

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА
І ГІНЕКОЛОГІЇ ІМЕНІ АКАДЕМІКА О.М. ЛУК'ЯНОВОЇ
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

НЕВИШНА ЮЛІЯ ВІТАЛІЇВНА

УДК 618.2+618.4 – 089.163 – 089.5:616 – 009.7

**ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДГОТОВКИ ДО ПЕРШИХ ПОЛОГІВ ТА
ПРОФІЛАКТИКА АКУШЕРСЬКИХ І ПЕРИНАТАЛЬНИХ
УСКЛАДНЕНЬ У ЗДОРОВИХ ВАГІТНИХ**

14.01.01 – Акушерство та гінекологія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2021

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Державній установі «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України», м. Київ.

Науковий керівник: доктор медичних наук **Скрипченко Наталія Яківна**, Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України» (м.Київ), завідувачка відділенням впровадження та вивчення ефективності сучасних медичних технологій в акушерстві та перинатології.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор **Бенюк Василь Олексійович**, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України (м.Київ), завідувач кафедри акушерства і гінекології №3.

доктор медичних наук, професор **Савченко Сергій Євгенович**, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика МОЗ України (м.Київ), професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології;

Захист дисертації відбудеться «21» грудня 2021 р. о 14.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.553.01 при ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» (04050, м. Київ, вул. П. Майбороди,8).

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» (04050, м. Київ, вул. П. Майбороди,8).

Автореферат розісланий «19» листопада 2021 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради



Л.В. Квашніна

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Охорона здоров'я матері та дитини є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. Демографічна ситуація в Україні залишається несприятливою та потребує розробки нових ефективних заходів щодо зниження акушерської і перинатальної патології, частота якої досить висока у порівнянні з показниками країн Європи (Ю.Г. Антипкін, В.В. Камінський, Т.Ф. Татарчук, 2017, В.М. Запорожан та співавт., 2005; В.В. Подольський, 2015; Н.Я. Скрипченко, 2014; Ю.П. Вдовиченко, 2012).

Аномалії скоротливої діяльності матки є одним з найчастіших ускладнень пологів, що спостерігається в 11–42 % пологів. Перше місце належить слабкості пологових сил, що залишається однією з провідних причин несприятливого завершення пологів. Частота слабкості пологової діяльності не має тенденції до зниження і становить 2,05–17 %. (В.О. Бенюк, Т.Р. Никонюк, 2016).

Значна частина ускладнень у пологах зумовлена впливом психоемоційних факторів, що напряму залежать від допологової підготовки, а фізіологічний перебіг пологів у більшості випадків визначається станом жінки перед пологами (С.Є. Савченко і співавт., 2015). Встановлено, що основною психологічною потребою жінки є відчуття безпеки та емоційного комфорту (А.С. Медведєв, 2006; М. Odent, 2006).

Серед новітніх технологій в акушерстві особливе місце займають партнерські пологи, частота яких зростає та є резервом зниження показників акушерської і перинатальної патології (С.Ю. Вдовиченко і співавт., 2017).

Відома достатньо значима клінічна ефективність немедикаментозних методів знеболення у пологах. Останніми роками для лікування деяких акушерських ускладнень використовується метод транскраніальної електростимуляції (ТЕС), що має здатність викликати активацію ендорфінних відділів головного мозку, його холінергічних, серотонінергічних та ГАМК-ергічних структур, сприяє стабілізації центральних механізмів судинної регуляції, що беруть участь в ініціації початку пологової діяльності (Martinez A Hernandez, 2016; Н.А. Жаркин, А.Г. Пупишев, О.А. Грамматикова, 2008).

Наукове дослідження спрямоване на зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у здорових жінок шляхом оптимізації допологової підготовки на підставі вивчення предикторів аномалій пологової діяльності (АПД), визначення порогів больової чутливості, стану особистої та ситуативної тривожності, показників стрес-лімітуючої та стрес-реалізуючої систем організму.

Все вище наведене визначило мету та завдання роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» «Дослідити стан репродуктивного здоров'я жінок, що перенесли хронічні запальні захворювання статевих органів та ризику у них перинатальних порушень» (№ державної реєстрації 0111U002055). Здобувач є співвиконавцем зазначеної науково-дослідної роботи.

Мета: знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у здорових першонароджуючих шляхом оптимізації допологової підготовки на підставі

вивчення предикторів аномалій пологової діяльності, визначення порогів больової чутливості, стану особистої та ситуативної тривожності, показників стрес-лімітуючої та стрес-реалізуючої систем організму.

Завдання дослідження:

1. Вивчити особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та перинатальні результати розродження здорових першонароджуючих на основі ретроспективного аналізу.

2. З'ясувати частоту і основні варіанти аномалій пологової діяльності у здорових першонароджуючих жінок.

3. Провести оцінку стану особистої та ситуативної тривожності у здорових першонароджуючих в динаміці вагітності, пологів та післяпологового періоду.

4. Вивчити показники стрес-реалізуючої і стрес-лімітуючої систем в активну фазу пологів та встановити кореляційний зв'язок з показниками психологічного стану.

5. Провести оцінку пологового болю та застосованих методів знеболення у здорових першонароджуючих.

6. Вивчити стан плода та матково-плацентарного кровообігу здорових першонароджуючих.

7. Дослідити вплив родинно-орієнтованих технологій на психологічний стан, поріг терпимості болю, показники стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем у перших пологах у здорових жінок.

8. Оптимізувати алгоритм допологової підготовки подружніх пар при перших пологах та оцінити його ефективність.

Об'єкт дослідження – перебіг перших пологів у здорових жінок.

Предмет дослідження – стан вагітних, роділь, породіль, їх психоемоційний статус, пологи, акушерські та перинатальні ускладнення, стрес-реалізуюча та стрес-лімітуюча системи організму здорових жінок, стан плода та новонародженого.

Методи дослідження: клініко-лабораторні, психологічні, гормональні, функціональні, статистичні методи обробки отриманих результатів.

Наукова новизна отриманих результатів. На підставі ретроспективного аналізу визначено особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та перинатальні результати розродження здорових першонароджуючих. Встановлено, що вагітність у цих жінок супроводжується значною кількістю ускладнень, а саме: загрозою переривання, анемією, раннім гестозом, безсимптомною бактеріурією, гестаційним пієлонефритом, гіпертензією вагітних. В пологах ці жінки мали високий показник аномалій пологової діяльності, передчасного розриву плодових оболонок, дистресу плода, оперативного розродження, низьку оцінку новонароджених за шкалою Апгар. Післяпологовий період ускладнювався дефектами плаценти та оболонок, розривом шийки матки та промежини. З'ясована частота та основні варіанти аномалій пологової діяльності у цих жінок, а саме: слабкість та дискоординація пологової діяльності.

Встановлено, що під час вагітності та пологів здорові першонароджуючі переживали психоемоційний стрес, що спричиняв зміни ситуативної та особистої тривожності, найбільш виражені в активну фазу пологів.

Вивчено характер змін показників стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем в активну фазу пологів та встановлено кореляційний зв'язок з показниками психологічного стану, що надало можливість поглибити існуючі дані про патогенетичні механізми порушень пологової діяльності та розвитку перинатальної патології. Визначено характер больового синдрому в пологах та застосовані методи знеболення у здорових першонароджуючих.

Встановлено, що партнерські пологи зменшують психологічне навантаження та поліпшують показники стрес-реалізуючої й стрес-лімітуючої систем здорових першонароджуючих, підвищують поріг болю, але зберігається високий рівень особистої та ситуативної тривожності, високий показник рівня кортизолу та значна частина жінок, які оцінювали біль, як сильний та нестерпний, що обумовлювало необхідність подальшого удосконалення допологової підготовки.

