

УДК 618.51-007.1:572.075

ПРОФІЛАКТИКА АНОМАЛІЙ РОДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЖІНОК-ПЕДАГОГІВ

Мельничук Ю.Б., Бородавко Л.Г., Козодой Г.В.

Київська медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика, м. Київ

Ключові слова: жінки-педагоги, аномалії родової діяльності, програмовані роди

Вступ. Проблема охорони материнства і дитинства є пріоритетною в роботі охорони здоров'я нашої країни [2]. Складовою частиною всіх існуючих програм є розробка ефективних методів прогнозування, діагностики, профілактики, лікування і реабілітації основних видів акушерської і перинатальної патології, особливо в жінок із високим рівнем ризику їх розвитку [3, 4].

Вивчення впливу різноманітних виробничих факторів на перебіг вагітності і пологів є актуальним не лише з медичної, але і соціальної точки зору. Це обумовлено зростаючою фемінізацією суспільства і зростанням ролі жінок репродуктивного віку як у виробничій, так і в науково-освітній сфері. Багато наукових колективів нашої країни і за рубежом [1, 2, 3, 4, 5] активно займаються вивченням даної проблеми.

Система освіти завжди вважалася суто жіночою професією, причому питома вага жінок сягає тут 80-90%. Незважаючи на розробку і впровадження основних соціально-гігієнічних нормативів для жінок-педагогів, найменш вивченою проблемою в цьому аспекті залишається вплив основних виробничих факторів жінок-педагогів на перебіг вагітності і пологів, - хоча практичні лікарі акушери-гінекологи вважають, що поведінка породіль-педагогів дуже часто є неадекватною і ризик розвитку акушерської і перинатальної патології достатньо високий. В той же час наукові роботи з даного напрямку дослідження відсутні, хоча їх актуальність знаходиться поза сумнівом.

Метою роботи стало зниження частоти і ступеню виражених аномалій пологової діяльності і перинатальної патології у жінок-педагогів на

підставі розробки і впровадження методики програмованих пологів.

Матеріал та методи дослідження. Для вирішення поставленої проблеми було обстежено 150 жінок, що були розподілені на три групи: контрольна група - 50 акушерськи і соматично здорових первородящих (домогосподарки), розроджених через природні пологові шляхи; I група - 50 жінок-педагогів первородящих, допологова підготовка і ведення пологів у яких проводилося за загальноприйнятою методикою; II група - 50 жінок-педагогів первородящих, у яких була використана методика програмованої допологової підготовки і програмованих пологів у нашій модифікації.

До всіх груп увійшли тільки жінки з доношеною вагітністю.

У зв'язку з тим, що у вітчизняній і закордонній літературі відсутні дані про методику ведення пологів у жінок-педагогів, за основу прототипу, що був використаний у I групі, взяли рекомендації В.М.Астахова [1] по розродженню жінок, схильних до психоемоційного стресу. Відповідно до цих даних, у комплекс допологової підготовки входили такі лікарські засоби: глюкозо-вітамінно-гормонально-кальцієвий фон (ГВКФ), стимулятори процесів тканинного обміну (кокарбоксілаза, АТФ, метіонін, глютамінова кислота, галаскорбін); кисневовітамінні коктейлі; попередники простагландинів: лінетол, арахіден, есенціале та ін. Профілактика і лікування аномалій пологової діяльності проводилися за останніми методичними рекомендаціями МОЗ України (2000 р.).

У жінок II групи з метою програмованої допологової підготовки використовували 0,5 мкг ПГЕ2 (простенон) на основі мигдальної олії, що виробляється в республіці Крим і дозволена Європейською фармакопеею з 1977 року. До складу мигдальної олії входить мононенасичена олеїнова жирна кислота (70%) і в цьому відношенні вона має переваги у порівнянні з іншими рослинними оліями. Крім того, вона містить 20% лінолевої кислоти (форми вітаміну F) і близько 10% незамінних насичених жирних кислот. Отриманий гелі вводився інтрацервікально під контролем кардіотокографічних спостережень протягом 1-5 днів. Програмоване розродження включало такі компоненти: активну цілеспрямовану допологову підготовку, планове пологодзбуження; активне ведення пологів з урахуванням динаміки розкриття шийки матки; регуляцію і корекцію пологової діяльності та стану плоду з метою своєчасного закінчення пологів та мінімальної перинатальної патології.

