

Т.Ю. Бабич, Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

# Психоемоциональное напряжение в родах и адекватное обезболивание



Т.Ю. Бабич

Роды, хотя и являются нормальной, естественной функцией организма женщины, в то же время служат достаточно серьезным испытанием для ее физического и психического состояния. Представление, что роды – болезненный и мучительный процесс, невероятно устойчиво. Однако боль представляет собой сложное ощущение, в котором болевая чувствительность соединяется с эмоциональным, психологическим компонентом. При одной и той же силе болевого раздражителя эмоциональный компонент может существенно меняться, тем самым увеличивая или уменьшая выраженность боли.

В последнее время особое внимание уделяется изучению особенностей течения и исходов родов в зависимости от наличия акушерской и экстрагенитальной патологии, поскольку от этого зависит развитие таких осложнений, как нарушение сократительной функции матки, а соответственно – возникновение слабости или дискоординации родовой деятельности, кровотечений, дистресса плода. В то же время до настоящего времени не учитывался тот факт, что причиной развития этих осложнений в родах может служить и чрезмерное психоэмоциональное напряжение, чувство страха перед родами и болью.

Цель нашего исследования заключалась в оценке осложнений в родах в зависимости от психоэмоционального состояния женщин и обоснование использования обезболивающих препаратов.

## Материалы и методы

Оценивали течение родов и их исход у 152 женщин, которые проходили пренатальную подготовку и рожали при поддержке мужа (основная группа). Группу сравнения составили 148 пациенток, рожавших традиционно. Учитывались данные партограммы, введение вспомогательных лекарственных препаратов, медикаментозное обезболивание, осложнения в родах, оперативные вмешательства.

Используя методику Е.Ф. Бажина и соавт., мы определили тип субъективного контроля жизненно важных ситуаций, который является достаточно устойчивой индивидуально-психологической характеристикой человека и слабо поддается изменениям.

Установлено, что наиболее распространен нормальный тип субъективного контроля, при котором человек адекватно оценивает свою роль в наступлении и развитии событий, происходящих в его жизни, а также допускает влияние на них внешних факторов, от него не зависящих.

Экстернальный тип личности у женщин основной группы был выявлен в 1,4 раза чаще, чем в группе сравнения. Такие люди считают, что значимые события в их жизни являются результатом случая или действия других людей и не считают себя способными контролировать их наступление и развитие.

Интернальный тип был зарегистрирован у 27% женщин основной группы и у 31% – группы сравнения. Эти пациентки ответственность за события, происходящие в их жизни, в большей мере принимают на себя, объясняя их своим поведением, характером и способностями.

В зависимости от выявленного типа субъективного контроля женщин разделили на три подгруппы: с нормальным, экстернальным и интернальным типами.

## Результаты исследования и их обсуждение

Нормальные роды в основной группе женщин, рожавших при поддержке мужа и проходивших дородовую подготовку, зарегистрированы в 85,3% случаев, что достоверно чаще, чем в группе сравнения – 57,4% ( $p < 0,05$ ). Соответственно у 14,7% и 42,6% рожениц этих групп роды были осложненными.

Было установлено, что частота нормальных родов у рожениц с экстернальным и интернальным типами субъективного контроля в основной группе составила по 80,0% и оказалась достоверно ниже, чем у женщин с нормальным типом (92,4%).

Наиболее высокая частота осложненных родов наблюдалась у рожениц интернального типа из группы сравнения (63,0%), что в 2,3 раза больше, чем у женщин нормального типа (27,9%,  $p < 0,05$ ), а у рожениц экстернального типа они зарегистрированы в 44,1% случаев (в 1,6 раза чаще, чем при нормальном типе субъективного контроля).

