

ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПІВ ПРОВЕДЕННЯ ДОПОЛОГОВОЇ ПІДГОТОВКИ

Ю.В. Невушина

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М.Лук'янової НАМН України», м. Київ, Україна

Мета роботи – провести порівняльну оцінку стану новонародженого залежно від різних типів допологової підготовки.

Матеріали та методи. Дослідження проводили на базі пологового відділення для вагітних та породіль з акушерською патологією ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України». До першої групи увійшли 45 вагітних жінок, які проходили курс психофізичної підготовки з позитивною мотивацією на партнерські пологи. Другу групу склали 45 вагітних, які також проходили курс психофізичної підготовки з позитивною мотивацією на партнерські пологи, але мали бажання не проводити знеболення в пологах, тому обрали підготовку за методом транскраніальної електростимуляції (ТЕС) структур мозку. Усім вагітним проведено визначення їх психоемоційного стану для встановлення рівня ситуаційної тривожності за методикою Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна. Другій групі вагітних тестування проводили після четвертої процедури ТЕС та повторно за день до пологів. Також визначали поріг больової чутливості вагітної у кожній групі. Суб'єктивну оцінку проводили породіллям у першу добу після пологів за вербально-описовою шкалою оцінки болю (Verbal Descriptor Scale, 1990). Для оцінки стану плода під час пологів проводили кардіотокографічне дослідження, а після народження – оцінку за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилині.

Результати. У жінок, які проходили курс психофізичної підготовки з позитивною мотивацією на партнерські пологи разом із методом транскраніальної електростимуляції, фізіологічні пологи протікали в 1,2 раза частіше, аніж у жінок-пацієнток, які не проходили курс допологової підготовки (88,9% проти 75,6% відповідно). Усі пологи, що відбулися в другій групі, почалися самостійно і не потребували пологозбудження, натомість у першій групі цей показник становив 6,3% випадків.

Висновки. Встановлено, що проведення допологової підготовки позитивно впливає не тільки на стан жінки, але й на стан плода та новонародженого. Психофізична підготовка до пологів із мотивацією на партнерську підтримку з використанням методу ТЕС достовірно підвищує поріг терпимості болю, покращує перебіг пологів та можливість адаптаційних механізмів матері і плода, про що засвідчує оцінка балів за шкалою Апгар, адаптація немовлят, раннє прикладання до грудей, сумісне перебування матері та дитини.

Ключові слова:

вагітність, пологи, ускладнення в пологах, партнерські пологи, психофізична підготовка.

Клінічна та експериментальна патологія 2021. Т.20, №2 (76). С. 51-56.

DOI:10.24061/1727-4338.XX.2.76.2021.8

E-mail:

Likar_nevushna@ukr.net

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ ПРОВЕДЕНИЯ ДОРОДОВОЙ ПОДГОТОВКИ

Ю. В. Невушина

Цель работы – провести сравнительную оценку состояния новорожденных в зависимости от различных типов дородовой подготовки.

Материалы и методы. Исследование проводили на базе родильного отделения для беременных и рожениц с акушерской патологией ГУ «Институт педиатрии акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины». В первую группу вошли 45 беременных женщин, проходивших курс психофизической подготовки с положительной мотивацией на партнерские роды. Вторую группу составили 45 беременных, которые также проходили курс психофизической подготовки с положительной мотивацией на партнерские роды, но имели желание не проводить обезболивание в родах, поэтому выбрали подготовку по методу транскраниальной электростимуляции (ТЭС) структур мозга. Всем беременным осуществляли определение их психоэмоционального состояния для определения уровня ситуационной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина. Во второй группе беременных тестирование проводилось после

Ключевые слова:

беременность, роды, осложнения в родах, партнерские роды, психофизическая подготовка.

Клиническая и экспериментальная патология 2021. Т.20, №2 (76). С. 51-56.

четвертой процедуры ТЭС и повторно за день до родов. Также определяли порог болевой чувствительности беременной в каждой группе. Субъективная оценка проводилась роженицам в первые сутки после родов по вербально-описательной шкале оценки боли (Verbal Descriptor Scale, 1990). Для оценки состояния плода во время родов проводили кардиотокографическое исследование, а после родов – оценку по шкале Апгар на первой и пятой минуте.