Результати досліджень та їх обговорення. Відповідно до отриманих нами результатів, середній вік жінок основних груп вірогідно не відрізнявся і склав 28,4±2,4 роки.

Аналізуючи основні моменти професійних шкідливих факторів, варто виділити переваження у жінок-педагогів психоемоційних стресів (92,0% і 94,0%) і розумового напруження, в основному, через необхідність працювати додатково вдома у

вечірній час (88,0% і 86,0%). Практично у кожному другому випадку обстежені жінки відзначали сидячий спосіб життя (52,0% і 50,0%) і, рідше за все, - шкідливі навички, як правило, паління (18,0% і 20,0%).

Узагальнюючи основні особливості фахової діяльності жінок-педагогів у плані розвитку наступних акушерських і перинатальних ускладнень, можна відзначити ряд суттєвих факторів ризику, якими є: постійні психоемоційні стреси та розумове напруження. Крім того, на нашу думку, важливим фактом є і низький рівень матеріального забезпечення, що викликає необхідність постійних професійних перевантажень і впливає на якість життя.

Результати проведених нами досліджень свідчать, що сумарний показник екстрагенітальної патології у вагітних-педагогів складає більше 50,0% (54,0% і 52,0% відповідно), причому достатньо високою є і частота різноманітних поєднаних варіантів (по 42,0%). У структурі нозологічних форм, що найчастіше зустрічаються, варто виділити вегето-судинну дистонію (32,0% і 34,0%), причому, в основному, за гіпотонічним типом. Серед інших варіантів можна відзначити наявність піелонефриту (10,0% і 8,0%); тиреотоксикозу (10,0% і 12,0%) і виразкової хвороби шлунка і 12 - палої кишки (по 8,0%). Вивчення часу розвитку соматичної захворюваності в залежності від професійного стажу показало, що у більшості випадків через 2 роки педагогічної діяльності з'являється вегето-судинна дистонія в поєднанні з будь-якою патологією шлунково-кишкового тракту. На нашу думку, ці особливості є дуже суттєвими і їх необхідно враховувати при розробці плану лікувально-профілактичних заходів під час вагітності.

Співставляючи отримані нами результати з контрольною групою (домогосподарки), можна відзначити достовірно більш високу частоту всіх ускладнень: ранні токсикози (20,0% і 22,0% у порівнянні з 10,0%; $p < 0,01$); загроза переривання (16,0% і 18,0% проти 8,0%; $p < 0,01$) і загострення соматичної захворюваності (12,0% і 14,0% у порівнянні з 4,0%; $p < 0,01$). Ще одним важливим моментом є необхідність у більшості випадків тимчасової зміни характеру фахової діяльності в зв'язку з вагітністю у вигляді переходу на іншу посаду (методичний кабінет, бібліотека, лабораторія та ін.). При цьому, у ряді випадків це супроводжується зниженням рівня матеріального забезпечення і підтримує стресовий фактор.

З соціально-гігієнічних позицій, друга половина вагітності завжди супроводжується більш високим рівнем різноманітних ускладнень [2, 3, 4]. За нашими даними, найбільше це найбільш очевидно у плані частоти анемії вагітних (50,0% і 52,0% у порівнянні з 28,0%; $p < 0,05$) і фетоплацентарної недостатності (40,0% і 38,0% проти 14,0%; $p < 0,01$). Питома вага іншої патології (пізні гестози, загроза переривання) не має

достовірних розходжень у порівнянні з контрольною групою ($p > 0,05$).