У женщин, рожавших традиционно, в 3,3 раза чаще, чем у подготовленных и рожавших с поддержкой мужа, проводили коррекцию слабости или дискоординации родовой деятельности. Следует указать, что при оценке числа случаев осложнений родовой деятельности по подгруппам было отмечено, что такая патология у женщин с интернальным типом субъективного контроля наблюдалась чаще и составила соответственно 11,4% и 34,8% по сравнению с пациентками с нормальным типом (0% и 5,9%).

Субъективное ощущение боли и, соответственно, использование медикаментозного обезболивания было значительно выше у рожениц экстернального и интернального типов, а также у пациенток всех типов группы сравнения по отношению к женщинам, рожавшим при поддержке мужа и прошедшим пренатальную подготовку ( $p < 0,05$ ) (табл.).

По нашему мнению, это обусловлено большей эмоциональной нестабильностью этих рожениц, сосредоточением внимания на узком круге переживаний (возможное усиление схваток, боли), снижением способности правильно оценивать обстановку. Информация, поступающая в высшие отделы головного мозга, становится неточной. Хаотичное, пароксизмальное вмешательство высших нервных центров в физиологический процесс родов приводит к дезорганизации гомеостатических механизмов, к возникновению невротических реакций, нарушению нормальной родовой деятельности.

Понятие «болевая чувствительность» с физиологической точки зрения подразумевает восприятие организмом сильных стимулов. Объективная оценка боли очень трудна и может быть условно выражена четырьмя степенями интенсивности: отсутствие боли, боль как сигнал, затем «болезнь» и «катастрофа». Родовая боль может приобретать характер «застойного» очага возбуждения, своего рода болевой доминанты, когда все внимание роженицы концентрируется лишь на болевых ощущениях.

В случае выраженного болевого синдрома и при отсутствии эффекта от физиологических методов обезболивания (массаж акупунктурных точек, активные движения и смена положения тела, использование упражнений с мячом, водных процедур с использованием душа и др.) мы применяли внутривенное введение 2% раствора промедола или сильного и быстродействующего ненаркотического

аналгетика Акупан (нефопам гидрохлорид). Акупан – препарат компании «Биокодекс» (Франция), который является анальгетиком центрального действия и по силе действия сопоставим со средними дозами морфина. В отличие от наркотических анальгетиков нефопам не вызывает угнетения дыхательного центра, не оказывает противовоспалительного и антипиретического действия, не влияет на перистальтику кишечника. По результатам клинических исследований отмечено, что препарат обладает слабыми антихолинергическими, антигистаминными и симпатомиметическими свойствами, не вызывает эффекта привыкания. Указанные препараты вводились внутривенно медленно (в течение 15 минут) при открытии шейки матки до 4-5 см в положении роженицы лежа на боку.

Выраженный обезболивающий эффект наблюдался при введении промедола в основной группе в 55,6% случаев, в группе сравнения – в 45,8%; умеренный – в 44,4% и 54,2% соответственно. При использовании препарата Акупан выраженный обезболивающий эффект наступил у 50% женщин основной группы и 52% – группы сравнения; умеренный – соответственно в 50% и 48%.

При анализе частоты обезболивания в зависимости от типа субъективного контроля мы отметили, что во всех группах у женщин экстернального и интернального типов медикаментозное обезболивание проводилось достоверно чаще: в основной группе – 16,4% и 22,9%, а в группе сравнения – 38,2% и 47,8% по сравнению с нормальным – 3% и 20,6% соответственно.

Таким образом, выраженность обезболивающего эффекта при использовании указанных препаратов не имела достоверных различий ( $p > 0,05$ ). Однако важным моментом является тот факт, что дети,

