

партнерские отношения между медицинскими работниками и пациентами.

Избирательное отношение к обследованию демонстрировали женщины с эргопатическим и анозогностическим типами отношения к болезни.

Женщины с эргопатическим типом реагирования стремятся, не смотря ни на что, продолжать работу, относясь к ней сверхответственно, что может вызвать нарушения взаимоотношений мать — ребенок. Неправильное отношение к семье наблюдалось и при анозогностическом типе. Такие женщины чаще имеют среднее образование и незарегистрированный брак, что подтверждает социальную дезадаптацию не только по отношению к болезни.

Пациентки с анозогностическим и эргопатическим типами из-за риска неправильного отношения к болезни требуют осторожного отношения при налаживании терапевтических отношений врач-пациент.

Женщине с дезадаптивным отношением к болезни требуется терапевтическая помощь психолога и психотерапевта для повышения социальной адаптации в обществе, изменения патологического отношения к болезни на более адекватное актуальному состоянию. Данная категория нуждается в дополнительной психодиагностике и индивидуальной психокоррекции.

Исследование типа отношения болезни может быть полезным для профилактики заболеваний у матери и ребенка, помогает выделить категорию пациента для индивидуальной и групповой работы психолога и психотерапевта.

Литература

1. Ишпақтин Ю. И., Коваль И. П., Ицкович А. И., Кондякова Е. Г. Влияние психовегетативного статуса беременных женщин на состояние плода и новорожденного. *Акт.вопракуш. и гин.* 2001-2002; 1 (1): 30-31.
2. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. *Метод.рекоменд.* Л.; 1987.

Роль семейно-ориентированных технологий родоразрешения в профилактике перинатальной патологии

Г. Б. Мальгина, Н. В. Башмакова, Н. А. Пепеляева, И. Ф. Жукова

Отделение атенатальной охраны плода федерального государственного учреждения «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (ФГУ «ГУНИИОММ Росздрава»)

Резюме

Цель работы: оценить интранатальные факторы риска перинатальной патологии доношенных новорожденных и пути преодоления их с помощью технологии «партнерских» родов.

Проведено двухэтапное ретроспективное исследование: на первом этапе анализ течения, ведения и исходов 190 срочных родов произошедших в клинике ФГУ «ГУ НИИ ОММ». На втором этапе проведен анализ течения и исходов 50 партнерских родов в сравнении с 50 родами без участия партнера (подбор методом «случай-контроль»).

Установлено, что имеется прямая зависимость между активной тактикой ведения родов и перинатальной патологией доношенных новорожденных, в частности, родоусиление увеличивает риск травматического и гипоксически-ишемического повреждения центральной нервной системы новорожденных в 1,5-2 раза. Присутствие партнера на родах сдерживает акушерскую «агрессию», поскольку уменьшается частота индукции родов, медикаментозных методов родоусиления, оперативного родоразрешения. Снижается необходимость применения медикаментов в послеродовом периоде в связи с уменьшением материнского травматизма. Улучшаются перинатальные прогнозы в связи со снижением травматизма новорожденного в 2 раза и потребности в реабилитации новорожденных в 1,5 раза.

Ключевые слова: перинатальная патология, факторы риска, доношенный новорожденный, партнерские роды, акушерские вмешательства.

Мальгина Галина Борисовна — старший научный сотрудник ФГУ «ГУНИИОММ Росздрава», д. м. н.

Н. В. Башмакова — д. м. н. проф.

Введение

По данным иностранных авторов от 70 до 80% всех беременных рассматриваются как женщины низкого риска в начале родов [3]. В нашей стране к этой группе относят только 20-30% беременных. Однако, для женщины, отнесенной в группу низкого риска, также не гарантирован благоприятный исход беременности.

Роды являются завершающим этапом беременности, от их течения и ведения во многом зависит исход для матери и плода. Часто не придается значения тому, что у огромного числа женщин беременность и роды могли бы протекать без каких-либо осложнений, и что они могли бы иметь здоровых новорожденных без какого бы то ни было медицинского вмешательства. Это подтверждает и статистика «домашних» родов [4].