Результаты. У женщин, которые проходили курс психофизической подготовки с положительной мотивацией на партнерские роды вместе с методом транскраниальной электростимуляции, физиологические роды протекали в 1,2 раза чаще, нежели у женщин-пациенток, не проходивших курс дородовой подготовки (88,9% против 75,6% соответственно). Все роды, произошедшие во второй группе, начались самостоятельно и не требовали родовозбуждения, зато в первой группе этот показатель составил 6,3% случаев.

Выводы. Установлено, что проведение дородовой подготовки положительно влияет не только на состояние женщины, но и на состояние плода и новорожденного. Психофизическая подготовка к родам с мотивацией на партнерскую поддержку с использованием метода ТЭС достоверно повышает порог терпимости боли, улучшает течение родов и возможность адаптационных механизмов матери и плода, о чем свидетельствует оценка баллов по шкале Апгар, адаптация новорожденных, раннее прикладывание к груди, совместное пребывание матери и ребенка.

Key words:

pregnancy, childbirth, complications in childbirth, partner childbirth, psychophysical training.

Clinical and experimental pathology 2021. Vol.20, № 2 (76). P. 51-56.

ASSESSMENT OF THE LABOR COURSE AND POSTNATAL PERIOD DEPENDING ON THE TYPES OF CONDUCTING ANTINATAL PREPARATION

Yu. V. Nevishna

The aim – to conduct a comparative assessment of the condition of newborns, depending on different types of antenatal preparation.

Material and methods. The study was carried out on the basis of the maternity department for pregnant and parturient women with obstetric pathology of the State Institution "Institute of Pediatrics of Obstetrics and Gynecology named after V.I. acad. EAT. Lukyanova National Academy of Medical Sciences of Ukraine". The first group included 45 pregnant women who underwent a course of psychophysical training with positive motivation for partner childbirth. The second group consisted of 45 pregnant women, also underwent a course of psychophysical training with positive motivation for partner labor, but had a desire not to carry out pain relief during childbirth, therefore, they chose training using the method of transcranial electrical stimulation (TES) of brain structures. All pregnant women underwent a determination of their psychoemotional state to define the level of situational anxiety according to the method of Ch.D. Spielberger and Yu.L. Khanin. The second group of pregnant women was tested after the fourth EFT procedure and again the day before delivery. The threshold of pain sensitivity of a pregnant woman in each group was also determined. Subjective assessment was carried out for women in labor on the first day after delivery and using a verbal descriptive scale for assessing pain (Verbal Descriptor Scale, 1990). To assess the condition of the fetus during childbirth, cardiotocographic studies were carried out, and after birth – an assessment on the Apgar scale at the first and fifth minutes.

Results. In women who underwent a course of psychophysical training with positive motivation for partner childbirth together with the method of transcranial electrical stimulation, physiological childbirth proceeded 1.2 times more often than in women patients who did not undergo prenatal training (88.9 % versus 75.6 %, respectively). All childbirth, occurred in the second group, began on their own and did not require labor induction, but in the first group this indicator was 6.3% of cases.

Conclusions. It has been established that prenatal preparation has a positive effect not only on the condition of the woman, but also on the condition of the fetus and newborn. Psychophysical preparation for childbirth with motivation for partner support using the TES method significantly increases the pain tolerance threshold, improves the course of childbirth and the possibility of adaptive mechanisms of the mother and fetus, as evidenced by the assessment of points on the Apgar scale, adaptation of newborns, early attachment to the breast, joint stay of mother and child.

Вступ

Незважаючи на активне впровадження новітніх технологій допологової підготовки та розродження, проблема акушерських та перинатальних ускладнень не втратила своєї актуальності [1]. Більшість опублікованих досліджень спрямовані на виявлення та лікування порушень плодово-плацентарного кровотоку при вагітності, тоді як період підготовки до пологів та технології розродження найчастіше залишаються без уваги. Відомо, що з початком пологової діяльності, особливо в першому періоді пологів, стан матково-плацентарно-плодового комплексу стрімко змінюється, а розвиток компенсаторно-приспосувальних реакцій залежить від багатьох факторів, особливо від фізичного та психоемоційного стану самої вагітної і не лише під час вагітності, а й під час пологів.