Таблица. Оказанная медицинская помощь во время родов в зависимости от типа субъективной оценки женщин обследованных групп

| Показатель                      | Основная группа          |           |                       |     |                         |        | Группа сравнения         |        |                       |      |                         |           |
|---------------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|-----|-------------------------|--------|--------------------------|--------|-----------------------|------|-------------------------|-----------|
|                                 | экстернальный тип (n=55) |           | нормальный тип (n=66) |     | интернальный тип (n=35) |        | экстернальный тип (n=34) |        | нормальный тип (n=68) |      | интернальный тип (n=46) |           |
|                                 | n                        | %         | n                     | %   | n                       | %      | n                        | %      | n                     | %    | n                       | %         |
| Стимуляция родовой деятельности | 5                        | 9,1 Н     | 1                     | 1,5 | 5                       | 14,3 Н | 8                        | 23,5 Н | 6                     | 8,8  | 21                      | 45,7 Н, Е |
| Обезболивание в родах           | 9                        | 16,4 П, Н | 2                     | 3,0 | 8                       | 22,9 Н | 13                       | 38,2 Н | 14                    | 20,6 | 22                      | 47,8 Н    |
| Кесарево сечение                | 3                        | 5,5 Н     | -                     | -   | 3                       | 8,6 Н  | 3                        | 8,8 Н  | 1                     | 1,5  | 12                      | 26,1 Н, Е |
| Эпизиотомия                     | 4                        | 7,3       | 2                     | 3,0 | 4                       | 11,4   | 5                        | 14,7 Н | 4                     | 5,9  | 10                      | 21,7 Н    |
| Ручная ревизия полости матки    | 2                        | 3,6       | 2                     | 3,0 | 2                       | 5,7    | 3                        | 8,8    | 3                     | 4,4  | 5                       | 10,9      |
| Кюретаж полости матки           | 1                        | 1,8       | -                     | -   | -                       | -      | 2                        | 5,9    | 3                     | 4,4  | 3                       | 6,5       |

Примечания:  
 П – достоверная разница с показателем группы сравнения ( $p < 0,05$ );  
 Н – достоверная разница с показателем при нормальном типе субъективного контроля ( $p < 0,05$ );  
 Е – достоверная разница между показателями при экстернальном и интернальном типах субъективного контроля ( $p < 0,05$ ).

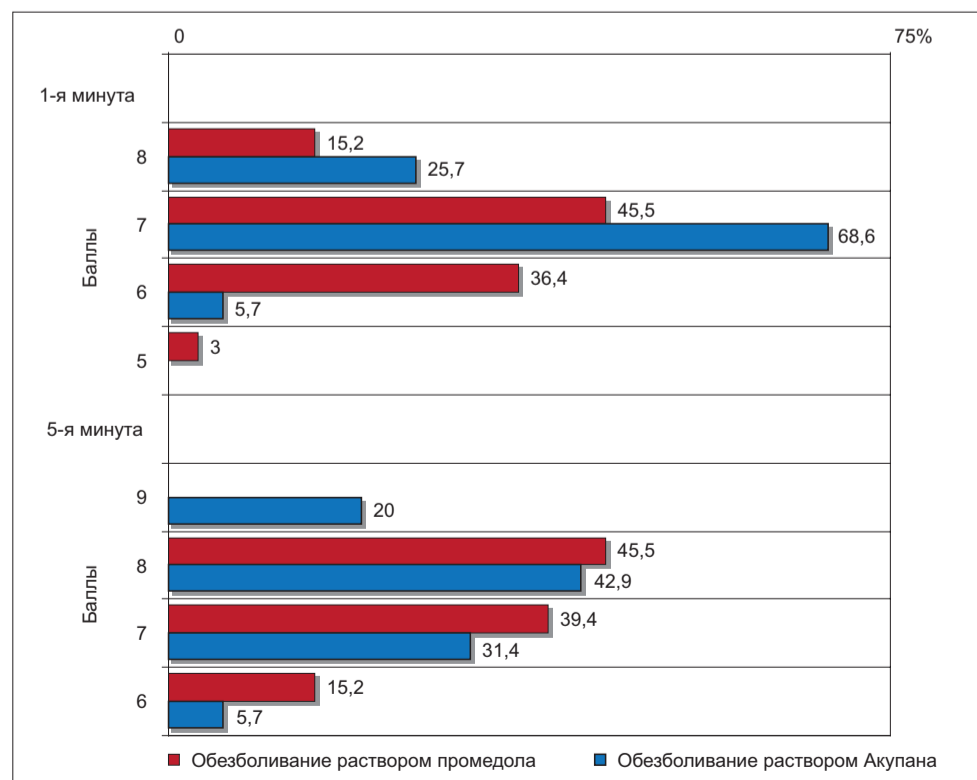


Рис. Оценка по шкале Апгар детей, рожденных женщинами, которым применялось медикаментозное обезболивание в родах