Науково обґрунтований алгоритм допологової підготовки у здорових першонароджуючих, що включає: психофізичну підготовку, партнерську підтримку, транскраніальну електростимуляцію структур головного мозку та застосування розчинного магнію, який покращує психологічний стан, позитивно впливає на показники стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем, підвищує больовий поріг та поріг терпимості болю.

Запропонований алгоритм допологової підготовки здорових першонароджуючих сприяє зниженню частоти ускладнень в пологах та післяпологовому періоді, покращенню процесів післяпологової адаптації, зниженню рівня перинатальної патології та зменшенню медикаментозного навантаження.

Практичне значення одержаних результатів. Запропонований алгоритм підготовки сімейних пар до перших пологів із застосуванням транскраніальної електростимуляції у поєднанні з магнієм, який веде до зниження ситуативної тривожності та підвищення порогу терпимості болю у жінок та сприяє їхній адекватній поведінці в пологах, тим самим, знижує акушерські і перинатальні ускладнення.

Даний алгоритм підвищив кількість нормальних перших пологів у здорових вагітних та покращив адаптацію плода до переживання ним родового стресу, зменшив частоту акушерських і перинатальних ускладнень, необхідність необґрунтованих оперативних втручань та мінімізував застосування медикаментів у пологах.

Розроблено спосіб підготовки вагітних до партнерських пологів (патент України на корисну модель № 130188).

Результати дослідження впроваджені в лікувальну практику Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», КНП «Київський міський пологовий будинок №1», КЗ Сумської обласної ради «Обласний клінічний перинатальний центр», КНП «Клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії» Сумської міської ради, КНП «Тростянецька міська лікарня» Тростянецької міської ради Сумської області, КНП «Пологовий будинок» Рівненської міської ради, КП «Волинське обласне територіальне медичне об'єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради, КНП «Тернопільська міська клінічна лікарня №2».

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно проведено ретроспективний аналіз медичної документації з оцінкою акушерських і перинатальних результатів 2545 пологів, які проведені на базі пологового відділення для вагітних з акушерською патологією ДУ «ПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України» за період з 2010 по 2014 рік. На проспективному етапі було проведено клініко-лабораторне дослідження 120 вагітних, перебігу пологів, післяпологового періоду та стану неонатальної адаптації новонароджених. У 45 вагітних був застосований удосконалений комплексний алгоритм допологової підготовки з використанням транскраніальної електростимуляції структур головного мозку. Самостійно проведена оцінка психосоматичного стану обстежуваних пацієнток, забір і підготовка для дослідження біологічного матеріалу. Одержано у співавторстві патент на корисну модель № 130188, Бюл. № 22, 26.11.2018 «Спосіб підготовки вагітних до партнерських пологів».

Розроблено та впроваджено алгоритм допологової підготовки, що включає: психофізичну підготовку, партнерську підтримку, транскраніальну електростимуляцію структур головного мозку та застосування розчинного магнію з метою підвищення кількості нормальних пологів у здорових першонароджуючих. Самостійно проведена статистична обробка отриманих результатів.

Апробація результатів дисертації. Основні положення і висновки дисертаційної роботи доповідалися й обговорювалися на науково-практичних конференціях: Асоціація неонатологів України, Конференція молодих вчених України «Перинатальна медицина» (Київ, 2015), науково-практична конференція «Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина» (Київ, 2016), науково-практична конференція «Сучасні інновації в акушерстві та гінекології» (Київ, 2017), «Міжнародна науково-практична конференція – школа студентів та молодих вчених» BIOMED Talks - 2019 (Київ, 2019), Міжнародна науково-практична конференція (Київ, 2021), XV з'їзд Асоціації акушерів-гінекологів України «Акушерство, гінекологія, репродуктологія: актуальні та дискусійні питання» (Київ, 2021). Міжнародна науково-практична конференція студентів, молодих вчених «BIOMEDICAL PERSPECTIVES III» (Суми, 2021).

Публікації. Основні наукові положення і висновки дисертації відображені в 12 наукових працях, у тому числі 7 – у фахових виданнях України та періодичних зарубіжних виданнях (1 публікація у виданні, індексованому міжнародною базою Scopus). Серед публікацій 4 – тези у матеріалах конгресів та конференцій, 1 патент на корисну модель.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 210 сторінках друкованого тексту і складається з анотації, вступу, огляду літератури, опису матеріалів та методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, що нараховує 272 бібліографічних описів, які займають 32 сторінки, 6 додатків, що нараховують 7 сторінок. Робота ілюстрована 38 таблицями та 12 рисунками, які займають 1 сторінку.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань на першому етапі було проведено ретроспективний аналіз пологів у 2545 жінок, які були розродженні на базі пологового відділення для вагітних з акушерською патологією ДУ «ШАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України» за період з 2010-го по 2014 роки, що дав можливість визначити особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та перинатальних результатів розродження і з'ясувати частоту та основні варіанти аномалій пологової діяльності у здорових першонароджувачих.

На другому етапі дослідження мало проспективний характер та включало обстеження 120 соматично здорових першонароджувачих жінок з одноплідною вагітністю, які були розподілені на основну та контрольну групи. 90 жінок основної групи, налаштованих на партнерські пологи, були додатково поділені на дві групи у залежності від особливостей допологової підготовки: 1 групу склали вагітні (n=45), які спостерігались у жіночій консультації за загальноприйнятим алгоритмом і яким у якості допологової підготовки було запропоновано використання комплексу фізичних вправ та методів психологічного впливу для підготовки до партнерських пологів, досягнення мотивації на проведення партнерських пологів. До 2 групи увійшли вагітні (n=45), що спостерігались у жіночій консультації і отримували комплексну допологову підготовку за розробленою нами схемою (дивися практичні рекомендації).

Рандомізація пацієнток забезпечувала більш надійну статистичну основу кількісної оцінки статистичних відмінностей між групами порівняння, сприяючи більш рівномірному розподілу прогностичних факторів та зменшенню їх спотворення.

До контрольної групи увійшло 30 жінок, які не проходили допологової підготовки, не мали індивідуальної підтримки в пологах та були налаштовані на традиційні методи знеболення за потреби.

Критерієм включення у дослідження була перша одноплідна доношена вагітність у здорових жінок в головному передлежанні за умови компенсованого стану плода, за відсутності у вагітної показань до планового кесаревого розтину, тяжкої акушерської патології, гострих інфекційних процесів, алергічних реакцій чи запальних захворювань у стадії загострення (ГРВІ, ангіна, гнійничкові ураження шкіри та інші).

Критерії виключення – термін вагітності до 37 тижнів та більше 41 тижня гестації, вагітні з акушерською та екстрагенітальною патологією.

Проспективне дослідження проводилося згідно попередньо розробленого та затвердженого плану і проходило у три послідовних етапи. На першому етапі нами був проведений скринінг та включення обстежуваних у дослідження, тривалість першого етапу складала від одного до п'яти днів з моменту звернення пацієнток у відділення для вагітних з акушерською патологією ДУ «ШАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України»; другий етап проспективного дослідження заключався безпосередньо у проведенні допологової підготовки вагітних (від двох до чотирьох

тижнів); на третьому етапі проводили оцінку перебігу пологів та стану новонароджених (до моменту виписки зі стаціонару у післяпологовому періоді).

