

Сучасні погляди на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень у здорових вагітних (Огляд літератури)

Ю.В. Невишна

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

В оглядовій статті представлена інформація про роль різних методів допологової підготовки вагітних за даними зарубіжної та вітчизняної практики в акушерстві. Висвітлено питання ролі партнерської підтримки від моменту встановлення та виношування вагітності до пологів і післяпологового періоду.

За дослідженнями різних авторів встановлено, що фізіологічний перебіг пологів напряму залежить від психоемоційного стану вагітної, який відображається не лише на перебігу вагітності та пологів, а й на стані плода та новонародженого. Результати досліджень свідчать, що метод психофізичної підготовки та партнерської підтримки безпосередньо справляє позитивний вплив на результат пологів: скорочується тривалість пологів, знижується частота аномалій пологової діяльності, розривів шийки матки та промежини, рідше проводиться оперативне втручання, також зменшується кількість крововтрати, рідше діагностують гіпоксію плода та асфіксію новонароджених, знижується частота проявів акушерської агресії. Окрім того, технології допологової підготовки спрямовані на демедикалізацію пологів та мінімалізацію використання фармакологічних препаратів, які справляють неоднозначний вплив на породіллю, плід та новонародженого. Отже, представлені дані розкривають роль методів допологової підготовки подружніх пар щодо зниження акушерських і перинатальних ускладнень у практично здорових жінок, а також вибору методів знеболювання з урахуванням безпеки та ефективності аналгезії. На жаль, під час вивчення питання підготовки до пологів було встановлено зниження інтересу до психофізичної підготовки до пологів не лише у вагітних та їхніх партнерів, а й у медичних закладах в цілому. Саме тому допологова підготовка подружніх пар має бути обов'язковою у системі акушерської допомоги в Україні на всіх медичних рівнях.

Ключові слова: вагітність, пологи, допологова підготовка, біль, знеболювання пологів, ускладнення.

Modern views on the prevention of obstetric and perinatal complications in healthy pregnant women (Literature review)

Y.V. Nevynshna

This review article provides information on the role of different methods for pregnant women to prepare for childbirth according to the data regarding both foreign and domestic practices in obstetrics. The article highlights the issue of partner support starting from when pregnancy is established and gestation, through to childbirth and the postpartum period.

According to the research, it is clear that the physiological course of the pregnancy directly depends on the psycho-emotional state of a pregnant woman, which impacts not only the course of pregnancy and childbirth, but also the condition of the fetus and newborn.

The results of the research show that the method of psychophysiological preparation and partner support undoubtedly has a positive influence on the consequent childbirth: the duration of childbirth and the frequency of anomalies during maternity activity are reduced; surgery is performed less; the frequency of cervical and perineum ruptures, as well as the amount of blood loss, are decreased; intrauterine hypoxia and birth asphyxia are less common; and the manifestation of obstetric aggression decreases. Furthermore, the technologies of prenatal preparation are aimed at the demedicalization of childbirth and the minimization of the use of pharmacological drugs which have an ambiguous influence on a parturient, a fetus and a newborn.

Therefore, the data mentioned above reveal the role of prenatal preparation methods of married couples for childbirth not only in the reduction of obstetric and perinatal complications in relatively healthy, pregnant women, but also in the choice of anesthesia methods, taking safety and efficiency into account.

Unfortunately, the decreased interest toward psychophysiological preparation for childbirth by pregnant women and their partners, as well as medical institutions in general, was revealed while studying the issue of preparation for childbirth.

Consequently, prenatal preparation of married couples must be obligatory in the system of obstetric care in Ukraine at all medical levels.

Keywords: pregnancy, childbirth, prenatal preparation, pain, childbirth anesthesia, complications.

Современные взгляды на профилактику акушерских и перинатальных осложнений у здоровых беременных (Обзор литературы)

Ю.В. Невишна

В обзорной статье представлена информация о роли различных методов дородовой подготовки беременных по данным зарубежной и отечественной практики в акушерстве. Освещены вопросы роли партнерской поддержки с момента установления и вынашивания беременности, до родов и послеродового периода.