# Затримка статевого розвитку

роженні матерями, получившими обезболювання з використанням промедола, мали більш низку оцінку по шкалі Апгар в зв'язі з його впливом на дихальний центр плода. На 1-й минуті по шкалі Апгар оцінка 8 балів була у 15,2% новонароджених від матерів, котрим вводили промедол, і у 25,7% – Акупан; 7 балів – у 45,5% і 68,6%; 6 балів – у 36,4% і 5,7% відповідно; 5 балів було тільки у одного ребенка (3,0%) після обезболювання рожениці промедолом. На 5-й минуті оцінку 9 балів отримали тільки діти жінок, котрим вводили Акупан (20%); 8 балів мали 45,5% новонароджених, матерям котрим вводили промедол, і 42,9% – Акупан; 7 балів – 39,4% і 31,4% і 6 балів – 15,2% і 5,7% відповідно (рис.).

Отрицательные эмоции создают в организме определенное доминантное состояние, строго направленное на удовлетворение породивших их мотиваций и потребностей. При длительных, многократно повторяющихся отрицательных состояниях нейромедиаторная интеграция эмоционального возбуждения может принимать «застойную» форму, порождающую эмоциональный стресс. Реакции отрицательного характера обладают длительным последствием и способностью к суммации, что приводит к чрезмерному напряжению стресс-реализующей системы и подавлению активности стресс-лимитирующих механизмов.

В то же время даже у женщин с интернальной субъективной оценкой и рожавших при поддержке мужа частота осложнений в родах наблюдалась достоверно реже ( $p < 0,05$ ). Присутствие мужа при родах, его помощь, поддержка и забота приводят к уменьшению силы стресса, снижению уровня отрицательных эмоций, возможности большего расслабления и соответственно – стабилизации течения родового процесса, что в конечном итоге улучшает акушерские и перинатальные показатели. Использование же адекватной пренатальной подготовки делает эти показатели еще более значимыми.

## Выводы

1. Установлено, что частота нормальных родов у женщин с экстернальным и интернальным типами субъективного контроля была достоверно ниже, чем у пациенток с нормальным типом.

2. Субъективное ощущение боли и, соответственно, использование медикаментозного обезболювання было значительно выше у женщин, рожавших без поддержки семьи, по отношению к женщинам, рожавшим при поддержке мужа и прошедшим пренатальную подготовку ( $p < 0,05$ ).

3. Доказано, что поддержка мужа при родах помогает значительно уменьшить потребность в медикаментозном обезболюванні, а пренатальная подготовка супружеских пар еще более улучшает этот показатель.

4. При анализе частоты обезболювання в зависимости от типа субъективного контроля отмечено, что во всех группах у женщин экстернального и интернального типов медикаментозное обезболювание проводилось достоверно чаще, по сравнению с таковыми у женщин нормального типа. Это связано с выраженным психоэмоциональным напряжением, желанием справиться с болью и страхом самостоятельно, что характерно для женщин с таким типом субъективного контроля.

5. Для обезболювання в родах оправданным является применение препарата Акупан, обладающего выраженным антиноцицептивным действием без наркотического эффекта и влияния на дыхательный центр плода.

Список литературы находится в редакции.

Затримка статевого дозрівання – це відсутність вторинних статевих ознак у дівчинки до 13-14 років, відсутність менархе впродовж 3 років і більше від початку розвитку вторинних статевих ознак, а також першої менструації до 15-річного віку, невідповідність показників росту і маси тіла хронологічному віку (табл. 1).

