

ВЛИЯНИЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА

В. М. Петрова

Акушерско-гинекологическая клиника (зав.— проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Опыт акушерско-гинекологической клиники Казанского ГИДУВа в отношении метода психопрофилактической подготовки охватывает период с 1951 г. по 1958 г. Он был применен у 14 551 роженицы.

При поступлении в клинику уже подготовленные в консультациях роженицы прослушивали беседы по закреплению «приемов обезболивания», с неподготовленными же проводилась одномоментная подготовка. Последняя не проводилась лишь при поступлении рожениц в конце первого или во втором периоде родов.

При отсутствии обезболивающего эффекта от психопрофилактического метода применялось медикаментозное обезболивание родов.

Мы проанализировали 4 167 историй родов, имевших место в 1956—57 гг., и попытались выявить влияние полной, неполной и одномоментной подготовки на продолжительность и течение родов, послеродового периода и состояние плода.

Из 4 167 рожениц первородящих было 2 044 (49%), повторнородящих — 2 123 (51%). Поступили полностью подготовленными, прослушав 4 и более занятий, 907 (21,7%) рожениц; с неполной подготовкой (1—3 занятия) — 888 (21,3%); неподготовленными — 2 372 (57%). В клинике в отношении 1 412 неподготовленных рожениц была проведена одномоментная подготовка. Для сравнения нами было учтено 860 рожениц, которые родили без подготовки и обезболивания.

Средняя продолжительность родов у первородящих с полной подготовкой составила 16 час. 25 мин, у повторнородящих — 8 час. 50 мин. И. Б. Асатуров, М. Т. Лебедь, В. М. Каневская, Н. А. Башинская определяют продолжительность родов у подготовленных рожениц соответственно 12 час. 30 мин. и 5 час. 30 мин. А. М. Арнольдова считает среднюю продолжительность 1 периода родов в 10 час. 53 мин. Lamaze и Vellay (1957) полагают, что благодаря психопрофилактической подготовке к родам продолжительность родов уменьшилась на 6—7 часов у первородящих и до 3 часов у повторнородящих. Draps и Schousmann отмечают снижение средней продолжительности родов после подготовки с 15 час. 10 мин. до 11 час. 40 мин.

У прошедших неполную подготовку, по нашим данным, средняя продолжительность родов была соответственно 17 час. 5 мин. и 9 час. 15 мин.; с одномоментной — 18 час. 10 мин. и 10 час. 55 мин. и у неподготовленных — 18 час. и 11 час. 10 мин.

По И. Б. Асатурову и др., продолжительность родов у женщин, подготовленных одномоментно, — 14 час. 15 мин. и 10 час. 20 мин.

Разрывы промежности I степени при полной подготовке имели место у 59 перво- и 10 повторнородивших, что составляет 6,5 и 1,1%; при неполной подготовке — у 52 и 12 (5,8 и 1,3%); при одномоментной — у 100 и 20 (7 и 1,4%); без подготовки — у 57 и 19 (6,6 и 2,2%).

Разрывы промежности II степени при полной подготовке произошли у 9 первородящих и 2 повторнородящих (0,8 и 0,02%), при неполной подготовке — у 15 и 2 (1,6 и 0,2%); при одномоментной — у 25 и 5 (1,7 и 0,3%); без подготовки — у 22 и 8 (2,5 и 0,9%).

По А. М. Арнольдовой, разрывы промежности у подготовленных рожениц составили 7,8%, у неподготовленных — 14,4%. Снижение числа разрывов промежности у подготовленных рожениц можно объяснить

более правильным поведением женщины в родах, умением рассчитать свои силы во II периоде родов, снятием чрезмерного спазма мускулатуры, что достигается психопрофилактической подготовкой.

Нефропатия беременных при полной подготовке диагностировалась у 41 роженицы (4,5%); при неполной — у 46 (5,2%); при одномоментной и у неподготовленных — у 142 рожениц (6%). Преэклампсии и эклампсии у рожениц, полностью подготовленных, не было. У беременных с неполной подготовкой они имели место в двух случаях, и у неподготовленных и с одномоментной подготовкой — в 10. Объяснить это можно тем, что многократное посещение женской консультации в процессе подготовки к родам позволило вовремя выявить и предупредить развитие токсикозов.

Атоническое кровотечение (потеря крови свыше 500 мл) сопровождало роды лишь у 24 родильниц (2,6%) с полной подготовкой; при неполной — у 29 (3,2%); с одномоментной и среди неподготовленных — у 136 (5,7%).

Ручное отделение последа и ручное обследование полости матки имело место соответственно у 14, 16 и 64 рожениц (1,5%, 1,8%, 2,7%). Акушерские щипцы были наложены у двух рожениц с полной подготовкой (0,2%) и у 8 рожениц, неподготовленных или подготовленных одномоментно (0,6%).

У женщин, прошедших полную психопрофилактическую подготовку к родам, родилось 874 здоровых ребенка. У 13 (1,4%) наблюдалась внутриутробная асфиксия, успешно леченная триадой по Николаеву и ускорением родоразрешения; 18 детей (1,9%) родилось в асфиксии; 8 детей (0,8%) — мертвыми.

У рожениц с неполной подготовкой родились здоровыми 822 ребенка; у 23 была внутриутробная асфиксия (2,5%); 22 ребенка родились в асфиксии (2,4%), 10 было мертворожденных (1,1%).