По исследованиям различных авторов установлено, что физиологическое течение родов напрямую зависит от психоэмоционального состояния беременной, которое отображается не только на течении беременности и родов, но и на состоянии плода и новорожденного. Результаты исследований показывают, что метод психофизической подготовки и партнерской поддержки непосредственно оказывает положительное влияние на исход родов: сокращается продолжительность родов, снижается частота аномалий родовой деятельности, разрывов шейки матки и промежности, реже проводится оперативное вмешательство, уменьшается количество кровопотери, реже диагностируют гипоксию плода и асфиксию новорожденных, снижается частота проявлений акушерской агрессии. Кроме того, технологии дородовой подготовки направлены на демедикализацию родов и минимизацию использования фармакологических препаратов, которые имеют неоднозначное влияние на роженицу, плод и новорожденного.

Итак, представленные данные раскрывают роль методов дородовой подготовки супружеских пар в снижении акушерских и перинатальных осложнений у практически здоровых женщин, а также выборе методов обезболивания с учетом безопасности и эффективности аналгезии. К сожалению, при изучении вопроса подготовки к родам было установлено снижение интереса к психофизической подготовке к родам не только у беременных и их партнеров, но и в медицинских учреждениях в целом. Именно поэтому дородовая подготовка супружеских пар должна быть обязательной в системе акушерской помощи в Украине на всех медицинских уровнях.

Ключевые слова: беременность, роды, дородовая подготовка, боль, обезболивание родов, осложнения.

Значні соціальні зміни сучасного суспільства, трансформація його соціальної та вікової структури, особлива гострота демографічних проблем зумовлюють інтерес до феномену материнства і до дослідження його проблем науковцями. Сучасна концепція ведення вагітності та пологів спрямована на забезпечення безпечного материнства, народження не тільки живої, але й здорової дитини [1].

Прогнозування і профілактика ускладнень під час пологів у матері та у плода залишаються актуальною проблемою сучасного акушерства [2]. Вивчення і оцінювання адаптації материнського організму під час вагітності та пологів можуть сприяти її вирішенню. Механізми адаптації організму не завжди можна врахувати під час планування акушерської тактики у вагітних і породіль. У зв'язку з цим не завжди у жінок з явною соматичною патологією пологи бувають ускладненими, а у практично здорових вагітних не можна гарантувати їхній нормальний перебіг [3, 4].

Період вагітності є критичним з погляду динаміки не тільки фізіологічних, а й психологічних процесів, а поведінка матері під час вагітності і ставлення до виношуваної дитини є важливими для перебігу вагітності, для формування і розвитку дитини [5].

Вагітність – це динамічний і точно скоординований процес, що включає системні та місцеві зміни у матері, які забезпечують надходження поживних речовин та кисню до дитини для внутрішньоутробного розвитку та подальшої лактації. Невідповідна адаптація материнської фізіології може призвести до ускладнень вагітності, таких, як гестаційний діабет, гестоз, затримка росту плода, передчасні пологи, що може мати негативні наслідки для здоров'я плода та матері [6]. У патогенезі багатьох акушерських ускладнень лежить синдром дезадаптації, який проявляється неузгодженістю і десинхронізацією адаптаційних і компенсаторно-захисних реакцій функціональної системи мати–плацента–плід [5].

Відповідно до сучасних психологічних досліджень, під час вагітності велике значення має сформованість материнської домінанти [7]. Виокремлюють також гестаційну домінанту – стан організму під час вагітності, який володіє властивістю домінантності [8]. Гестаційна домінанта містить фізіологічний та психологічний компоненти, які відповідно визначаються біологічними або психічними змінами [9].

Під час вагітності в організмі відбуваються суттєві зміни, які відображаються у переживанні жінкою симптоматики вагітності, в її активності та психічному стані [10]. Визначення типу психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) є важливим психопрофілактичним заходом, який дозволяє визначити, як складаються стосунки у сім'ї у зв'язку з вагітністю. Виділяють п'ять типів ПКГД [11]:

- оптимальний,
- гіпогестогностичний,
- ейфоричний,
- тривожний,
- депресивний.

До групи практично здорових належать вагітні, які знаходяться у стані психологічного комфорту та мають оптимальний тип ПКГД. Оптимальний варіант ПКГД є найбільш сприятливим для становлення фізіологічного компонента домінанти вагітності та домінанти пологів, сприятливого перебігу післяпологового періоду, розвитку немовляти.

