

# Використання родинно орієнтованих технологій у жінок–лікарів різних спеціальностей

О.С. Шелигін, С.Ю. Вдовиченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** розроблення та впровадження тактики ведення пологів у жінок–лікарів різних спеціальностей з використанням родинно орієнтованих технологій.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 150 вагітних жінок–лікарів різних спеціальностей, яких розподілили на три групи залежно від використовуваних лікувально-профілактичних заходів.

**Результати.** Результати проведених досліджень свідчать, що жінки–лікарі різних спеціальностей входять до групи високого ризику щодо розвитку різних ускладнень вагітності і пологів, а також перинатальної патології. Використання медико-психологічної підготовки, починаючи з прегравідарного періоду, у поєднанні з родинно орієнтованими технологіями дозволяє нормалізувати психологічний статус, виробити позитивну доміную на сприятливий результат вагітності і пологів, стабілізувати функціональний стан фетоплацентарного комплексу, що зрештою приводить до зниження частоти акушерської патології під час розродження.

**Заключення.** Упровадження родинно орієнтованих технологій дозволяє знизити частоту ускладнень під час розродження жінок–лікарів різних спеціальностей.

**Ключові слова:** жінки–лікарі, пологи, родинно орієнтовані технології.

В умовах сьогодення пріоритетним є проблема охорони і зміцнення здоров'я працюючого населення, перш за все жінок, з метою збереження трудового потенціалу і створення умов для економічного розвитку країни [1–2]. Специфіка трудової діяльності медичних працівників пов'язана з дією професійних чинників, здатних спричинювати захворювання, призвести до втрати працездатності, інвалідності, а у низці випадків – бути безпосередньою загрозою життю [1–3]. Проблема охорони репродуктивного здоров'я медичних працівників багатогранна, і її рішення передбачає взаємодію різних напрямів охорони здоров'я і соціальної політики держави з урахуванням національних особливостей і міжнародних стандартів.

Незважаючи на важливість проблеми, у літературі недостатньо доказових даних щодо клінічного перебігу пологів у жінок–медичних працівників, що, безумовно, суттєво впливає на перинатальні наслідки їхнього розродження.

**Мета дослідження:** розроблення та впровадження тактики ведення пологів у жінок–лікарів різних спеціальностей з використанням родинно орієнтованих технологій.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 150 вагітних жінок–лікарів, яких розподілили на три групи:

- до 1-ї групи увійшли 50 жінок–лікарів, які отримували вдосконалений нами алгоритм допологової підготовки, ведення вагітності і пологів з використанням родинно орієнтованих технологій;
- у 2-у групу були включені також 50 жінок–лікарів, які використовували лише вдосконалений нами алгоритм допологової підготовки, ведення вагітності і пологів, при цьому від партнерських пологів ці пацієнтки відмовилися;
- 3-я група включала 50 жінок–лікарів, які не пройшли жодної підготовки до і під час вагітності та самостійно визначали тактику ведення вагітності і пологів.

Додаткове розподілення жінок–лікарів за спеціальностями не проводили, оскільки не спостерігали виражених відмінностей (за результатами попередніх досліджень) у клінічному перебігу вагітності і пологів.

Під час розроблення вдосконаленого алгоритму ведення жінок–лікарів на етапах допологової підготовки, вагітності і пологів застосовували принцип мінімізації використання лікарських препаратів, а також методи психологічного тестування під час розроблення індивідуального плану ведення вагітності з обов'язковою консультацією психолога та подальшою психологічною корекцією виявлених відхилень. Під час формування індивідуальних програм профілактики і спостереження жінок–лікарів під час вагітності виховували результати дослідження параметрів якості життя.