У процесі наукового дослідження проводили вивчення особливостей перебігу вагітності, наявності ускладнень у пологах та післяпологовому періоді. Стан здоров'я новонароджених оцінювали на основі клінічних даних після народження, вивчали перинатальні наслідки. Відповідно, була розроблена «Карта обстеження новонароджених». Детально розглянуті перинатальні ускладнення у новонароджених, частота асфіксії при народженні, ознаки гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС та пологового травматизму. При народженні дітей враховувалась стать, основні показники фізичного розвитку (вага, зріст, обвід голівки та грудної клітки), відповідність терміну гестації, оцінка за шкалою Апгар, інформація про надання реанімаційної допомоги, діагноз при народженні та перебіг процесу неонатальної адаптації.

Кардіотокографія (КТГ) плода проводилася за допомогою фетального кардіомонітора фірми «Sonicaid» (Англія), протягом 30 хвилин зі швидкістю руху стрічки 1 см/хв. Інтерпретацію отриманих результатів проводили за методикою М.А. Пасинкова й співавторів. На токограмі визначали частоту перейм за 10 хвилин, систолу і діастолу перейми, наявність/відсутність дискоординованих переймів. «Комплексами дискоординації» рахували подвійні, потрійні та «двогорбі» комплекси перейм.

Ультразвукове дослідження (УЗД) плода і плаценти проводили за допомогою сучасного ультразвукового апарату «SIMENS AUKSON X300 Premium Edition» Німеччина. Стан матково-плацентарного і плодового кровотоку визначався відповідно класифікації А.Н. Стрижакова. З метою характеристики стану плода встановлювали його біофізичний профіль (БПП) за А.М. Vintzileos і співавт. (1983).

У ході наукового дослідження проводилася суб'єктивна оцінка рівня ситуативної та особистої тривожності за методикою Ч.Д. Спілберга та Ю.Л. Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI), котра є інформативним методом самооцінки рівня тривожності на даний момент (реактивна чи ситуативна тривожність) та особиста тривожність як стійка характеристика людини.

Тест Спілберга-Ханіна проводили всім вагітним, які беруть участь в дослідженні чотири рази: в терміні вагітності 37–38 тижнів до проведення допологової підготовки, після проведення четвертого сеансу ТЕС у комплексі пренатальної підготовки сімейних пар, на початку пологів і через добу після них. Проводили сенсометрію: визначали больові пороги в абсолютних величинах — міліамперах (мА), шляхом дозованої стимуляції шкіри лівого вказівного пальця, імпульсним струмом із частотою 50–100 Гц та послідовним збільшенням сили струму перед кожною процедурою ТЕС.

Суб'єктивну оцінку пологового болю проводили у першу добу післяпологового періоду за вербальною описовою шкалою оцінки болю (Verbal Descriptor Scale, 1990).

Під час активної фази пологів кількісну оцінку концентрації в плазмі крові стрес-реалізуючої і стрес-лімітуючої систем проводили методом твердофазного імуноферментного аналізу (ІФА). Визначали рівень серотоніну, β -ендорфіну, адреналіну, норадреналіну та кортизолу.

Результати дослідження та їх обговорення. Під час ретроспективного дослідження виявлено, що питома вага у першонароджуючих за досліджуваний період склала 56,7 %, з них у першовагітних було у 42,3 %, і лише 8,1 % жінок виявилися здоровими (OR = 6,06; 95 % CI: 3,79-9,7; $p < 0,05$). Встановлено високий рівень загрози переривання вагітності – 31,2 %, стабільно високий рівень анемії – 34,6 %, багатоводдя – 17,6 % у цих жінок.

Частота передчасного розриву плодових оболонок (ПРПО) була у 21,5 % випадків, аномалій пологової діяльності – 22,4 %, яка призводить до збільшення кількості операцій кесаревого розтину (КР). Простежується чітка тенденція до зростання частоти кесаревого розтину у структурі методів розродження здорових вагітних – від 10,0 % до 17,1 % за 5 років спостереження. Стабільно високою залишається частота епізіо- та перинеотомій – 43,3 %, показника ручної ревізії стінок порожнини матки – до 20 %, амніотомії – до 26,8 %. Простежується тенденція до подовження безводного проміжку у групі вагітних без партнерської підтримки: $(467,05 \pm 18,3)$ хв. – 7 год. 47 хв. проти $(428,4 \pm 11,27)$ хв. – 7 год. 8 хв. у жінок, на пологах у яких був присутній партнер.

У випадку партнерських пологів, де були запроваджені родинно-орієнтовані технології, тривалість періодів пологів була достовірно вищою: так тривалість першого періоду пологів достовірно перевищує аналогічні дані вагітних, що народжували без партнера: $(523,4 \pm 11,17)$ хв. – 8 годин 43 хв. проти $(465,7 \pm 14,23)$ хв. – 7 годин 45 хв. Відмічена достовірна різниця у тривалості потужного періоду між цими групами: $(52,79 \pm 0,27)$ хв. у 1 групі проти $(30,57 \pm 0,23)$ хв. у 2-й групі. При цьому тривалість третього періоду пологів достовірно не відрізнялася. Відмічено статистично достовірну різницю у застосуванні пологозбудження у першонароджуючих жінок: у групі партнерських пологів застосовувалося у 7,2 % жінок, а у групі традиційних пологів – у два рази частіше – 14,7 %, ($p < 0,05$). Виявлена достовірна різниця в частоті застосування методів пологопідсилення у практично здорових жінок: під час партнерських пологів – 12,7 % проти 24,2 % у жінок без партнерської підтримки, що у два рази менше.

Відмічена достовірна різниця у частоті випадків оперативних пологів: 8,2 % у порівнянні з групою вагітних без партнерської підтримки під час пологів – 18,9 %.

Отже, варто зазначити, що застосування родинно-орієнтованих технологій з психологічною підтримкою партнера під час пологів стримує моменти акушерської агресії у вигляді застосування пологозбудження та пологопідсилення, що достовірно впливає на частоту кесаревого розтину.

Частота аномалій пологової діяльності у жінок з традиційним веденням пологів складає 32,6 %, найчастіше розвивається слабкість пологової діяльності 22,1 % випадків, що у 2 рази частіше, ніж у випадку партнерських пологів – 10,9 % випадків. Дискоординація пологової діяльності – 10,5 % проти 2,7 % у партнерських пологах.

У першонароджуючих здорових жінок, пологи у яких проходили без участі партнера, наркотичні анальгетики застосовувалися у 25,2 % випадків, тобто в три з половиною рази частіше ніж у пацієток з партнером – 7,2 % випадків, ($p < 0,05$). Епідуральна анестезія (ЕПДА) в групі партнерських пологів застосовувалася у 2,2 рази рідше, ніж у контрольній групі – (10,9 % проти 24,2 %), спазмолітики

застосовувалися у 2,8 рази рідше – (10,9 % проти 30,5 %), комбіновані методи знеболення – втричі рідше у порівнянні з пацієнтками, у яких не було партнерської підтримки в пологах: (3,6 % проти 12,6 %) випадків. Отже, висновок про зменшення потреби в знеболенні пологів у присутності партнера повністю підтверджений для першонароджуючих жінок.

Проаналізовані перинатальні наслідки пологів у практично здорових жінок, що народжували вперше, а саме народження дітей у стані асфіксії за умови партнерських пологів зустрічається в 2,3 рази рідше (4,5 % проти 10,5 %), ($p < 0,05$).

При партнерських пологах число здорових дітей, виписаних з пологового будинку додому протягом 3–5 днів після народження, більше, ніж після традиційних пологів: 58,2 % проти 38,9 %, (OR = 2,1; 95 % CI: 2,4-7,5; $p < 0,05$).