У дослідженні Д.С. Корниенко та співавторів (2019) розглядаються роль віку і статусу жінки у формуванні типу ПКГД і специфіка взаємозв'язків між характеристиками ПКГД і батьківськими установками [12]. Відмінності у показниках батьківських установок, реакцій і типу ПКГД проявилися у тому, що фактор віку відіграє більш значну роль, ніж статус. Так, молодші жінки відчують більше негативних емоційних переживань у зв'язку з сімейним життям і

вихованням дитини, а також схильні до переживання депресивного компонента ПКГД. Незалежно від віку емоційні параметри взаємодії в сім'ї пов'язані з більш адаптивними типами ПКГД, тоді як неадаптивні типи ПКГД більшою мірою пов'язані з великими емоційними переживаннями.

Важливу роль у процесі переживання вагітності відіграють такі чинники, як:

- суб'єктивна оцінка рівня соціального благополуччя (наявність/відсутність досвіду перинатальних втрат, рівень і характер освіти вагітної тощо);
- тип переживання вагітності щодо відношення жінки до себе вагітної, до системи «мати–дитина», що формується, до вагітної її оточення;
- рівень стресостійкості вагітної;
- механізми психологічних захистів;
- схильність до прийняття/відкидання традиційних і повсякденних уявлень про правила виношування дитини та її перинатального виховання [13].

Зниження перинатальної захворюваності і материнської смертності пов'язано з раціональною підготовкою вагітних до пологів, раціональним веденням пологів і правильним вибором методу розродження [14]. Використання технологій допологової підготовки, спрямованих на демедикалізацію вагітності, дає змогу відновити фізіологічний перебіг пологів з обмеженням фармакологічних впливів на породілля, плід та новонародженого [15].

Невід'ємною умовою забезпечення неускладненого розродження жінок є підтримка позитивної мотивації вагітності [2]. Водночас ситуаційні детермінанти негативно діють на психологічний статус вагітних, підвищують рівень тривожності, інтенсивність більового відчуття і частоту виникнення ускладнень під час пологів [16]. Безперечно, адекватне знеболювання під час пологової діяльності дає змогу ефективно коригувати стресорні реакції роділь, але також відомо, що фармакологічні втручання під час пологів часто супроводжуються небажаним впливом на пологи, стан плода та новонародженого [17, 18]. Зокрема, епідуральна анестезія приводить до пролонгації пологів, особливо другого періоду, за рахунок зниження рівня окситоцину у плазмі крові роділля.

Традиційно залишається актуальним впровадження в сучасну акушерську практику методів формування адаптаційної відповіді на стрес, альтернативних медикаментозних способів регуляції стрес-реалізуючих і стрес-лімітуючих систем реагування жінок на вагітність та пологи [15].

Психологічна підготовленість жінки до пологів є чинником зменшення більових відчуттів і зниження ймовірності виникнення різноманітних ускладнень під час народження дитини і у післяпологовий період [20].

Метод психопрофілактичної підготовки вагітних, запропонований у 40-х роках ХХ ст., ґрунтується на теорії виникнення пологового болю і спрямований на активування кори головного мозку, підвищення порога збудливості для активного гальмування подразнень, що надходять з підкіркових структур [21]. Метод психопрофілактики покликаний змінити умовні рефлекси, пов'язані з болем. Перевага даної методики полягає в тому, що вона може бути застосована у всіх вагітних і не має протипоказань.

Застосування цієї методики продемонструвало, що психопрофілактичний вплив на вагітну не тільки зумовлює полегшення болю під час пологів, а й сприятливо позначається на всьому генеративному циклі: поліпшується перебіг вагітності, знижується частота розвитку гестозу у вагітних, зменшується перинатальна смертність, рідше проводиться оперативне розродження, скорочується тривалість пологів як у першо-, так і у повторнороділь, знижується частота розривів промежини і шийки матки, аномалій пологової діяльності, зменшується величина крововтрати у третій період пологів і

ранній післяпологовий період, рідше діагностують гіпоксію і асфіксію новонароджених [21].