Таблиця 1

Соціальний статус обстежених вагітних

Критерії порівняння	Група жінок					
	1-а, n=50		2-а, n=50		3-я, n=50	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
<b>Спеціальність</b>						
Терапевт, сімейний лікар	15	30	15	30	14	28
Лікар УЗД	16	32	14	28	17	34
Лікар ФД	3	6	4	8	6	32
Акушери-гінекологи	16	32	17	34	13	26
<b>Шлюбний статус</b>						
Заміжні	39	78	40	80	38	76
Незаміжні	6	12	8	16	4	8
Узяли шлюб під час вагітності	5	10	1	2	8	16
Одинокі	-	-	1	-	-	-

Терміни настання пологів у вагітних досліджуваних груп

Показник	Група жінок					
	1-а, n=50		2-а, n=50		3-я, n=50	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Своєчасні пологи	50	100,0	49	98,0	45	90,0
Передчасні пологи	-	-	-	-	3	6,0
Запізнілі пологи	-	-	1	2,0	2	4,0

Таблиця 3

Середня тривалість пологів у вагітних досліджуваних груп

Показник	Група жінок		
	1-а, n=50	2-а, n=50	3-я, n=50
Середня тривалість пологів загальна, хв	466,1±28,0	524,4±153,1	559,5±206,7
Перший період	432,7±127,0	486,0±153,0	534,0±202,0
Другий період	23,47±6,48	24,06±7,81	25,45±7,43
Третій період	9,89±1,28	10,58±3,48	9,84±2,33

Таблиця 4

Ускладнення під час пологів у жінок досліджуваних груп

Ускладнення	Група жінок					
	1-а, n=50		2-а, n=50		3-я, n=50	
	Абс. число	%	Абс. число	Абс. число	%	Абс. число
Передчасний вилив навколоплідних вод	16	32,0	19	38,0	20	40,0
Пологозбудження	-	-	5	10,0	4	8,0
Аномалії пологової діяльності	-	-	19	38,0	16	32,0
Пологостимулювання	-	-	20	40,0	16	32,0
Дефект оболонки, посліду	-	-	1	2,0	2	4,0
Щільне прикріплення посліду	-	-	1	2,0	-	-
Травми м'яких тканин пологових шляхів, з них:	12	24,0	12	24,0	18	36,0
розрив слизової оболонки піхви	4	8,0	6	12,0	6	12,0
розрив промежини 1-го ступеня	8	16,0	6	12,0	10	20,0
розрив шийки матки	-	-	-	-	2	4,0
Середня крововтрата, мл	151,5±36,7		173,2±54,0		174,8±50,9	
Максимальна крововтрата, мл	200		300		350	

Використання родинно орієнтованих технологій у жінок-лікарів проводили згідно із загальноприйнятими рекомендаціями [4–5].

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених жінок коливався від 26 до 36 років (середній вік – 29,3±3,6 року у 1-й групі, 29,8±4,8 року – у 2-й групі і 29,4±3,5 року – у 3-й групі).

У табл. 1 представлений соціальний статус обстежених вагітних.

Як видно з даних табл. 1, за лікарськими спеціальностями, сімейним станом жінки усіх трьох груп достовірно не відрізнялися ( $p>0,05$ ). При цьому було вивчено особливості перебігу вагітності і пологів у жінок-лікарів таких самих спеціальностей, як і на першому етапі (терапевти, родинні лікарі, фахівці УЗД і ФД, а також акушери-гінекологи).

Серед вагітних усіх трьох груп були переважно першородлі. У 3-й групі з 43 першовагітних у 15 (34,9%) в анамнезі виявлені аборти, викидні, що дещо вище, ніж у 1-й і 2-й групах ( $p<0,01$ ). Вочевидь, жінки-лікарі з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (ОАГА) повинні

були уважніше ставитися до свого здоров'я і готуватися до майбутніх пологів, але вони відмовилися від спеціальної допологової підготовки і використання родинно орієнтованих технологій під час вагітності і пологів. Щодо початку статевого життя і частоти перенесених гінекологічних захворювань, то пацієнтки були повністю зіставні ( $p>0,05$ ). Найбільш висока частота планованої вагітності була у пацієнток 1-ї групи (100%), які окрім допологової підготовки погодилися на використання родинно орієнтованих технологій.

У процесі клінічного спостереження було проаналізовано перебіг пологів у вагітних, що увійшли до 1-ї, 2-ї і 3-ї груп, залежно від використаного алгоритму, які відповідно мали різний психоемоційний статус напередодні пологів.

У табл. 2 наведені терміни настання пологів.

