

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра
_____ Д.Л. Пиневиц
_____ 2014 г.
Регистрационный № 088-0913



**КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ПОДГОТОВКИ К РОДАМ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АКУШЕРСКОЙ И
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

(инструкция по применению)

Учреждение-разработчик:
Государственное учреждение Республиканский научно-практический
центр «Мать и дитя»

Авторы:
к.м.н., доцент Барсуков А.Н., к.м.н., Девялтовская М.Г.,
к.м.н. Курлович И.В., к.м.н. доцент, Римашевский В.В., Белуга М.В.,
Демидова Р.Н., Станкевич О.Б.

Минск, 2013 г.

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен новый комплексный метод подготовки к родам женщин, при патологическом течении прелиминарного периода, на основе использования новых технологий психотерапевтической и медикаментозной коррекции. Подготовка таких беременных к родоразрешению будет способствовать снижению частоты акушерских, перинатальных осложнений и оперативных родоразрешений на 20%. Метод эффективно предотвращает развитие психоэмоционального расстройства у беременных женщин, рожениц, родильниц, снижает осложнения в родах и удельный вес оперативных родоразрешений, уменьшает осложнения для матери и плода. Инструкция предназначена для врачей-акушеров-гинекологов, врачей-психотерапевтов, иных врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь беременным женщинам.

ПОКАЗАНИЯ: Наличие у беременных женщин акушерской и экстрагенитальной патологии при патологическом течении прелиминарного периода.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Отсутствуют.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: Отсутствуют.

Комплексный метод подготовки к родам женщин, с патологическим прелиминарным периодом на основе новых технологий психотерапевтической и медикаментозной коррекции включает следующие этапы: 1) определение показаний для направления беременной женщины к врачу-психотерапевту; 2) подготовка к родам беременных женщин, на основе новых технологий психотерапевтической коррекции (Инструкция по применению: «Комплексный метод диагностики и коррекции нарушений психоэмоционального состояния у беременных женщин при

патологическом течении прелиминарного периода», утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь, № 030-0411 / разработ.: ГУО «БелМАПО»; к.м.н., доцент Байкова И.А., Ходжаев А.В. – Минск: 2011. – 27 с.); 3) коррекция лекарственными средствами патологии прелиминарного периода у беременных женщин; 4) выбор оптимальной тактики родоразрешения; 5) анестезиологическое обеспечение во время родоразрешения.

1. Показания для направления беременной женщины к врачу-психотерапевту

а) беременные женщины с патологическим прелиминарным периодом;

б) наличие психоэмоционального расстройства (тревога, депрессия) по результатам клинического интервью и тестирования;

- уровень тревоги более 20 баллов по шкале самооценки тревоги Шихана;

- уровень депрессии более 15 баллов по шкале самооценки депрессии Бека;

- уровень индивидуальной чувствительности к боли более 3 баллов по визуально-аналоговой, цифровой рейтинговой, вербально-рейтинговой шкалам и оценке боли по выражению лица.

2. Подготовка к родам женщин, с патологическим течением прелиминарного периода, на основе новых технологий

психотерапевтической коррекции

В основе подготовки к родам беременных женщин, с патологическим течением прелиминарного периода, с использованием новых технологий психотерапевтической коррекции является необходимость перевода беременной женщины в проблемной ситуации

с иррациональных установок на рациональные. Работа врача-психотерапевта сводится к опознаванию иррациональных установок, к конфронтации с ними, их пересмотру и, наконец, к закреплению функционирования рациональных, уже гибких (а не первоначально абсолютистских) установок. Рационально-эмоциональная психотерапия в первую очередь применяется к тем беременным женщинам, которые способны к интроспекции и самоанализу, так как данный вид психотерапии предполагает активное участие пациента на всех этапах консультирования, установление с ним отношений партнёрского типа. Этому способствует совместное обсуждение возможных целей консультирования, проблем, которые бы хотела разрешить женщина.

Этапы консультирования:

1. *Кларификация* (прояснение параметров тех событий, которые наиболее затронули беременную или вызвали неадекватную реакцию). Целью консультирования на этом этапе является не поощрение беременной к уходу от столкновения с событием, не изменение его, а осознание системы оценочных когниций, затрудняющих разрешение этого конфликта, перестройка её и только после этого этапа – принятие решения об изменении ситуации. В противном случае беременная будет сохранять потенциальную уязвимость в сходных ситуациях.