Довели свою ефективність і такі психотерапевтичні методики, як індивідуальна раціональна психотерапія, психоаналітичне консультування, тілесно орієнтована психотерапія, арт-терапія, психічна саморегуляція та сімейна психотерапія. Інколи, зважаючи на особливості організму і місцеві можливості, використовують ще й оригінальні методи, такі, як йога, гаптомомія, софрологія, спів перед пологами, музикотерапія, або інші, ближчі до медичної практики, такі, як акупунктура або геоопатія [22].

У дослідженні І.Б. Манухин і співавторів (2018) встановлено, що використання програми допологової психопрофілактичної підготовки вагітних у поєднанні з найбільш переважними способами вагінального розродження для самої жінки покращує перебіг і результат пологів [21]. Зокрема, відзначено зменшення тривалості пологів з 9,5 до 8,3 години, зниження частоти первинної та вторинної слабкості пологової діяльності, частоти пологового травматизму матері. У групі жінок, які пройшли допологову психопрофілактичну підготовку, спостерігалася більш низька частота кесарева розтину і застосування епідуральної анестезії, а також нижчий рівень тривожності жінки напередодні пологів.

За даними сучасної літератури, доведено, що харчування також відіграє важливу роль у стресостійкості вагітної і подальшому формуванні адекватних реакцій плода на стрес. Застосування магнієвісних препаратів є перспективним напрямом у разі порушень адаптаційних можливостей, особливо за умов хронічного стресу. У дослідженні Е. Zarean et al. (2017) визначений вплив призначення препаратів магнію на перебіг і наслідки вагітності [23]. Зокрема, у групі жінок, які вживали препарати магнію, відзначено більш низьку частоту затримки росту плода, прееклампсії, передчасних пологів, гестаційного діабету, низької маси тіла при народженні.

У сучасному акушерстві оптимальним вважається проведення нормальних пологів у присутності близьких в умовах стаціонару [24, 25]. Присутність партнера при пологах, його психологічна і фізична підтримка дають можливість породіллі заспокоїтися і розслабитися. У світовій медичній практиці партнерські пологи проводять вже більше тридцяти років, і у більшості країн спостерігається позитивна позиція стосовно присутності партнера на пологах [26].

Згідно з даними різних авторів, які аналізували пологи з психологічною підтримкою партнера, відзначено зниження частоти екстреного кесарева розтину, пологового травматизму, аномалій скоротливої діяльності матки та необхідності у медикаментозному знеболюванні [27, 28]. Проведені анкетування свідчать, що патологічний тип гестаційної домінантності спостерігається у 3 рази рідше, ніж у жінок, які планують пологи без партнера. Близько 80% жінок і партнерів повністю задоволені перебігом пологів.

Пологи є природним, фізіологічним процесом, проте супроводжуються у тій чи іншій мірі вираженими больовими відчуттями. Біль під час пологів може призводити до фізичного і емоційного виснаження породіллі, супроводжуватися аномаліями пологової діяльності, гіпоксією плода. Безсумнівно, больові відчуття під час пологів зумовлюють широке використання різних методів знеболювання, які мають у тому числі і деякі протипоказання [29]. Інтенсивність пологового болю сильно варіює залежно від емоційного, психічного, фізичного статусу жінки, факторів оточення. Саме пологовий біль, впливаючи на ЦНС, стимулює синтез і адекватне надходження у кров окситоцину, який може забезпечити нормальну скоротливу діяльність матки, розкриття шийки матки.

Надмірний біль супроводжується викидом стрес-гормонів, що зумовлюють додаткове навантаження на систему кровообігу, яка під час пологів вже функціонує в режимі

максимального напруження. Знеболювання самовільних пологів є заходом не тільки анальгезії, але й профілактики внутрішньоутробної гіпоксії плода, недостатності кровообігу у породіллі і дискоординованої пологової діяльності [30]. Саме тому сучасний метод знеболювання повинен бути достатньо ефективним та безпечним, не обмежувати рухи жінки у перший період пологів, не здійснювати негативного впливу на період перейм та забезпечувати мінімальний ризик материнських і перинатальних ускладнень і побічних ефектів.