В современном акушерстве одним из направлений является переход от «естественной» тактики ведения родов к более динамичной «активной» [1]. Такая тактика направлена на уменьшение перинатальных потерь и показана у беременных с экстрагенитальными и акушерскими осложнениями. Современные перинатальные технологии решают много проблем родового акта, но, вместе с тем, роды становятся все более «технологичными», а роль отца в появлении нового человека на свет практически не подчеркивается.

Миллионы семей во всем мире выступают против такой медикализации родового акта. За рубежом практически во всех родильных домах и перинатальных центрах вопрос о семейных родах давно решен положительно [5, 6].

В нашей стране только в конце 90-х годов стали появляться сторонники данного направления, и их становится все больше [2]. Широко изучаются вопросы проведения «семейных» или партнерских родов в ведущих клиниках Санкт-Петербурга, накоплен значительный опыт в Волгограде. Однако, в Уральском регионе данная технология находится еще в «зачаточном» состоянии. Поэтому серьезное исследование

особенностей акушерской тактики при партнерских родах на современном этапе является актуальной задачей.

Цель работы: оценить интранатальные факторы риска перинатальной патологии доношенных новорожденных и пути преодоления их с помощью технологии «партнерских» родов.

Материал и методы

Исследование проводилось в два этапа.

На первом этапе проведен ретроспективный анализ течения, ведения и исходов срочных родов когорты беременных, родоразрешение которых произошло в клинике ФГУ «ГУ НИИ ОММ» Росздрава. Проанализировано 190 историй срочных родов. Критерии включения: срок гестации 37 недель и более, одноплодная беременность, головное предлежание, отсутствие показаний для планового оперативного родоразрешения. Критерии исключения: тяжелая экстрагенитальная патология, многоплодная беременность, тяжелые гестозы, декомпенсированная хроническая фето-плацентарная недостаточность, резус-конфликт, неправильное членорасположение плода.

В процессе анализа исследуемая группа была разделена на четыре подгруппы в зависимости от исхода для новорожденных:

1 подгруппа — здоровые новорожденные (N=88);

2 подгруппа — новорожденные с гипербилирубинемией (N=22);

3 подгруппа — новорожденные с родовыми травмами (N=17).

Данную подгруппу составили 12 новорожденных с кефалогематомами, 4 новорожденных со спинальными травмами и один новорожденный с переломом ключицы.

4 подгруппа — новорожденные с гипоксически — ишемическим поражением центральной нервной системы (ЦНС) (N=63). В данной подгруппе в 38,1% диагностирована гипоксия легкой степени, не требующая перевода на второй этап реабилитации, и в 61,9% — асфиксия средней и тяжелой степени, требующая реабилитации в детской клинике.

Таблица 1. Факторы, предрасполагающие к перинатальному повреждению новорожденного

Факторы риска	Здоровые новорожденные (N=88)		Гипербилирубинемия (N=22)		Травмы (N=17)		Асфиксия (N=63)	
	п	Озд	N	Озд	N	Озд	п	Озд
Обвитие пуповиной	26	29,5±4,9	8	36,4±10,3	6	35,3± 11,6	28	44,4±6,2*
Тугое обвитие	2	2,3±1,6	4	18,2±8,2*	2	11,8±7,8	5	7,9±3,4*
Многоводие	7	7,9±2,9	4	18,2±8,2	3	17,6±9,2	11	17,5±4,8*
Маловодие	2	2,3±1,6	1	4,5±4,4	2	11,8±7,8	3	4,8±2,7

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

Таблица 2. Частота акушерских вмешательств при ведении родового акта

Виды вмешательств	Здоровые новорожденные (N=88)		Гипербилирубинемия (N=22)		Травмы (N=17)		Асфиксия (N=63)	
	n	О±σ	n	О±σ	N	О±σ	N	О±σ
Роды без вмешательств	23	26,1±4,7	8	36,4±10,3	2	11,8±7,8*	13	20,6±5,1
Индукция родов	12	13,6±3,7	6	27,3±9,5	1	5,9±5,7	12	19,0±14,9
Родоусиление	22	25±4,6	5	22,7±8,9	11	64,7±11,6*	22	34,9±6,0
ГОМК	16	18,2±4,1	1	4,5±4,4*	4	23,5±10,3	4	6,3±3,0*
Промедол	19	21,6±4,6	3	13,6±7,3	5	29,4±11,1	5	7,9±3,4*
Кесарево сечение	1	1,1±1,1	2	9,0±6,1	0	0,0	11	17,5±4,8*