Отже, як показали результати проведеного дослідження основних особливостей преморбідного фону і гестаційного періоду, жінки-педагоги належать до групи високого акушерського ризику в зв'язку з високим рівнем професійної шкідливості, соматичної і гінекологічної захворюваності, а також перенесених внутрішньоматкових втручань. Внаслідок цього клінічний перебіг вагітності ускладнюється в них значною частотою гестаційної анемії і фетоплацентарної недостатності.

Щодо питання порівняльної характеристики жінок I і II груп, нами не встановлено достовірних розходжень у всіх основних моментах, що дозволяє говорити про дотримання принципу рандомізації.

Пологи завжди залишаються дуже складним процесом і заслуговують особливої уваги при проведенні наукових досліджень, особливо в плані впливу на них професійної діяльності жінок [4, 5].

Розглядаючи основні реакції материнського організму на введення простагландинового гелю варто зазначити, що тільки в 2,0% випадків це обумовило початок регулярної пологової діяльності, а в 6,0% спостережень підвищилася частота скорочень матки, що носили регулярний характер (кожні 3-5 хвилин), але потім самостійно затихли протягом 2 годин. У інших 92,0% жінок II групи не було змін скорочувальної діяльності матки або передчасного розриву плодового міхура. Тільки в 2% випадків мала місце нудота під час його аплікації. Також ми не спостерігали випадків материнської діареї, лихоманки, інтраамніального інфікування або гіпертонусу матки.

Використання простагландинового гелю і методики програмованих пологів дозволили істотно знизити частоту передчасного розриву плодових оболонок (з 22,0% до 4,0%; $p < 0,01$); аномалій пологової діяльності (з 18,0% до 4,0%; $p < 0,01$) і дистреса-плода (з 34,0% до 12,0%; $p < 0,01$). У структурі порушень скорочувальної діяльності матки в жінок I групи визначене переважання дискоординованої пологової діяльності (14,0% з 18,0%). Важливим моментом клінічного перебігу пологів був високий рівень неадекватної поведінки жінок I групи (специфічний момент для жінок-педагогів) - 82,0%, а в II групі цей показник склав 22,0% ($p < 0,01$).

Сумарний показник кесаревих розтинів знизився з 22,0% до 6,0% ($p < 0,01$). У структурі показань зменшилася питома вага двох основних причин - неефективне лікування аномалій пологової діяльності (з 12,0% до 2,0%; $p < 0,001$) і дистреса-плода (з 10,0% до 4,0%; $p < 0,01$).

З використаних методів знеболювання в II групі частіше застосовували пролонговану перидуральну анестезію (42,0% у порівнянні з 10,0%; $p < 0,01$), а в I - медикаментозне знеболювання: промедол (98,0% проти 20,0%;

$p < 0,01$) і реланіум (50,0% у порівнянні з 16,0%; $p < 0,01$). Психотерапевтична корекція, проведена в рамках програмованих пологів, дозволила істотно підвищити питому вагу пролонгованої перидуральної анестезії в II групі, що є дуже важливим фактом.

Аналізуючи стан новонароджених необхідно відзначити, що при народженні у новонароджених від матерів II групи середній показник Апгар був вищим на 1,2 бали; через 1 хвил - на 0,9 бали і через 5 хвилин - на 1,4 бали. У задовільному стані народилися 82,0% дітей у II групі і 56,0% - у I ($p < 0,05$). Відповідно, в стані легкої асфіксії були 18,0% новонароджених у II групі і 30,0% - у I ($p < 0,05$). Тільки в породілей-педагогів з загальноприйнятим веденням пологів народилися діти в стані середнього і важкого ступеня асфіксії (14,0%). Відповідно до цього, перинатальні втрати склали 40,0% у I групі (два випадки: інтранатальна асфіксія і постанатальна летальність внаслідок перенесеної пологової травми). Перинатальні втрати на фоні програмованих пологів у жінок-педагогів були відсутні.

