

# Родинно орієнтовані технології при багатоплідній вагітності

Т.А. Шинкарук

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

**Мета дослідження:** зниження частоти акушерської та перинатальної патології у жінок з багатоплідною вагітністю на підставі удосконалення та впровадження методики індивідуальної підготовки подружньої пари під час вагітності та розродження.

**Матеріали та методи.** Обстежено 120 вагітних, яких було розподілено на чотири групи залежно від репродуктивного анамнезу та використання родинно орієнтованих технологій.

**Результати.** Проведення партнерських пологів з попередньою індивідуальною підготовкою дозволило знизити частоту сумарних ускладнень багатоплідної вагітності (з 76,7% до 53,3%) за рахунок загрози переривання у різні терміни (з 58,3% до 30,0%); прееклампсії (з 50,0% до 30,0%); гестаційної анемії (з 51,7% до 33,3%); плацентарної дисфункції (з 66,7% до 46,7%); затримки розвитку плода (з 23,3% до 13,3%); передчасних пологів (з 80,0% до 60,0%); абдомінального розродження (з 98,3% до 86,7%); асфіксії новонароджених середнього та важкого ступеня (60,0% до 40,0%) та перинатальних втрат (з 41,7 до 25,0‰).

**Заключення.** Використання родинно орієнтованих технологій при багатоплідній вагітності за удосконаленням нами алгоритмом покращує психологічний статус жінок, а також знижує частоту акушерських та перинатальних ускладнень. Це дозволяє рекомендувати більш широке використання родинно орієнтованих технологій при багатоплідній вагітності.

**Ключові слова:** багатоплідна вагітність, родинно орієнтовані технології.

Проблема багатоплідної вагітності (БВ) є однією з найбільш актуальних у сучасному акушерстві [1, 2]. Це зумовлено постійним зростанням застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), високим рівнем акушерських та перинатальних ускладнень у цих жінок, а також широким використанням гормональних контрацептивів [3, 4]. У сучасній літературі є різноманітні дані про частоту гестаційної патології залежно від варіанта настання вагітності – самостійно або індуковано [5–7].

Серед нових технологій ведення вагітності та розродження особливе місце посідають родинно орієнтовані технології, частота яких зростає з року в рік, а при різних обтяжених ситуаціях такий підхід при розродженні є дієвим резервом зниження частоти акушерської і перинатальної патології [8, 9].

Проведений аналіз даних сучасної літератури свідчить про недостатнє вивчення питання ведення вагітності та розродження жінок з БВ з використанням родинно орієнтованих технологій, хоча його актуальність не викликає сумнівів, особливо щодо розроблення ефективних лікувально-профілактичних методик.

**Мета дослідження:** зниження частоти акушерської та перинатальної патології у жінок з БВ на підставі удосконалення та впровадження методики індивідуальної підготовки подружньої пари під час вагітності та розродження.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань було обстежено 120 вагітних, яких було розподілено на чотири групи:

- 1-а група – 30 жінок з БВ після ДРТ та з використанням родинно орієнтованих технологій (РОТ);
- 2-а група – 30 жінок з БВ після ДРТ та без використання РОТ;
- 3-я група – 30 жінок зі спонтанною БВ, у яких були використані РОТ;
- 4-а група – 30 жінок зі спонтанною БВ без використання РОТ.

Ведення жінок з БВ без використання РОТ проводили згідно з існуючими протоколами.

Використання РОТ у жінок з БВ проводили згідно з останніми науковими розробками вітчизняних авторів [1, 5]. Ураховуючи відсутність наукових публікацій щодо використання РОТ у жінок з БВ, ми удосконалили алгоритм їхнього ведення залежно від репродуктивного анамнезу:

1) за використання ДРТ проводили індивідуальну психологічну корекцію з формування домінанти на БВ як у жінки, так і у її партнера;

2) використання удосконаленого комплексу фізичних вправ, спрямованих на встановлення та підтримку правильного положення плодів з обов'язковим залученням партнера:

- вагітна поперемінно повертається з одного боку на інший протягом години, перебуваючи на кожному боці по 10 хв, що виконується у положенні тіла лежачи на твердій кушетці 3–4 рази на день протягом 5–7 днів;
- вагітна перебуває у вихідному колінно-ліктьовому положенні протягом 10 хв, потім, не піднімаючи плечовий пояс, плавно переходить у положення лежачи на боці;
- вагітна у вихідному положенні лежачи на боці, ноги напівзігнуті у колінних і кульшових суглобах, випрямляє ногу, згинає у колінному і кульшовому суглобах (видих), знову випрямляє і відводить ногу дещо назад, одночасно виконуючи напівоберт тулуба (видих), що виконується повільно 10 разів протягом 10 хв 2–3 рази на день;
- у разі розродження шляхом кесарева розтину обов'язкове прикладання новонароджених до тіла батька.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, психологічні, ехографічні, функціональні і статистичні методи.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічний перебіг вагітності та пологів у жінок з БВ не залежить від репродуктивного анамнезу та характеризується високою частотою прееклампсії (50,0%), загрози переривання вагітності (у I та II триместрах – 48,3%; у III – 68,3%), анемією (51,7%), що призводить до високої частоти плацентарної дисфункції (66,7%), затримки розвитку плода (23,3%), передчасних пологів (80,0%) та оперативного розродження (98,3%).

Порушення психологічного статусу відіграють провідну роль у розвитку ускладнень БВ та полягають у наявності високої частоти емоційної нестабільності (56,7%), зниженого або мінливого настрою (53,3%) та тривожного стану щодо майбутньої дитини (46,7%).