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про позитивний вплив партнерських пологів як на акушерські, так і перинатальні результати розродження. Отже, отримані результати ретроспективного дослідження дають нам право рекомендувати партнерські пологи як метод профілактики основних ускладнень.

У ході проведеного проспективного дослідження перебігу вагітності у обстежуваних жінок в терміні 37,1-37,3 тижнів при порівняльному аналізі встановлено, що частота гестаційних ускладнень у цих жінок по групах достовірно не відрізнялася ($p > 0,05$).

Стан матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку оцінювали перед пологами всім вагітним, а в пологах лише за показаннями. Результати проведеного дослідження свідчать про те, що у групі жінок, які пройшли допологову підготовку із застосуванням ТЕС у комбінації з розчинною формою магнію, рівень індекса судинної резистентності мав тенденцію до зниження відносно контрольної групи, особливо в артеріях пуповини.

Оцінюючи особисту тривожність на початку дослідження, виявлено, що помірний рівень спостерігався більш ніж у половини вагітних, зокрема в основній групі – 48,9 %; у контрольній групі – у 46,7 %. Число жінок з низьким рівнем особистої тривожності переважало в основній групі 37,8 %, ніж у контрольній групі 33,3 %, що свідчить про впевненість пацієнток цієї групи в ефективності партнерської підтримки в пологах. Високий рівень тривожності відзначений у 13,3 % вагітних основної групи і у 20,0 % – у пацієнток контрольної групи. Порівняння показників особистої тривожності між 1-ю та 2-ю групами до початку допологової підготовки показало, що переважав у цих групах помірний рівень особистої тривожності, що спостерігався у кожній другій жінки та достовірно не відрізнявся між групами, що були налаштовані на партнерські пологи (48,9 % проти 46,7 %), ($p < 0,05$). Не відмічено достовірної різниці між цими групами і по показниках високого та низького рівнів особистої тривожності до проведення допологової підготовки.

Подібна тенденція відзначена і при оцінці ситуативної тривожності: помірний рівень спостерігався у кожній другій вагітній (в основній групі – 48,9 %; у контрольній – 46,7 %); високий – у основній групі – 32,2 %; у контрольній – 33,3 %). Низький рівень ситуативної тривожності у жінок основної групи (18,9 %), проти 20,0 % – у жінок контрольної групи. Це означає, що групи вагітних за показниками

особистої та ситуативної тривожності на момент рандомізації були статистично порівняні, ($p > 0,05$).

Відзначено, що проведення рекомендованої допологової підготовки з використанням ТЕС у комбінації з магнієм дозволило вірогідно стабілізувати рівень ситуативної тривожності у пацієток 2-ї групи. Так після її проведення низька ситуативна тривожність була відзначена у 28,9 % вагітних, помірна збільшилась до 57,8 %, високий рівень спостерігався лише у 13,3 % ($p < 0,05$).

Отримані результати свідчать, що стійкий анальгетичний ефект визначався вже після 4-ї процедури ТЕС, який утримувався протягом 24 годин після закінчення кожного наступного сеансу. Це надає можливість забезпечити ефективно не медикаментозне знеболення I-го періоду пологів при розвитку регулярної пологової діяльності у визначений проміжок часу.

На початку пологів кількість жінок з високим рівнем особистої тривожності, які проходили допологову підготовку за розробленою нами методикою (2 група), була достовірно меншою, ніж серед пацієток, які народжували з партнером, але їм під час підготовки до пологів не застосовували ТЕС: у 1,3 рази порівняно з 1-ю групою і в 2,5 рази меншою, ніж серед жінок, які народжували традиційно (контрольна група) (табл. 1).

Таблиця 1

**Рівень особистої та ситуативної тривожності вагітних
за шкалою Спілберга-Ханіна на початку пологів**

Рівень тривожності	Основна група				Контрольна група	
	1 група (n = 45)		2 група (n = 45)		(n = 30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Особиста тривожність						
Високий рівень тривожності	8	17,8*	6	13,3*	10	33,3
Помірний рівень тривожності	23	51,1	23	51,1	15	50,0
Низький рівень тривожності	14	31,1*	16	35,6*	5	16,7
Ситуативна тривожність						
Високий рівень тривожності	22	48,9*	12	26,7* ^o	23	76,6
Помірний рівень тривожності	19	42,2*	22	48,9*	5	16,7
Низький рівень тривожності	4	8,9	11	24,4* ^o	2	6,7
Примітки ^o - достовірна різниця з показником 1-ї групи ($p < 0,05$); * - достовірна різниця з показником контрольної групи ($p < 0,05$).						

Рівень особистої тривожності через добу після пологів у жінок 1-ї групи практично не змінився, кількість жінок з високим рівнем особистої тривожності в контрольній групі була вдвічі більшою (16,7 %), ніж у 2-й групі (8,9 %), ($p < 0,05$).

У породілль 2-ї групи частота випадків високого рівня ситуативної тривожності знизилася у 2,2 рази і склала 13,3 % (в пологах – 26,7 %, $p < 0,05$). Високий рівень тривожності у породілль 1-ї групи також знизився в 2,2 рази у порівнянні з таким в пологах (з 48,9 % до 24,4 %), однак перевищував його в 1,7 рази у порівнянні з породіллями основної 2-ї групи, ($p < 0,05$). У кожній третій породіллі контрольної групи відмічався високий рівень ситуативної тривожності (26,7 %), що перевищувало даний показник пацієток 2-ї групи вдвічі, а 1-ї групи – в 1,2 рази, ($p < 0,05$).

Дослідження стану стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем організму у обстежуваних роділль встановило достовірну різницю між показниками (табл. 2). При аналізі результатів відзначено, що у жінок 1-ї та контрольної груп спостерігався високий рівень і адреналіну, і кортизолу, що свідчить про напруження системи адаптації, у пацієток 2-ї групи, показники симпато-адреналової системи були достовірно нижчими, також більш вираженими у них були захисні антистресові механізми.

Таблиця 2

Показники стану стрес-реалізуючої і стрес-лімітуючої систем організму в активній фазі пологів у роділь обстежених груп (M±m)

Гормон	Основна група		Контрольна група
	1 група (n=45)	2 група (n=45)	(n=30)
<i>Показники стрес-реалізуючої системи організму</i>			
Кортизол, нмоль/л	1287,43±43,62	1127,18±68,24* ^o	1314,29±43,19
Адреналін, пг/мл	6956,04±242,21*	4280,52±270,45* ^o	7642,52±337,86
Норадреналін, пг/мл	13764,76±54,83*	13016,74±46,28* ^o	14874,53±24,52
<i>Показники стрес-лімітуючої системи організму</i>			
Серотонін, нг/мл	246,46±7,14*	278,53±6,02* ^o	208,08±5,53
β-ендорфін, нг/мл	25,99±0,11*	26,53±0,17* ^o	25,31±0,16
Адреналін / серотонін	28,22±0,83*	15,37±1,02* ^o	36,72±0,89
Примітки ^o - достовірна різниця з показником 1-ї групи ($p < 0,05$); * - достовірна різниця з показником контрольної групи ($p < 0,05$).			

У жінок, які пройшли допологову підготовку за розробленим алгоритмом, отримані показники мали найменш виявлений стрес-реалізуючий характер.

Відповідно напруження як стрес-реалізуючої, так і стрес-лімітуючої систем носило урівноважений характер і сприяло розвитку нормальної пологової діяльності та пологів.