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

На втором этапе исследования проведен ретроспективный анализ особенностей течения, ведения, исходов партнерских родов, проведенных в клинике ФГУ «УНИИ ОММ» Росздрава в течение 6 месяцев. Основную группу составили 50 женщин, рожавшие совместно с партнером, и их новорожденные. Контрольную группу составили 50 женщин, рожавших без присутствия партнера, и их новорожденные. Подбор контроля осуществлялся методом «сравнимых пар» (исследование «случай-контроль»). Критериями для подбора служили следующие признаки: возраст, паритет, соматический, акушерско-гинекологический анамнез, особенности течения данной беременности, срок родоразрешения (всего 24 признака).

Метод исследования — клинико-статистический анализ.

По возрасту, паритету, экстрагенитальной патологии, течению беременности, сроку родоразрешения все подгруппы сопоставимы.

Результаты исследования и обсуждение

Средний возраст женщин в подгруппах составил $26,0 \pm 1,4$ (лет) — $27,8 \pm 0,9$ (лет).

Соматически здоровыми к моменту родоразрешения были 22,5% пациенток. Основной спектр соматических заболеваний это: сердечно-сосудистая патология, патология желудочно-кишечного тракта, заболевания почек и мочевыводящих путей, эндокринная патология. На момент родоразрешения все соматические заболевания были в стадии компенсации.

Отсутствие осложнений при данной беременности не зарегистрировано ни в одной из подгрупп. Наиболее часто отмечались: угроза прерывания беременности, гестозы, хроническая фетоплацентарная недостаточность, гестационный пиелонефрит, анемии. Эти гестационные осложнения с одинаковой частотой наблюдались во всех подгруппах.

Как видно из табл. 1, из факторов, predisposing к перинатальному повреждению доношенных новорожденных, большое

значение играют патология плодного пузыря (многоводие, маловодие) и наличие обвития пуповиной.

В подгруппах с гипербилирубинемией новорожденных, травмами новорожденных и асфиксией новорожденных патология плодного пузыря встречается чаще, чем в подгруппе здоровых новорожденных соответственно в 2,2; 2,9 и 2,2 раза.

В этих же подгруппах обвитие пуповиной встречается чаще в 1,2; 1,2 и 1,5 раза, а тугое обвитие пуповиной в 7,9; 5,1 и 3,4 раза соответственно ($p < 0,05$).

Из данных, представленных в табл. 2 видно, что индукция родов чаще предпринималась в подгруппах новорожденных с гипербилирубинемией и асфиксией ($27,3 \pm 9,5\%$ и $19,0 \pm 14,9\%$ соответственно), в то время, как в подгруппе здоровых новорожденных в $13,6 \pm 3,7\%$ случаев. В подгруппе с травмами новорожденных в 2,5 раза чаще по сравнению с подгруппой здоровых новорожденных предпринималось родоусиление ($p < 0,01$); при этом роды без акушерских вмешательств в подгруппе здоровых новорожденных были проведены в 2 раза чаще по отношению к подгруппе с травмами новорожденных ($p < 0,05$).