Перинатальні наслідки розродження жінок з БВ не залежать від варіанта настання вагітності (самостійно або індуко-

вано) та характеризуються значним рівнем асфіксії середнього (20,0%) та важкого ступеня (10,0%); внутрішньоутробного інфікування (16,7%); постгіпоксичної енцефалопатії (40,0%) та перинатальних втрат (41,7%).

Застосування методики індивідуальної підготовки з використанням родинно орієнтованих технологій дозволяє нормалізувати психологічний статус жінок з БВ, що підтверджується зниженням особистісної (з 83,3% до 43,3%) і ситуативної тривожності (з 66,7% до 33,3%), а також підвищити рівень моральної задоволеності методом розродження (з 36,7% до 93,3%), високої самооцінки (з 46,7% до 93,3%) і відсутності порушень у взаєминах з чоловіком та новонародженими (з 66,7% до 100,0%).

Проведення партнерських пологів з попередньою індивідуальною підготовкою дозволяє знизити частоту сумарних ускладнень БВ (з 76,7% до 53,3%) за рахунок загрози переривання вагітності у різні терміни (з 58,3% до 30,0%); преєклампсії (з 50,0% до 30,0%); гестаційної анемії (з 51,7% до 33,3%); плацентарної дисфункції (з 66,7% до 46,7%); затримки розвитку плода (з 23,3% до 13,3%); передчасних пологів (з 80,0% до 60,0%); абдомінального розродження (з 98,3% до 86,7%); асфіксії новонароджених середнього та важкого ступеня (60,0% до 40,0%) та перинатальних втрат (з 41,7 до 25,0%).

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання родинно орієнтованих технологій при багатоплідній вагітності за удосконаленням нами алгоритмом покращує психологічний статус жінок, а також знижує частоту акушерських та перинатальних ускладнень. Це дозволяє рекомендувати більш широке використання родинно орієнтованих технологій при багатоплідній вагітності.

## Семейно ориентированные технологии при многоплодной беременности Т.А. Шинкарук

**Цель исследования:** снижение частоты акушерской и перинатальной патологии у женщин с многоплодной беременностью на основе усовершенствования и внедрения методики индивидуальной подготовки супружеской пары во время беременности и родоразрешения.

**Материалы и методы.** Обследованы 120 беременных, которые были разделены на четыре группы в зависимости от репродуктивного анамнеза и использования семейно ориентированных технологий.

**Результаты.** Проведение партнерских родов с предварительной индивидуальной подготовкой позволило снизить частоту суммарных осложнений многоплодной беременности (с 76,7% до 53,3%) за счет угрозы прерывания в различные сроки (с 58,3% до 30,0%); преєклампсии (с 50,0% до 30,0%); гестационной анемии (с 51,7% до 33,3%); плацентарной дисфункции (с 66,7% до 46,7%); задержки развития плода (с 23,3% до 13,3%); преждевременных родов (с 80,0% до 60,0%); абдомінального родоразрешения (с 98,3% до 86,7%); асфіксії новонароджених середньої та важкої ступені (с 60,0% до 40,0%) и перинатальных потерь (с 41,7 до 25,0%).

**Заключение.** Использование семейно ориентированных технологий при многоплодной беременности по усовершенствованному нами алгоритму улучшает психологический статус женщин, а также снижает частоту акушерских и перинатальных осложнений. Это позволяет рекомендовать более широкое использование семейно ориентированных технологий при многоплодной беременности.

**Ключевые слова:** многоплодная беременность, семейно ориентированные технологии.

## The family focused technologies at polycarpous pregnancy T.A. Shinkaruk

**The objective:** depression of frequency of obstetric and perinatal pathology at women with polycarpous pregnancy on the basis of improvement and introduction of technique of individual preparation of a married couple during pregnancy and at delivery.

**Materials and methods.** We surveyed 120 pregnant women who were divided into four groups depending on the genesial anamnesis and use of the family focused technologies.

**Results.** Carrying out partner labors with preliminary individual preparation allows to reduce the frequency of cooperative complications of polycarpous pregnancy (from 76,7% to 53,3%) due to discontinuing threat in various terms (from 58,3% to 30,0%); preєclampsias (from 50,0% to 30,0%); gestational anemia (from 51,7% to 33,3%); placental dysfunction (from 66,7% to 46,7%); fetus arrests of development (from 23,3% to 13,3%); premature births (from 80,0% to 60,0%); an abdominal delivery (from 98,3% to 86,7%); asphyxias of newborns of average and serious degree (from 60,0% to 40,0%) and perinatal losses (with 41,7 to 25,0%).

**Conclusion.** Use of the family focused technologies at polycarpous pregnancy on the algorithm improved by us allows to improve the psychological status of women, and also to reduce the frequency of obstetric and perinatal complications. It allows us recommend wider use of the family focused technologies at polycarpous pregnancy.

**Key words:** polycarpous pregnancy, the family focused technologies.

## Сведения об авторе

Шинкарук Татьяна Анатольевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко Ю.П., 2011. Багатоплідна вагітність: навчальний посібник : Київ : 360.
2. Баранов І.І., 2012. Перинатальні наслідки при багатоплідних пологах // Акушерство і гінекологія : 1 : 98–102.
3. Blickstein I., 2015. Multiple Pregnancy // Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome : Informa UK Ltd : 946.
4. Бойчук А.В., 2016. Особливості гормональної функції фетоплацентарного комплексу при багатоплідній вагітності // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології : 1:42–47.
5. Вдовиченко С.Ю., 2017. Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів // Здоров'я жінки : 3 : 79–82.
6. Круть Ю.Я., 2013. Многоплодная беременность. Современный взгляд на проблему // Здоровье женщины: 6 : 83–85.
7. Бойчук О.Г., 2013. Особливості перебігу багатоплідної вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій // Медико-соціальні проблеми сім'ї : 4 : 5–8.

Статья поступила в редакцию 21.01.2018