2. *Идентификация следствий* (выявление всех эмоциональных реакций на событие). Этот этап проводится для того, чтобы распознать эмоции, не осознаваемые беременной из-за включения той или иной психологической защиты. У некоторых женщин осознание и вербализация испытываемых эмоций затруднены, в связи со словарным или поведенческим дефицитом, а также возможным «вторичным выигрышем». Врач-психотерапевт наблюдает за экспрессией и невербальным поведением беременной при рассказе ею о событии,

предоставляет обратную связь, говоря о своём восприятии характера эмоциональной реакции беременной женщины, высказывает предположения о чувствах и мыслях обычного человека в похожей ситуации, что помогает женщине осознать свои эмоции, прежде неосознаваемые.

Цель этапа считается достигнутой, когда в области проблемы выявляются иррациональные установки.

3. *Реконструкция иррациональных установок* (может протекать на когнитивном уровне, на уровне воображения, на уровне поведения). Реконструкция на когнитивном уровне включает доказательство беременной истинности установки и необходимости её сохранения в данной ситуации. Обычно в процессе такого рода доказательства женщина ещё более отчётливо видит негативные последствия сохранения своей установки. На уровне воображения мысленно погружается в психотравмирующую ситуацию. При негативном воображении она должна максимально полно испытать прежнюю эмоцию, а затем попытаться уменьшить её уровень, осознав, за счёт каких новых установок ей удалось этого достичь.

Во всех видах когнитивной психотерапии действуют сходные факторы:

1. Установление особого контакта между врачом-психотерапевтом и пациентом.
2. Ослабление напряженности на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с врачом-психотерапевтом.
3. Расширение репертуара когнитивных схем на основе выявленных индивидуальных психологических защит.
4. Изменение поведения пациента за счет нового эмоционального опыта, полученного в общении с врачом-психотерапевтом.

5. Приобретение социальных навыков на модели поведения врача-психотерапевта.

6. Убеждение и внушение, явное или скрытое.

7. Усвоенное или осознанное отношение к новым формам поведения, осуществляемое при эмоциональной поддержке со стороны врача-психотерапевта.

Методы исследования:

На первой консультации с целью диагностики отдельных характеристик психического состояния беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом используются методы стандартизованного интервью, наблюдения и тестирования.

При проведении стандартизованного интервью врач-психотерапевт обращает внимание на особенности вербальной и невербальной коммуникации пациента, на степень его открытости, искренности, заинтересованности в результатах исследования. В ходе интервью основной задачей врача-психотерапевта является установление доверительного контакта, способствующего увеличению позитивной мотивации испытуемого к дальнейшему исследованию.

Тестирование проводится с помощью шкалы тревоги Шихана, шкалы депрессии Бека, теста на удовлетворенность браком, вопросника адаптации к беременности. После стандартизованного интервью беременной женщине предлагается самостоятельно пройти тестирование, зачитывается инструкция, выдается анкета. В конце приема по желанию беременной женщины с ней могут быть обсуждены результаты анкеты.

Вторая консультация включает в себя блок когнитивных методов, направленный на процессы осознания, на мыслительные процессы. Продолжительность сеанса не менее 90 минут. В процессе работы проводится информирование беременной о родах, послеродовом

периоде, что вносит в представления женщины ясность и конкретность, позволяет определить генерализованную тревогу. По мере информирования пугающие моменты становятся рационально осознанными. Знания разрушат мифы, окружающие саму беременность и роды, вселят чувство уверенности и ощущение защищенности женщинам.

Можно предполагать как индивидуальные, так и групповые формы работы с беременными женщинами при патологическом течении прелиминарного периода. В ходе работы группы участницам рекомендуется литература, периодические издания, освещающие актуальные вопросы и сходные беременным проблемы, осуществляется просмотр видеофильмов, где описываются те темы, которые чаще всего вызывают тревогу. В данном процессе используется принцип эмоционального сопереживания, который позволяет беременным женщинам опосредованно делать выводы о собственных ситуациях, получать ответы на волнующие вопросы. Необходимо проведение анализа имеющихся и возможных ситуаций в ходе беседы. В случае актуальных проблемных ситуаций врач-психотерапевт помогает установить причинно-следственные связи, причины поведения. Кроме того, пациенткам необходимо рассматривать возможные ситуации, что позволит научиться видеть ситуацию изнутри, разобрать мотивы поведения с различных сторон.