Таблиця 1. Клінічні ознаки затримки статевого розвитку

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- кольорова сліпота</li> <li>- аносмія</li> <li>- носові кровотечі</li> <li>- приливи</li> <li>- дизурія</li> <li>- відсутність інтересу до протилежної статі</li> <li>- інфантильний і астенічний морфотип</li> <li>- нормоскелетія (реєструється у 5 разів частіше, ніж у популяції)</li> <li>- гіпоестрогенія</li> <li>- статевий інфантилізм</li> <li>- гіпотрофія зовнішніх статевих органів</li> <li>- первинна чи вторинна аменорея</li> <li>- альгоменорея</li> <li>- ювенільні кровотечі</li> </ul> |
|---|

## МКХ-10:

E 30.0 Затримка статевого розвитку.

E 30.9 Порушення статевого розвитку не уточнене.

E 45 Затримка статевого розвитку зумовлена білково-енергетичною недостатністю.

E 23.0 Гіпопітуїтаризм, у тому числі й гіпогонадотропний гіпогонадизм, ізольована гонадотропна недостатність, синдром Каллмана, пангіпопітуїтаризм та ін.

E 23.1 Медикаментозний гіпопітуїтаризм.

E 28 Первинна яєчниковна недостатність.

Q 50.0 Вроджена відсутність яєчників (окрім синдрому Тернера).

Q 87.1 Синдроми вроджених аномалій, що проявляються переважно карликовістю.

Q 96 Синдром Тернера і його варіанти.

Q 97 Інші аномалії статевих хромосом і жіночий фенотип, не класифіковані в інших рубриках (у тому числі осіб жіночої статі з каріотипом 46 XY).

За даними різних авторів, у підлітків частота затримки статевого розвитку коливається від 14% до 33% і у структурі гінекологічної захворюваності становить від 2% до 7%.

Затримка темпів статевого розвитку – це поява вторинних статевих ознак і менархе у фізіологічні терміни з подальшим порушенням установлення менструального циклу протягом 2 років і більше, а також з повільним розвитком вторинних статевих ознак чи призупиненням їх розвитку (табл. 2, 3).

## Затримка статевого розвитку центрального генезу

Гіпоталамічний гіпогонадотропний гіпогонадизм (гіпогонадотропний євнухотизм, синдром Каллмана або ольфактогенітальний синдром).

Етіологія: порушення функції гіпоталамічних структур під впливом спадкових факторів чи інфекцій та інтоксикацій, перенесених у ранньому дитячому віці, і, як наслідок, виникнення дефектів, пов'язаних з ізольованою гіпотала-

мічною недостатністю, дефектом розвитку центра нюху.

## Спадково зумовлені форми гіпогонадотропного гіпогонадизму

**Синдром Лоренса-Муна-Бардета-Бідля.** Частота захворюваності становить один випадок на 60 тис. Захворювання носить сімейний характер, що пов'язано з множинними дефектами гена, дегенеративними змінами ядер гіпоталамуса, зменшенням гангліозних клітин з розростанням на їх місці клітин глії.

**Клініка:** гіпогонадизм, розумова відсталість, пігментний ретиніт, аномалії розвитку кисті, ожиріння.

**Лікування:** дієта з обмеженням жирів, вуглеводів, калорійної їжі, ЛФК, гормональна терапія (левотироксин, гонадотропні гормони, циклічна терапія статевими стероїдними гормонами протягом 12-13 років).

**Прогноз** несприятливий – розумова відсталість не зникає, менструальний цикл не відновлюється, на фоні деякого покращення статевого розвитку зменшується ожиріння.

**Хвороба Хенда-Мюллера-Крисчена** – захворювання, пов'язане з ураженням гіпоталамо-гіпофізарної системи внаслідок захворювань головного мозку, має аутосомно-рецесивний тип наслідування.