Встановлений високий та середній рівень кореляційного зв'язку між рівнем тривожності та показниками стрес-реалізуючої системи (адреналін – $r = 0,72$ і кортизолом – $r = -0,44$) і стрес-лімітуючої системи (серотоніном – $r = 0,73$ і β -ендорфіном – $r = -0,60$).

За результатами визначення порогу болю (ПБ) у динаміці проведення процедури ТЕС вагітним 2-ї групи зареєстровано прогресуюче зростання порогу терпимості болю (ПТБ) із подальшою стабілізацією цієї величини після п'ятої процедури ТЕС.

Відповідно до змін величин ПБ суттєво зросли значення ПТБ, який збільшився в 4,2 рази після четвертої процедури ТЕС.

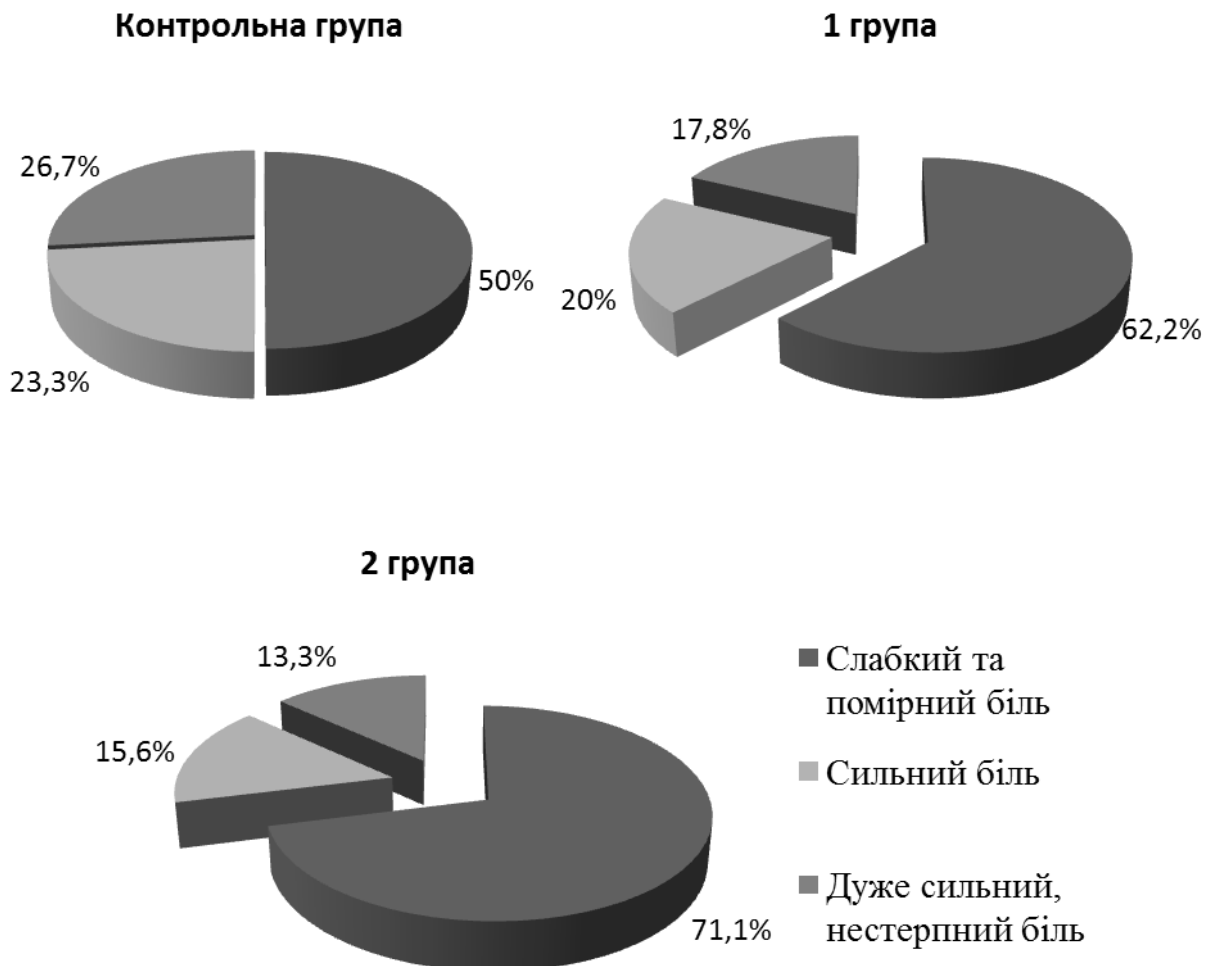


Рис. 1 Структура пологового болю у жінок за вербально-описовою шкалою оцінки болю (Verbal Descriptor Scale, 1990)

У породіль 1-ї групи слабкий та помірний біль відмічений у 62,2 % жінок, сильний біль — у 20 % жінок. Дуже сильний, нестерпний біль відмічали 17,8 % жінок.

Суб'єктивне сприйняття болю значно вищим було у роділль контрольної групи з традиційним веденням пологів, у зв'язку з цим у даній групі достовірно частіше проводилося знеболення пологів ($p < 0,05$). У роділль 2-ї групи, на тлі зниження показника суб'єктивного сприйняття болю, частота медикаментозного знеболення пологів відповідно була меншою, а самі методи більш щадними.

Порівняльна оцінка перебігу пологів встановила зниження частоти ускладнень у жінок, які пройшли рекомендовану допологову підготовку. Так слабкість пологової діяльності знизилась до 4,4 % (1-ша група – 11,1%, контрольна – 16,7 %); частота пологопідсилення у жінок 2-ї групи становила 4,4 % (1-ша група – 11,1%, контрольна – 16,7 %). Частота оперативного родорозродження у 2-й групі становила 2,2 % – один випадок вакуум-екстракції плода з приводу розвитку дистресу, дискоординації пологової діяльності (ДПД) та операцій кесаревого розтину в 2-й групі не було (1-ша група – 4,4% та 11,1 % , контрольна – 6,7 % та 23,3 % відповідно).

Аналізуючи перебіг пологів, у здорових першонароджуючих, слід відмітити високу частоту передчасного розриву плодових оболонок, який у контрольній групі склав 30,0 % вагітних, що перевищувало у 1,7 рази показник 1-ї групи (17,8 %) та у 2,3 рази показник 2-ї групи (13,3 %) ($p < 0,05$).

Дистрес плода в пологах зустрічався у 13,3 % випадків у 1-й, 16,7 % – у контрольній та 2,2 % – у 2-й групі ($p < 0,05$).

Аналіз структури причин кесаревого розтину в обстежуваних групах виявив наступну закономірність: найбільша кількість операцій проведена з приводу дистресу плода в пологах – по три випадки у 1-й та контрольній групах (6,7 % та 10,0 % відповідно). На другому місці – слабкість пологової діяльності, що не корегується медикаментозними засобами, що у групі партнерських пологів була у 3 рази меншою, порівняно з традиційними пологами, відповідно 2,2 % проти 6,7 %. Один випадок оперативного розродження у 1-й групі (2,2 %) у зв'язку з розвитком клінічно вузького тазу та дистресу плода, у контрольній групі – по одному випадку з приводу клінічно вузького тазу та випадіння ручки плода.