Во время третьей консультации используется блок поведенческих методов. Продолжительность сеанса не менее 90 минут (10 минут проводилось информирование, 50 минут – работа с пациентом, 30 минут – обратная связь). Акцент данного блока направлен на перекоординацию неэффективных моделей поведения и формирование новых моделей. К данному блоку относятся ролевые игры. Например,

беременной предлагается представить себя в актуальной на данный момент времени роли. Женщины получает опыт переживания состояния материнства, моделирует собственное поведение в отношении ребенка, анализирует эффективность различных моделей родительского поведения.

Сеансы проводятся ежедневно, при общем количестве не менее трех. Во время проведения сеансов положительное влияние на беременных женщин с патологическим течением прелиминарного периода оказывает применение резонансной музыкотерапии (МТ), т.к. увеличение порога стрессовости ситуации - одно из основных действующих начал резонансной МТ. Тем более что музыка обладает положительным воздействием на будущее эмоциональное развитие детей: негромкая, без сильных низких звуковых колебаний, ласкающая слух матери, заставляющая «прислушиваться» к ней плод. Главное - настроение матери, эмоциональный тонус, ее психоэмоциональное состояние, воздействующее на состояние плода.

Таким образом, целью МТ в коррекции нарушений психоэмоционального состояния у беременных женщин с патологическим течением прелиминарного периода является путем воздействия релаксирующей музыки уменьшение осложнений для матери и плода на основе улучшения функционального, гормонального и психоэмоционального состояния беременной и роженицы, повышение порога болевой чувствительности в родах.

3. Рациональная коррекция лекарственными средствами патологии прелиминарного периода у беременных женщин

Регуляция суточного ритма сна и отдыха (медикаментозный сон в ночное время суток или при утомлении беременной): лекарственные

средства бензодиазепинового ряда (диазепам 10 мг 0,5% раствора внутримышечно); ненаркотические анальгетики (анальгин 50%-4 мл); антигистаминные лекарственные средства (хлоропирамин 20–40 мг внутримышечно); спазмолитики (дротаверина гидрохлорид 40 мг внутримышечно или внутривенно в 0,9% растворе натрия хлорида).

4. Выбор оптимальной тактики родоразрешения

Целью выбора метода родоразрешения беременных женщин, имеющих и не имеющих акушерскую и экстрагенитальную патологию при патологическом течении прелиминарного периода, является снижение частоты оперативных родоразрешений. Родоразрешение через естественные родовые пути проводится при удовлетворительном состоянии пациентки, удовлетворительном состоянии плода (по данным УЗИ и КТГ) и отсутствии угрозы развития у него внутриутробной гипоксии.

Условия ведения родов через естественные родовые пути:

- планирование родоразрешения;
- интегрированное ведение родов;
- регуляция суточного ритма сна и отдыха;
- коррекция сократительной активности матки;
- профилактика внутриутробной гипоксии плода;
- применение терапии, направленной на «созревание» шейки матки.

1. Планирование родоразрешения через естественные родовые пути при отсутствии показаний для оперативного родоразрешения.

2. Интегрированное ведение родов врачом акушером-гинекологом, врачом-психотерапевтом, врачом-анестезиологом-реаниматологом.

3. Регуляция суточного ритма сна и отдыха (медикаментозный сон в ночное время суток или при утомлении беременной): лекарственные

средства бензодиазепинового ряда (диазепам 10 мг 0,5% раствора внутримышечно); ненаркотические анальгетики (анальгин 50%-4 мл); антигистаминные лекарственные средства (хлоропирамин 20–40 мг внутримышечно); спазмолитики (дротаверина гидрохлорид 40 мг внутримышечно или внутривенно в 0,9% растворе натрия хлорида);

4. Коррекция сократительной активности матки до достижения оптимальной биологической готовности к родам β-адреномиметиками и антагонистами кальция, нестероидными противовоспалительными лекарственными средствами: инфузии гексопреналина 10 мкг в 0,9% растворе натрия хлорида; верапамила гидрохлорид 80 мг внутрь за 30 минут до гексопреналина; ибупрофен 400 мг перорально.