Жінки, особливо на пізніх термінах вагітності, постійно перебувають у режимі очікування пологів, що, у свою чергу, спричиняє стан напруження і стресу та призводить до порушень усіх ланок гомеостазу [2]. Вагітні, які перебувають у стані постійного стресу, можуть отримати ускладнений перебіг вагітності: викидні на малих термінах, загрозу переривання вагітності та передчасних пологів, анте- та інтранатальну загибель плода, мертвонародження [3, 4, 5]. Саме у жінок, які поводяться неадекватно під час пологів, спостерігаємо значне підвищення рівня адреналіну, що, у свою чергу, може спровокувати розвиток дистресу плода в пологах [6]. Тому дуже важливою є роль психопрофілактичної підготовки вагітних до пологів, яка має проводитися на рівні жіночої консультації усім жінкам із моменту постановки на облік із вагітності. Адже пацієнти, які не володіють достовірною інформацією, як наслідок, приймають неадекватні та неправильні рішення стосовно допологової підготовки.

За даними наукових досліджень, небажані психічні прояви під час пологів спостерігаються у тих жінок, що недостатньо поінформовані про перебіг пологів та недостатньо навчені, як поводитися під час пологів [7]. Сильне занепокоєння, що супроводжується тривожністю та панічним станом, проявляється у вагітних, які будуть народжувати вперше та неознайомлені з процесом пологів, особливо якщо вони вже мали пренатальні втрати.

Психоемоційний стан та поведінка жінки під час вагітності та пологів суттєво впливає на процес формування психічних функцій майбутньої дитини, про що засвідчують публікації різних вчених. Г. Дік-Рід стверджує, що для жінки процес пологів та народження її дитини має викликати радісні емоції, завдяки релаксації та вмінню повністю розслабитися під час пологів. Є багато різних досліджень, що вивчають особливості впливу психічного стану вагітної на розвиток дитини. Встановлено, що депресивні стани матері та стреси, особливо в пізніх термінах вагітності та перед пологами, можуть призводити не тільки до післяпологової депресії, а й до психічних розладів у дитини навіть до розвитку когнітивних порушень у підлітковому віці [8].

Клінічна та експериментальна патологія. 2021. Т.20, № 2 (76)

Більшість дослідників та експертів ВООЗ вважають, що пологові зали та палати якомога більше мають бути наближені до домашніх умов. Регушевським С.Є. і співавт. (2004) доведено, що підтримка близьких осіб створює найбільш сприятливий, методологічно правильний та психологічно позитивний вплив на жінку, що призводить до значно кращих результатів розродження [9]. Для кожної жінки пологи є дуже складним процесом, і нервова система до пологів у кожної готується по-різному. За даними більшості авторів, розлади в процесі перебігу пологів частіше бувають у жінок із лабільною нервовою системою, які інтенсивно займаються розумовою працею [10]. Саме тому доцільним вважають присутність під час пологів чоловіка або членів родини (зі згоди вагітної), які надають психологічну підтримку роділлі, що сприяє нормальному перебігу пологів, зменшує пологовий травматизм [11].

Психоемоційні розлади, що пов'язані зі страхом та думками, про пологи, як виснажливий і болючий процес, майже у третини жінок викликають різні порушення пологової діяльності, що можуть проявлятися патологічним преліментарним періодом, дискоординацією пологової діяльності, слабкістю і, як результат, кесаревим розтином чи накладанням вакуум-екстрактора [12]. От чому вважають, що нормалізація психоемоційного стану значною мірою впливає на пологову діяльність.

Слід зазначити, що біль є складним відчуттям, при якому больова чутливість поєднується з емоційним та психологічним компонентом. Обов'язковою умовою гармонійних пологів є створення та підтримка психологічної мотивації вагітної на партнерські пологи. Безперечно, адекватне знеболення фармакологічними та інвазивними методами дає змогу корегувати реакцію роділь на пологи, але, у свою чергу, має і другу сторону небажаних впливів на перебіг пологів, плід та новонародженого [13].

На жаль, за останні 10-15 років частота нормальних пологів постійно знижується, і все частіше лікарі використовують оперативний метод розродження – кесарів розтин. Частота цієї операції, за даними МОЗ України, становить від загальної кількості пологів від 19 до 30%, а за статистикою окремих стаціонарів – до 50% [5]. За даними літератури (С.Ю. Вдовиченко, 2012) [3, 6], проблема полягає у тому, що лікарі швидше хочуть закінчити пологи, тому користуються, так би мовити, «поєднаними» показаннями до операції кесаревого розтину, без достатньо об'єктивних даних, встановлюючи діагноз дистресу плода.

