

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА
ТА ГІНЕКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

ВДОВИЧЕНКО СЕРГІЙ ЮРІЙОВИЧ

УДК 618.2/.7-084:618.2/.3:618.4/.5.008.8-058.833

**ПРОФІЛАКТИКА АКУШЕРСЬКОЇ І ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ
ПРИ ВИКОРИСТАННІ РОДИННО-ОРІЄНТОВАНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Київ – 2017

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

Офіційні опоненти

доктор медичних наук, професор **Паращук Юрій Степанович**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2

доктор медичних наук, професор **Потапов Валентин Олександрович**, Дніпропетровська медична академія МОЗ України, завідувач кафедри акушерства і гінекології

доктор медичних наук, професор **Рожковська Наталія Миколаївна**, Одеський національний медичний університет МОЗ України, професор кафедри акушерства та гінекології № 1

Захист дисертації відбудеться « 14 » листопада 2017 р. о 13⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.553.01 при ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України» (04050, м. Київ, вул. Майбороди, 8)

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України» (04050, м. Київ, вул. Майбороди, 8)

Автореферат розісланий « 13 » жовтня 2017 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

Л. В. Квашніна

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Демографічна ситуація в Україні продовжує залишатися несприятливою, вимагає наукового обґрунтування і розробки нових підходів в зниженні частоти акушерської і перинатальної патології, частота якої залишається досить високою в порівнянні з європейськими країнами (В. М. Запорожан та співавт., 2005; В. В. Камінський та співавт., 2016). За даними сучасної статистики (Л. Г. Назаренко та співавт., 2016; Martínez A. Hernández, 2016) пологи, що мають фізіологічний перебіг, зустрічаються лише в 25-30% випадків, а патологічні відхилення в стані здоров'я зустрічаються у жінок і новонароджених в 40-50% випадків і є основною причиною материнської і дитячої смертності (Л. Б. Маркін, 2015; В. Е. Радзинский, 2017).

Акушерська агресія на сьогодні залишається однією з основних причин високого рівня оперативних втручань при розродженні, які не завжди обґрунтовані медично і можуть бути наслідком неадекватних економічних взаємин між лікарем і пацієнткою (З. М. Дубоссарская и соавт., 2010; Р. J. Brunton, 2013). У сучасному суспільстві на фоні політичної та економічної кризи зростає незадоволення населення якістю акушерської і перинатальної допомоги, причому понад 50% жінок та їхніх сімей не задоволені якістю надання допомоги під час пологів (Т. К. Знаменская, 2011; J. Stevens et al., 2016).

Частота родинно-орієнтованих технологій, в тому числі і партнерських пологів, зростає в родопомічних установах з року в рік, при цьому автори відзначають як позитивні, так і негативні сторони такої тенденції (В. В. Белая и соавт., 2012; В. І. Бойко та співавт., 2015). Проте, на сьогодні відсутнє наукове обґрунтування методології проведення і впровадження родинно-орієнтованих технологій при веденні пацієнток на прегравідарному етапі, в жіночій консультації і акушерському стаціонарі, не розроблені критерії включення і виключення, не проведений порівняльний аналіз ефективності родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів на різних рівнях охорони здоров'я: центральна районна лікарня, міський пологовий будинок та ін.

Все вищезгадане є достатнім обґрунтуванням актуальності обраної наукової проблеми.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства, гінекології і перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України «Актуальні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки та перинатальної охорони плода на сучасному етапі», № державної реєстрації 0112U010506.

Мета і завдання дослідження. Метою наукової роботи було зниження частоти акушерської та перинатальної патології на підставі використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів.

Для реалізації поставленої мети запропоновано наступні **завдання**.

1. Провести ретроспективний аналіз частоти та особливостей використання партнерських пологів в умовах міського пологового будинку і центральної районної лікарні.

2. Показати вплив зростання частоти партнерських пологів на рівень акушерських та перинатальних ускладнень у пологових відділеннях різного рівня.

3. Представити значення родинно-орієнтованих технологій в нормалізації функціонального стану вегетативної нервової системи та психологічного статусу у жінок.

4. Оцінити терміни вагітності та вірогідність змін функціонального стану фетоплацентарного комплексу (ехографічних, доплерометричних, ендокринологічних та дисметаболических) при використанні родинно-орієнтованих технологій.

5. З'ясувати вплив використання родинно-орієнтованих технологій на клінічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду.

6. Вивчити перинатальні наслідки розродження жінок при використанні родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів.

7. Показати зміни функціонального стану лактації, кількісних та якісних змін грудного молока при використанні родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів.

8. З'ясувати медико-соціальні аспекти партнерських пологів у вагітних, їх чоловіків, а також лікарів з різним рівнем професійної підготовки.

9. Впровадити розроблений алгоритм ведення вагітності та пологів з використанням родинно-орієнтованих технологій в безперервний професійний розвиток лікарів.

10. Оцінити ефективність розробленого алгоритму використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів на акушерські та перинатальні наслідки.

Об'єкт дослідження – акушерська та перинатальна патологія.

Предмет дослідження – клінічний перебіг вагітності та пологів, психологічний статус, функціональний стан вегетативної нервової системи, фетоплацентарного комплексу, лактації, стан мікробіоценозу пологових шляхів, перинатальні результати розродження.

Методи дослідження: клінічні, функціональні, ендокринологічні, біохімічні, психологічні, інструментальні, мікробіологічні та статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше в Україні представлено наукове обґрунтування необхідності використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів з урахуванням критеріїв включення та виключення на рівні різних ланок охорони здоров'я – центральної районної лікарні та міських пологових будинків.

Вперше в Україні досліджено медико-соціальні аспекти партнерських пологів з урахування результатів анкетування не тільки жінок та їх чоловіків, але й лікарів акушер-гінекологів з різним стажем професійної діяльності.

Показано позитивний вплив родинно-орієнтованих технологій на функціональний стан вегетативної нервової системи та психологічний статус жінок під час вагітності, що сприяє нормалізації функціонального стану фетоплацентарного комплексу, причому більш виражено в 32-36 тиж. вагітності.

Встановлено взаємозв'язок між клінічними, функціональними, психологічними, ехографічними, доплерометричними, ендокринологічними, біохімічними та мікробіологічними змінами при використанні родинно-орієнтованих технологій та загальноприйнятого ведення вагітності і пологів. Отримані результати дозволили розширити наявні дані про патогенез плацентарної дисфункції, затримки розвитку плода та гіпогалакції.

Отримані результати дозволили науково обґрунтувати необхідність удосконалення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження частоти акушерської та перинатальної патології, а також на рівень використання «агресивних» методів ведення вагітності та пологів, на основі використання родинно-орієнтованих технологій.

Практичне значення одержаних результатів. Встановлено порівняльні аспекти клініко-анамнестичних даних, медико-соціальних аспектів, клінічного перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, стану новонароджених при використанні загальноприйнятої тактики ведення та родинно-орієнтованих технологій під час вагітності і пологів.

Представлені критерії включення та виключення використання родинно-орієнтованих технологій у жінок та їх чоловіків із врахуванням репродуктивного анамнезу, а також наявності супутньої генітальної та екстрагенітальної патології.

Представлено порівняльні аспекти впливу тактики ведення вагітності та пологів на психоемоційний стан жінок, функціональні особливості фетоплацентарного комплексу та становлення лактації. Показано відношення лікарів акушер-гінекологів з різним рівнем професійної підготовки до використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів.

Розроблено та впроваджено алгоритм лікувально-профілактичних заходів, направлених на зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень, на основі використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів, починаючи з етапу жіночої консультації і закінчуючи акушерським стаціонаром.

Особистий внесок здобувача. Планування і проведення всіх досліджень виконано за період з 2012 по 2016 рр. Отримані дані є результатом самостійної роботи дисертанта. Автором самостійно проаналізовано наукову літературу та патентну інформацію з проблеми впливу партнерських пологів на частоту акушерської і перинатальної патології. Розроблено спеціальні програми спостережень, до яких відноситься карта з детальним визначенням основних медико-соціальних аспектів, клінічних особливостей перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених.

Виконані дослідження були проведені в три етапи: на першому етапі нами був проведений ретроспективний аналіз клінічного перебігу 26 291 вагітностей і пологів

за період 2010-2014 рр. у жінок, яких було розроджено в пологових відділеннях типової центральної районної лікарні і в типовому міському пологовому будинку; на другому етапі нами був проведений проспективний аналіз 300 випадків (група 1 основна), яких було проведено за розробленим нами алгоритмом ведення жінок з використанням родинно-орієнтованих технологій, та 300 випадків – за загально-прийнятою методикою; на третьому етапі були вивчені медико-соціальні особливості у 100 жінок та їх чоловіків, у яких були використані родинно-орієнтовані технології, а також у 100 лікарів акушер-гінекологів, які проходили навчання на передатестаційних циклах та циклах тематичного удосконалення в НМАПО імені П. Л. Шупика. Лабораторні дослідження включали функціональні, лабораторні, психологічні і статистичні методи. Особисто дисертантом проведено статистичний аналіз результатів дослідження, написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки та практичні рекомендації, забезпечено їх впровадження в медичну практику та відображено отримані результати в опублікованих роботах.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи доповідалися та обговорювалися на науково-практичному симпозіумі з міжнародною участю «Актуальные вопросы здоровья матери, плода и новорожденного» (Вінниця, 16-17.05.2013), науково-практичних семінарах з міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні» (Львів, 20.03.2014; Київ, 12.11.2014; Київ, 14.05.2015; Київ, 21.10.2015), науково-практичних семінарах з міжнародною участю «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги» (Київ, 20.04.2016; Київ, 20.10.2016), засіданні проблемної комісії «Акушерство та гінекологія» Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (Київ, 26.04.2017).

Дисертаційну роботу апробовано на спільному засіданні кафедр Українського державного інституту репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (2017). Результати дослідження використовуються в практичній роботі Центру охорони здоров'я матері та дитини Київської області, клінічних пологових будинків м. Києва № 1 і № 2, навчальному процесі на кафедрах акушерства та гінекології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України.

Публікації. За темою дисертації опубліковано 30 робіт, з яких – 23 статті в наукових провідних фахових журналах та збірниках, 7 – тези на науково-практичних конференціях. 20 робіт є самостійними.

Обсяг та структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 324 сторінках друкованого тексту, обсяг основного тексту – 267 сторінок, складається зі вступу, розділів огляду літератури, матеріал і методи дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків та практичних рекомендацій, додатків. Робота ілюстрована 81 таблицею та 44 рисунками, перелік використаних джерел містить 311 найменувань кирилицею та латиницею і займає 32 сторінки.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження були проведені в три етапи.

На першому етапі нами був проведений ретроспективний аналіз клінічного перебігу 26 291 вагітностей і пологів за період 2010-2014 рр. у жінок, яких було розроджено в пологових відділеннях типової центральної районної лікарні (Києво-Святошинський район Київської області) – 7 557 пологів, з них 1961 – партнерські пологи (ПП), і типовому міському пологовому будинку (клінічний пологовий будинок № 1 м. Києва) – 18 734 пологів, з яких 2 556 ПП.

На другому етапі нами був проведений проспективний аналіз 300 ПП (група 1 основна), яких було проведено за розробленим нами алгоритмом ведення жінок з використанням родинно-орієнтованих технологій в пологовому будинку № 1 м. Києва в 2015 р. Було проаналізовано 300 пологів без участі партнера (група 2 порівняння), яких було розроджено в цій самій лікувальній установі в 2015 р. Групи пацієнток були підібрані з дотриманням принципу рандомізації і були порівняні по чинниках перинатального ризику.

На третьому етапі були вивчені медико-соціальні аспекти у 100 жінок та їх чоловіків, у яких були використані родинно-орієнтовані технології, а також проведено анкетування 100 лікарів акушер-гінекологів, які проходили навчання у НМАПО імені П. Л. Шупика на передатестаційних циклах та циклах тематичного удосконалення.

Критерії включення в групи дослідження були ідентичними:

- доношена вагітність (37-41 тиж.);
- наявність одного плода;
- головне передлежання плода;
- відсутність важкої екстрагенітальної патології;
- відсутність показань до планового абдомінального розродження;
- компенсований стан плода;
- згода подружньої пари для групи 1 або лише жінки для групи 2;
- відсутність клінічно виражених запальних захворювань у партнерів на момент розродження (ГРВІ, гнійничкове ураження шкіри та ін.) – лише для групи 1;

Критерії виключення:

- термін вагітності менше 37 і більше 41 тижня;
- тазове передлежання, косе і поперечне положення плода;
- багатопліддя;
- важка екстрагенітальна патологія;
- наявність показань до операції кесарева розтину;
- декомпенсований стан плода на момент початку пологів;
- клінічно виражені запальні захворювання у партнерів – лише для групи 1;
- психологічна неготовність партнерів – лише для групи 1.

Розроблений нами алгоритм ведення жінок основної групи з використанням родинно-орієнтованих технологій включав наступні моменти:

- мотивація на ПП, починаючи з етапу жіночої консультації, що включає спільні відвідини лікаря впродовж всієї вагітності;
- рання консультація перинатального психолога (з моменту ухвалення рішення про ПП) з розробкою індивідуального плану ведення вагітності і розродження;
- проведення клініко-функціонального обстеження (УЗД, КТГ, доплерометрія) за участі партнера та обговорення всіх питань, що виникають;
- відвідини акушерського стаціонару в 36 тижнів вагітності для огляду родинних пологових залів і проведення індивідуальної підготовки до розродження;
- під час вступу до акушерського стаціонару спільне рішення з партнером про його роль на всіх етапах розродження (повна присутність; лише перший період; відсутність під час другого періоду пологів; присутність в післяродовому періоді тощо);
- використання різних способів знеболення в першому і другому періодах пологів;
- варіант докладання до грудей матері і тілу батька;
- рання виписка із стаціонару з врахуванням клінічного перебігу пологів.

Психотерапію здійснювали за допомогою усунення ситуаційних детермінант; вона була спрямована на створення нових установок детермінант особи пацієнтки. Домінанта є функціональним об'єднанням нервових центрів – рефлекторною системою, що складається з відносно рухливого кіркового компонента і субкортикальних, вегетативних і гуморальних компонентів.

Як основні психотерапевтичні методики використовували наступні: гіпносуггестивна психотерапія, аутогенне тренування (активуючий і седативний варіанти), прийоми раціонально-когнітивної, поведінкової, позитивної психотерапії тощо. Особливостями гіпносуггестивної терапії, використаної нами як базисної методики для вагітних жінок, з'явилися: пролонгуючий характер навіювання (декілька блоків навіювання за один сеанс з паузами гіпноз-відпочинок; симптоматична локальна спрямованість кожного блоку навіювання; інтенсивність суггестій протягом добового біоритму (2-3 сеанси за день).

Ведення жінок групи 2 проводили відповідно до наказів МОЗ України тією ж медичною бригадою з використанням всіх можливих методів знеболення, раннє докладання до грудей та інші моменти, за винятком присутності партнера.

Відповідно до мети дослідження всім жінкам проведено клініко-лабораторне, інструментальне обстеження згідно протоколам МОЗ України.

З метою виявлення ступеня утягнення вегетативної нервової системи і рівня регуляції серцевої діяльності проводилася кардіоінтервалографія за допомогою одноканального електрокардіографа (Є. Л. Мачерет, 2010).

Оцінка вегетативного статусу вагітних відбувалася після реєстрації 100 послідовних інтервалів R-R у другому відведенні ЕКГ і розрахунку за допомогою комп'ютерної програми «математичний аналіз серцевого ритму» основних показ-

ників кардіоінтервалографії: частоти серцевих скорочень (ЧСС), математичного очікування (M), серцевого квадратного відхилення (σ), коефіцієнта варіації (V), моди (M0), амплітуди моди (AM0), варіаційного розмаху (ΔX), індексу вегетативної рівноваги (IBP), вегетативного показника ритму (ВПР), показника адекватності процесів регуляції (ПАПР) та індексу напруги (ІН) (Є. Л. Мачерет, 2010).

Для оцінки психоемоційного статусу використовували шкалу-опитувальник стану вагітної і породіллі (Е. Н. Кошеваров, 2013; И. А. Кельмансон, 2015).

Психологічний статус родинних пар також оцінювали за допомогою анкетування, інтерв'ю, спостереження і тестування спільно з медичним психологом.

Оцінку психологічного стану в родинній парі на догестаційному етапі, в першому триместрі вагітності і перед пологами проводили за шкалою Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна (И. А. Кельмансон, 2015) на підставі визначення рівня ситуативної і особової тривожності. Ефект знеболення в пологах жінки оцінювали за десятибальною шкалою.

Для оцінки перебігу вагітності, функції плаценти, стану плода використовували інструментальні методи дослідження: функціональний стан системи мати-плацента-плід оцінювали за даними, отриманими при доплерометричному дослідженні за допомогою ультразвукового діагностичного приладу «Toshiba 11». Ехографічне дослідження проводили за загальноприйнятою методикою (Т. М. Бабкіна, 2014) з визначенням положення і передлежання плода, біпаріетального розміру голівки, середнього діаметру грудної клітини і живота, довжини стегна плода. Після виміру основних фетометричних показників визначали локалізацію плаценти, її товщину і структуру, а також кількість навколоплідних вод, частоту серцевих скорочень.

Динамічне доплерометричне дослідження матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку здійснювали на підставі даних аналізу кривих швидкостей кровотоку в маткових артеріях, артерії пуповини, а також середній мозковій артерії, обчислювали систоло-діастолічне відношення, індекс резистентності і пульсаційний індекс для досліджуваних судин. Якісний аналіз скоротливої діяльності матки проводили за загальноприйнятою методикою (Т. М. Бабкіна, 2015).

Функціональний стан плода, реактивність його серцево-судинної системи вивчали за допомогою непрямой безстресової кардіотокографії. Динамічний фетомоніторинг стану плода і пологової діяльності проводили методом непрямой кардіотокографії за допомогою фетального кардіотокографа «HEACO» з ультразвуковим датчиком реєстрації серцевої діяльності плода і тензодатчиком тонографа. Стан плода оцінювали за результатами кардіотокографії за допомогою шкали W. Fisher в модифікації вітчизняних авторів (Л. Б. Маркін, 2015).

Вагітним проводили тест для визначення типу гестаційної домінанти (В. М. Запорожан та співавт., 2015). Час на відповіді і обробку результатів займав приблизно 5-7 хвилин. За інтерпретацією результатів виділяли п'ять типів психологічних компонентів гестаційної домінанти (ПКГД): оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний і депресивний.

У всіх обстежених жінок досліджувався вміст у периферичній крові деяких гормонів: пролактину (Прл), естріолу (Е3), прогестерону (ПГ), плацентарного лактогену (ПЛ), хоріонічного гонадотропіну (ХГ), кортизолу (К), дегідроепіандростеронсульфату (ДГЕА-С), тестостерону (Т), 17-оксипрогестерону (17-ОП) і плацентарних білків: α -фетопротеїну, плацентарного α 1-мікроглобуліна (ПАМГ-1 або PP12), α 2-мікроглобулін фертильності (АМГФ або PP14), трофічний β -глікопротеїд (ТБГ або SP1) і тестостеронестрадіолзв'язуючий глобулін (SSBG). Визначення гормонів і плацентарних білків проводилося імуноферментним методом за загальноприйнятими методиками (Г. И. Назаренко, 2014).

Мікробіологічні методи дослідження проводили за загальноприйнятою методикою (В. М. Меньшиков, 2014).

Для більш детального вивчення стану лактації ми вважали за доцільне вивчити в динаміці післяпологового періоду (1, 3, 7 і 14-а доба) наступні показники: обсяг молока, вміст лактози, казеїну, загального білка, ліпідів, лактоферину, трансферину, церулоплазміну, вітамінів С і Е, імуноглобулінів класів G, A, M, секреторного імуноглобуліну А за загальноприйнятими методиками (Г. И. Назаренко, 2014).

Оцінку стану новонародженого проводили за шкалою Апгар на першій і п'ятій хвилині життя. На підставі історій розвитку новонароджених аналізували перебіг раннього неонатального періоду (Ю. Г. Антипкін, 2015).

Для оцінки медико-соціальних аспектів родинно-орієнтованих технологій був розроблений набір анкет з урахуванням прийнятих до анкетування в соціології вимог: перші питання були нейтрального характеру, далі – складніші; завершували анкету питання соціально-демографічного блоку; були відсутні питання, що характеризуються органічною множинністю, складні питання і з подвійним запереченням; мінімізована кількість питань з числом альтернативних відповідей більше п'яти та інші (В. Е. Радзинский, 2011).

Статистичні методи дослідження проводили за загальноприйнятими методиками з використанням параметричних і непараметричних методів обробки отриманих результатів (Минцер О. П., 2014).

Результати досліджень та їх обговорення

Перший етап досліджень. Результати проведених досліджень на першому етапі свідчать, що сумарна частота ПП склала по МПБ 13,7% (2566 пологів), а по ЦРЛ – 25,9% (1961 пологів). Розглядаючи цей показник по роках, необхідно відзначити, що в МПБ він спочатку знизився з 14,3% в 2010 році до 9,8% в 2011 році, а після цього постійно зростав – до 11,2% в 2012 році, потім до 18,9% – в 2013 році і до 17,7% – в 2014 році. По ЦРЛ відмічена постійна тенденція зростання – до 15,8% в 2011 році, потім до 32,0% в 2012 і до 31,0% в 2013 році.

Встановлені особливості, на нашу думку, обумовлені початком проведення науково-практичних семінарів «Актуальні питання здоров'я матері і дитини» за наказом МОЗ України з 2010 року, на яких розглядалася проблема ПП в аспекті зниження частоти акушерської і перинатальної патології з використанням родинно-

орієнтованих технологій під час вагітності і при розродженні, а також з появою наукових публікацій з даної проблеми (Т. Ю. Бабич, 2009; В. В. Белая и соавт., 2012).

Аналізуючи встановлену різницю в частоті ПП (показник вище в ЦРЛ в порівнянні з МПБ), слід зазначити той факт, що сільське населення більше довіряє санітарно-роз'яснювальній роботі лікарів, починаючи з етапу жіночої консультації і закінчуючи акушерським стаціонаром в аспекті доцільності ПП з позитивної точки зору, що, безумовно, позначається і на величині показника, що вивчається.

Наступним показником, який був нами вивчений, була загальна частота фізіологічних пологів і при ПП, що широко обговорюється в сучасній літературі (Н. М. Рожковська та співавт., 2015; Л. Г. Назаренко и соавт., 2016). Так, за нашими даними, різниця в сумарній частоті фізіологічних пологів по МПБ за період 2010-2014 рр. склала 11,0%, а по ЦРЛ – 21,3%. По роках ці відмінності по МПБ коливались від 5,1% в 2010 році до 11,2% в 2014 році. По ЦРЛ коливання носили більш виражений характер – від 5,7% в 2010 році до 7,6% в 2014 році. Встановлені відмінності, на нашу думку, збігаються з вищою частотою ПП за даними ЦРЛ і є хорошим резервом підвищення частоти фізіологічних пологів на сучасному етапі (В. Е. Радзинский, 2011; В. В. Камінський та співавт., 2016).

Зворотна тенденція була відмічена при оцінці частоти патологічних пологів. Так, сумарно по МПБ за період 2010-2014 рр. частота патологічних ПП була нижча на 8,6%, а за даними ЦРЛ – на 6,6%, що відображає загальну тенденцію зменшення рівня патологічних пологів при використанні родинно-орієнтованих технологій при розродженні. Цікаві закономірності відмічені нами і по роках. Якщо в 2010 році різниця, що вивчалася, по МПБ складала 7,4%, а по ЦРЛ – 8,7%, то в 2014 році ці значення були відповідно 9,2 і 7,1%. Отримані результати наочно підтверджують доцільність використання ПП при розродженні жінок як в ЦРЛ, так і в МПБ.

Особливий інтерес представляють дані щодо частоти кесарева розтину (КР) при традиційному веденні пологів і при використанні ПП. Згідно даним сучасної літератури (В. М. Запорожан та співавт., 2015; Л. Г. Назаренко та співавт., 2016), на сьогодні висока частота абдомінального розродження свідчить про не завжди раціональне ведення пологів, а також про значний рівень акушерської агресії, особливо серед лікарів з невеликим стажем і досвідом роботи.

Одним з основних завдань широкого впровадження ПП є збільшення частоти фізіологічного розродження жінок різних груп ризику. Аналізуючи сумарні показники за 2010-2014 рр., нами встановлено абсолютно протилежні результати. Так, за даними МПБ частота КР при ПП нижче на 5,3%, то за даними ЦРЛ, навпаки, вище на 5,9%. По роках дана закономірність повністю зберігалася. Найнаочніше це було видимим в 2012 році: за даними МПБ – 6,2%, за результатами ЦРЛ – 11,6% відповідно. Отримані результати, на нашу думку, можна пояснити різним рівнем професійної підготовки лікарів ЦРЛ і МПБ, що відобразилося і на частоті КР за даними лікувальних установ.

Одним з основних завдань широкого застосування ПП в акушерських стаціонарах є поліпшення перинатальних результатів розродження (Т. К. Знаменская, 2011). Згідно з отриманими нами результатами, за даними МПБ частота народження дітей з оцінкою за шкалою Апгар більше 7 балів склала при ПП +14,4%, а за результатами ЦРЛ – +10,2%. По роках ці відмінності коливалися в аналогічних межах: в 2010 році – +12,7% і +8,6%; у 2014 році – +13,6% і +9,3% відповідно. Аналіз представлених даних підтверджує доцільність широкого використання ПП для покращення перинатальних результатів розродження.

Абсолютно протилежні результати отримані нами при аналізі частоти народження дітей з оцінкою менше 7 балів, тобто при наявності інтранатальної асфіксії. При цьому за даними МПБ, сумарно за 2010-2014 рр., різниця склала 15,7% знижень при використанні ПП, а за даними ЦРЛ – 10,2% відповідно. Найбільш суттєві відмінності мали місце в 2013 році – 16,0% і 14,2% в МПБ і ЦРЛ відповідно. Отримані результати повністю корелюють з представленими вище результатами народження дітей з оцінкою за шкалою Апгар більше 7 балів і підтверджують доцільність використання ПП для покращення перинатальних результатів розродження, що також відмічають сучасні дослідники (З. М. Дубоссарская и соавт., 2014; О. О. Корчинська та співавт., 2016).