5. Профилактика внутриутробной гипоксии плода (инфузии 500 мл 5% раствора глюкозы + аскорбиновой кислоты 5% —5,0 – 10,0 мл, депротенизированный гемодиреват из телячьей крови 400 мг внутривенно капельно).

6. Терапия, направленная на «созревание» шейки матки: простагландин-E2 (динопростон 0,5 мг интрацервикально, 1,0 мг - вагинально).

Роженицам с патологическим течением прелиминарного периода и оптимальной биологической готовностью к родам при доношенной беременности показана стимуляция родов утеротоническими лекарственными средствами или амниотомия.

5. Анестезиологическое обеспечение во время родоразрешения

При патологическом течении прелиминарного периода в 80% случаев наблюдается незрелость шейки матки, что на фоне имеющихся маточных схваток является фактором, поддерживающим данное состояние. Предсуществующая повышенная чувствительность к боли

замыкает порочный круг в формировании патологического прелиминарного периода. Для выявления порога болевой чувствительности в родах показано анкетирование беременных женщин с патологическим течением прелиминарного периода по индивидуальной шкале оценки чувствительности боли. Шкалы, применяемые для оценки индивидуальной чувствительности боли представлены в приложении 1. Уровень индивидуальной чувствительности к боли более 3 баллов по визуально-аналоговой, цифровой рейтинговой, вербально-рейтинговой шкалам и оценке боли по выражению лица является одним из показаний для проведения коррекции.

Для эффективного лечения данного состояния, с целью купирования болевого синдрома и благоприятного воздействия на шейку матки показано применение центральных нейроаксиальных блокад. Методом выбора является регионарная анестезия: спинальная, эпидуральная или спинально-эпидуральная. Противопоказания к регионарным методам анестезии общеприняты. Предоперационное обследование, подготовка выбор места манипуляции, проведение анестезии производятся общепринятыми методами.

Метод спинальной анальгезии

1.1. премедикация:

- атропина сульфат 0,5 мг внутримышечно за 30 мин до анестезии;
- димедрол 10 мг внутримышечно за 30 мин до анестезии;
- фамотидин 40 мг в/в или внутримышечно за 30 мин до анестезии.

1.2. алгоритм выполнения регионарных методик анальгезии:

Особенностью анальгезии является необходимость достижения анальгезии и сохранение двигательной активности беременной,

отсутствие влияния методики обезболивания на плод и снижение дозировки местного анестетика.

1.2.1. катетеризация периферической вены, инфузия физиологического раствора;

1.2.2. инсуффляция увлажненного 100% кислорода через носовые канюли;

1.2.3. спинальная анальгезия

-в строго асептических условиях пункция субарахноидального пространства (игла 25 или 26G, уровень пункции L2-3 либо L3-4);

- однократное введение раствора местного анестетика бупивакаина гидрохлорида 0,5% раствор – 0,2-0,3 мл в разведении хлоридом натрия 0,9% до 1,5 мл интратекально с применением или без адьюванта суфентанила 5-10 мкг или морфина гидрохлорида 50 мкг.

1.2.4. эпидуральная анальгезия

-в строго асептических условиях пункция и при необходимости катетеризация эпидурального пространства (уровень пункции L2-3 либо L3-4);

- эпидуральное введение раствора местного анестетика бупивакаина гидрохлорида 0,1% раствор – 5-10 мл, или раствора ропивакаина гидрохлорида 0,1% 10 мл с применением или без адьюванта суфентанила 5-10 мкг, или морфина гидрохлорида 100-400 мкг.

1.2.5. мониторинг

-мониторинг состояния плода по данным кардиотокографии осуществляется общепринятыми методами;

-мониторинг гемодинамики (артериальное давление, ЧСС, оценка ритма пульсоксиметрия) каждые 5 минут в первые 30 минут, далее каждые 10 минут;

-мониторинг глубины моторного и сенсорного блока осуществляется общепринятыми методами.