В подгруппе с асфиксиями новорожденных в $17,5 \pm 4,8\%$ случаев роды были завершены путем операции кесарева сечения. При этом показаниями послужили: в 5 случаях ($45,5\%$) — первичная слабость родовой деятельности, в 4 случаях ($36,4\%$) — острая гипоксия плода в первом периоде родов, в 2 случаях ($18,1\%$) — дискоординация родовой деятельности. В подгруппе здоровых новорожденных абдоминальным путем роды были завершены только в 1-м случае, показанием послужила первичная слабость родовой деятельности. В подгруппе с травмами новорожденных все роды закончены через естественные родовые пути. В подгруппе с гипербилирубинемией новорожденных в двух случаях было предпринято абдоминальное родоразрешение по поводу первичной сла-

Таблица 3. Исходы родов для новорожденного

Исходы родов для новорожденного	Основная группа (N=50)		Контрольная группа (N=50)	
	N	Q±q (%)	N	Q±q (%)
Спинальные травмы	-	-	2	4±2,8
Переломы ключицы	-	-	1	2±2
Церебральная ишемия тяжелой степени	-	-	1	2±2
Спинальная ишемия тяжелой степени	-	-	1	2±2
Гипоксии новорожденных	22	44±7,1	27	54±7,1

бости родовой деятельности и высокого прямого стояния стреловидного шва.

При анализе клинических особенностей партнерских родов отмечено, что процесс формирования родовой доминанты у пациенток, планирующих рожать с партнером значительно благоприятнее, при этом реже требуется индукция родов (20 против 30% в контроле). В два раза реже применялось родоусиление, более «щадящее» методы обезболивания, меньшая частота влагалищных исследований. При этом родоразрешение путем операции кесарева сечения потребовалось более чем в два раза реже (4 против 10% в контроле). Основными показаниями к оперативному родоразрешению были аномалии родовой деятельности, частота которых в основной группе 6%, а в группе контроля — 16%.

Существенно отличается и уровень материнского травматизма — 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.

Средняя продолжительность периодов родов у женщин основной и контрольной групп достоверно не отличается: первый период в основной группе в среднем продолжался 486,8±3,8 мин (8 часов), в контроле 510,4±5,2 мин, однако достоверно отличается длительность безводного промежутка: в основной группе 360,7±4,9 мин (6 часов), в группе контроля — 445,7±5,1 мин (p=0,04). При этом реже применяется активная акушерская тактика, имеется тенденция к уменьшению продолжительности родов, достоверно уменьшается продолжительность безводного промежутка, уменьшается материнский травматизм и частота эпизиотомий. Неадекватное поведение и отсутствие психопрофилактического эффек-

та отмечено всего у 1-й пациентки из основной группы и у 10-и женщин из группы контроля.

Состояние новорожденных при рождении также подтверждает более физиологическое течение родов в присутствии партнера. Выявлено достоверное отличие в оценках новорожденных по шкале Апгар: на первой минуте средняя оценка в основной группе 7,04±0,02 балла, в контроле — 6,66±0,01 балла (p=0,02); на пятой минуте средняя оценка в основной группе 8,27±0,01 балла, в контроле — 7,82±0,01 балла (p=0,0009).

Более физиологическое течение партнерских родов, менее активная акушерская тактика подтверждаются перинатальными исходами: родовые травмы были зарегистрированы у 3-х детей из основной (в 2 случаях кефалогематомы и 1 случай ПВК) и 6 детей из группы контроля (2 случая спинальных травм, в 2 случаях кефалогематомы, в 1 — перелом ключицы, в 1 — ПВК). В основной группе после рождения в палате интенсивного наблюдения находились 11 детей (22%), в контроле — 16 (32%) новорожденных. Среди новорожденных основной группы требовали длительной реабилитации в детской клинике 8 детей (16%), в контроле — 12 детей (24%).

Несмотря на то, что противники партнерских родов часто аргументируют свое негативное отношение тем, что присутствие «чужого» человека в условиях жесткой стерильности родового блока создает возможность инфицирования младенца и матери, мы не установили повышения инфекционно-воспалительных заболеваний (ИВЗ) новорожденных. Выявлена даже некоторая тенденция к снижению частоты ИВЗ новорожденных: в основной группе признаки инфекции наблюдались у 6 детей (12±4,6%), в контроле у 9 детей (18±5,4%). Это подтверждает и более физиологическое течение послеродового периода у матери: в основной группе антибактериальную терапию получили всего 6 женщин, в группе контроля — 23 пациентки.