Одним з найчастіших ускладнень при розродженні є передчасний розрив плодових оболонок (Ю. С. Паращук, 2014; В. А. Потапов и соавт., 2015). Отримані нами результати свідчать, що частота даної патології не залежала від тактики ведення пологів і коливалась за весь період досліджень (2010-2014 рр.) в умовах МПБ: 6,4% при загальноприйнятих пологах і 6,3% – при ПП. В ЦРЛ ці показники були дещо вищими – 10,1 і 9,8% відповідно, це можна пояснити тим фактом, що від одного до двох місяців протягом року ця лікувальна установа виконує функції обласного перинатального центру з розродженням жінок зі всієї Київської області з високим перинатальним ризиком та екстрагенітальною патологією. При аналізі даного показника безпосередньо по роках досліджень звертає на себе увагу найнижче значення в МПБ в 2013 році (2,9 і 2,7% відповідно) і найвище – в 2014 році (10,5 і 10,1% відповідно), що можна пояснити високим рівнем стресового стану населення Києва у зв'язку зі зміною політичної та економічної ситуації в країні.

Ми вважали за доцільне проаналізувати частоту травматизму шийки матки при розродженні. Отримані результати вказують на досить високу частоту даного ускладнення за весь досліджуваний період (2010-2014 рр.), причому як в умовах МПБ (11,8%), так і ЦРЛ (9,6%). У жінок, розроджених шляхом ПП, дані значення були нижчими: МПБ – 6,8% і ЦРЛ – 5,4% відповідно. Розглядаючи даний показник по роках можна констатувати, що найнижчий рівень мав місце в 2010 році (МПБ – 7,2 і 4,4%; ЦРЛ – 9,4 і 5,5% відповідно), а найвищий – в 2012 році (МПБ – 14,0 і 8,4%; ЦРЛ – 9,7 і 5,1% відповідно).

В аналогічному аспекті заслуговує на увагу також частота епізіотомій і травматизму промежини, доцільність використання яких широко обговорюється останнім

часом (Н. Н. Рожковська та співавт., 2015; І. М. Маланчин та співавт., 2012). Виходячи з представлених даних, частота епізіотомії і мимовільних розривів піхви та промежини за період, що вивчається (2010-2014 рр.), була досить високою не лише в умовах МПБ (42,0%), але і в ЦРЛ (28,4%). Використання ПП дозволило знизити даний показник в МПБ до 35,0%, а в ЦРЛ – до 21,1% відповідно. По роках найбільш низькі значення в МПБ мали місце в 2010 році (34,2% при загальноприйнятому веденні і 25,8% – при ПП), а в ЦРЛ – в 2012 році (24,4 і 16,5% відповідно). Найбільш високий показник ми констатували в МПБ в 2012 році (46,3 і 38,0% відповідно), а в ЦРЛ – в 2010 році (33,7 і 26,5% відповідно).

Одним з основних показань до операції КР на сучасному етапі розглядається розвиток дистресу плода (В. А. Потапов и соавт., 2012; Р. J. Brunton, 2013). Ми вважали за доцільне прослідувати динаміку даного ускладнення за період, що вивчався (2010-2014 рр.). При загальноприйнятому веденні пологів частота дистресу плода склала в умовах МПБ 15,2%, а в ЦРЛ – 14,0%. Розродження із застосуванням методики ПП дозволило знизити рівень даної патології до 10,0% в МПБ і до 8,5% – в ЦРЛ. Аналізуючи показник, що вивчається, по роках можна відзначити найвищі значення в МПБ у 2010 році (19,8% при загальноприйнятому веденні і 4,9% – при ПП), а найнижчі – в 2012 році (12,8 і 7,2% відповідно). У ЦРЛ найвищі показники мали місце в 2011 році (20,1 і 15,9%), а найнижчі – в 2013 році (11,2 і 7,8% відповідно).

Окрім вищеописаних особливостей, ми вважали за доцільне вивчити частоту різних аномалій пологової діяльності, які є також одним з показань до абдомінального розродження (З. М. Дубоссарская и соавт., 2010; В. В. Камінський та співавт., 2016). Отримані дані свідчать, що за період, що вивчався (2010-2014 рр.), використання ПП дозволило знизити даний показник в умовах МПБ з 5,1% при загальноприйнятому веденні до 1,9% – при ПП. В ЦРЛ відмічена аналогічна тенденція – зменшення частоти аномалій пологової діяльності з 2,4 до 1,3% відповідно. Безпосередньо по роках досліджень в МПБ найвищий показник відмічено в 2011 році (9,8% при загальноприйнятому веденні пологів і 5,1% – при ПП), а найнижчий – у 2013 році (3,5 і 1,1% відповідно). За результатами ЦРЛ найвище значення мало місце в 2012 році (3,1 і 1,6%), а найнижче – в 2014 році (1,9 і 1,1% відповідно).

У структурі показань до операції КР особливе місце займає клінічно вузький таз, причини якого добре вивчені на сучасному етапі (М. Boulvain et al., 2015; D. Leduc et al., 2015). Виходячи з отриманих нами результатів, можна констатувати лише тенденцію до зниження даного показника за досліджуваний період в умовах як МПБ (з 3,0% при загальноприйнятому веденні пологів до 2,1% – при ПП), так і в ЦРЛ (з 5,2 до 4,6% відповідно). По роках досліджень в МПБ найвищі значення мали місце в 2011 році (5,9% при загальноприйнятому веденні пологів і 5,4% – при ПП), а найнижчі – в 2014 році (1,9 і 1,1% відповідно). В умовах ЦРЛ найгірша тенденція констатована в 2010 році (7,0 і 6,5%), а найкраща – в 2011 році (2,0 і 2,1% відповідно). Виявлені відмінності частоти діагностики клінічно вузького тазу в умовах

МПБ і ЦРЛ, на нашу думку, можна пояснити різним рівнем професійної підготовки лікарів пологових відділень.

Число жінок з рубцем на матці постійно зростає, що вказує на необхідність пошуку рішень для можливості розродження таких пацієток через природні пологові шляхи (В. Е. Радзинский, 2011; D. Leduc et al., 2015). Одним з інтегральних показників є частота неспроможності рубця на матці. При цьому ми відзначили відсутність тенденції до зміни даного значення залежно від тактики ведення пологів, причому не лише в умовах МПБ (3,9% при загальноприйнятому веденні і 3,7% – при ПП), але і в ЦРЛ (8,2 і 8,1% відповідно). Суттєві коливання даного ускладнення залежно від місця розродження, на нашу думку, можна пояснити різним рівнем оснащення пологових відділень для своєчасної діагностики даного ускладнення (наявність якісної апаратури для ехографічних досліджень). Крім того, не можна не враховувати і факт гіпердіагностики неспроможності рубця на матці, яка є одним з компонентів акушерської агресії (З. М. Дубоссарская и соавт., 2016). По роках досліджень в МПБ найвища частота мала місце в 2010 році (6,0% при загальноприйнятому веденні пологів і 5,8% – при ПП), а найнижча – в 2013 році (2,6 і 2,5% відповідно). У порівнянні з цим, в умовах ЦРЛ найвища частота констатована у 2012 році (10,1% при загальноприйнятому веденні пологів і 9,9% – при ПП), а найменша – в 2010 році (6,4 і 6,0% відповідно).

Одним з компонентів ведення ПП є регіонарна анестезія (Р. О. Ткаченко, 2015). При аналізі частоти цього показника слід зазначити, в першу чергу, суттєву різницю загальної частоти використання цього методу знеболення пологів залежно від місця розродження при загальноприйнятому веденні пологів за досліджуваний період: МПБ – 36,6% і ЦРЛ – 10,3% відповідно. Безумовно, основним поясненням таких відмінностей є рівень кваліфікації лікарів-анестезіологів в аспекті володіння методом регіонарної анестезії. Окрім цього, нами констатовано збільшення рівня частоти регіонарної анестезії при ПП як в умовах МКБ (з 36,6 до 44,6%), так і в ЦРЛ (з 10,3% до 12,5% відповідно). По роках досліджень (з 2010 до 2014 рр.) ми не спостерігали суттєвих відмінностей в частоті використання регіонарної анестезії жінок як в МПБ, так і в ЦРЛ.

Ми вважали за доцільне проаналізувати і частоту крововтрати при розродженні більше 1,0% від маси тіла, особливо в аспекті впровадження сучасних методів профілактики. Отримані результати вказують на незначну тенденцію зниження показника, що вивчався, як в умовах МПБ (з 6,8% при загальноприйнятому веденні пологів до 5,9% – при ПП), так і в ЦРЛ (з 7,6 до 6,7% відповідно). Найвищі показники мали місце в МПБ у 2010 році (10,9% при загальноприйнятому веденні пологів і 10,3% – при ПП), а найнижчі – в 2013 році (4,7 і 3,6% відповідно). За даними ЦРЛ, найгірші значення відмічені в 2012 році (11,2% при загальноприйнятому веденні пологів і 10,4% – при ПП), а найкращі – в 2014 році (5,5 і 4,4% відповідно).

На завершальному етапі ретроспективних досліджень ми розглянули динаміку показників, що вивчалися, залежно від їх змін при використанні ПП.

Так, при зростанні частоти партнерських пологів в умовах акушерських стаціонарів будь-якого рівня (до 30,0%) відбувалися вірогідні зміни ($p < 0,05$) наступних показників:

- збільшення рівня фізіологічних пологів ($9,1 \pm 0,9\%$); народження дітей з оцінкою по шкалі Апгар більше 7 балів ($11,3 \pm 1,2\%$) та регіонарної анестезії ($12,1 \pm 1,2\%$);
- зменшення частоти ускладнених пологів ($9,0 \pm 0,8\%$); народження дітей з оцінкою по шкалі Апгар менше 7 балів ($10,9 \pm 1,1\%$); дистресу плода ($4,8 \pm 0,4\%$); кесарських розтинів ($4,3 \pm 0,4\%$); травматизації м'яких тканин пологових шляхів ($6,8 \pm 0,4\%$); аномалій пологової діяльності ($2,8 \pm 0,2\%$) та крововтрати більш 1% від маси тіла ($1,1 \pm 0,1\%$).

Незалежно від частоти використання партнерських пологів вірогідно не змінювалася ($p > 0,05$) частота передчасного розриву плодових оболонок, тазового передлежання, клінічно вузького тазу та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

Таким чином, результати проведеного ретроспективного аналізу використання ПП в умовах МПБ і ЦРЛ свідчать про позитивний вплив даної методики на частоту акушерських і перинатальних ускладнень. В той же час, отримані результати дозволяють удосконалити тактику використання родинно-орієнтованих технологій не лише при розродженні, але і при веденні вагітності, що, на нашу думку, є досить важливим аспектом вирішення основної проблеми сучасного акушерства – зниження частоти перинатальної патології.

Другий етап досліджень. Результати проведених досліджень свідчать, що середній вік жінок, розроджених з використанням родинно-орієнтованих технологій, був достовірно більше ($28,1 \pm 2,1$ в групі 1 і $24,3 \pm 1,2$ років в групі 2; $p < 0,05$). Такі відмінності були обумовлені переважанням в групі 1 жінок у віці після 26 років (65,0%), а в групі 2 – до 25 років (59,0%). Окремо хотілося б відзначити, що жінки старше 36 років при загальноприйнятому веденні пологів зустрічалися лише в двох випадках (0,7%), а в групі 1 – у 4,5% відповідно.

Середній вік партнера достовірно не відрізнявся по групах ($27,1 \pm 2,6$ в групі 1 і $24,8 \pm 2,3$ років в групі 2; $p > 0,05$), хоча і мала місце тенденція до більш «старших» партнерів: в групі 1 старше 26 років – 65,5%, а в групі 2 до 25 років – 60,5%.

Отримані дані мають суттєве значення для розробки тактики використання родинно-орієнтованих технологій, особливо у жінок з обтяженим репродуктивним анамнезом, що також відмічають деякі автори (И. Ф. Жукова, 2010; М. А. Даулетьярова и соавт., 2014).

Ми вважали за доцільне оцінити сімейний стан обстежених жінок, що, безумовно, впливає на економічні можливості використання ПП. Виходячи з отриманих результатів і критеріїв включення в групі 1 були заміжніми 82,0% жінок, а 18,0% пацієнток перебували в цивільному шлюбі. У групі 2 лише 6 пацієнток (2,0%) були самотніми, 77,0% – заміжніми і 21,0% жінок перебували в цивільному шлюбі.

Аналізуючи дані професійної діяльності жінок можна відзначити, що між групами відмінності відсутні лише у відносній частоті домогосподарок (група 1 – 22,0% і 2 – 21,0%). В порівнянні з цим, при використанні родинно-орієнтованих технологій переважали службовці (група 1 – 57,0% і 2 – 31,0%), а при загальноприйнятому веденні вагітності і пологів – робітниці (група 1 – 18,0% і група 2 – 32,0%) і студентки (група 1 – 3,0% і 2 – 16,0% відповідно). Такі відмінності, на нашу думку, можуть бути обумовлені і економічними чинниками, оскільки ведення ПП передбачає вищі фінансові витрати в порівнянні із загальноприйнятою тактикою.

Серед основних відмінностей репродуктивного анамнезу обстежених пацієнток слід виділити достовірне переважання в групі 1 жінок з позаматковою вагітністю в анамнезі ($2,0 \pm 0,02\%$ в групі 1 і $1,0 \pm 0,01\%$ в групі 2; $p < 0,05$) і порушень репродуктивної функції ($20,0 \pm 2,0\%$ в групі 1 і $6,0 \pm 0,6\%$ в групі 2; $p < 0,01$), що можна пояснити «відповідальнішим» відношенням до вагітності і пологів у пацієнток з безпліддям в анамнезі і перенесеними гінекологічними операціями (А. Г. Корнацька, 2015). В той же час, основний критерій співвідношення першо- і повторнонароджуючих в обох групах був без достовірних відмінностей ($p > 0,05$), що підтверджує дотримання принципу рандомізації при розподілі пацієнток на групи.

Тобто, результати проведеної клінічної характеристики дозволяють встановити наступні особливості представлених груп:

- жінки групи 1 були старші на три-чотири роки, а їх чоловіки (партнери) – на два-три роки;
- у групі 1 пацієнтки частіше були службовцями, а в 2 – робітницями і студентками;
- порушення репродуктивної функції частіше зустрічалися у пацієнток групи 1.

Не дивлячись на встановлені відмінності, розподіл жінок на групи був проведений з дотриманням принципу рандомізації, а також повної відповідності меті і завданням наукового дослідження.

У сучасній літературі (І. В. Сокол, 2014; О. Я. Слободяник, 2015) широко дискутуються порівняльні аспекти клінічного перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених у жінок, проведених під час вагітності і пологів за нашою методикою (родинно-орієнтовані технології під час вагітності і пологів) і за загальноприйнятою тактикою ведення гестації і розродження.

Так, за нашими даними, у першій половині вагітності відсутні достовірні відмінності між групами, проте при цьому ми можемо виділити незначну тенденцію до збільшення в групі 2 частоти раннього токсикозу (група 1 – 17,3% і 2 – 18,7%); загрози переривання вагітності (група 1 – 9,0% і 2 – 11,7%) і наявність ретрохоріальних гематом (група 1 – 3,7% і 2 – 4,3%), при відсутності випадків мимовільного переривання вагітності, що відповідало критеріям підбору груп пацієнток. Відмічену тенденцію ми пов'язуємо з позитивним впливом партнера не лише при постановці жінки на облік, але і при відвідинах в першій половині вагітності, коли тактика ведення і результати обстеження обговорюються не лише з жінкою, але з партнером (чоловіком).

У другій половині вагітності відмінності між групами носили більш виражений характер. Так, в першу чергу, необхідно відзначити, достовірно вищу частоту ПД при використанні загальноприйнятої тактики ведення вагітності і пологів (група 1 – $17,7 \pm 1,7\%$ в порівнянні з групою 2 – $27,3 \pm 1,3\%$; $p < 0,05$), а також гестаційної анемії (група 1 – $16,7 \pm 1,7\%$ в порівнянні з групою 2 – $21,0 \pm 1,2\%$; $p < 0,05$) і відповідно ЗРП (група 1 – $8,0 \pm 0,8\%$ в порівнянні з групою 2 – $13,3 \pm 1,3\%$; $p < 0,05$). Решта показників клінічного перебігу періоду після 20 тижнів були без достовірних відмінностей між групами ($p > 0,05$). Зменшення рівня порушень функціонального стану фетоплацентарного комплексу (ПД і ЗРП) при використанні родинно-орієнтованих технологій під час вагітності ми пов'язуємо із зниженням психоемоційної напруги і корекції психологічного статусу (це обов'язково входило до комплексу лікувально-профілактичних заходів в групі 1). То, що стосується нижчої частоти гестаційної анемії (ГА), то, на нашу думку, це пов'язано з профілактичним використанням вітамінних комплексів, препаратів заліза і фолієвої кислоти не лише під контролем самої пацієнтки, але і її чоловіка (партнера).

Особливий інтерес представляють дані щодо клінічного перебігу загальноприйнятих і партнерських пологів. Так, в групі 1 нам вдалося достовірно знизити частоту різних аномалій пологової діяльності (група 1 – $13,7 \pm 1,3\%$ у порівнянні з групою 2 – $23,3 \pm 2,3\%$; $p < 0,05$), дистресу плода (група 1 – $2,0 \pm 0,2\%$ в порівнянні з групою 2 – $3,0 \pm 0,3\%$; $p < 0,05$) при одночасному збільшенні частоти використання регіонарної анестезії (група 1 – $85,7 \pm 4,1\%$ в порівнянні з групою 2 – $70,3 \pm 3,8\%$; $p < 0,05$). У порівнянні з цим, рівень передчасного розриву плодових оболонок (група 1 – $8,3 \pm 0,8\%$ в порівнянні з групою 2 – $10,3 \pm 1,0\%$; $p > 0,05$) і клінічно вузького тазу (група 1 – $3,7 \pm 0,4\%$ в порівнянні з групою 2 – $5,0 \pm 0,5\%$; $p > 0,05$) достовірно не відрізнялися по групах.

Однією з головних проблем сучасного акушерства є висока частота КР при відсутності одночасного зниження рівня перинатальної патології (Т. К. Знаменская, 2011; В. В. Камінський та співавт., 2016). Так, за нашими даними, сумарна частота абдомінального розродження склала в групі 1 40 випадків (13,3%), а в 2 – 58 спостережень (19,3%), що вказує на той факт, що завдяки вживанню розробленого нами алгоритму удалося знизити частоту кесарева розтину на 6,0%, що є достатнім підтвердженням ефективності родинно-орієнтованих технологій і ПП. В абсолютних цифрах це склало 18 випадків, з яких 8 – це рубець на матці, 5 – аномалії пологової діяльності, 3 – дистрес плода і по одному випадку – неправильне положення плода і клінічно вузький таз.

В той же час, структура показань до абдомінального розродження була в обох групах однаковою з переважанням рубця на матці (група 1 – 45,0% і 2 – 44,8%) і аномалій пологової діяльності (група 1 – 30,0% і 2 – 29,4%) в порівнянні з дистресом плода (група 1 – 15,0% і 2 – 15,5%); клінічно вузьким тазом (група 1 – 7,5% і 2 – 6,9%) і неправильним положенням плода (група 1 – 2,5% і 2 – 3,4% відповідно). Аналіз представлених результатів наочно підтверджує можливість суттєвого зниження частоти кесарева розтину при використанні родинно-орієнтованих технологій і партнерських пологів.

У сучасній літературі широко обговорюються перинатальні наслідки родинно-орієнтованих технологій та ПП (В. В. Белая и соавт., 2012; В. Г. Сюсюка и соавт., 2015). Отримані нами дані вказують на високу частоту народження дітей в групі 1 з оцінкою за шкалою Апгар більше 7 балів (група 1 – 98,3% і 2 – 92,7%). Показник «5-6 балів» частіше зустрічався при загальноприйнятій тактиці ведення вагітності і пологів (група 1 – 1,7% і 2 – 6,7% відповідно). Важкий стан новонароджених відмічено лише в групі 2 в двох спостереженнях (0,6%), які закінчилися перинатальними втратами (один випадок інтранатальної асфіксії на фоні декомпенсованої ПД і ЗРП, один – важка внутрішньоутробна пневмонія з поліорганною недостатністю). Сумарні перинатальні втрати склали в другій групі 6,7%, а в групі 1 були відсутні.

При оцінці клінічного перебігу післяпологового періоду нами встановлені достовірні відмінності між групами по ряду показників: субінволюція матки (група 1 – $5,7 \pm 0,6\%$ в порівнянні з групою 2 – $15,0 \pm 1,5\%$; $p < 0,01$); лохіометра (група 1 – $3,7 \pm 0,4\%$ в порівнянні з групою 2 – $9,0 \pm 0,9\%$; $p < 0,01$); гематометра (група 1 – $2,7 \pm 0,3\%$ в порівнянні з групою 2 – $7,0 \pm 0,7\%$; $p < 0,05$) та ранова інфекція (група 1 – $1,3 \pm 0,1\%$ в порівнянні з групою 2 – $3,0 \pm 0,3\%$; $p < 0,01$). Післяпологовий ендометрит був діагностований лише в трьох випадках ($1,0 \pm 0,1\%$) при загальноприйнятій тактиці ведення вагітності і пологів.

Отже, використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності і при розродженні дозволяє суттєво знизити частоту післяпологових ускладнень, пов'язаних як з інфекційним агентом, так і з скоротливою здатністю матки після пологів.

На завершальному етапі проведених клінічних досліджень ми вважали за доцільне провести оцінку стану лактації, що є має суттєве значення для постнатальної адаптації новонароджених (Т. К. Знаменская, 2011). Отримані нами результати свідчать про сприятливу дію родинно-орієнтованих технологій під час вагітності і партнерських пологів на лактаційну функцію жінок, підтвердженням чого є відсутність випадків агалакції в групі 1 (2 група – 5,0%), зниження частоти гіпогалакції (група 1 – 12,0% і 2 – 18,0%), а також зростання рівня нормогалакції (група 1 – 88,0% і 2 – 77,0% відповідно).

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності і партнерських пологів при розродженні дозволяє покращити акушерські і перинатальні результати розродження, а також клінічний перебіг післяродового періоду, включаючи і лактаційну функцію жінок. Для глибшого розуміння отриманих результатів ми вважаємо за необхідне проведення додаткових методів дослідження.

Для оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу ми обрали наступні терміни вагітності: 28-32, 32-36 і 36-40 тижнів. Ці терміни були обумовлені рекомендаціями сучасної літератури (Л. Б. Маркін, 2015), а також попередніми результатами наших досліджень, які свідчили про те, що ПД у обстежених жінок до 28 тиж. вагітності практично не розвивається, а відмінності між жінками, що отримували різні алгоритми, були відмічені після 32 тиж. гестації.

Резюмуючи отримані результати функціонального стану фетоплацентарного комплексу в 28-32 тиж. вагітності, можна відзначити відсутність достовірних відмінностей не лише між контрольною і основною групами ($p > 0,05$), але і між жінками, що отримували різні лікувально-профілактичні методики. В той же час, хотілося б виділити ряд тенденцій, що вказують на ризик розвитку ПД при використанні загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів:

- значний рівень асиметричної форми ЗРП;
- схильність до тахікардії;
- передбачуване зменшення ЕЗ;
- дисбаланс вмісту білків плацентарних (тенденція до підвищення α -ФП, АМГФ і SSBG).

В порівнянні з цими результатами, при використанні пропонованого нами алгоритму лікувально-профілактичних заходів такі тенденції були відсутні.

В подальшому, в 32-36 тиж. вагітності відмінності між основними групами носять вже виражений достовірний характер. Так, вища частота ПД, характерна для жінок, що отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи, свідчить про наявність комбінованих порушень функціонального стану фетоплацентарного комплексу, які полягають в наявності гемодинамічних, ендокринологічних та дисметаболических порушень при одночасній наявності гіпоксії плода, ЗРП і структурних змін плаценти, підтверджених ехографічними даними.

На завершальному етапі досліджень, в 36-40 тиж. вагітності, частота ехографічних порушень збільшилася. Особливо наочно це видно при оцінці частоти дозрівання, що випереджає на одну позицію термін гестації (група 1 – $8,0 \pm 0,8\%$ і 2 – $12,0 \pm 1,2\%$; $p < 0,05$), поєднання виснаження або стовщення з випередженням дозрівання (група 1 – $8,0 \pm 0,8\%$ і 2 – $12,0 \pm 1,2\%$; $p < 0,05$), багатоводдя (група 1 – $6,0 \pm 0,6\%$ і 2 – $9,0 \pm 0,9\%$; $p < 0,05$) та асиметричної форми ЗРП (група 1 – $12,0 \pm 1,2\%$ і 2 – $15,0 \pm 1,5\%$; $p < 0,05$). Отримані результати підтверджують ефективність впливу пропонованих родинно-орієнтованих технологій під час вагітності на функціональний стан фетоплацентарного комплексу.

У даному аспекті заслуговують на увагу результати доплерометричних досліджень напередодні розродження, які вважаються достатньо інформативними (Т. М. Бабкіна, 2014). Отримані результати свідчать про відсутності достовірних відмінностей між групами ($p > 0,05$), що також підтверджує ефективність пропонованого алгоритму ведення вагітності. В порівнянні з цим, не дивлячись на використання загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів, нами відмічено достовірне ($p < 0,05$) посилення кровотоку в артерії пуповини і матковій артерії при одночасному зниженні в СМА плода, що вказує на гемодинамічний компонент ПД у обстежених жінок.

При оцінці середніх параметрів КТГ в 36-40 тиж. слід зазначити відсутність достовірних відмінностей між групами ($p > 0,05$), що підтверджує ефективність пропонованих лікувально-профілактичних заходів. У групі 2 нами констатовано достовірне

збільшення базальної ЧСС (група 1 – $144,72 \pm 2,55$ уд/хв і 2 – $152,83 \pm 2,60$ уд/хв; $p < 0,05$) на тлі одночасного зниження варіабельності ЧСС (група 1 – $14,12 \pm 0,75$ уд/хв і 2 – $7,34 \pm 0,35$ уд/хв; $p < 0,05$) і тривалість акцелерацій (група 1 – $9,54 \pm 0,58$ хв. і 2 – $7,16 \pm 0,35$ хв.; $p < 0,05$), що вказує на наявність вираженої гіпоксії плода і високої частоти дистрес-синдрому плода при розродженні. Крім того, слід вказати і на появу децелерацій з високою частотою глибини і тривалості.