1.2.6. коррекция гипотензии: при снижении систолического артериального давления более 20% от исходной величины или менее 100 мм рт. ст. назначают титрование раствора фенилэфрина в разведении 1:100 посредством шприцевого дозатора (15-25 мкг/кг/час) или фракционно дробно под контролем АД, ЧСС. Результаты качества анестезии и мониторинга витальных функций заносятся в карту представленную в приложении 2 и фиксируются в истории болезни.

Шкалы для оценки индивидуальной чувствительности боли у
обследуемых групп беременных женщин

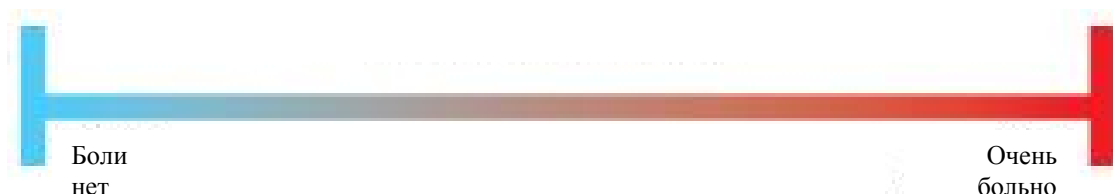


Рисунок 1 - Визуально-аналоговая шкала

Визуально-аналоговая шкала состоит из неградуированной прямой линии на 100 мм, отмеченной в одном конце термином "нет боли" и в другом конце "самая сильная боль".

Пациент передвигает бегунок линейки в точку, лучше всего соответствующую интенсивности его боли. С противоположной стороны линейки, не видимой пациенту, бегунок указывает на цифровое значение интенсивности боли



Рисунок 2 - Цифровая рейтинговая шкала

Это линейка с цифрами от 0 до 5 или от 0 к 10, которые коррелируют с оценкой: нет боли в нулевой отметке и самая сильная боль в отметке 5 (или 10). Пациента просят оценить интенсивность боли количественно.



Рисунок 3 - Вербально-рейтинговая шкала

Пациента просят оценить его боль в пределах 5-ти терминов: «нет, умеренная, сильная или очень сильная», а на линейке с точками устная оценка соответствует цифровой характеристике.



Рисунок 3 - Оценка боли по выражению лица

Бальная оценка выставляется анестезиологом по выражению лица у пациента.

АД mmHg									
ЧСС в мин.									
SpO ₂									
ЧСС плода									

Течение анестезии, особенности, осложнения:

.....

Артериальная гипотензия: не наблюдалась наблюдалась на мин.

АД.....mmHg

В случае гипотензии указать мероприятия по ее устранению:

увеличен темп инфузии да нет раствор..... мл/мин

введение вазопрессоров да нет вазопрессор.....

Дополнительное введение внутривенных анестетиков и седативных: да нет

Указать введенные лекарственные средства:

.....

Инфузия:

Время удаления катетера:

Осложнения :.....

Врач-анестезиолог-реаниматолог.....

М/с.....

УТВЕРЖДАЮ

« ____ » _____ 20 ____ г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Наименование предложения для внедрения:

«Комплексный метод подготовки к родам беременных женщин с акушерской и эстрагенитальной патологией»

2. Кем предложено (наименование учреждения разработчика, автор)

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» МЗ РБ

Авторы: Барсуков А.Н., к.м.н., доцент, Девялтовская М.Г., к.м.н., Курлович И.В., к.м.н., Римашевский В.В., к.м.н., доцент, Белуга М.В., Демидова Р.Н., Станкевич О.Б.

Источник информации: инструкция по применению «Комплексный метод подготовки к родам беременных женщин с акушерской и эстрагенитальной патологией»

3. Где и когда начато внедрение

(наименование лечебного учреждения, дата внедрения)

4. Общее количество наблюдений

5. Результаты применения метода за период с ____ по ____;

Положительные (к-во наблюдений) _____;

Отрицательные (к-во наблюдений) _____;

Неопределенные (к-во наблюдений) _____

6. Эффективность

внедрения: _____

7. Замечания,

предложения _____

Дата _____

Ответственные за внедрение: