

# Корекція психологічного статусу вагітних з використанням родинно-орієнтованих технологій

С.Ю. Вдовиченко

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

**Мета дослідження:** визначення ролі родинно-орієнтованих технологій у корекції психологічного статусу та зниження частоти патології вагітності у жінок високого акушерського ризику.

**Матеріали та методи.** Для визначення ефективності профілактики патології вагітності на основі використання родинно-орієнтованих технологій було проведено комплексне клініко-психологічне і лабораторно-інструментальне обстеження 300 жінок з факторами акушерського ризику, яких було розподілено на дві групи. В основну групу увійшли 182 жінки з мотивацією на партнерські пологи, яким проводили навчання за системою індивідуальної підготовки подружньої пари до пологів. До групи порівняння увійшли 118 жінок з традиційним підходом до знеболювання, які не проходили допологової підготовки і не мали індивідуальної підтримки під час пологів.

**Результати.** Використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності дозволяє провести корекцію психологічного статусу та суттєво знизити частоту основних гестаційних ускладнень, особливо у плані скорочення частоти невиношування та передчасних пологів.

**Заключення.** Методика є простою, доступною і може широко використовуватися у практичній охороні здоров'я, особливо у жінок високого акушерського ризику.

**Ключові слова:** психологічний статус, родинно-орієнтовані технології, корекція.

Патологія перебігу вагітності – одна з провідних проблем сучасного акушерства, проявляється загрозою переривання, плацентарною дисфункцією та рядом інших патологічних станів [4, 6].

Основними чинниками ризику патологічного перебігу вагітності є екстрагенітальна патологія, інтраамніальне інфікування, анемія вагітних, преєклампсія, а також порушення психологічного статусу тощо [1, 7].

Серед нових технологій розродження особливе місце посідають родинно-орієнтовані технології та партнерські пологи, поширеність яких зростає з року в рік, а в разі різних складних ситуацій такий підхід при розродженні є дієвим резервом зниження частоти акушерської і перинатальної патології [5, 8].

Проведений аналіз даних сучасної літератури свідчить про недостатню вивченість питання використання родинно-орієнтованих технологій у корекції психологічного статусу та зниженні частоти різної патології перебігу вагітності, особливо під час розродження ефективних лікувально-профілактичних методик.

**Мета дослідження:** визначення ролі родинно-орієнтованих технологій у корекції психологічного статусу та зниження частоти патології вагітності у жінок високого акушерського ризику.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для визначення ефективності профілактики патології вагітності на основі використання родинно-орієнтованих технологій було проведено комплексне клініко-психологічне і лабораторно-інструментальне обстеження 300 жінок з факторами акушерського ризику, яких було розподілено на дві групи. В основну групу увійшли 182 жінки з мотивацією на партнерські пологи, яким проводили навчання за системою індивідуальної підготовки подружньої пари до пологів. Забезпечена індивіду-

альна підтримка у пологах лікаря, який спостерігав перебіг даної вагітності, що дозволило продовжити індивідуальну підготовку в пологах і застосувати нефармакологічні методи знеболювання та профілактики ускладнень у пологах. До групи порівняння увійшли 118 жінок з традиційним підходом до знеболювання, які не проходили допологової підготовки і не мали індивідуальної підтримки під час пологів.

Психологічний статус подружніх пар та його корекцію оцінювали за допомогою анкетування, інтерв'ю, спостереження та тестування спільно з медичним психологом.

Факторами акушерського ризику вважають екстрагенітальну патологію, перенесені запальні процеси репродуктивної системи, безплідність в анамнезі, невиношування та передчасні пологи в анамнезі, анемію різного генезу тощо.

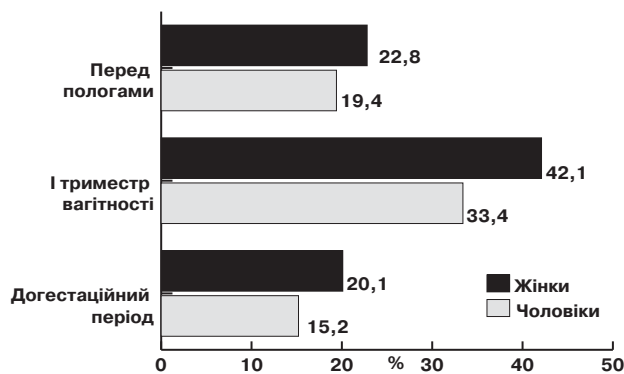
Групи жінок порівнювали за такими параметрами, як вік, паритет, наявність екстрагенітальної патології, перенесені гінекологічні захворювання.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Психологічну оцінку вихідного рівня тривожності в основній групі проводили на догестаційному етапі, у I триместрі вагітності та перед пологами (малюнок). У дослідженні виявлено помірний і низький рівень ситуаційної тривожності у чоловіків і жінок до настання вагітності. Пік високої ситуаційної тривожності спостерігали у I триместрі вагітності. Підвищену тривожність та емоційну нестабільність мали 42% вагітних. У чоловіків відсоток тривожності був нижчий і склав 33%. Кожна друга жінка страждала від хвилювань і страхів перед майбутніми пологами, за здоров'я дитини і за успішність пологів.