Мета дослідження

Здійснити порівняльну оцінку стану новонародженого залежно від різних типів допологової підготовки.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проводилося на базі пологового відділення для вагітних та породіль з акушерською патологією ДУ «Інститут педіатрії акушерства

та гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Проведено аналіз стану новонароджених, породіль, які проходили різну допологову підготовку. Критерії включення в групи: доношена одноплідна вагітність, головне передлежання плода, перші пологи, відсутність показань до планового кесарева розтину, задовільний стан плода, відсутність тяжкої соматичної патології у вагітної, поінформована згода вагітної. До першої групи увійшли 45 вагітних жінок, які проходили курс психофізичної підготовки з позитивною мотивацією на партнерські пологи, при цьому відношення до знеболення в пологах розглядали, як можливе за потреби. Другу групу сформували з 45 вагітних, які також проходили курс психофізичної підготовки з позитивною мотивацією на партнерські пологи, але мали бажання не проводити знеболення в пологах, тому обрали підготовку із застосуванням методу транскраніальної електростимуляції (ТЕС) структур мозку. Цей метод полягає у проведенні вибіркової активації опіоїдних та серотонінергічних ланок підтримки ноцицептивної норми гомеостазу, ноцицептивної відповіді та виконавчих реакцій [14].

У всіх групах вагітних проведено заняття, на яких надавали повну інформацію про перебіг вагітності, особливо у третьому триместрі, внутрішньоутробний розвиток плода, пологи та методи підготовки до них, роль та особливості партнерської підтримки, методи знеболення, техніку дихання та важливість фізичної підготовки. Обізнаність партнерів у цих питаннях дає можливість більше довіряти один одному та медичному персоналу, який надає їм допомогу. Це, у свою чергу, зменшує страх вагітної перед пологами та дає можливість спокійно поводитися під час пологів, вибираючи найзручніше для себе положення, або використовувати підручні засоби (фітбол) та методи релаксації за допомогою навичок правильного дихання. Адже саме нерозуміння, незнання породжує напруженість, неможливість розслабитися та правильно дихати, виникає страх, що породжує нові больові відчуття та потребує медикаментозного втручання або оперативної допомоги.

У другій групі жінок додатково проводили підготовку за допомогою ТЕС, дія якої спрямована на стимуляцію опіоїдних та серотонінергічних мезодієнцефальних структур, що дає можливість підвищувати поріг больової чутливості, а отже, мінімізувати застосування фармакологічних засобів для знеболення.

Усім вагітним за їх власним бажанням та згодою проведено дослідження їх психоемоційного стану для визначення рівня ситуаційної тривожності за методикою Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна. Другій групі вагітних тестування проводили після четвертої процедури ТЕС та повторно за день до пологів, якщо це було можливим. Також визначали поріг больової чутливості вагітної у кожній групі. Суб'єктивну оцінку проводили роділлям у першу добу після пологів за вербально-описовою шкалою оцінки болю (Verbal Descriptor Scale, 1990).

Для оцінки стану плода під час пологів

здійснювали кардіотокографічне дослідження, а після народження – оцінку за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилині. За нашими даними, більшість дітей народилися через природні пологові шляхи і лише незначна кількість – шляхом накладання вакуум-екстрактора та за допомогою операції кесаревого розтину.

Статистичну обробку матеріалу проводили методами варіаційної та парної статистики, а також застосовували метод визначення відмінності з використанням t-критерію Стьюдента. Отримані результати вважали вірогідними, якщо коефіцієнт достовірності p, який знаходили за таблицею Стьюдента, був меншим за 0,05.

Результати та їх обговорення

У жінок, які проходили курс психофізичної підготовки з позитивною мотивацією на партнерські пологи разом з методом транскраніальної електростимуляції, фізіологічні пологи протікали в 1,2 раза частіше, ніж у жінок-пацієток, які не проходили курс допологової підготовки (88,9% проти 75,6% відповідно). Усі пологи, що відбулися в другій групі, почалися самостійно і не потребували пологозбудження, натомість у першій групі цей показник становив 6,3% випадка.