Як видно з табл. 2, у 100% жінок-лікарів 1-ї групи (допологова медико-психологічна підготовка і родинно орієнтовані технології) вагітність завершилася своєчасними пологами. У вагітних 2-ї групи (лише допологова медико-психологічна підготовка) своєчасними були 98% пологів і 2% – запізнених пологів. У вагітних 3-ї групи (відмовилися від розробленого алгоритму) пологи відбулися своєчасно у 90% випадків, у 6%

## Оперативне розродження

Ускладнення	Група жінок					
	1-а, n=50		1-а, n=50		1-а, n=50	
	Абс. число	Абс. число	Абс. число	Абс. число	Абс. число	Абс. число
Кесарів розтин (усього)	5	10,0	7	14,0	12	24,0
Клінічно вузький таз	3	6,0	1	2,0	-	-
Стійка слабкість пологової діяльності, що не піддається медикаментозній корекції	1	2,0	1	2,0	6	12,0
ОАГА (безплідність, невиношування в анамнезі)	1	2,0	1	2,0	1	2,0
Дистрес плода	-	-	1	2,0	2	4,0
Поперечне, тазове передлежання	-	-	3	6,0	2	4,0
Прееклампсія середнього ступеня тяжкості	-	-	-	-	1	2,0

випадків відбулися передчасні пологи, кількість запізнених пологів збільшилася до 4%.

Середня тривалість пологів представлена у табл. 3.

З табл. 3 видно, що у 1-й групі середня тривалість пологів становила 7 год 46 хв і не перевищувала фізіологічних меж. У вагітних 2-ї групи середня тривалість пологів становила 8 год 40 хв, що на 54 хв довше, ніж у 1-й групі ( $p < 0,05$ ). У вагітних 3-ї групи середня тривалість пологів становила 9 год 19 хв, що значно перевищує таку у 1-й групі – на 1 год 33 хв ( $p < 0,01$ ). Порівняно з 2-ю групою відзначено тенденцію до зменшення тривалості пологів на 36 хв ( $p > 0,05$ ).

Слід зазначити, що загальна тривалість пологів у породіль 1-ї і 2-ї груп була менше через скорочення першого періоду. Очевидно також, що у пацієток, які проходили підготовку до пологів з ранніх термінів вагітності, період розкриття був значно коротший порівняно не лише з 3-ю ( $p < 0,01$ ), але і з 2-ю групою ( $p < 0,05$ ). Тривалість другого і третього періодів пологів у 1-ї, 2-ї і 3-ї групах була зрівняною ( $p > 0,05$ ).

Отже, у вагітних 1-ї і 2-ї груп зменшення загальної тривалості пологів і періоду розкриття було результатом ефективно проведеної медико-психологічної підготовки як на преградарному етапі, так і протягом усього терміну гестації.

Ускладнення під час пологів у пацієток наведені у табл. 4.

Як видно з табл. 4, у 3-ї групі частіше в 1,3 рази спостерігався передчасний розрив плодових оболонок ( $p < 0,001$ ). Слід зазначити, що аномалій пологової діяльності під час пологів не спостерігалося у породіль 1-ї групи, у зв'язку з чим стояло питання щодо пологостимулювання. У жінок 2-ї групи у 38% випадків і у 32% випадків у 3-ї групі відзначено первинну і вторинну слабкість пологової діяльності.

Передчасний розрив плодових оболонок і слабкість пологової діяльності відповідно вимагали проведення пологозбудження і пологостимулювання. Пологостимуляцію окситоцином застосовували у 23,0% жінок у 2-ї групі і так само у 23,0% – у 3-ї групі. У породіль 1-ї групи при передчасному вилитті вод пологозбудження і пологостимулювання не застосовували – жінки, які пройшли повну підготовку до пологів, під час вагітності і застосували методики психофізіологічної пологостимуляції для зняття психоемоційного напруження, народжували самостійно – без медикаментозного втручання, у присутності партнера.

Один з показників якості пологів є пологовий травматизм у матері. Травми м'яких тканин пологових шляхів діагностували частіше у 3-ї групі порівняно із 1-ю і 2-ю групами ( $p < 0,001$ ). У структурі пологового травматизму переважали значні пошкодження тканин пологових шляхів: розриви слизової оболонки піхви, промежини 1-го ступеня, і лише у цій групі фіксували розриви шийки матки (у 1-ї і 2-ї групах не реєстрували).