Ендокринологічні порушення напередодні розродження характеризувалися відсутністю достовірних відмінностей між групами ($p > 0,05$), що підтверджує ефективність родинно-орієнтованих технологій під час вагітності. Достовірні гормональні порушення, які мають місце в другій групі, збігаються з результатами, отриманими в попередній термін (32-36 тиж.) і вказують на недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів.

Аналогічні результати отримані нами і при оцінці вмісту плацентарних білків у жінок різних груп напередодні розродження. При цьому, можна констатувати, що дисметаболічний компонент ПД повністю зберігається, не дивлячись на використання загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів і полягає в достовірному зниженні рівня SP1 (до $108,26 \pm 11,44$ мкг/мл; $p < 0,05$) при одночасному збільшенні решти показників: α -ФП (до $153,24 \pm 13,66$ мкг/л; $p < 0,05$); ПАМГ (до $16,25 \pm 1,62$ нг/мл; $p < 0,05$); АМГФ (до $99,34 \pm 11,15$ нг/мл; $p < 0,05$) і SSBG (до $613,18 \pm 32,24$ нг/мл; $p < 0,05$).

Таким чином, результати проведених досліджень дозволяють пояснити встановлені відмінності з боку частоти перинатальних ускладнень у жінок з різними виявленими закономірностями функціонального стану фетоплацентарного комплексу. Використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності дозволяє попередити гемодинамічні, ендокринологічні і дисметаболічні порушення, також нормалізувати функціональний стан плода. В той же час отримані результати, на нашу думку, вказують на необхідність подальших досліджень в цьому напрямі, особливо у вивченні психологічного статусу жінок і оцінці вегетативної нервової системи, що широко обговорюється у сучасній літературі (В. А. Потапов и соавт., 2015; R. H. Glazier et al., 2004).

Результати проведених досліджень свідчать, що оцінці результатів досліджень особистої тривожності під час вагітності встановлено, що показник високого рівня був без достовірних відмінностей по групах ($p > 0,05$). У порівнянні з цим, середнє значення достовірне частіше зустрічалось при використанні родинно-орієнтованих технологій (група 1 – $13,7 \pm 1,3$ і 2 – $8,3 \pm 0,8$ балів; $p < 0,05$), низьке значення (менше 30 балів), навпаки, мало місце достовірно рідше (група 1 – $5,6 \pm 0,5$ і 2 – $10,0 \pm 0,9$ балів; $p < 0,05$).

В результаті проведеного аналізу визначено, що в групі жінок, які пройшли підготовку з використанням родинно-орієнтованих технологій, покращилися показники особистої тривожності перед розродженням. Так, пацієнтки першої групи поводитися більш впевнено і спокійно, використовували активно в першому періоді немедикаментозні методи знеболення: розслаблення між переїмами, протидавлення,

точковий і звичайний масаж, зміна положення тіла, саморегуляція дихання. Чоловіки морально підтримували своїх дружин, були дбайливішими по відношенню до них, що позитивно позначилося на розвитку подружніх стосунків.

В результаті проведеного дослідження визначено, що перед пологами в першій групі показник високої особової тривожності знизився з $80,7 \pm 1,4$ до $46,0 \pm 1,7$ (відмінності високо достовірні, $p < 0,001$). Відмінності між групами носили достовірний характер у всіх випадках: нижчий рівень високої (більше 46 балів) (група 1 – $46,0 \pm 1,7$ і 2 – $75,0 \pm 3,1$ балів; $p < 0,05$) і низької (до 30 балів) особистої тривожності (група 1 – $4,3 \pm 0,3$ і 2 – $9,0 \pm 0,9$ балів; $p < 0,05$) при одночасному високому значенні помірного (30-45 балів) показника (група 1 – $49,7 \pm 1,7$ і 2 – $16,0 \pm 1,6$ балів; $p < 0,05$).

При оцінці результатів ситуаційної тривожності під час вагітності нами встановлено, що використання родинно-орієнтованих технологій наголошується достовірно вища частота високого (більше 46 балів) (група 1 – $66,0 \pm 2,5$ і 2 – $53,3 \pm 3,2$ балів; $p < 0,05$) і помірного значення (група 1 – $21,0 \pm 2,1$ і 2 – $15,3 \pm 1,3$ балів; $p < 0,05$) на фоні одночасного зниження низького показника (до 30 балів) (група 1 – $13,0 \pm 1,3$ і 2 – $31,3 \pm 3,1$ балів; $p < 0,05$).

Надалі, перед розродженням, мав місце при використанні родинно-орієнтованих технологій знижений рівень високої (більше 46 балів) (група 1 – $32,7 \pm 3,3$ і 2 – $58,3 \pm 5,8$ балів; $p < 0,05$) і низької ситуаційної тривожності (група 1 – $8,0 \pm 0,5$ і 2 – $13,0 \pm 1,3$ балів; $p < 0,05$) при одночасному збільшенні показника помірної ситуаційної тривожності (група 1 – $59,0 \pm 2,7$ і 2 – $28,7 \pm 2,2$ балів; $p < 0,05$).

При детальнішому аналізі стану психологічного статусу у жінок другої групи були відмічені наступні моменти:

- 50,0% скаржилися на погіршення пам'яті, кмітливості і уваги;
- 33,3% відмітили наявність фізичного і психічного дискомфорту;
- 30,0% мали психотравмуючі ситуації до і під час даної вагітності;
- 30,0% відчували занепокоєння за стан свого здоров'я;
- 23,3% побоювалися за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим;
- 23,3% відчували зниження настрою і відчуття пригніченості;
- 23,3% непокоїлись за матеріальний і соціальний стан, а також стосунки з родичами;
- 18,0% мали прояви напруженості;
- 13,3% відзначали різні порушення сну;
- 13,3% відмітили відчуття паніки, страху і відчаю.

Використання родинно-орієнтованих технологій дозволило знизити частоту основних порушень психологічного статусу. Так, в групі 1 відмічено зниження частоти наступних показників:

- погіршення пам'яті, кмітливості і уваги – з 50,0 до 30,0%;
- наявність фізичного і психічного дискомфорту – з 33,3 до 20,0%;
- випробовували занепокоєння за стан свого здоров'я – з 30,0 до 20,0%;

- побоювання за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим – з 23,3 до 13,3%;
- зниження настрою і відчуття пригнічення – з 23,3 до 10,0%;
- прояви напруженості – з 18,0 до 10,0%;
- різні порушення сну – з 13,3 до 6,7%;
- відчуття паніки, страху і відчаю – з 13,3 до 6,7%.

Використання родинно-орієнтованих технологій є одним з видів спеціалізованої медичної допомоги, що враховує індивідуальні особистісні риси вагітної жінки (Martínez A. Hernández, 2016). Зважаючи, що під час гестації у обстежених жінок виникали нервово-психічні розлади у формі невротичних порушень, психотерапія і психокорекція мали провідне значення у створенні оптимального психологічного клімату в період перебігу вагітності.

Найважливішими для пацієнток під час ведення стають стосунки з лікарем, із сусідами по палаті; поза лікувальною установою – їх взаємини з членами сім'ї і колегами на роботі. Метою психокорекції було створення для пацієнток оптимальної зони комфорту в соціосфері – виявлення і роз'єднання потенційних конфліктерів, формування «групи соціальної підтримки», коли об'єднуються особи, стимулюючи створення комфортних умов для виношування вагітності.

Спільна робота з психологом дозволила нам отримати наступні зміни в психо-емоційному статусі вагітних: жінки відзначали поліпшення настрою, сну, зникнення неприємних сновидінь, нормалізацію психічного тону; більшість жінок відмітили відсутність у них фізичного дискомфорту, дратівливості, плаксивості, поліпшення самопочуття; деякі з жінок відзначили поліпшення стосунків з родичами, колегами і сусідками по палаті, майже всі жінки не побоювалися за результат пологів, знайшли упевненість в собі, не переживали відчуття страху перед пологами. Індивідуальна робота психолога з вагітними жінками першої групи усунула виражену опозиційність до медичних працівників, яка була присутня раніше, що дозволило лікарям, знайти контакт з цими жінками.

Серед різних функціональних методів досліджень вегетативної нервової системи перевага віддавалася, за рекомендаціями Є. Л. Мачерет (2010), кардіоінтервалографії. Вивчення показників кардіоінтервалографії в першій половині вагітності показало суттєву нормалізацію стану вегетативної нервової системи. Це підтвердилось достовірним підвищенням відносно першої групи середньоквадратичного відхилення (група 1 – $0,04 \pm 0,01$ та група 2 – $0,07 \pm 0,01$; $p < 0,05$); коефіцієнта варіації (група 1 – $5,31 \pm 0,31$ та група 2 – $6,81 \pm 0,43$; $p < 0,05$) і варіаційного розмаху (група 1 – $0,19 \pm 0,01$ та група 2 – $0,30 \pm 0,03$; $p < 0,05$) на фоні одночасного зниження амплітуди моди (група 1 – $51,24 \pm 2,42$ та група 2 – $40,42 \pm 3,21$; $p < 0,05$); індексу вегетативної рівноваги (група 1 – $261,52 \pm 18,93$ та група 2 – $212,41 \pm 18,21$; $p < 0,05$); показника активності процесів регуляції (група 1 – $58,72 \pm 2,81$ та група 2 – $49,04 \pm 2,84$; $p < 0,05$) та індексу напруги (група 1 – $149,73 \pm 11,52$ та група 2 – $124,72 \pm 9,73$; $p < 0,05$).

Під час другої половини гестаційного періоду вищеописані достовірні відмінності повністю зберігались.

Отже, нормалізація стану психоемоційного статусу і вегетативної нервової системи в жінок, проведених з використанням родинно-орієнтованих технологій, позитивно впливає на клінічний перебіг вагітності та пологів в цій групі.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що використання родинно-орієнтованих технологій дозволяє нормалізувати стан психологічного статусу і вегетативної нервової системи, що дозволяє поліпшити акушерські і перинатальні результати розродження.

Стан лактації має суттєве значення при оцінці ефективності родинно-орієнтованих технологій та ПП (А. В. Деларю, 2013; М. А. Даулетьярова и соавт., 2014).

Отримані результати свідчать про наявність достовірних відмінностей між контрольною та основними групами на протязі всього досліджуваного періоду. Разом з тим, ступінь зменшення об'єму грудного молока була більш вираженою у жінок другої групи. Така тенденція мала місце як на першу добу (контрольна група – $83,4 \pm 6,2$ мл; 1 – $60,4 \pm 3,2$ мл; $p < 0,05$ та 2 – $40,4 \pm 2,8$ мл; $p < 0,01$), так і на 5-7-й дні після розродження (контрольна група – $461,8 \pm 18,2$ мл; 1 – $324,7 \pm 14,3$ мл; $p < 0,05$ та 2 – $241,7 \pm 19,5$ мл; $p < 0,01$). Отримані результати свідчать про позитивний вплив родинно-орієнтованих технологій на кількість грудного молока.

Безумовно, одним з найбільш інформативних показників якості грудного молока є вміст ліпідів (Г. И. Назаренко, 2014). При цьому слід констатувати достоірне зменшення параметру, що вивчається, у обох основних групах, тільки з різним ступенем достовірності: перша доба (контрольна група – $33,2 \pm 3,0$ г/л; 1 – $20,4 \pm 1,2$ г/л; $p < 0,05$ та 2 – $15,2 \pm 1,4$ г/л; $p < 0,01$), а також п'ята-сьома доба (контрольна група – $37,1 \pm 3,2$ г/л; 1 – $23,8 \pm 2,1$ г/л; $p < 0,05$ та 2 – $16,8 \pm 1,5$ г/л; $p < 0,01$).

Також ми вважали за доцільне вивчити вміст IgG у грудному молоці. Отримані нами результати свідчать про відсутність достовірних змін між контрольною та першою групою впродовж всього періоду, що вивчається ($p > 0,05$). На відміну від цього, у другій групі мало місце достовірне зниження даного важливого параметру з першої доби. Так, на першу добу у групі 2 ми констатували достовірне зменшення цього показника (до $2,1 \pm 0,2$ г/л; $p < 0,05$). З третьої доби післяпологового періоду достовірні зміни мали місце уже в обох основних групах, тільки з різним ступенем достовірності: третя доба (контрольна група – $1,6 \pm 0,1$ г/л; 1 – $0,8 \pm 0,05$ г/л; $p < 0,05$ та 2 – $0,5 \pm 0,04$ г/л; $p < 0,01$), а також п'ята-сьома доба (контрольна група – $2,3 \pm 0,1$ г/л; 1 – $1,2 \pm 0,1$ г/л; $p < 0,05$ та 2 – $0,7 \pm 0,05$ г/л; $p < 0,01$).

Тобто, результати проведених досліджень свідчать про позитивний вплив родинно-орієнтованих технологій на кількісні та якості зміни лактації у жінок, що є дуже важливим для перебігу постнатальної адаптації новонароджених.

Таким чином, запроваджений нам алгоритм ведення вагітності та пологів з широким використанням родинно-орієнтованих технологій не тільки при розродженні, але і під час ведення вагітності, дозволяє виконати поставлену мету – знизити

частоту перинатальної патології та покращити результати постнатальної адаптації новонароджених. Разом з тим, на наш погляд, є дуже важливим вивчення медико-соціальних аспектів використання родинно-орієнтованих технологій не тільки з позицій подружньої пари, але і лікарів акушер-гінекологів з різним досвідом роботи.