Частота застосування у пологах спинно-мозкової анестезії та інтубаційного наркозу у контрольній групі склала (20,0 % та 3,3 %) проти (8,9 % та 2,2 %) 1-ї групи відповідно, що пояснюється в першу чергу значним відсотком оперативного розродження цієї категорії пацієток. Медикаментозне знеболення пологів у 1-й та 2-й групі за вимогою жінок проводилося методом монотерапії фентанілом у 8 (17,8 %) та 6 (13,3 %) випадків відповідно. У першонароджуючих здорових жінок, пологи у яких проходили без участі партнера, наркотичні анальгетики застосовувалися у 8 (26,7 %) випадків, тобто у 1,5 рази частіше ніж у пацієток першої групи та у 2 частіше, ніж у роділль другої групи, ($p < 0,05$). Епідуральна анестезія в контрольній та 1-й групах застосовувалася у 33,3 % проти 28,9 % випадків та в 2-ї групі – 13,3 %, ($p < 0,05$).

Субінволюція матки та лохіометра у контрольній групі зустрічалися в 5 (16,7 %) випадках, у 1-й та 2-й групах – 2 (4,4 %) та 1 (2,2) відповідно.

Оцінюючи стан новонароджених у залежності від типу допологової підготовки встановлено, що вищі показники за шкалою Апгар були у дітей від жінок 2-ї групи, де проводилася рекомендована допологова підготовка.

Порівняльна оцінка перинатальних наслідків виявила, що асфіксії середнього ступеню тяжкості — у 1-й та контрольній групах склала 6,7 % та 10,0 % відповідно, ($p < 0,05$), за відсутності таких випадків у 2-й групі, асфіксія тяжкого ступеню відмічена лише в групі контролю та становить 3,3 %.

Підводячи підсумки та аналізуючи ефективність застосування розробленого алгоритму допологової підготовки здоровим вагітним та його вплив на перебіг пологів, можна зробити висновок, що застосування транскраніальної електростимуляції у комбінації з розчинною формою органічного магнію у комплексній підготовці до партнерських пологів покращує психологічний стан, позитивно впливає на показники стрес-реалізуючої й стрес-лімітуючої систем, підвищує больовий поріг та поріг терпимості болю, сприяє зменшенню числа ускладнень в пологах, у першу чергу, аномалій пологової діяльності, оперативних пологів, зменшує загальну тривалість пологів та має позитивний вплив на стан плода та новонародженого.

ВИСНОВКИ

1. Згідно з даними сучасної медичної статистики, лише 25–30 % пологів мають фізіологічний перебіг, у 40–50 % випадків спостерігаються відхилення у стані здоров'я роділлі та новонародженого, що є причиною зростання показників материнської та дитячої смертності, що визначає актуальність виконаного дослідження. Тому пошук нових методів оптимізації підготовки до перших пологів та профілактика акушерських і перинатальних ускладнень у здорових вагітних є актуальною.

2. Вагітність у першонароджуючих жінок супроводжується значною кількістю ускладнень, саме: загроза переривання – 31,2 %, анемія – 34,4 %, ранній гестоз – 5,4 %, безсимптомна бактеріурія – 3,4 %, гестаційний пієлонефрит – 7,7 %, гіпертензія вагітних – 1,9 %. В пологах у 22,4 % жінок відмічені аномалії пологової діяльності, передчасний розрив плодових оболонок – 21,5 %, дистрес плода – 10,2 %, оперативне розродження – 13,2 %. Оцінка за шкалою Апгар 7 та менше балів складала в різні роки від 26,3 % до 46,3 % у новонароджених. У післяпологовому періоді дефекти плаценти та оболонок відмічались у 18,5 %, розриви шийки матки та промежини – у 19,5 % здорових першонароджуючих.

3. За результатами ретроспективного аналізу пологів за 5 років, встановлено, що сумарна частота аномалій пологової діяльності у першонароджуючих з традиційним веденням пологів склала 32,6 %, а саме: слабкість та дискоординація пологової діяльності (22,1 % та 10,5 % відповідно).

4. У здорових першороділь у 37-38 тижнів виявляються істотні відхилення психологічного статусу: підвищення високого та помірного рівня особистої (66,7 %) та ситуативної (80 %) тривожності, на початку пологів ці показники зростають до 83,3 %

та 93,3 %, а в першу добу післяпологового періоду становлять – 63,3 % та 73,3 % відповідно.

5. В активну фазу пологів стан стрес-реалізуючої й стрес-лімітуючої систем характеризується високими показниками кортизолу та адреналіну і низькими – серотоніну та β -ендорфіну. Встановлений високий та середній рівень кореляційного зв'язку між рівнем тривожності та показниками стрес-реалізуючої системи (адреналін – $r = 0,72$ і кортизолом – $r = -0,44$) і стрес-лімітуючої системи (серотоніном – $r = 0,73$ і β -ендорфіном – $r = -0,60$).

6. При визначенні болю у здорових першонароджуючих у 50 % випадків жінки оцінили біль у пологах як сильний та нестерпний. При аналізі застосування методів знеболення визначено, що у 26,7 % випадків використовувались наркотичні анальгетики, у 33,3 % – епідуральна анестезія, у 26,7 % – спазмолітики.

7. Результати динамічного нагляду за станом плода (ультрасонографічне обстеження з доплерометрією кровотоку та КТГ) під час вагітності показали відсутність патологічних порушень, тільки в 6,7 % випадків спостерігалось помірне підвищення судинної резистентності в маткових артеріях.

8. Партнерські пологи дозволили зменшити психологічне навантаження, поліпшити показники стрес-реалізуючої й стрес-лімітуючої систем здорових першонароджуючих, підвищити поріг болю. Але зберігався високий рівень особистої (68,9 %) та ситуативної (91,1 %) тривожності в пологах, підвищений рівень кортизолу – $(1287,43 \pm 43,62)$ нмоль/л та значний відсоток (37,8 %) жінок, які оцінювали біль, як сильний та нестерпний, що обумовлює необхідність подальшого удосконалення алгоритму допологової підготовки цим жінкам.

9. Розроблений алгоритм допологової підготовки подружніх пар, що включає: психофізичну підготовку, партнерську підтримку, транскраніальну електростимуляцію структур головного мозку та застосування розчинного магнію, – покращує психологічний стан, позитивно впливає на показники стрес-реалізуючої й стрес-лімітуючої систем, підвищує больовий поріг та поріг терпимості болю.

10. Застосування удосконаленого алгоритму допологової підготовки дало можливість знизити акушерські ускладнення, а саме: слабкість пологової діяльності – у 2,5 рази, необхідність пологопідсилення – у 2,5 рази; знеболення – у 2 рази, виключити розвиток дискоординованої та надмірної пологової діяльності та тяжкої асфіксії у новонародженого.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Допологова підготовка здорових вагітних до партнерських пологів повинна розпочинатися на етапі жіночої консультації від моменту постановки на облік по вагітності і включати обов'язкову оцінку психологічного статусу за шкалою Спілберга-Ханіна та консультацію медичного психолога.

2. З метою профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у пологах у здорових вагітних, підвищення поінформованості подружньої пари слід проводити тренінги майбутніх пологів починаючи з 34-го тижня вагітності за участю акушера-гінеколога, анестезіолога, неонатолога, що включають вивчення методик

самознеболення і управління потугами, роз'яснення функцій партнера під час пологів та після народження дитини.

