1994.
2. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 4. Москва, Медиа Сфера, 2003: XXII.
3. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Изд-во С.-Петербург. унта, 2001.
4. Подобед Н. Д., Веровская Т. А., Полянская М. А. Партнерские роды как составная часть современных технологий родоразрешения. Н. Д. Подобед, Т. А. Веровская, М. А. Полянская. Роль новых перинатальных технологий в снижении репродуктивных потерь. Екатеринбург, 2001: 58-60.
5. Hodnett E. D. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.
6. Ахмадиева Э. Н., Амирова В. Р., Брюханова О. А. Особенности микробного пейзажа новорожденных в зависимости от способа родоразрешения. Э. Н. Ахмадиева, В. Р. Амирова, О. А. Брюханова. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2006; 5: 19-21.
7. Бусуек Г. П., Александрова Г. А., Шагинян И. А. Эпидемиология и профилактика госпитальных инфекций в акушерских и детских стационарах. Г. П. Бусуек, Г. А. Александрова, И. А. Шагинян. Журнал микробиологии эпидемиологии и иммунобиологии. 2003; 6: 30-36.