У женщин с одномоментной подготовкой и у неподготовленных родился здоровым 2251 ребенок; внутриутробная асфиксия наблюдалась у 44 (1,8%); родились в асфиксии 60 детей (2,5%); мертворожденных было 59 (2,45%).

Таким образом, у неподготовленных женщин мертворожденных было в три раза больше, чем у подготовленных полностью. По И. Б. Асатурову, мертворожденные у подготовленных рожениц составили 0,5%; по данным Э. А. Шугом: асфиксия плода — 2%, ранняя детская смертность — 0,3%. Rochat R. L. и Rossel G. отмечают при этом снижение смертности с 1,5 до 0,5%, а оживление плодов в асфиксии повышалось с 3,25 до 9%. Lamaze F. и Vellay M. P. на 765 подготовленных рожениц не имели ни одного мертворожденного. Rochat R. L. и Rossal G. считают, что психопрофилактический метод в узкоакушерском смысле не имеет преимуществ в отношении уменьшения акушерских операций, укорочения продолжительности родов, величины кровопотери. Огромно его значение для новорожденных: снижение мертворождаемости с 1,6 до 0,3%, ранней детской смертности — с 3,1 до 1,2%.

Осложнения в послеродовом периоде у родильниц с полной подготовкой встречались реже, чем при одномоментной подготовке и у неподготовленных.

Оценка обезболивающих результатов психопрофилактической подготовки была такова:

С полной подготовкой — у 542 (59,7%) женщин обезболивание оказалось полным; у 250 (27,5%) — частичным; у 74 (8,1%) эффект отсутствовал; у 41 (4,7%) оценка не произведена.

С неполной подготовкой у 357 (40,2%) рожениц эффект был полным, у 387 (43,5%) — частичным, у 109 (12,2%) эффект отсутствовал,

в 35 историях родов оценки не выяснены (4,1%). 84 женщинам этой группы применено медикаментозное обезболивание.

С одномоментной подготовкой полное обезболивание наблюдалось у 453 (32%), частичное — у 582 (41,2%); эффект отсутствовал у 307 (21,7%); оценка не была дана в 70 случаях (5,1%).

И. Б. Левит и Ф. И. Рабинович в своем исследовании показали, что из 1292 женщин, полностью подготовленных в женской консультации, отличный эффект наблюдался в 43,2%, хороший — в 33,3%, посредственный — в 16,9%, плохой — в 3,1%.

По И. Б. Асатурову, из 317 рожениц с полной подготовкой 91,7% получили в родах отличную и хорошую оценки; с одномоментной подготовкой — 80,6%.

Л. Н. Погодаева отмечает хороший эффект психопрофилактической подготовки у 90,2% рожениц (из 1000).

De Werra G. и Dubuis P. получили хороший результат в 75%, неполный — в 28,7%, отрицательный — в 21,2% (из 164 рожениц). M. Gavel, наблюдая роды у 48 подготовленных женщин, получил хороший эффект подготовки у 89%. Rochat и Rosset выяснили у 65% подготовленных рожениц облегчение болей, а у 15% — полное обезболивание.

Большое значение в поведении роженицы имеет не только количество проведенных бесед, но их качество, а главное, обстановка, в которой они проводятся. Это положение подтверждается на примерах рожениц, подготовленных в Казанском санатории для беременных. Спокойная, уютная обстановка, обилие свежего воздуха, разнообразное, богатое витаминами и калорийное питание, режим и высокий авторитет врача создают у беременных уверенность в благополучном исходе родов и даже «ответственность» за свое поведение в родах. Так, из 86 беременных, подготовленных в санатории и родивших в нашей клинике, только у 2 наблюдалось отсутствие эффекта, у 13 эффект был частичным, у 71 роженицы — полным.

Таким образом, отсутствие эффекта от полной подготовки беременных в санатории наблюдалось в 1,1%, среди же полностью подготовленных в женских консультациях города — в 8,1%.

ВЫВОДЫ:

1. Полная психопрофилактическая подготовка (по сравнению с неполной и особенно одномоментной) способствует более спокойному поведению женщин в родах, уменьшению продолжительности родов, снижению количества осложнений и оперативных вмешательств. После нее уменьшается количество внутриутробных асфиксий плода, снижается число родившихся в асфиксии и мертворожденных.

2. Большое значение имеют качество подготовки и обстановка, в которой она проводится.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арнольдова А. М. Акуш. и гинек., 1957, 6 — 2. Асатуров И. Б., Лебедь М. Т., Каневская В. М., Башинская Н. А. Акуш. и гинек., 1955, 1. — 3. Вельвовский И. З., Платонов К. И., Плотицер В. А., Шугом Э. А. Психопрофилактика болей в родах, Медгиз, 1954. — 4. Погодаева Л. Н. Сб. труд. каф. акуш. и гинек. Иркутского мед. ин-та, 1956. — 5. Draps A., Schoussmann R. Bull. soc. Belge gynec. obst., 1957, 27, 1. — 6. Gavel M. Bull. fed. soc. gynecol. obst., 1956, 8, 4. — 7. Vellay M. P. Bull. fed. soc. gynecol. obst., 1956, 8, 5. — 8. Rochat R. L., Rossel G. Gynecologia, 1956, 142, 5. — 9. De Werra G., Dubuis P. Gynecologia, 1956, 142, 5.

Поступила 9 декабря 1959 г.