У всіх групах жінок пологи закінчилися народженням живих доношених дітей терміном вагітності від 37 до 41 тижня гестації. Найменша маса тіла дитини – 2590 г, найбільша – 4200 г, зріст відповідно від 49 до 58 см. При розрахунку, середній показник маси немовлят у жінок, що проходили лише психофізичну підготовку, становив $3288,75 \pm 63,06$ г, зріст – $51,97 \pm 0,29$ см, у групі вагітних, яким проводили допологову підготовку із застосуванням ТЕС – $3392,14 \pm 85,96$ г, зріст – $52,36 \pm 0,44$ г. При аналізі різниці статистичних даних між групами не виявлено.

Аналіз стану новонароджених показав, що в першій групі роділь, які проходили психофізичну підготовку та народжували з партнерською підтримкою, більшість дітей на першій хвилині життя мали показник за шкалою Апгар 7 та 8 балів, що становить 12 (26,6%) дітей та 17 (37,8%) відповідно. У групі роділь, які мали партнерські пологи та проходили психофізичну підготовку із застосуванням ТЕС, дітей з оцінкою за Апгар 7 та 8 балів було 10 (22,2%) та 34 (75,6%). Отже, при порівняльній оцінці стану новонароджених за шкалою Апгар встановлено, що у роділь, які проходили психофізичну підготовку із застосуванням ТЕС, новонароджених з оцінкою 8 балів було у 2 рази більше, ніж у групі, де застосовували тільки психофізичну підготовку. Слід зазначити, що народження немовлят з оцінкою за Апгар нижче за 7 балів на першій хвилині у другій групі не було. Натомість у першій групі оцінку за шкалою Апгар у 5 балів отримала одна дитина, 6 балів – четверо дітей. Оцінка ж у 10 балів у першій групі не була відзначена в жодному випадку, натомість у групі з підготовкою ТЕС мало місце в одному випадку.

Народження дітей через природні пологові шляхи

Клінічна та експериментальна патологія. 2021. Т.20, № 2 (76)

в групі жінок, які проходили психофізичну підготовку разом із партнером, відбулося у 39 роділь, а в групі з додатковою підготовкою ТЕС – у всіх жінок. У групі роділь, що проходили психофізичну підготовку та народжували з партнером шляхом допоміжних оперативних методів розродження, народилося 6 немовлят, а в групі, що проходили таку ж підготовку з методом ТЕС, – одне немовля, що становило відповідно 13,3% та 2,2% ($p < 0,05$). За допомогою кесаревого розтину народилося 2 немовлят, та 4 діток – за допомогою вакуум-екстрактора в першій групі, причини накладання вакуум-екстрактора в цій групі були: слабкість потужного періоду та дистрес плода, по два випадки. У групі з підготовкою методом ТЕС немовлят, народжених шляхом операції кесаревого розтину, не було; за допомогою вакуум-екстрактора народилася одна дитина, у зв'язку з дистресом плода, що встановлений у другому періоді пологів. Отже, можна зазначити, що надавати оперативну допомогу частіше довелось тим роділлям, що обирали метод психофізичної підготовки з партнерською підтримкою без методу ТЕС.

Слід відзначити, що немовлята, які були народжені від матерів, що проходили психофізичну підготовку з методом ТЕС та мали партнерську підтримку, мали вищі бали за Апгар як на першій, так і п'ятій хвилині народження. Також, якщо подивитися на частоту розродження шляхом оперативних втручань, то достовірно зазначено, що в групі вагітних, які проходили психофізичну підготовку з методом ТЕС, їх було менше.

Під час проведення опитування жінок усіх груп у першу добу післяпологового періоду щодо оцінки пологового болю за вербально-описовою шкалою оцінки болю (Verbal Descriptor Scale, 1990) встановлено, що слабкий та помірний біль відзначали більшість жінок у другій групі з психофізичною підготовкою з методом ТЕС. Цей показник у першій групі становив 48,9% проти 71,1% у другій групі ($p < 0,05$).

За результатами самооцінки ситуативної тривожності слід зазначити, що в другій групі підготовки вже після четвертої процедури ТЕС, порівняно з першою групою, цей показник достовірно знизився.