Третій етап досліджень. Серед основних медико-соціальних аспектів проблеми, що вивчається, виникає питання: як розглядати родинно-орієнтовані технології та партнерські пологи – як медичну допомогу або як медичну послугу?

В цілому, слід погодитися з наявною в літературі точкою зору (В. Е. Радзинський, 2011), що медична допомога – це ширше поняття, ніж медична послуга, хоча, як можна переконалися, поняття медичної послуги не є однозначним.

При цьому, відзначаючи як ключові складові медичної послуги «зустрічні з боку пацієнта професійні дії виконавця», «виконання на користь конкретного громадянина комплексу медичних заходів, що мають самостійне значення і певну вартість», представляється правомірним розглядати партнерські пологи саме як медичні послуги, оскільки, в першу чергу, присутність/участь чоловіка в пологах (і, тим більше, здійснення зйомки всього, що відбувається на фото- чи кінокамеру або символічне перерізування батьком пуповини і розпивання у цей момент шампанського), має «самостійне» значення, абсолютно не обумовлене якісним медичним (акушерським) забезпеченням пологів.

Відносно такого критерію медичної послуги як «певна вартість», то він має, в кращому разі, додаткове, допоміжне значення, оскільки медична допомога завжди має «відшкодувальний» характер (інша справа, що для конкретної пацієнтки вона може бути безкоштовною). Стосовно ПП емпірично склалася практика розглядати присутність/участь чоловіка як складову частину «сервісних» пологів, при цьому всі договірні зобов'язання між пологовим будинком і споживачами даної медичної послуги (породіллею та її чоловіком) зводяться до офіційної оплати даних сум без оформлення юридично дієвої угоди щодо взаємних прав та обов'язків сторін. Зокрема, чи має право медичний персонал при певних ситуаціях змусити чоловіка покинути пологовий зал і, якщо так, то при яких саме; як повинен поводитися чоловік під час пологів і що він може робити, а що – ні (окрім невизначеності медико-правового регулювання самої можливості ПП – тобто в яких випадках взагалі можливі ПП, а коли – ні, і наскільки обов'язкове проходження психопрофілактичної підготовки до таких пологів як вагітною жінкою, так і її чоловіком).

Таким чином, віднесення ПП до «медичних послуг» робить необхідною їх правову регламентацію.

Резюмуючи результати проведеного анкетування жінок, в яких відбулися ПП, можна констатувати, що більшість з них вважає вирішення про присутність чоловіка на пологах за правильне і задовільнене цим рішенням, оскільки його присутність допомогла їм, навіть якщо у чоловіка і спостерігалися виражені негативні психогенні ефекти. Стриманіше жінки оцінювали створення при пологах «домашньої» обстановки та ефективність психопрофілактичної підготовки, що проводилася з ними

(та їхніми чоловіками), до пологів. Ці оцінки жінок-споживачів відповідного виду медичних послуг доцільно враховувати при оптимізації організації і проведенні ПП у великому місті.

Для вивчення особливостей ставлення акушер-гінекологів, які проходили навчання на циклах передатестаційної підготовки і тематичного удосконалення та ТУ НМАПО імені П. Л. Шупика, до практики ПП з врахуванням прийнятих до анкетування в соціології вимог (А. В. Деларю, 2013) була складена і використана анкета, що включала 20 закритих альтернативних питань/тверджень.

Так, серед всіх лікарів акушер-гінекологів 72,0% висловили позитивне ставлення до практики ПП, 24,0% – негативне і лише 4,0% – важко відповісти. У порівнянні з цим, серед лікарів із стажем до 10 років частота позитивного відношення зросла до 92,0%, а негативного знизилася до 4,0%, при тому, що 4,0% опитуваних було важко відповісти. Дещо іншу картину ми спостерігали серед лікарів із стажем понад десяти років. Так, позитивне відношення знизилася до 52,0%, а негативне, навпаки, зросло до 40,0%, 8,0% опитуваних було важко відповісти.

Нами вивчено основні причини, по яких лікарі акушер-гінекологи погоджуються на проведення ПП. Так, якщо серед всіх акушер-гінекологів основними причинами є економічні (40,0%) і впровадження нових технологій (40,0%), а лише 20,0% вважала це «данню моді», то серед лікарів із стажем до 10 років економічний чинник зріс до 60,0%, «дань моді» склала 30,0%, а впровадження нових технологій – лише 10,0%.

Більше половини всіх лікарів акушер-гінекологів (60,0%) вважала, що присутній на пологах чоловік або інші родичі створюють спокійнішу, «сімейну» обстановку для породіллі, зменшуючи тим самим її тривогу і страх пологів. Проте, якщо серед лікарів із стажем до 10 років такої думки дотримували 64,0%, то їх колеги зі стажем роботи понад 10 років висловлювали подібну точку зору значно рідше – серед них так вважали лише 40,0%. Прямо протилежної точки зору дотримувалися 30,0% всіх опитаних лікарів – на їх погляд, присутні на пологах чоловік або інші родичі не створюють спокійнішу, «родинну» обстановку для породіллі, і не зменшують її тривогу і страх пологів (серед лікарів із стажем до 10 років таких було 24,0%, серед тих, що пропрацювали 10 років і більше – 40,0%). Решті 10,0% респондентам важко відповісти на дане питання, причому серед лікарів із стажем 10 років і більше чітко конкретизували свою думку 20,0%, тобто майже кожен п'ятий фахівець.

Представлення лікарів з різним стажем по таких питаннях, як і де повинні/можуть проводитися ПП, хто може бути присутнім на них і чи повинні чоловік або інші родичі проходити курс підготовчих занять, були досить схожими. Так, переважна більшість респондентів (84,0%) вважали, що ПП повинні проводитися лише в лікарні (серед лікарів із стажем до 10 років так висловилися 86,0%; серед тих, що пропрацювали 10 і більше років – 82,0%). На погляд 14,0% акушер-гінекологів, ПП можуть проводитися як в лікарні, так і вдома, і всього 2,0% респондентів було важко відповісти на дане запитання. На погляд 60,0% респондентів, за наявності бажання

породіллі присутнім на пологах може лише чоловік (серед лікарів із стажем до 10 років цю позицію розділили 64,0%; з них більшість досвідчених колег – 56,0%). 16,0% опитаних допускали можливість присутності на пологах, окрім чоловіка, й інших рідних, за винятком дітей до 16 років. 2,0% акушер-гінекологів допускали можливість присутності не лише чоловіка та інших родичів, але й дітей до 16 років. Ще 8,0% вважали за можливе присутність на пологах, окрім чоловіка і рідних, інших близьких людей, решті 14,0% акушер-гінекологам було важко відповісти на дане питання.

На наш погляд, дві третини (66,0%) опитаних лікарів наголошували на обов'язковості курсів підготовчих занять, якщо родичі або члени сім'ї висловили бажання бути присутніми на пологах (серед лікарів із стажем до 10 років так вважали 62,0%, серед їх колег з більшим стажем роботи – 70,0%). 28,0% спеціалістів вважали, що проходження подібного підготовчого курсу бажане, але не обов'язкове, і всього 2,0% відповіли, що проходження такого курсу взагалі не потрібне (4,0% було важко висловити свою точку зору з даного питання).

Три з чотирьох опитаних акушер-гінекологів (78,0% серед тих, що пропрацювали менше 10 років і 74,0% серед тих, що мають стаж 10 років і більше) вважали, що ПП можуть проводитися лише у жінок з вагітністю, що має нормальний перебіг, і соматично здорових. У середньому, 20,0% респондентів (16,0 і 24,0% відповідно) допустили можливість проведення родинних пологів практично у всіх бажуючих; 2,0% опитаних відповісти було важко.

Порівняння думки акушер-гінекологів відносно ведення партнерських і «звичайних» (тобто тих, на яких не присутні члени сім'ї) пологів показало, що не було виявлено достовірних відмінностей у відповідях респондентів різного стажу роботи відносно відмінностей у веденні партнерських і «звичайних» пологів: 33,0% респондентів (30,0% лікарів із стажем до 10 років і 36,0% їх колег з більшим стажем роботи), вважали, що жодних відмінностей у веденні пологів немає; 44,0% (46,0 і 42,0% відповідно) вважали, що є певні відмінності, 14,0% акушер-гінекологів (10,0 і 18,0% відповідно) відзначили принципові відмінності, важко відповісти на питання про відмінності було 10,0% лікарів.

Найбільш частими відмінностями у веденні партнерських і «звичайних» пологів називалося те, що від медичного персоналу потрібна велика обережність у висловах під час пологів (цю особливість виділили 42,0% акушер-гінекологів – 34,0% серед тих, що пропрацювали до 10 років і 50,0% серед тих, що мають стаж понад 10 років) і те, що від медперсоналу вимагається більше часу і сил приділяти роділлі (22,0 – 18,0 і 26,0% відповідно).

На погляд акушер-гінекологів, 45,0% опитаних вважали присутність на пологах членів сім'ї і рідних сильною психогенною травмуючою дією; частіше так вважали лікарі із стажем 10 років і більше: 50,0 проти 40,0% відповідно. 15,0% респондентів (12,0 і 18,0% відповідно) оцінили присутність на пологах як помірну або слабку психогенну травмуючу дію для присутніх, а також виділили декілька відмінностей.

Так, 22,0% опитаних акушер-гінекологів вважали, що присутність на пологах не несе негативних емоційних дій для членів сім'ї і рідних, проте, звертає на себе увагу, що таку думку лікарі із стажем до 10 років висловлювали майже втричі частіше за своїх більш досвідчених колег (32,0 проти 12,0% відповідно). 16,0% респондентам важко відповісти на дане питання. На думку третини респондентів (36,0%), чоловік або родичі, присутні на пологах, найчастіше «тікають», не дочекавшись їх закінчення, через незадовільне фізичне або емоційне самопочуття. При цьому такі негативні прояви в присутніх на партнерських пологах акушер-гінекологи із стажем 10 років і більше відзначали вдвічі частіше, ніж лікарі із стажем до 10 років (48,0 проти 24,0% відповідно). На погляд 18,0% опитаних фахівців, чоловік або інші родичі, як правило, присутні до закінчення пологів (так вважали 22,0% лікарів із стажем до 10 років і 14,0% їх колег з більшим стажем). Ще 41,0% опитаних лікарів (46,0 і 36,0% відповідно) вважали, що ці, прямо протилежні ситуації (коли присутні на пологах «тікають» до їх закінчення, оскільки їм стає погано, і коли присутні на пологах від початку і до кінця), зустрічаються однаково часто. Ще 6,0% респондентам було важко відповісти на це питання.

Таким чином, на погляд третини опитаних акушер-гінекологів із стажем до 10 років і половини лікарів із стажем 10 років і більше, присутність на пологах членів сім'ї є для останніх сильною негативною психогенною травмуючою дією, яка погано переноситься. В той же час вкрай важливо, аби в присутнього, а вірніше, в приймаючого участь в пологах чоловіка залишилися позитивні емоції і не було негативних.

Одним з ключових аргументів прибічників ПП є те, що присутність чоловіка на пологах сприяє зміцненню сім'ї (С. А. Безгодова и соавт., 2011; Н. Villalón et al., 2014). Нами представлений розподіл відповідей опитаних акушер-гінекологів на питання про те, чи сприяє присутність на пологах чоловіка зміцненню сім'ї: 44,0% респондентів вважали, що присутність чоловіка на пологах сприяє зміцненню сім'ї, а 37,0% це заперечували, ще 19,0% було важко відповісти. Проте, в порівнянні зі своїми менш досвідченими колегами, акушер-гінекологи із стажем 10 років і більш скептично ставилися до того, що присутність на пологах чоловіка сприяє зміцненню сім'ї: якщо серед фахівців із стажем роботи до 10 років дали позитивну відповідь на це питання 54,0%, то серед лікарів із стажем 10 років і більше – 30,0% (серед всіх опитаних акушер-гінекологів 44,0% вважали, що присутність на пологах чоловіка сприяє зміцненню сім'ї). Кожен п'ятий респондент (20,0%) заперечував, що присутність чоловіка на пологах сприяє зміцненню сім'ї (так однаково часто думали фахівці з різним стажем роботи – по 20,0%). Третині респондентів (36,0%) було важче відповісти на це питання, причому серед лікарів із стажем 10 років і більше таких була половина (50,0%). Незалежно від стажу роботи (до 10 років або більше) чотири з п'яти опитаних акушер-гінекологів визнали за собою право відмовляти в проведенні ПП чоловікові (та іншим родичам) за медичними показаннями (хоча в існуючих методичних вказівках або рекомендаціях ці медичні показання не повністю прописані).

Серед позитивних сторін ПП найчастіше наголошувалося те, що при подібних пологах створюється спокійніша, «домашня» обстановка, хоча цю точку зору висловили лише половина респондентів – 50,0%. При цьому, якщо серед акушер-гінекологів із стажем до 10 років так вважали 62,0%, то серед їх колег з більшим стажем роботи – вже тільки 38,0%. Наступною, за частотою згадування, позитивною стороною ПП, на погляд респондентів, було те, що такі пологи сприяють психологічному зміцненню сім'ї, оскільки чоловік краще розуміє, які муки випробовує його дружина при пологах (на що вона йде ради дитини) – про це сказали 42,0% лікарів (46,0% серед тих, що мають стаж до 10 років і 36,0% – серед більш досвідчених колег). Далі називалося те, що проведення ПП є виконанням законного бажання породіллі (38,0%; при цьому лікарі із стажем до 10 років вдвічі частіше за своїх більш досвідчених колег висловили таку точку зору – 50,0% проти 26,0% відповідно). Далі, до позитивних сторін ПП 26,0% респондентів віднесли те, що вони надають добровільні матеріальні внески до лікарні. 10,0% респондентів відзначили інші позитивні сторони ПП, на погляд всього 4,0% акушер-гінекологів позитивних сторін в таких пологах взагалі немає (відносно як позитивних, так і негативних сторін ПП респонденти могли виділити по декілька чинників).