Перед пологами у жінок покращився емоційний стан, зменшилися хвилювання і страхи, рівень високої тривожності знизився на 20%.

У чоловіків рівень тривожності перед пологами знизився до 19% у порівнянні з I триместром. Чоловіки відчували проблеми своїх дружин, стали ближчими до них, не відчували хвилювання перед пологами, а навпаки, морально підтримували своїх дружин, активно цікавилися їхніми потребами, стали дбайливішими по відношенню до них.



Динаміка високого рівня ситуаційної тривожності подружніх пар

Оцінювання психологічного стану 161 родинної пари основної групи і 97 жінок, які не відвідували заняття з підготовки до пологів за тестом Спілбергера–Ханіна, проводили під час вагітності і перед пологами.

Отримані дані свідчать, що в групах дослідження є велика кількість осіб з помірним і високим рівнем тривожності. Вони вимагають особливої уваги, оскільки такий стан пов'язаний з реальним страхом жінки перед пологами або є наслідком особових конфліктів, порушень самооцінки. Звертає увагу, що високий рівень особової тривожності перед пологами відзначений в обох групах; для особової тривожності –  $80,8 \pm 1,4\%$  в основній групі і  $81,8 \pm 2,5\%$  – у групі порівняння; для ситуаційної тривожності –  $65,9 \pm 2,5\%$  і  $53,4 \pm 3,2\%$  відповідно.

Низький рівень особової тривожності спостерігали у  $5,5\%$  жінок основної групи і у  $9,7\%$  – групи порівняння. Вагітні, які мали низький рівень тривожності, відрізнялися «надмірним спокоєм», що могло носити захисний характер.

У результаті проведеного аналізу визначено, що в основній групі жінок, які пройшли підготовку за індивідуальною методикою, показник високої особової тривожності знизився на  $34\%$ , рівень ситуативної тривожності – на  $33\%$ .

Зросла питома вага низького і помірного рівня тривожності у  $3,5$  рази для особової, і в  $2,8$  рази для ситуаційної тривожності в основній групі. Породілля, які пройшли індивідуальну підготовку за запропонованою системою, мали підтримку лікаря і партнера в пологах, поводитися більш впевнено і спокійно, використовували активно у перший період немедикаментозні методи знеболівання: розслаблення між переїмами, протидавлення, точковий і звичайний масаж, зміна положення тіла, саморегуляція дихання. Чоловіки морально підтримували своїх дружин, були дбайливими по відношенню до них, що позитивно позначилося на розвитку подружніх стосунків.

У результаті проведеного дослідження визначено, що перед пологами в основній групі показник високої особової тривожності знизився з  $80,8 \pm 1,4\%$  до  $46,1 \pm 1,7\%$  (відмінності високо достовірні,  $p < 0,001$ ). Показник ситуаційної тривожності також істотно знизився з  $65,9 \pm 2,5\%$  до  $32,8 \pm 2,6\%$  (відмінності високо достовірні,  $p < 0,001$ ).

Таким чином, вивчення особової і ситуаційної тривожності є важливим компонентом дослідження не лише стану жінки, але й стану партнера. Отримані дані дозволяють оцінити ефект проведеної допологової підготовки за багатокомпонентною системою, а тестування родинних пар за шкалою Спілбергера–Ханіна до вагітності і перед пологами може служити критерієм підготовленості жінок до пологів.

У результаті проведення занять за індивідуальною методикою підготовки подружньої пари до пологів було відзначено достовірне зниження числа гестаційних ускладнень. Суб'єктивна симптоматика характеризувалася поліпшенням загального самопочуття у  $85\%$  жінок основної групи. Випадків погіршення стану в процесі підготовки виявлено не було.