3. У комплексну допологову підготовку здорових вагітних доцільно включати сеанси ТЕС у комбінації з розчинною формою органічного магнію, що застосовується до 38 тижнів вагітності у дозі 300 мг один раз на добу. Після попередньо проведеної бесіди з роз'ясненнями позитивного впливу процедури ТЕС, відчуттів, що виникають під час її проведення, транскраніальну стимуляцію проводити з використанням електростимулятора «МЕДАПТОН» (МДМК-4). Електроди слід накладати на лоб та соскоподібні відростки зі змоченими водою прокладками. Починати курс транскраніальної електростимуляції уніполярними прямокутними імпульсами позитивної полярності зі зміною частоти імпульсів в межах 70–90 Гц та подачею постійної гальванічної складової з фіксованим відношенням до імпульсної 1:1 по амплітуді та зміною значень сили струму в межах 0,5–2,5 мА, в залежності від комфортності передбачених відчуттів в зонах накладення електродів. На початку процедури встановлюється струм силою від 0,5 до 1,5 мА, через 10–15 хвилин сила струму піднімається до 2,0–2,5 мА. Індивідуально необхідну силу струму варто підбирати відповідно до відчуттів вагітної. Достатньою слід вважати величину струму, за якої у місці прикладення електродів виникає відчуття легкого поколювання.

4. Тривалість кожного сеансу електростимуляції становить 60 хв, проводити процедуру варто один раз на добу, сумарна кількість процедур – 10 сеансів із дотриманням добової циклічності виконання процедур та урахуванням досягнення стійкого анальгетичного ефекту після 4-ї процедури, який утримується протягом 24 годин після закінчення кожного послідуного сеансу ТЕС з послідуною підтримкою досягнутого ефекту до початку пологової діяльності, що надає можливість забезпечити ефективне немедикаментозне знеболення I-го періоду пологів при розвитку регулярної пологової діяльності у визначений проміжок часу. Необхідну кількість сеансів визначати індивідуально за акушерською ситуацією.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Скрипченко НЯ, Невишна ЮВ, Карпенко ОП. Застосування транскраніальної електростимуляції в підготовці до партнерських пологів. Перинатология и педиатрия. 2018;4(76):54–57. *(Здобувачем проведено обстеження пацієнтів, статистичний аналіз та узагальнення одержаних результатів, підготовлено статтю до друку).*

2. Невишна ЮВ. Сучасні погляди на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень у здорових вагітних (огляд літератури). Репродуктивное здоровье женщины. 2021;1(2021):49-53. *(Проведено аналіз літературних джерел, статистичний аналіз та узагальнення одержаних результатів, підготовлено статтю до друку).*

3. Скрипченко НЯ, Невишна ЮВ. Актуальні аспекти перебігу пологів у здорових жінок за даними ретроспективного аналізу. Буковинський медичний

вісник. 2021;Т.25;2(98):109-113. *(Проведено статистичний аналіз та узагальнення одержаних результатів, підготовлено статтю до друку).*

4. Невишна ЮВ. Ефективна допологова підготовка – запорука успішних пологів, психоемоційного та фізичного здоров'я жінки. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2021;1(2021):123-128. *(Проведено обстеження пацієнтів, статистичний аналіз та узагальнення одержаних результатів, підготовлено статтю до друку).*

5. Невишна ЮВ. Оцінка перебігу пологів та післяпологового періоду залежно від типів проведення допологової підготовки. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2021. Т.20;2 (76):51-56. *(Проведено аналіз наукової літератури з даної проблеми, обстеження пацієнтів, статистичний аналіз та узагальнення одержаних результатів, підготовлено статтю до друку).*

6. Skripchenko NY, Nevyshna YV, Lozova LA. Et al. Current aspects of delivery in healthy women in accordance with the data of retrospective analysis. *Wiadomości Lekarskie*. 2021. Vol. LXXIV, No.10 (1). P. 2463-2465 (Scopus). *(Проведено аналіз наукової літератури з цієї проблеми, статистичний аналіз та узагальнення одержаних результатів, підготовлено статтю до друку).*

7. Скрипченко НЯ, Невишна ЮВ. Оцінка стану особистої та ситуативної тривожності, показників стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем організму як маркера ефективності допологової підготовки. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2021;3(87):17-22. *(Проведено аналіз літературних джерел, статистичний аналіз та узагальнення одержаних результатів, підготовлено статтю до друку).*

8. Скрипченко Н. Я., Невишна Ю. В. Спосіб підготовки вагітних до партнерських пологів : пат. на корисну модель № 130188 Україна, МПК (2018.11). А61N 1/00. № u 2018 06446 ; заявл. 08.06.2018 ; опубл. 26.11.2018, Бюл. № 22.

9. Невишна ЮВ. Ретроспективний аналіз пологів у здорових жінок з використанням новітніх технологій. *Перинатальна медицина*. (Конференція молодих вчених України). 2015; 27-28. *(Проведено статистичний аналіз та узагальнення одержаних результатів, підготовлено тези до друку).*

10. Невишна ЮВ. Доцільність впровадження психоемоційної, фізичної підготовки та підтримки вагітних і породіль, спрямованих на збереження фізичного та психічного здоров'я: Матеріали конференції молодих вчених України "Перинатальна медицина", 21 квітня 2016 року. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2016; Т.VI, 2(20):128–129. *(Проведено обстеження пацієнтів, статистичний аналіз та узагальнення одержаних результатів, підготовлено тези до друку).*

11. Невишна ЮВ. Вплив психофізичної підготовки з застосуванням транскраніальної електростимуляції на перебіг пологів та післяпологового періоду. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції – школи студентів та молодих вчених. 2019, 90-91. *(Проведено обстеження пацієнтів, статистичний аналіз та узагальнення одержаних результатів, підготовлено тези до друку).*

12. Nevyshna YV. Optimization of birth of healthy pregnant women and early diagnosis of complication in childbirth. *Biomedical Perspectives III: Abstract book of International Scientific Conference of Students, Postgraduates and Young Scientists*,

Sumy, October 26-28, 2021. – Sumy : Sumy State University, 2021; P. 58. *(Проведено обстеження пацієнтів, статистичний аналіз та узагальнення одержаних результатів, підготовлено тези до друку).*

АНОТАЦІЯ

Невишна Ю.В. Оптимізація підготовки до перших пологів та профілактика акушерських і перинатальних ускладнень у здорових вагітних. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 «Акушерство та гінекологія». – Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», Київ, 2021.

Дисертацію присвячено зниженню частоти акушерських і перинатальних ускладнень у здорових жінок шляхом оптимізації допологової підготовки на підставі вивчення предикторів аномалій пологової діяльності, визначення порогів больової чутливості, стану особистої та ситуативної тривожності, показників стрес-лімітуючої та стрес-реалізуючої систем організму.

На підставі ретроспективного аналізу вивчено особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та перинатальні результати розродження здорових першонароджуючих. Встановлено, що вагітність у першонароджуючих жінок супроводжується значною кількістю ускладнень, а саме: загрозою переривання, анемією, раннім гестозом, безсимптомною бактеріурією, гестаційним пієлонефритом, гіпертензією вагітних. В пологах ці жінки мали високий показник аномалій пологової діяльності, передчасного розриву плодових оболонок, дистресу плода, оперативного розродження, низьку оцінку новонароджених за шкалою Апгар. Післяпологовий період ускладнювався дефектами плаценти та оболонок, розривом шийки матки та промежини. З'ясована частота та основні варіанти аномалій пологової діяльності у цих жінок, а саме: слабкість та дискоординація пологової діяльності.

Визначено, що під час вагітності та пологів здорові першонароджуючі переживали психоемоційний стрес, що спричиняв зміни ситуативної та особистої тривожності, найбільш виражені в активну фазу пологів.

Вивчено характер змін показників стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем в активну фазу пологів та встановлено кореляційний зв'язок з показниками психологічного стану, що надало можливість поглибити існуючі дані про патогенетичні механізми порушень пологової діяльності та розвитку перинатальної патології. Визначено характер больового синдрому в пологах та застосовані методи знеболення у здорових першонароджуючих.