Серед негативних сторін ПП опитані акушер-гінекологи найчастіше відзначали зайві стресові впливи на чоловіка або інших рідних – 44,0% (так однаково часто вважали лікарі із стажем до 10 років та їх більш досвідчені колеги – 46,0 і 42,0% відповідно). Далі, серед негативних сторін родинних пологів практично однаково часто називались наступні: додаткове психологічне навантаження на медичний персонал (40,0%), недостатня етико-правова «відпрацьованість» проблеми (38,0%), невідповідність більшості пологових відділень до подібної практики (наприклад, відсутність спеціальної пологової кімнати, яка імітує домашній спокій для породіллі – 38,0%). Інші негативні сторони відмітив всього один акушер-гінеколог (1,0%), і щодо відсутності негативних сторін в практиці в ПП висловилися 2 респонденти (2,0%).

Думки акушер-гінекологів відносно подальших перспектив практики ПП широко обговорюється у сучасній літературі (В. Е. Радзинский, 2014; В. В. Белая и соавт., 2015). За даними наших досліджень, за подальше поширення практики ПП в нашій країні висловилися 40,0% опитаних акушер-гінекологів. Проте, якщо серед тих, що мають професійний стаж до 10 років, так вважала половина (50,0%) лікарів, то серед тих, хто пропрацював 10 і більше років – майже вдвічі менше (28,0%). Прямо протилежну точку зору («краще, якщо практика партнерських пологів буде мінімізована або взагалі скасована») висловили 16,0% акушер-гінекологів, причому серед лікарів зі стажем понад 10 років подібної позиції дотримувалося майже в 4 рази більше фахівців (28,0% проти 8,0% відповідно). Щодо поширення і подальшого розвитку практики ПП висловилися 28,0% опитаних акушер-гінекологів (вплив тривалості професійного стажу на дану позицію не був виявлений). Решті 16,0% респондентам важко відповісти на дане запитання. Тобто, проведене анкетування показало скептично-насторожене відношення акушер-гінекологів, особливо зі

стажем роботи понад 10 років, до партнерських пологів, а також неоднозначне розуміння багатьох аспектів подібних пологів. Отримані результати передбачають широке впровадження родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів в акушерську практику.

Впровадження розробленого алгоритму ведення вагітності та пологів з використанням родинно-орієнтованих технологій в навчальній процес на етапах проведення навчально-практичних семінарів, передатестаційних циклів та циклів тематичного удосконалення дозволяє підняти рівень позитивного відношення лікарів зі стажем роботи до 10 років на $21,2 \pm 2,2\%$ та зі стажем понад 10 років – на $16,2 \pm 1,6\%$, а також знизити рівень агресивного ведення пологів на $21,2 \pm 2,1\%$.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що використання родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів за удосконаленим нами алгоритмом дозволяє покращити акушерські та перинатальні результати розродження жінок, що є підставою для широкого використання їх у практичній охороні здоров'я.

ВИСНОВКИ

У дисертації представлено теоретичне обґрунтування і практичне впровадження вирішення нової наукової проблеми сучасного акушерства щодо зниження частоти акушерської та перинатальної патології на підставі використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та партнерських пологів при розродженні.

1. Дані сучасної літератури свідчать, що рівень різних варіантів перинатальної патології залишається достатньо високим, а загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи під час вагітності та пологів є недостатньо ефективними в аспекті зниження плодових втрат та покращення постнатальної адаптації новонароджених.

2. Результати проведеного ретроспективного аналізу (2010-2014 рр.) свідчать про низькій рівень партнерських пологів як в умовах міського пологового будинку ($13,7 \pm 1,2\%$), так і центральної районної лікарні ($25,9 \pm 2,4\%$).

3. При зростанні частоти партнерських пологів в умовах акушерських стаціонарів (до 30,0%) відбуваються вірогідні зміни ($p < 0,05$) наступних показників:

- збільшення рівня фізіологічних пологів ($9,1 \pm 0,9\%$), народження дітей з оцінкою по шкалі Апгар більше 7 балів ($11,3 \pm 1,2\%$) та регіонарної анестезії ($12,1 \pm 1,2\%$);
- зменшення частоти ускладнених пологів ($9,0 \pm 0,8\%$), народження дітей з оцінкою по шкалі Апгар менше 7 балів ($10,9 \pm 1,1\%$), дистресу плода ($4,8 \pm 0,4\%$), кесаревих розтинів ($4,3 \pm 0,4\%$), травматизації м'яких тканин пологових шляхів ($6,8 \pm 0,4\%$), аномалій пологової діяльності ($2,8 \pm 0,2\%$) та крововтрати більше 1% от маси тіла ($1,1 \pm 0,1\%$).

4. Незалежно від частоти використання партнерських пологів вірогідно не змінювалася ($p > 0,05$) частота передчасного розриву плодових оболонок, тазового

передлежання, клінічно вузького тазу та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

5. Використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності дозволило нормалізувати функціональний стан вегетативної нервової системи, а також знизити частоту основних порушень психологічного статусу жінок:

- погіршення пам'яті, кмітливості і уваги (на $20,0 \pm 2,0\%$);
- наявність фізичного і психічного дискомфорту (на $13,0 \pm 1,2\%$);
- занепокоєння за стан свого здоров'я (на $10,0 \pm 1,0\%$);
- побоювання за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим (на $10,0 \pm 1,0\%$);
- зниження настрою і відчуття пригнічення (на $13,3 \pm 1,2\%$);
- прояви напруженості (на $8,0 \pm 0,6\%$);
- різні порушення сну (на $6,6 \pm 0,6\%$);
- відчуття паніки, страху і відчаю (на $6,6 \pm 0,6\%$).

6. Найбільш виражений позитивний вплив родинно-орієнтованих технологій на функціональний стан фетоплацентарного комплексу відбувається в 32-36 тижнів вагітності на фоні нормалізації психоемоційного стану та полягає у зниженні частоти ехографічних змін (на $8,4 \pm 0,8\%$), нормалізації гемодинаміки в артеріях пуповини та плода; корекції дисгормональних та дисметаболических порушень:

- підвищенні рівня естріолу (на $10,2 \pm 1,1\%$), прогестерону (на $11,4 \pm 1,2\%$), плацентарного лактогену (на $12,3 \pm 1,2\%$), хоріонічного гонадотропіну (на $13,1 \pm 1,3\%$) та трофічного бета-глікопротеїну (на $14,4 \pm 1,4\%$);
- зниженні вмісту альфа-фетопропротеїну (на $10,2 \pm 1,1\%$); плацентарного альфа-1 мікроглобуліну (на $12,0 \pm 1,1\%$), альфа-2 мікроглобуліну фертильності (на $13,6 \pm 1,4\%$) і тестостерон-естрадіолзв'язуючого глобуліну (на $15,2 \pm 1,5\%$).

7. Клінічний перебіг вагітності та пологів при використанні родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів характеризується зниженням частоти ускладнень під час гестації та пологів – анемії вагітних (на $4,3 \pm 0,4\%$), плацентарної дисфункції (на $9,6 \pm 0,9\%$), затримки розвитку плода (на $5,3 \pm 0,5\%$), аномалій пологової діяльності (на $9,7 \pm 0,9\%$), дистресу плода (на $1,0 \pm 0,1\%$), кесаревих розтинів (на $6,0 \pm 0,6\%$), порушень контрактильної активності матки після пологів (на $9,3 \pm 0,9\%$) та ранової інфекції (на $1,7 \pm 0,1\%$).

8. Перинатальні наслідки розродження жінок при використанні родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів полягали у збільшенні частоти народження дітей з оцінкою за шкалою Апгар більш 7 балів (на $5,6 \pm 0,5\%$), зменшенні порушень постанатальної адаптації новонароджених (на $6,7 \pm 0,6\%$) та відсутності плодових втрат.

9. Ведення жінок під час вагітності з використання родинно-орієнтованих технологій та розродження шляхом партнерських пологів позитивно впливало на

стан лактації, що полягає у збільшенні частоти нормогалакції (на $11,0 \pm 1,0\%$), зменшенні гіпогалакції різного ступеня (на $6,0 \pm 0,6\%$), відсутності агалакції та покращенні якісних показників грудного молока – збільшення вмісту загального білка (на $15,2 \pm 1,5\%$), ліпідів (на $17,3 \pm 1,6\%$) та нормалізації концентрації імуноглобулінів А, М та G.

10. Впровадження розробленого алгоритму ведення вагітності та пологів з використанням родинно-орієнтованих технологій в навчальний процес на етапах проведення навчально-практичних семінарів, передатестаційних циклів та циклів тематичного удосконалення дозволило підняти рівень позитивного відношення лікарів зі стажем до 10 років на $21,2 \pm 2,2\%$ та зі стажем понад 10 років – на $16,2 \pm 1,6\%$, а також знизити рівень агресивного ведення пологів на $21,2 \pm 2,1\%$.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Алгоритм ведення жінок з використанням родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів повинен включати наступні моменти:

- мотивація на партнерські пологі, починаючи з етапу жіночої консультації, що включає спільні відвідини лікаря з партнером впродовж всієї вагітності;
- рання консультація перинатального психолога (з моменту ухвалення рішення про партнерські пологі) з розробкою індивідуального плану ведення вагітності і розродження;
- проведення клініко-функціонального обстеження (УЗД, КТГ, доплеро-метрія) за участю партнера і обговорення всіх виникаючих питань;
- відвідини акушерського стаціонару в 36 тижнів вагітності для огляду родинних пологових залів і проведення індивідуальної підготовки до розродження;
- під час вступу до акушерського стаціонару спільне рішення з партнером про його роль на всіх етапах розродження (повна присутність; лише перший період; відсутність під час другого періоду пологів; присутність в післяродовому періоді тощо);
- використання різних способів знеболення в першому і другому періодах пологів;
- варіант докладання до грудей матері і тілу батька;
- рання виписка із стаціонару з урахуванням клінічного перебігу пологів.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Вдовиченко Ю. П. Современные аспекты партнерских родов / Ю. П. Вдовиченко, С. Ю. Вдовиченко // Здоровье женщины. – 2013. – № 3. – С. 34-38 (*набір клінічного матеріалу, підготовка статті до друку*)
2. Вдовиченко С. Ю. Актуальные аспекты партнерских родов в условиях типичного городского родильного дома / С. Ю. Вдовиченко // Здоровье женщины. – 2013. – № 1. – С. 83-85.

3. Перинатальная медицина и акушерская агрессия / [Вдовиченко Ю.П., Вдовиченко С.Ю., Жилка Н.Я., Шкиряк З.А.] // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. – 2013. – № 3. – С. 69-80 (аналіз матеріалу, підготовка статті до друку)
4. Вдовиченко С. Ю. Оцінка ефективності партнерських пологів з точки зору їх учасників / С. Ю. Вдовиченко // Сімейна медицина. – 2015. – № 3. – С. 58-61.
5. Вдовиченко С. Ю. Роль психологічної оцінки подружніх пар при проведенні партнерських пологів / С. Ю. Вдовиченко // Здоровье женщины. – 2015. – № 2. – С. 87-90.
6. Вдовиченко С. Ю. Вплив партнерських пологів на характер пологової діяльності першо- та повторнородящих жінок / С. Ю. Вдовиченко // Здоровье женщины. – 2015. – № 7. – С. 32-34.
7. Вдовиченко С. Ю. Профилактика акушерских и перинатальных осложнений при использовании семейно-ориентированных технологий в родильном зале / С. Ю. Вдовиченко // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. – 2015. – № 5. – С. 110-121.
8. Вдовиченко С. Ю. Социальный и психологический статус семейных пар, планирующих партнерские роды / С. Ю. Вдовиченко // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 139-144.
9. Вдовиченко С. Ю. Роль родинно-орієнтованих технологій у клінічному перебігу вагітності у жінок високого акушерського ризику / С. Ю. Вдовиченко // Здоровье женщины. – 2016. – № 9. – С. 64-67.
10. Вдовиченко С. Ю. Корекція психологічного статусу вагітних з використанням родинно-орієнтованих технологій / С. Ю. Вдовиченко // Сімейна медицина. – 2016. – № 5. – С. 129-132.
11. Вдовиченко С. Ю. Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів / С. Ю. Вдовиченко // Здоровье женщины. – 2017. – № 2. – С. 78-82.
12. Вдовиченко С. Ю. Роль эхографии в ранней диагностике фетальной патологии / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2012. – Вип. 21, кн. 5,ч. 1. – С. 54-61.
13. Вдовиченко С. Ю. Партнерські пологи в умовах типового міського пологового будинку: дискусійні питання / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2012. – Вип. 21, кн. 5,ч. 2. – С. 55-59.
14. Вдовиченко С. Ю. Акушерские и перинатальные аспекты партнерских родов / С. Ю. Вдовиченко // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: зб. наук. праць. – Київ-Луганськ, 2013. – Вип. 25. – С. 24-31.
15. Вдовиченко С. Ю. Клинические аспекты беременности у женщин с преждевременными родами в анамнезе / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2013. – Вип. 22, кн. 5,ч. 1. – С. 63-67.