Під час аналізу перебігу вагітності частота гестаційних ускладнень в основній групі жінок склала  $45,1 \pm 2,6\%$ , що в  $1,5$  рази

нижче, ніж у групі контролю ( $67,8 \pm 3,0\%$ ). Відсутність гестаційних ускладнень була відзначена в основній групі в  $54,9 \pm 2,6\%$  випадків порівняно з  $32,2 \pm 3,6\%$  – у групі порівняння.

При детальному аналізі отриманих результатів спостерігається достовірне зниження раннього токсикозу, загрози переривання вагітності у першій половині і числа передчасних пологів у  $1,8$ – $2,5$  рази. Під час аналізу перебігу вагітності встановлено, що достовірно рідше зустрічалися в основній групі порівняно з групою порівняння: ранній токсикоз ( $3,6 \pm 0,3\%$  і  $7,6 \pm 0,7\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ), загрозовий аборт ( $3,9 \pm 0,4\%$  і  $9,8 \pm 0,0\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ) і загроза передчасних пологів ( $4,1 \pm 0,4\%$  і  $11,9 \pm 1,1\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ).

Під час аналізу інших ускладнень гестації не було виявлено достовірно статистичних відмінностей. Слід зазначити, що достовірно частіше відсутність ускладнень протягом вагітності була у жінок групи порівняння  $54,9 \pm 2,6\%$  порівняно з пацієнтками основної групи –  $32,2 \pm 9,6\%$  ( $p < 0,05$ ).

У більшості жінок виявлена прееклампсія різного ступеня тяжкості, що потребує не профілактичних, а лікувальних заходів з урахуванням індивідуальних особливостей організму вагітної. Легкий ступінь тяжкості прееклампсії спостерігався у  $6,6 \pm 0,3\%$  жінок основної групи і  $5,9 \pm 0,5\%$  – групи порівняння, середній ступінь прееклампсії – у  $2,8 \pm 0,8\%$  жінок основної та  $5,1 \pm 0,4\%$  – групи порівняння.

Внутрішньоутробна гіпоксія плода є наслідком порушень процесів імплантації і плацентарної і може призвести до внутрішньоутробної загибелі плода і мимовільного викидня. Розвинута гіпоксія плода у разі ускладненого перебігу вагітності в основному пов'язана з морфофункціональними змінами плаценти, зокрема з порушенням її кровопостачання унаслідок запальних, дегенеративних і інших ушкоджень, що призводить до розвитку плацентарної дисфункції і аномалій пологової діяльності.

Достовірних відмінностей в основній групі і групі порівняння щодо частоти хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода, виявлено не було. Затримка розвитку плода в основній групі зустрічалася в  $0,8 \pm 0,1$  і  $5,5 \pm 0,5$  випадку у групі порівняння, що є статистично достовірним ( $p < 0,05$ ). Дані ускладнення гестації, пов'язані з порушеннями у системі мати–плацента–плід, за рахунок судинного і гемічного чинників і в подальшому можуть призводити до аномалій пологової діяльності.

Під час аналізу впливу методики індивідуальної підготовки на перебіг вагітності аналізували дані щодо передчасного переривання вагітності.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності дозволяє провести корекцію психологічного статусу і суттєво знизити частоту основних гестаційних ускладнень, особливо у плані скорочення частоти невиношування та передчасних пологів. На нашу думку, методика є простою, доступною і може широко використовуватися у практичній охороні здоров'я, особливо у жінок високого акушерського ризику.

женщини с мотивацией на партнерские роды, которым проводили обучение по системе индивидуальной подготовки супружеской пары к родам. Группа сравнения состояла из 118 женщин с традиционным подходом к обезболиванию, которые не проходили дорожной подготовки.

**Результаты.** Применение семейно-ориентированных технологий во время беременности позволяет провести коррекцию психологического статуса и существенно снизить частоту основных осложнений беременности, особенно невынашивания и преждевременных родов. Методика является простой, доступной и может широко использоваться в практическом здравоохранении у женщин с высоким акушерским риском.

**Ключевые слова:** психологический статус, семейно-ориентированные технологии, коррекция.

## Коррекция психологического статуса беременных с использованием семейно-ориентированных технологий С.Ю. Вдовиченко

**Цель исследования:** определение роли семейно-ориентированных технологий в коррекции психологического статуса и снижении частоты патологии беременности у женщин высокого акушерского риска.