У жінок 2-ї і 3-ї груп перебіг пологів ускладнився дефектом посліду і щільним його прикріпленням, у зв'язку з чим було виконано ручне обстеження порожнини матки. Проте патологічної крововтрати при цьому не відзначено.

Середня крововтрата у 1-ї групі під час пологів становила  $151,5 \pm 36,7$  мл (максимальна – 200 мл), у 2-ї групі –  $173,2 \pm 54,0$  мл (максимальна крововтрата 300 мл – відмінність від 2-ї групи;  $p = 0,02$ ) і  $174,8 \pm 50,9$  мл – у 3-ї групі (максимальна – 350 мл – відмінність від 1-ї групи;  $p = 0,02$ ).

Отримані дані щодо оперативного методу розродження і його причин наведені у табл. 5.

Як видно з табл. 5, частота кесарева розтину у 1-ї групі становила 10%, причому всі показання були екстрені: клінічно вузький таз – 3 випадки, стійка слабкість пологової діяльності, що не піддається медикаментозній терапії, – 1 випадок. У плановому порядку шляхом кесарева розтину була розроджена 1 вагітна з ОАГА (безплідність в анамнезі).

У 2-ї групі частота кесарева розтину виявилася в 1,4 рази вищою порівняно з 1-ю групою і становила 14,0%. Оперативне розродження було у 4 випадках плановим (тазове передлежання плода, ОАГА – безплідність в анамнезі). Решта випадків оперативних розроджень – екстрені: клінічно вузький таз – 1, стійка слабкість пологової діяльності, що не піддається медикаментозній терапії, – 1, а також дистрес плода – 1.

У вагітних 3-ї групи, які відмовилися від допологової підготовки і родинно орієнтованих технологій, частота кесарева розтину становила 24,0%, що значно перевищує – у 2,4 ( $p < 0,001$ ) та 1,7 ( $p < 0,01$ ) рази відповідно – показники 1-ї і 2-ї груп. Слід зазначити, що у структурі показань до оперативного розродження у цій групі переважали стани, що пов'язані з високим психоемоційним напруженням породіллі, а саме: стійка слабкість пологової діяльності, що не піддається медикаментозній терапії, – 6 випадків з 12 (50,0%), поперечне і тазове передлежання плода – 2 з 12 випадків (25,0%), прееклампсія середнього ступеня тяжкості – 1 (8,3%). У 2 випадках пологи завершені шляхом кесарева розтину за екстремим показанням: дистрес плода. Плановий кесарів розтин виконано 1 вагітній з приводу ОАГА (безплідність, невиношування вагітності в анамнезі).

Отже, при сформованій у процесі роботи під час всієї вагітності за розробленим алгоритмом медико-психологічної підготовки до пологів домінанті вагітності і пологів у породіль рідше спостерігалися ускладнення під час пологів порівняно з породільями, які відмовилися від допологової медико-психологічної підготовки і родинно орієнтованих технологій. Також була нижчою частота оперативного розродження, причому, як правило, кесарів розтин проводили здебільшого через невідповідність розмірів плода і таза матері.

Стосовно важливості медико-психологічної підготовки вагітних до пологів і використання родинно орієнтованих технологій у жінок-лікарів проводили порівняльне оцінювання даної підготовки співробітниками пологових відділень.

Представлені на малюнку дані свідчать, що співробітники пологових будинків вище оцінювали підготовку до пологів у породіль з 1-ї групи (медико-психологічна підготовка і родинно орієнтовані технології): повна ефективність відзначена ними у 91,3% жінок. У 2-й групі (лише медико-психологічна підготовка) ефективність підготовки також оцінена як досить висока: повна підготовленість відзначена у 66,7% жінок, що статистично значуще відрізняється з 1-ю групою ( $p < 0,01$ ). У 3-й групі (жінки-лікарі, які відмовилися від медико-психологічної підготовки і родинно орієнтованих технологій) ситуація прямо протилежна – лише у 29,2% породіль відзначена повна підготовленість до пологів, що статистично значуще відрізняється з 1-ю ( $p < 0,001$ ) і 2-ю групами ( $p < 0,01$ ). Ці дані підтверджують значущість медико-психологічної підготовки, особливо у поєднанні з родинно орієнтованими технологіями.

## ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що жінки-лікарі різних спеціальностей входять до групи високого ризику щодо розвитку різних ускладнень вагітності і пологів, а також перинатальної патології. Використання медико-психологічної підготовки, починаючи з прегравідарного періоду, у поєднанні з родинно орієнтованими технологіями дозволяє нормалізувати психологічний статус, виробити позитивну доміную на сприятливий результат вагітності і пологів, стабілізувати функціональний стан фетоплацентарного комплексу, що зрештою приводить до зниження частоти акушерської патології під час розродження.

## Использование семейно ориентированных технологий у женщин-врачей различных специальностей

**А.С. Шельгин, С.Ю. Вдовиченко**

**Цель исследования:** разработка и внедрение тактики ведения родов у женщин-врачей различных специальностей с использованием семейно ориентированных технологий.

**Материалы и методы.** Было обследовано 150 беременных женщин-врачей различных специальностей, которых разделили на три группы в зависимости от используемых лечебно-профилактических мероприятий.

**Результаты.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины-врачи различных специальностей входят в группу высокого риска по развитию различных осложнений беременности и родов, а также перинатальной патологии. Использование медико-психологической подготовки, начиная с прегравидарного периода, в сочетании с семейно ориентированными технологиями позволяет нормализовать психологический статус, выработать позитивную доминанту на благоприятный результат беременности и родов, стабилизировать функциональное состояние фетоплацентарного комплекса, что приводит к снижению частоты акушерской патологии при родоразрешении.

**Заключение.** Внедрение семейно ориентированных технологий позволяет снизить частоту осложнений при родоразрешении женщин-врачей различных специальностей.

**Ключевые слова:** женщины-врачи, роды, семейно ориентированные технологии.

## Using family-oriented technologies in women doctors of various specialties

**O.S. Shelygin, S. Yu. Vdovichenko**

**The objective:** to develop and introduce tactics of maintaining labors at women of doctors of various specialties with use of the family focused technologies.

**Materials and methods.** 150 pregnant women-doctors of various specialties, who were divided into three groups depending on used treatment-and-prophylactic actions.

**Results.** Results of the conducted researches testify that women doctors of various specialties make group of high risk on development of various complications of pregnancy and labors, and also perinatal pathology. Use of medico-psycho logical preparation, since the pregravidare period in combination with the family focused technologies allows to normalize the psychological status, to develop positive majorant on favorable result of pregnancy and labors, to normalize functional condition of fetoplacental complex that, to lead to depression of frequency of obstetric pathology at delivery.

**Conclusion.** Introduction of the family focused technologies allows to reduce the frequency of complications at delivery of women of doctors of various specialties.

**Key words:** women-doctors, labors, the family focused technologies.

## Сведения об авторах

**Шельгин Александр Сергеевич** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: [prore-first@nmapo.edu.ua](mailto:prore-first@nmapo.edu.ua)

**Вдовиченко Сергей Юрьевич** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баке М.Ч., 2012. Факторы риска здоровья медицинских работников // М.Ч. Баке, И.Ю. Лусе, Д.Р. Спруджа и др. // Медицина труда и экология: 3: 28–33.
2. Веккер И.Р., 2011. Роль факторов профессиональной деятельности в развитии перинатальной патологии // Гигиена и санитария : 3 : 29–32.
3. Горблянский Ю.Ю., 2012. Актуальные вопросы профессиональной патологии медицинских работников: метод. рекомендации / Сост. Ю.Ю. Горблянский, Н.Я. Корганов, И.Н. Пиктушанская, Т.Д. Качан // Ростовский Гос. Мед. Ун-т. – Ростов н/Д:35.
4. Вдовиченко С.Ю., 2016. Роль родинно орієнтованих технологій у клінічному перебігу вагітності у жінок високого акушерського ризику // Здоровье женщины: 9 :64–67.
5. Вдовиченко С.Ю., 2017. Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів // Здоровье женщины :3: 79–82.

Статья поступила в редакцию 16.01.2018