Таким образом, патология плодного пузыря (многоводие, маловодие) увеличивает риск перинатального повреждения доношенных новорожденных и в подгруппах с гипербилирубинемией, асфиксией и травмами новорожденных встречается чаще, чем в подгруппе здоровых новорожденных. Обвитие пуповиной повышает риск перинатального повреждения доношенных новорожденных, особенно гипоксически-ишемического повреждения ЦНС.

Но, поскольку на эти факторы в процессе ведения родов акушерские технологии не влияют, резервы можно найти в другом. Нами отмечена прямая зависимость между активной

тактикой ведения родов и перинатальной патологией доношенных новорожденных, в частности родоусиление увеличивает риск травматического и гипоксически-ишемического повреждения ЦНС новорожденных.

Достоверно подтверждено, что присутствие партнера на родах сдерживает акушерскую «агрессию». Партнерские роды экономически выгодны, поскольку уменьшается частота индукции родов, медикаментозных методов родоусиления, оперативного родоразрешения.

После проведения партнерских родов в связи с уменьшением материнского травматизма снижается необходимость применения медикаментов, в частности, антибиотиков, в послеродовом периоде. Этим обусловлено и сокращение пребывания родильниц на койке. Снижением травматизма новорожденных обусловлено улучшение перинатальных прогнозов

и сокращение потребности в реабилитации в условиях детской клиники.

Литература

1. Абрамченко В. В. Активное ведение родов. Руководство для врачей. СПб.: «Специальная литература»; 1997.
2. Подобед Н. Д., Веровская Т. А., Полянская М. А. Партнерские роды как составная часть современных технологий родоразрешения. В Роль новых перинатальных технологий в снижении репродуктивных потерь. Екатеринбург; 2001. 58-60.
3. Руководство по безопасному материнству. М.: «Триада Х»; 1998.
4. Хасанов А. А., Мальцева Л. И., Хамитова Г. В. Домашние роды в России. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии 2001-2002; 1 (1).
5. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д., Краутер К., Дьюли Л., Ходнет Э., Хофмейер Д. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Санкт-Петербург: Петрополис; 2003. 59-2.
6. Hodnett E. D. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.

Рецензия

Г. Б. Мальгина, Н. В. Башмакова, Н. А. Пепеляева, И. Ф. Жукова

Роль семейно-ориентированных технологий родоразрешения в профилактике перинатальной патологии

Работа посвящена оценке современных интранатальных факторов риска перинатальной патологии доношенных новорожденных и возможных путей их снижения при помощи технологии партнерских родов.

Авторы справедливо указывают, что современные так называемые «активные» технологии ведения родов способствуют значительному повышению показателей индукции родов, акушерского травматизма, оперативного родоразрешения, высокому уровню неблагоприятных перинатальных исходов (травматизм, необходимость лечения в палате интенсивной терапии и длительной реабилитации в условиях). Участие в родах партнера способствует значительному снижению акушерской «агрессии» и ведет к резкому уменьшению удельного веса интранатальной и постнатальной патологии матери и новорожденного.

Материалы исследования в конечном итоге убедительно показывают несостоятельность направления на максимальную активность ведения и механистичность родового процесса, так распространенных в современной акушерской практике. Партнерские роды являются по

сути уникальной организационной перинатальной технологией, оптимизирующей течение родового акта и исходы родов, улучшая основные акушерские и перинатальные показатели в 1,5-2 раза. При этом сами партнерские роды обладают мощным психотерапевтическим потенциалом для роженицы, а также серьезным сдерживающим фактором, заставляющим врачей — акушеров придерживаться максимально естественного ведения родового акта. Снижение частоты оперативного родоразрешения, назначения медикаментозных препаратов, оптимизация состояния новорожденных, помимо положительного клинического эффекта, имеет огромную экономическую и социальную значимость.

В заключение следует отметить, что представленная в работе семейно-ориентированная технология родоразрешения несомненно должна стать одной из ведущих в ряду доказавших свою клиническую значимость таких естественных перинатальных технологий как совместное пребывание матери и ребенка, раннее прикладывание к груди и пролонгированное грудное вскармливание.

Редакция журнала