16. Вдовиченко С. Ю. Порівняльні аспекти партнерських пологів в умовах типового міського пологового будинку і центральної районної лікарні / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2013. – Вип. 22, кн. 5, ч. 2. – С. 41-45.

17. Вдовиченко С. Ю. Роль партнерських пологів в зниженні акушерської і перинатальної патології у жінок з різними формами безпліддя / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2014. – Вип. 23, кн. 5, ч. 1. – С. 21-26.

18. Вдовиченко С. Ю. Навчально-методологічна оцінка відношення лікарів акушер-гінекологів до партнерських пологів / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2014. – Вип. 23, кн. 5, ч. 2. випуск 23. – С. 23-30.

19. Вдовиченко С. Ю. Дискуссионные вопросы партнерских родов с точки зрения их участников / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2015. – Вип. 24, кн. 6, ч. 1. – С. 16-21.

20. Вдовиченко С. Ю. Вплив соціального та психологічного статусу подружніх пар на вибір методики родорозродження / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2015. – Вип. 24, кн. 6, ч. 3. – С. 13-19.

21. Вдовиченко С. Ю. Роль родинно-орієнтованих технологій в зниженні перинатальної патології при аномаліях пологової діяльності / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2016. – Вип. 27, ч. 1. – С. 10-15.

22. Вдовиченко С. Ю. Роль родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів в розродженні природним шляхом жінок з рубцем на матці та зниженні перинатальної патології / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2016. – Вип. 27, ч. 2. – С. 10-15.

23. Gorbunova O. Labours with partners and sexual health of women / Gorbunova O., Vdovychenko S., Shekera O. // *The Health of Society*. – 2016. – № 1-2. – P. 57-63 (набір клінічного матеріалу та оформлення статті)

24. Вдовиченко С. Ю. Партнерські пологи в умовах типового міського пологового будинку / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика : тези матеріалів науково-практичного симпозиума с міжнародним участием «Актуальные вопросы здоровья матери, плода и новорожденного», 16-17 мая 2013 года, г. Винница. – Київ, 2013. – Вип. 22, кн. 5, ч. 1. – С. 414-415.

25. Вдовиченко С. Ю. Сучасні можливості зниження акушерської і перинатальної патології у жінок з різними формами безпліддя з використанням партнерських пологів / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика : тези матеріалів науково-практичного семінару з міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні», 20 березня 2014 року, м. Львів. – Київ, 2014. – Вип. 23, кн. 6, ч. 1. – С. 327.

26. Вдовиченко С. Ю. Навчальні аспекти підготовки лікарів до проведення партнерських пологів / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика : тези матеріалів науково-практичного семінару з міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні», 12 листоп. 2014 року, м. Київ. – Київ, 2014. – Вип. 23, кн. 6, ч. 2. – С. 308.

27. Вдовиченко С. Ю. Відношення різних учасників партнерських пологів щодо тактики їх проведення / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика : тези матеріалів науково-практичного семінару з міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні», 14 травня 2015 року, м. Київ. – Київ, 2015. – Вип. 24, кн. 6, ч. 1. – С. 235.

28. Вдовиченко С. Ю. Тактика відбору родин для партнерських пологів з урахуванням психологічного статусу / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика : тези матеріалів науково-практичного семінару з міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні», 21 жовтня 2015 року, м. Київ. – Київ, 2015. – Вип. 24, кн. 6, ч. 3. – С. 279.

29. Вдовиченко С. Ю. Роль партнерських пологів в зниженні перинатальної патології / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика : тези матеріалів науково-практичного семінару з міжнародною участю «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги», 20 квітня 2016 року, м. Київ. – Київ, 2016. – Вип. 27, ч. 1. – С. 215-216.

30. Вдовиченко С. Ю. Вплив родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів на тактику розродження жінок з рубцем на матці після кесарева розтину / С. Ю. Вдовиченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика : тези матеріалів науково-практичного семінару з міжнародною участю «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги», 20 жовтня 2016 року, м. Київ. – Київ, 2016. – Вип. 27, ч. 2. – С. 252.

АНОТАЦІЯ

Вдовиченко С. Ю. Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.01 «Акушерство та гінекологія». – ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», Київ, 2017.

Дисертаційна робота присвячена зниженню частоти акушерської та перинатальної патології на підставі використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів. Вперше в Україні представлено наукове обґрунтування необхідності використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів з урахуванням критеріїв включення та виключення на рівні різних ланок охорони здоров'я: центральні районні лікарні та міські пологові будинки. Вперше в Україні досліджено медико-соціальні аспекти партнерських пологів з урахування

результатів анкетування не тільки жінок та їх чоловіків, але і лікарів акушер-гінекологів з різним стажем професійної діяльності. Показано позитивний вплив родинно-орієнтованих технологій на функціональний стан вегетативної нервової системи та психологічний статус жінок під час вагітності, що сприяє нормалізації функціонального стану фетоплацентарного комплексу, причому більш виражено в 32-36 тиж. вагітності. Встановлено взаємозв'язок між клінічними, функціональними, психологічними, ехографічними, доплерометричними, ендокринологічними, біохімічними та мікробіологічними змінами при використанні родинно-орієнтованих технологій та загальноприйнятого ведення вагітності та пологів. Отримані результати дозволили розширити наявні дані про патогенез плацентарної дисфункції, затримки розвитку плода та гіпогалакції. Отримані результати дозволили науково обґрунтувати необхідність удосконалення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження частоти акушерської та перинатальної патології, а також на рівень використання «агресивних» методів ведення вагітності та пологів на основі використання родинно-орієнтованих технологій. Встановлено порівняльні аспекти клініко-анамнестичних даних, медико-соціальних аспектів, клінічного перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, стану новонароджених при використанні загальноприйнятої тактики ведення та родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів. Представлені критерії включення та виключення використання родинно-орієнтованих технологій у жінок та їх чоловіків із врахуванням репродуктивного анамнезу, а також наявності супутньої генітальної та екстрагенітальної патології. Представлено порівняльні аспекти впливу тактики ведення вагітності та пологів на психоемоційний стан жінок, функціональні особливості фетоплацентарного комплексу та становлення лактації. Показано відношення лікарів акушер-гінекологів з різним рівнем професійної підготовки до використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів. Розроблено та впроваджено алгоритм лікувально-профілактичних заходів, направлених на зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень на основі використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів, починаючи з етапу жіночої консультації і закінчуючи акушерським стаціонаром.

Ключові слова: акушерська та перинатальна патологія, родинно-орієнтовані технології, профілактика.

SUMMARY

Vdovychenko S. Yu. Prophylaxis of obstetric and perinatal pathology when using the family focused technologies during pregnancy and labors. – Qualification scientific work as the manuscript.

The thesis on competition of scientific degree of the doctor of medical sciences in the specialty 14.01.01 «Obstetrics and gynecology». – SE «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv, 2017.

Dissertation work is devoted to depression of frequency obstetric that perinatal pathology on the basis of use of the family focused technologies during pregnancy and labors. For the first time in Ukraine scientific justification of need of use of the family focused technologies is presented during pregnancy and labors taking into account criteria of including and an exception at the level of various links of health care: central regional hospitals and city maternity homes. For the first time in Ukraine medico-social aspects of partner labors taking into account results of questioning not only women and their husbands, but also doctors the obstetrician-gynecologists with various experience of a professional work are studied. Positive influence of the family focused technologies on functional condition of vegetative nervous system that the psychological status of women is shown during pregnancy that promotes normalization of functional condition of fetoplacental complex, and more expressed in 32-36 weeks of pregnancy. The interrelation between clinical, functional, psychological, ekhografical, dopplerometrical, endocrinologic, biochemical and microbiological changes when using the family focused technologies and the standard conducting pregnancy and labors is established. The received results allowed to dilate available data on pathogenesis of placental dysfunction, a fetus arrest of development that hypogalactias. The received results allowed to prove scientifically need of improvement of the treatment-and-prophylactic actions referred on depression of frequency of obstetric and perinatal pathology, and also on level of use of «aggressive» methods of conducting pregnancy and labors on the basis of use of the family focused technologies. Comparative aspects of clinical-anamnestic data, medico-social aspects, the clinical course of pregnancy, labors, the puerperal period, a condition of newborns are established when using the standard tactics of maintaining and at family focused technologies during pregnancy and labors. Criteria of including and an exception of use of the family focused technologies at women and their husbands taking into account the genesial anamnesis, and also existence of accompanying genital and extragenital pathology are presented. Comparative aspects of influence of tactics of conducting pregnancy and labors on the psychoemotional status of women, functional features of fetoplacental complex from lactemia becoming are presented. The attitude of doctors the obstetrician-gynecologists with various professional standard is shown to use of the family focused technologies during pregnancy and labors. The algorithm of the treatment-and-prophylactic actions referred on depression of frequency is developed and introduced obstetric and perinatal complications on the basis of use of the family focused technologies during pregnancy and labors, since stage of female consultation and finishing an obstetric hospital.

Keywords: obstetric and perinatal pathology, the family focused technologies, prophylaxis.

АННОТАЦИЯ

Вдовиченко С. Ю. Профилактика акушерской и перинатальной патологии при использовании семейно-ориентированных технологий во время беременности и родов. – Квалификационная научная работа на правах рукописи.

Диссертация на соискание научной степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.01 «Акушерство и гинекология». – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», Киев, 2017.

Диссертационная работа посвящена снижению частоты акушерской и перинатальной патологии на основе использования семейно-ориентированных технологий во время беременности и родов. Впервые в Украине представлено научное обоснование необходимости использования семейно-ориентированных технологий во время беременности и родов с учетом критериев включения и исключения на уровне различных звеньев здравоохранения: центральные районные больницы и городские родильные дома. Впервые в Украине изучены медико-социальные аспекты партнерских родов с учетом результатов анкетирования не только женщин и их мужей, но и врачей акушер-гинекологов с различным стажем профессиональной деятельности. Показано позитивное влияние семейно-ориентированных технологий на функциональное состояние вегетативной нервной системы та психологический статус женщин во время беременности, что способствует нормализации функционального состояния фетоплацентарного комплекса, причем более выражено в 32-36 недель беременности. Установлена взаимосвязь между клиническими, функциональными, психологическими, эхографическими, доплерометрическими, эндокринологическими, биохимическими и микробиологическими изменениями при использовании семейно-ориентированных технологий и общепринятом ведении беременности и родов.

Полученные результаты позволили расширить имеющиеся данные о патогенезе плацентарной дисфункции, задержки развития плода та гипогалактии. Полученные результаты позволили научно обосновать необходимость усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты акушерской и перинатальной патологии, а также на уровень использования «агрессивных» методов ведения беременности и родов на основе использования семейно-ориентированных технологий.

Установлены сравнительные аспекты клиничко-анамнестических данных, медико-социальных аспектов, клиничского течения беременности, родов, послеродового периода, состояния новорожденных при использовании общепринятой тактики ведения и при семейно-ориентированных технологий во время беременности и родов. Представлены критерии включения и исключения использования семейно-ориентированных технологий у женщин и их мужей с учетом репродуктивного анамнеза, а также наличия сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии. Представлены сравнительные аспекты влияния тактики ведения беременности и родов на психоэмоциональный статус женщин, функциональные особенности фетоплацентарного комплекса с становления лактации.

Показано отношение врачей акушер-гинекологов с различным уровнем профессиональной подготовки к использованию семейно-ориентированных технологий во время беременности и родов. Разработан и внедрен алгоритм лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты акушерских и перина-

тальных осложнений на основе использования семейно-ориентированных технологий во время беременности и родов, начиная с этапа женской консультации и заканчивая акушерским стационаром.

Ключевые слова: акушерская и перинатальная патология, семейно-ориентированные технологии, профилактика.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АМГФ або PP14 – α -2 мікроглобулін фертильності
 ГА – гестаційна анемія
 ЕЗ – естріол
 ЗГГ – зовнішня гістерографія
 ІФА – імуноферментний аналіз
 КР – кесарів розтин
 МПБ – міський пологовий будинок
 ПАМГ-1 або PP12 – плацентарний α -1 мікроглобулін
 ПД – плацентарна дисфункція
 ПКГД – психологічні компоненти гестаційної домінанти
 ПП – партнерські пологи
 ПЛ – плацентарний лактоген
 ПГ – прогестерон
 РА – рухова активність
 СМА – середньо-мозкова артерія
 СПД – слабкість пологової діяльності
 ЦРЛ – центральна районна лікарня
 ТБГ або SP1 – трофічний β -глікопротеїд
 ХГЛ – хоріонічний гонадотропін людини
 SSBG – тестостеронестрадіолзв'язуючий глобулін

Підписано до друку 03.10.2017 р. Формат 60x90/16.
Ум. друк. арк. 1,9. Обл.-вид. арк. 1,9.
Тираж 100. Зам. 91.

«Видавництво “Науковий світ”»[®]
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.
м. Київ, вул. Казимира Малевича (Боженка), 23, оф. 414.
200-87-15, 050-525-88-77
E-mail: nsvit23@ukr.net
Сайт: nsvit.cc.ua