Перебіг пологів, стан роділлі та її поведінка впливає не лише на стан роділлі під час пологів, а також діє на становлення адаптаційних резервів новонародженого. Адже саме у роділлі, що переживає ті чи інші емоції, виділяються ендорфіни чи катехоламіни, що проходять через фетоплацентарний бар'єр та безпосередньо впливають на плід та новонародженого. Максимальна реакція на перехід з одного середовища в інше відображається на гемодинаміці та запуску кардіореспіраторних механізмів у новонародженого. Саме тому важливо правильно підготувати вагітну до пологів, що дасть змогу зменшити не лише страх та біль у пологах, медикаментозне знеболення, а й допоможе мінімізувати негативний вплив на плід та новонародженого, та, як результат, зменшить перинатальну гіпоксію, пологовий травматизм,

аспіраційний синдром і покращить адаптаційні можливості немовлят у післяпологовому періоді.

Зменшення проявів дезадаптації створює можливість раннього прикладання новонароджених до грудей протягом першої години після народження, що дасть змогу активізувати процес лактації, зберегти тепловий ланцюжок і перший психоемоційний контакт немовляти та його родини. За нашими даними, у першій групі роділь, де була проведена лише психоемоційна підготовка, прикладання до грудей на першій годині зазначено у 36 (80%) роділь, у групі з підготовкою методом ТЕС – 44 (97,8%); відмінності є достовірно значимими ($p < 0,05$). Слід зазначити, що діти, які народилися в асфіксії середнього ступеня, перебували у відділенні інтенсивної терапії від однієї до трьох діб, а після стабілізації стану були переведені на сумісне перебування з мамою. Також треба зауважити, що всі роділлі з підготовкою ТЕС мали бажання відразу піти на сумісне перебування з дитиною, натомість роділлі першої групи, що проходили допологову підготовку методом психофізичної профілактики, виявили таке бажання не всі, мотивуючи це сильним виснаженням після пологів та пережитими негативними емоціями, що викликані болем в пологах (виключенням були роділлі, діти яких із певних причин опинилися у відділенні інтенсивної терапії).

Висновки

1.Проведення партнерських пологів дає можливість жінці відчувати захист, значно знижує стан стресу, що призводить до зменшення негативних емоцій, можливості більше розслабитися і, як кінцевий результат, дає покращення як акушерських, так і пренатальних показників: збільшується кількість фізіологічних пологів, знижується число кесаревих розтинів, стимуляції пологової діяльності, знеболення в пологах та народження здорових дітей.

2.Проведення допологової підготовки позитивно впливає не тільки на стан жінки, але й на стан плода та новонародженого. Психофізична підготовка до пологів з мотивацією на партнерську підтримку з використанням методу ТЕС достовірно підвищує поріг терпимості болю, покращує перебіг пологів та можливість адаптаційних механізмів матері і плода, про що засвідчує оцінка балів за шкалою Апгар, адаптація немовлят, раннє прикладання до грудей, сумісне перебування матері та дитини.

3.Метод ТЕС у комплексі з психофізичною підготовкою з мотивацією на партнерські пологи дає можливість зробити пологи більш гармонійними, що підтверджено даними наших досліджень, та заслуговує на увагу й використання в акушерській практиці.

Перспективи подальших досліджень

Вважаємо перспективними подальші пошуки оптимізації психофізичної допологової підготовки з метою покращення перебігу пологів та післяпологового періоду.

Список літератури:

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. 210 p.
2. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 № 676 [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2004[цитовано 2021 Тра 27]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0676282-04#Text>
3. Вдовиченко СЮ. Профілактика акушерської та пренатальної патології при використанні родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів. Здоров'я жінки. 2017;2:79-81. doi: 10.15574/HW.2017.119.79
4. Жабченко ІА. Сучасні підходи до профілактики акушерського травматизму та його наслідків. Медичні аспекти здоров'я жінки. 2020;1:5-10.
5. Медведев МВ, Давыдова ЮВ. Профилактика перинатальных потерь: на пути к персонализированной медицине. Перинатология и педиатрия. 2016;1:59-65. doi: 10.15574/PP.2016.65.59
6. Вдовиченко СЮ. Вплив партнерських пологів на характер пологової діяльності жінок, які народжують уперше і повторно. Здоров'я жінки. 2015;7:32-3.
7. Іщенко ГІ, Деменіна НК. Динаміка оперативного розродження в сучасному акушерстві (огляд літератури). Перинатология и педиатрия. 2019;2:54-7. doi: 10.15574/PP.2019.78.54
8. Вдовиченко СЮ. Роль психологічної оцінки подружніх пар при проведенні партнерських пологів. Здоров'я жінки. 2015;2:87-9.
9. Манухин ИБ, Силаев КА. Роль психопрофилактической подготовки беременных к родам. Российский вестник акушера-гинеколога. 2016;16(6):9-13. doi: 10.17116/rosakush20161669-13
10. Сюсюка ВГ. Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних на перинатальні наслідки їх розродження. Перинатология и педиатрия. 2016;3:43-8. doi: 10.15574/PP.2016.67.43
- hinekolozhichnoi dopomohy [On approval of clinical protocols for obstetric and gynecological care]. Nakaz MOZ Ukrainy vid 31.12.2004 № 676 [Internet]. Kyiv: MOZ Ukrainy; 2004[tsytovano 2021 Tra 27]. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0676282-04#Text> (in Ukrainian)
3. Vdovichenko SJ. Profilaktyka akushers'koi ta prenatal'noi patolohii pry vykorystanni rodynno-orientovanykh tekhnolohii pid chas vahitnosti ta polohiv [Prophylaxis of obstetric and perinatal pathology at application of the family focused technologies during pregnancy and labors]. Health of Woman. 2017;2:79-81. doi: 10.15574/HW.2017.119.79 (in Ukrainian)
4. Zhabchenko IA. Suchasni pidkhody do profilaktyky akushers'koho travmatyzmu ta yoho naslidkiv [Modern approaches to the prevention of obstetric trauma and its consequences]. Medical aspects of women's health. 2020;1:5-10. (in Ukrainian)
5. Medvedev MV, Davydova YuV. Profilaktyka perinatal'nykh poter': na puti k personalizirovannoy meditsine [Prevention of perinatal loss: towards personalized medicine]. Perinatologiya i Pediatriya. 2016;1:59-65. doi: 10.15574/PP.2016.65.59 (in Russian)
6. Vdovichenko SJ. Vplyv partners'kykh polohiv na kharakter polohovoi diial'nosti zhinok, yaki narodzhuut' upershe i povtorno [Influence of partner sorts on character of patrir activity at women at first – and repetite-labours]. Health of Woman. 2015;7:32-3. (in Ukrainian)
7. Ishchenko AI, Demenina NK. Dynamika operatyvnoho rozrodzhennia v suchasnomu akusherstvi (ohliad literatury) [Dynamics of operative delivery in modern obstetrics (literature review)]. Perinatologiya i Pediatriya. 2019;2:54-7. doi: 10.15574/PP.2019.78.54 (in Ukrainian)
8. Vdovichenko SJ. Rol' psykholohichnoi otsinky podruzhnikh par pry provedenni partners'kykh polohiv [Role of psychological estimations of married couples at carrying out of partner labours]. Health of Woman. 2015;2:87-9. (in Ukrainian)
9. Manukhin IB, Silaev KA. Rol' psikhoprofilakticheskoy podgotovki beremennykh k rodam [Role of psychoprophylactic preparation of pregnant women for childbirth]. Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2016;16(6):9-13. doi: 10.17116/rosakush20161669-13 (in Russian)
10. Syusyuka VG. Otsinka vplyvu prohramy medyko-psykholohichnoi korektsii psykhoemoitsiinoi dezadaptatsii u vahitnykh na perynatal'ni naslidky yikh rozrodzhennia [Estimation of influence of introduced program of medical and psychological correction of psychoemotional disadaptation of pregnant women on perinatal consequences of their delivery]. Perinatologiya i Pediatriya. 2016;3:43-8. doi: 10.15574/PP.2016.67.43 (in Ukrainian)

References

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. 210 p.
2. Pro zatverdzhennia klinichnykh protokoliv z akushers'koi ta

Відомості про авторів

Невишна Ю.В. – лікар акушер-гінеколог, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ, Україна. (orgid id 0000000154926392)

Сведения об авторах:

Невышная Ю.В. – врач акушер-гинеколог, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев, Украина.

Information about the authors:

Nevyshna Y.V. – obstetric-gynaecologist State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Acad. H.M. Lukyanova National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine.

Стаття надійшла до редакції 09.04.2021 р.

Рецензент – проф. Кравченко О. В.

© Ю.В. Невишна, 2021