**Материалы и методы.** Для определения эффективности профилактики патологии беременности на основе использования семейно-ориентированных технологий было проведено комплексное клинико-психологическое и лабораторно-инструментальное обследование 300 женщин с факторами акушерского риска, которые были разделены на две группы. В основную группу вошли 182

**Correction of psychological status by family focused technologies**  
**S.Yu. Vdovychenko**

**The objective:** to show a role of the family focused technologies in correction of psychological status and depression of frequency of pathology of pregnancy at women of high obstetric risk.

**Patients and methods:** for determination of efficiency of prophylaxis of pathology of pregnancy on the basis of use of the family focused technologies complex clinical-psychological and laboratory and tool examination of 300 women with factors of obstetric risk which were divided into two groups was conducted. In the main

group – 182 women with motivation on partner labors to which provided training on system of individual preparation of married couple to labors. The control group consisted of 118 women with a traditional approach to pain management that have not been prenatal training.

**Results.** Use of the family focused technologies during pregnancy allows correction of psychological status and to reduce significantly the frequency of the main complications of pregnancy, especially not incubation and premature births.

**Conclusion.** In our opinion, the technique is simple, available and can widely be used in practical health care at women with high obstetric risk.

**Key words:** *psychological status, the family focused technologies, correction.*

**Сведения об авторе**

**Вдовиченко Сергей Юрьевич** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. *E-mail:* [prore-first@nmapo.edu.ua](mailto:prore-first@nmapo.edu.ua)

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Абрамченко В.В. Индукция родов и их регуляция простагландинами / В.В. Абрамченко, Р.А. Абрамян / Руководство для врачей. – Элби: СПб, 2010. – 288 с.
2. Глаголева Е.А. Методы оценка психологического статуса в акушерстве / Е.А. Глаголева, О.И. Михайлова, А.А. Балушкина // Русский медицинский журнал, 2010. – № 9. – С. 9–10.
3. Костенко О.Ю. Оцінка ефективності епідуральної анестезії при індукції пологової діяльності на тлі недостатньо підготовлених пологових шляхів / О.Ю. Костенко, І.В. Гужевська, О.С. Лобода // Педіатрія, акушерство та гінекологія, 2013. – № 3. – С. 73.
4. Маркін Л.Б. Профілактика слабкості пологової діяльності/ Л.Б. Маркін, М.М. Кучерова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 2. – С. 80–82.
5. Радзинский В.Е. Акушерский риск. Максимум информации минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский. – М., 2011. – 285 с.
6. Сергієнко С.М. Особливості клінічного перебігу вагітності та пологів у жінок різних соматотипів / С.М. Сергієнко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 5. – С. 78–80.
7. Ayar A. Homocysteine-induced enhancement of spontaneous contractions of myometrium isolated from pregnant women / A. Ayar, H. Celik, O. Ozcelik // Acta Obstet. Gyn. Scand. – 2013. – Vol. 182, № 9. – P. 789–793.
8. Ben Regaya L. Role of deambulation during labour: A prospective randomized study / L. Ben Regaya, R. Fatnassi, A. Khlifi // J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2013. – P. 6–10.

*Статья поступила в редакцию 02.11.2016*

**Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы**

**БЕРЕМЕННОСТЬ МОЖНО ПОСТАВИТЬ НА ПАУЗУ,  
 ДОКАЗАЛИ ЭКСПЕРИМЕНТЫ**

Сотрудники Университета Калифорнии на примере мышей показали, что можно временно остановить развитие эмбрионов на ранней стадии.

Срок паузы - месяц. После остановки эмбрионы продолжают нормально расти. Это открытие, возможно, перевернет репродуктивные технологии, подарит средства против старения и рака, пишет Zee News.

Эксперименты проводились с бластоцистами - это ранняя стадия развития зародыша млеко-

питающих. Ученые использовали препараты, тормозящие активность главного регулятора клеточного роста mTOR. И они помещали зародыши в стабильное и обратимое состояние анабиоза. Обычно бластоцисты в лаборатории живут 1-2 дня. Однако при обработке ингибиторами mTOR они жили до четырех недель. Но в теории этот срок можно увеличить.

Как только ингибиторы убирали, зародыши быстро восстанавливали рост. И из них рождались

здоровые мышата. Далее было установлено, что эмбриональные стволовые клетки мышей, полученные из тех же эмбрионов, также можно поместить в состояние анабиоза ингибиторами mTOR. Средства работали, снижая активность генов в большей части генома. Тестирование разных ингибиторов показало, что самым эффективным было новое синтетическое средство - Rapalink.

*Источник: med-expert.com.ua*