**Клініка:** нанізм, статевий інфантилізм, екзофтальм, нецукровий діабет, ксантоматоз, збільшення лімфатичних вузлів, важкі зміни кісткового скелета.

**Лікування:** дієта з обмеженням ліпідів, можлива ефективність рентгенотерапії.

## Гіпофізарний гіпогонадотропний гіпогонадизм

Етіологія і патогенез цього захворювання пов'язані з органічними ураженнями гіпофіза як наслідок його вродженої гіпоплазії або гіпоксії, що виникла у постнатальному періоді внаслідок захворювань, які порушують кровообіг у передній частці гіпофіза,

Таблиця 2. Ступені затримки статевого розвитку

| Ступінь | Вік, роки  |
|---------|------------|
| I       | 2          |
| II      | 3          |
| III     | 4 і старше |

Таблиця 3. Практична класифікація варіантів затримки статевого розвитку

| Генетично зумовлена група (характерний гіпергонадотропний стан)               | Сімейні варіанти, хромосомні захворювання, генна патологія  |
|---|---|
| Група центрального генезу (характерний стан гіпогонадотропного гіпогонадизму) | Вроджені чи набуті ураження гіпоталамуса та гіпофіза  |
| Група периферичного генезу (характерний гіпергонадотропний стан)              | Недостатність чи втрата яєчників, рефрактерність статевих органів   |
| Група соматогенного генезу  | Синдром мальабсорбції, хронічна ниркова патологія, ендотоксикація, недостатність ендокринних залоз, аліментарний фактор, анемія |



І.Б. Вовк

або після стиснення гіпофіза (синдром «порожнього» турецького сідла).

**Синдром «порожнього» турецького сідла** – знижена або «німа» функція гіпофіза внаслідок стиснення і сплюснення грижею арахноїдальної оболонки, яка проникає у його порожнину через отвір ніжки гіпофіза в діафрагмі. Розміри і контури турецького сідла не змінені, однак гіпофізарна ямка на рентгенограмі порожня. Гіпофункція гіпофіза також може бути викликана стисненням і руйнуванням пухлиною його передньої долі. Пангіпопітуїтаризм (функціональна неспроможність передньої долі гіпофіза) призводить до вираженої затримки росту і статевого дозрівання, інфантилізму, первинної аменореї. Біохімічні порушення полягають у вибіркового порушенні синтезу β-ланцюгів (ізольована недостатність ФСГ і ЛГ) або α-ланцюгів (недостатність продукції ФСГ, ЛГ, ТТГ), останнє клінічно проявляється вторинним гіпотиреозом.

**Клініка.** Скарги на відсутність менструацій і затримку статевого розвитку.

У хворих – жіночий каріотип (46XX). Гармонійний фізичний розвиток зустрічається тільки у 25% пацієнтів із затримкою статевого розвитку центрального генезу. При пангіпопітуїтаризмі спостерігають низький зріст, однак за відсутності порушень соматотропного гормону можуть зберігатися вікові ростові параметри. Затримка статевого розвитку зумовлена низькою секрецією гонадотропнів і, як наслідок, затримкою розвитку фолікулярного апарату яєчників, низькою секрецією естрогенів.

Соматичні аномалії відсутні, будова тіла пропорційна, відсутні вторинні статеві ознаки або слабкий їх розвиток, гіпоплазія зовнішніх і внутрішніх статевих органів, атрофічний тип піхвових мазків.

Рентгенографія черепа і турецького сідла вказує на ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску, зміни об'єму сідла (посилена пальцевих вдвиль у склепінні турецького сідла, широкий вхід у турецьке сідло, зміна його розмірів, форми тощо).

Енцефалограма й огляд невропатолога виявляють гіпоталамічну недостатність, дисфункцію підкоркових структур, значно рідше – органічне ураження головного мозку.

Продовження на стор. 76.