Встановлено, що партнерські пологи зменшують психологічне навантаження та поліпшують показники стрес-реалізуючої й стрес-лімітуючої систем здорових першонароджуючих, підвищують поріг болю, але зберігається високий рівень особистої та ситуативної тривожності, високий показник рівня кортизолу та значна

частина жінок, які оцінювали біль, як сильний та нестерпний, що обумовлювало необхідність подальшого удосконалення допологової підготовки.

Розроблено та впроваджено алгоритм допологової підготовки у здорових першонароджуючих, що включає: психофізичну підготовку, партнерську підтримку, транскраніальну електростимуляцію структур головного мозку та застосування розчинного магнію, який покращує психологічний стан, позитивно впливає на показники стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем, підвищує больовий поріг та поріг терпимості болю.

Запропонований алгоритм допологової підготовки здорових першонароджуючих сприяє зниженню частоти ускладнень в пологах та післяпологовому періоді, покращенню процесів післяпологової адаптації, зниженню рівня перинатальної патології та зменшенню медикаментозного навантаження.

Ключові слова: роділля, допологова підготовка, транскраніальна електростимуляція, больовий поріг, знеболення, партнерські пологи.

АННОТАЦІЯ

Невышная Ю.В. Оптимизация подготовки к первым родам и профилактика акушерских и перинатальных осложнений у здоровых беременных. – Квалификационная научная работа на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 "Акушерство и гинекология". – Государственное учреждение «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», Киев, 2021.

Диссертация посвящена снижению частоты акушерских и перинатальных осложнений у здоровых женщин путем оптимизации дородовой подготовки на основании изучения предикторов аномалий родовой деятельности, определения порогов болевой чувствительности, состояния личной и ситуативной тревожности, показателей стресс-лимитирующей и стресс-реализующей системы организма.

На основании ретроспективного анализа изучены особенности течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальные результаты родоразрешения здоровых первородящих. Установлено, что беременность у первородящих женщин сопровождается значительным количеством осложнений, а именно угрозой прерывания, анемией, ранним гестозом, бессимптомной бактериурией, гестационным пиелонефритом, гипертензией беременных. В родах у этих женщин отмечен высокий показатель аномалий родовой деятельности, преждевременного разрыва околоплодных оболочек, дистресса плода, оперативного родоразрешения, низкая оценка новорожденных по шкале Апгар. Послеродовый период осложнился дефектами плаценты и оболочек, разрывом шейки матки и промежности. Установлена частота и основные варианты аномалий родовой деятельности у этих женщин, а именно: слабость и дискоординация родовой деятельности.

Определено, что во время беременности и родов здоровые первородящие переживали психоэмоциональный стресс, что вызывало изменения ситуативной и личной тревожности, наиболее выраженные в активную фазу родов.

Изучен характер изменений показателей стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем в активную фазу родов и установлена корреляционная связь с показателями психологического состояния, что позволило углубить существующие данные о патогенетических механизмах нарушений родовой деятельности и развитии перинатальной патологии. Определен характер болевого синдрома в родах и применены методы обезболивания у здоровых первородящих.

Установлено, что партнерские роды уменьшают психологическую нагрузку и улучшают показатели стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем здоровых первородящих, повышают порог боли, при этом сохраняется высокий уровень личной и ситуативной тревожности, высокий показатель уровня кортизола и значительная часть женщин, которые оценивали боль как сильную и невыносимую, что обуславливало необходимость дальнейшего усовершенствования дородовой подготовки.

Разработан и внедрен алгоритм дородовой подготовки у здоровых первородящих, включающий: психофизическую подготовку, партнерскую поддержку, транскраниальную электростимуляцию структур головного мозга и применение магния, который улучшает психологическое состояние, положительно влияет на показатели стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем, повышает болевой порог и порог терпимости боли.

Предложенный алгоритм дородовой подготовки здоровых первородящих способствует снижению частоты осложнений в родах и послеродовом периоде, улучшению послеродовой адаптации, снижению уровня перинатальной патологии и уменьшению медикаментозной нагрузки.

Ключевые слова: роженица, дородовая подготовка, транскраниальная электростимуляция, болевой порог, обезболивание, партнерские роды.

ANNOTATION

Neveshna Yu.V. Optimization of preparation for childbirth and prevention of obstetric and perinatal complications in healthy pregnant women. – On the rights of the manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a specialty 14.01.01 "Obstetrics and gynecology". - State Institution "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Academician O.M. Lukyanova National Academy of Medical Sciences of Ukraine ", Kyiv, 2021.

The dissertation is devoted to reducing the frequency of obstetric and perinatal complications in healthy women by optimizing prenatal training based on the study of predictors of labor anomalies, determining the thresholds of pain sensitivity, personal and situational anxiety, stress-limiting and stress-implementing systems.

On the basis of a retrospective analysis, the features of the course of pregnancy, childbirth, the postpartum period and perinatal results of delivery of healthy primiparas were studied. It was established that pregnancy in primiparous women is accompanied by a significant number of complications, namely, the threat of termination, anemia, early gestosis, asymptomatic bacteriuria, gestational pyelonephritis of pregnant women, hypertension. During childbirth, these women showed a high rate of abnormalities in

labor, premature rupture of membranes, fetal distress, operative delivery, and a low assessment of newborns on the Apgar scale. The postpartum period was complicated by defects in the placenta and membranes, rupture of the cervix and perineum. The frequency and main variants of labor anomalies in these women have been established, namely: weakness and discoordination of labor.

It was determined that during pregnancy and childbirth, healthy primiparous experienced psychoemotional stress, which caused changes in situational and personal anxiety, most pronounced in the active phase of childbirth.

The nature of changes in the indicators of stress-implementing and stress-limiting systems in the active phase of labor was studied and a correlation was established with indicators of the psychological state, which made it possible to deepen the existing data on the pathogenetic mechanisms of abnormalities in labor and the development of perinatal pathology. The nature of the pain syndrome in childbirth was determined and the methods of anesthesia were applied in healthy primiparous.

It was found that partner childbirth reduces psychological stress and improves the indicators of stress-implementing and stress-limiting systems in healthy primiparas, increases the pain threshold, while maintaining a high level of personal and situational anxiety, a high level of cortisol and a significant part of women who rated pain as severe and intolerable, which necessitated further improvements in antenatal training.

An algorithm for prenatal preparation in healthy primiparous was developed and implemented, including: psychophysical training, partner support, transcranial electrical stimulation of brain structures and the use of magnesium, which improves the psychological state, has a positive effect on the indicators of stress-realizing and stress-limiting systems, increases the pain threshold and threshold pain tolerance.

The proposed algorithm for the prenatal preparation of healthy primiparas helps to reduce the incidence of complications in childbirth and the postpartum period, improve postpartum adaptation, reduce the level of perinatal pathology and reduce the drug load.

Key words: childbirth, prenatal training, transcranial electrical stimulation, pain threshold, anesthesia, partner childbirth.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АПД – аномалії пологової діяльності.

БПП – біофізичний профіль плода.

ДПД – дискоординація пологової діяльності.

ЕПДА – епідуральна анестезія.

ІФА – імуноферментний аналіз.

КР – кесарів розтин.

КТГ – кардіотокографія.

ПБ – поріг болю.

ПРПО – передчасний розрив плодових оболонок.

ПТБ – поріг терпимості болю.

УЗД – ультразвукове дослідження.

ТЕС – транскраніальна електростимуляція.

ЦНС – центральна нервова система.