Таким чином, як показали результати наших досліджень, жінки-педагоги складають групу високого ризику розвитку порушень скорочувальної активності матки в пологах, внаслідок чого підвищується рівень перинатальної патології і летальності. Використання комплексу програмованих пологів із попередньою допологовою підготовкою простагландиновим гелем дозволяє істотно знизити частоту різноманітних аномалій пологової діяльності, дистреса-плода, а також материнського і плодового травматизму. Отримані дані дозволяють нам рекомендувати дану методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Висновки. Основними факторами ризику розвитку акушерської і перинатальної патології у жінок-педагогів є високий рівень психоемоційних стресів (92,0%); інтелектуальної перенапруги (88,0%) і супутньої екстрагенітальної патології (54,0%), в основному, за рахунок вегето-судинної дистонії (34,0%) і різноманітних поєднаних форм (42,0%).

Клінічний перебіг вагітності в жінок-педагогів супроводжується значною частотою ранніх токсикозів (22,0%) і загрози переривання (18,0%) у I половині вагітності. Після 20 тижнів переважала гестаційна анемія (52,0%) і фетоплацентарна недостатність (40,0%).

Основним ускладненням у пологах у породілей-педагогів є передчасний розрив плодових оболонок (22,0%); аномалії пологової діяльності, в основному, її дискоординація (18,0%) і дистрес плода (34,0%). Це обумовлює високу частоту кесаревих розтинів (22,0%); середньо-важкої асфіксії новонароджених (14,0%) і перинатальних втрат - 40,0%.

Для поліпшення результатів розродження жінок-педагогів необхідно використовувати інтрацервікальне введення простагландинового гелю з метою допологової підготовки і проведення

програмованих пологів: планове пологозбудження з ранньою амніотомією титрованими дозами окситоцину і ензапросту, активне ведення пологів з урахуванням динаміки розкриття шийки матки, регуляцією і корекцією пологової діяльності і стану плоду під адекватним знеболюванням.

Застосування програмованих пологів після допологової підготовки з інтрацервікальним

введенням простагландинового гелю дозволяє знизити частоту передчасного розриву плодових оболонок у 5,5 рази; аномалій пологової діяльності - у 4,5 рази; дистреса-плода в пологах - у 2,8 рази; кесаревих розтинів - у 3,7 рази і сприяє відсутності в новонароджених середньо-тяжкої асфіксії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Астахов В.М. Психоемоційна напруженість як фактор впливу на закінчення пологів // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1995.-№2.-С.40-41.
2. Богатирьова Р.В. Стан акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні та шляхи її поліпшення // Медико-соціальні проблеми сьмьи. - 1997.- Т.2.- №1.- С.3-6.
3. Вороненко Ю.В., Гульчій О.П., Литвинчук Л.В. Деякі особливості захворюваності жінок у період вагітності // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1997. - № 6. - С.74-79.
4. Гойда Н.Г. Стан та перспективи розвитку перинатальної допомоги на етапі реформування охорони здоров'я в Україні // Перинатологія та педіатрія.- 1999. - №1. - С.3-4.
5. Жабченко І.А. Стан здоров'я вагітних як показник здоров'я суспільства і держави // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України.- 2000.- №1. - С.9-16.

SUMMARY

THE PROPHYLAXIC OF ANOMALIES OF LABOR ACTIVITY IN WOMEN-TEACHERS

Melnichuk Yu.B., Borodavko L.G., Kozodoy A.V.

The method of programmed labor in women-teachers was developed. It allowed to reduce the frequency of premature fetal membranes rupture by 5,5 times; anomalies of labor activity – by 4,5 times; distress-fetus in labor – by 2,8 times; cesarean sections – by 3,7 times and it contributes to the prevention of asphyxia of middle-severe degree in newborns.

Key words: women-teachers, anomalies of labor activity, programmed labor.