Сьогодні фахівці багатьох країн вивчають різні прийоми немедикаментозного знеболювання пологів: релаксація, застосування масажу, акупунктури, рефлексотерапії [31, 32]. До немедикаментозних методів ослаблення болю також належать вільне пересування породіллі, управління диханням, намагання розслабитися. У дослідженні Н. Yuksel et al. (2017) встановлено, що дихальні вправи з глибоким вдихом та видихом у вагітних ефективно сприяють зменшенню пологового болю та скороченню тривалості другого періоду пологів [33]. Використовують також інші неінвазивні і нефармакологічні методи купірування болю, наприклад, легкий гіпноз, музику, ароматерапію, дотики, масаж, душ або ванни [34, 35].

На думку деяких дослідників, найбільш фізіологічну дію на організм вагітної чинить акупунктура [36]. Даний метод підготовки організму до пологів зумовлює зміну тонуусу нервової системи у бік парасимпатикотонії, знижує рівень тривожності, сприяє більш швидкому «дозріванню» шийки матки. При застосуванні акупунктури знижується відсоток аномалій пологової діяльності, оперативних пологів. Акупунктура не чинить негативного впливу на стан новонародженого, знижує ризик післяпологових інфекційних ускладнень і травматизм матері та плода.

В іншому дослідженні було вивчено вплив застосування різних спеціально розроблених прийомів релаксації на ступінь больових відчуттів під час пологів. Так, у роботі J.E.M. McCullough et al. (2017) антенатальна рефлексотерапія зменшила тривалість пологів та больові відчуття у першороділь порівняно зі звичайним доглядом [37]. Дослідження впливу розслабляючого масажу на вираженість та інтенсивність пологового болю засвідчили, що дана техніка значно підвищує больовий поріг жінки, зумовлюючи більш сприятливий і комфортний перебіг пологів [38].

Протягом двох десятиліть досліджуються терапевтичні можливості транскраніальної електростимуляції (ТЕС) структур мозку як методу вибіркової активації опіоїдних та серотонінергічних ланок підтримки ноцицептивної норми гомеостазу, ноцицептивної відповіді та виконавчих реакцій [39]. Велика кількість робіт щодо ТЕС присвячена вивченню розв'язку механізму знеболювання [40, 41].

Анальгетичний ефект ТЕС-терапії не залежить від причини і локалізації болю [39]. Він настає через 10–15 хв від початку процедури, має тривалу післядію, час якої збільшується з проведенням курсового лікування. У науковій літературі описано ефекти ТЕС, зумовлені включенням механізмів адаптації, які реалізуються через гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозну і гіпоталамо-гіпофізарно-репродуктивну системи при акушерській патології та стресах [42, 43]. У роботі Е.Е. Атлас та співавторів (2017) визначено можливість попередження розвитку психоемоційного стресу впливом ТЕС у поєднанні з лазерофорезом серотоніну [44]. Проведено оцінювання психологічного статусу до і після лікування. Продемонстровано можливість корекції симптоматики психоемоційного стресу, спричиненого ендогенними факторами.

Застосування ТЕС-терапії під час підготовки до пологів дозволяє достовірно збільшити відсоток спонтанного початку пологів, підвищити ефективність індукції пологів, зменшити кількість оперативних розроджень; під час пологів позитивний анальгетичний ефект досягає 89,7% як у першо-

так і у повторнороділєй. Це дозволяє скоротити застосування наркотичних анагетиків; знижується тривалість першого періоду пологів, стабілізується артеріальний тиск і пульс. При цьому ТЕС-терапія не чинить негативного впливу на перебіг другого і третього періодів пологів, на стан новонароджених дітей, не збільшує крововтрати [45, 46].

Медикаментозне знеболювання представлено опіоїдними і неопіоїдними анагетиками, інгаляційними і нейроаксіальними методами [47, 48]. Кожен з цих методів має свої переваги і недоліки.

На сьогодні епідуральна анестезія визнана «золотим стандартом» знеболювання пологів і використовується у більшості країн більш ніж у 50% пологів. Важливо пам'ятати, що необхідність у знеболюванні має бути суворо обгрунтованою та об'єктивною [47]. Проте регіональні блокади мають низку недоліків: всі методики інвазивні, потребують спеціального обладнання, навичок, спричиняють певні можливі ускладнення. Під час використання епідуральної анестезії визначається тенденція до збільшення загальної тривалості пологів, підвищення частоти використання окситоцину, порушення розташування плода. До можливих ускладнень належать дисфункція сечового міхура, хронічний головний біль, біль у попереку тривалий час після пологів.

Отже, під час вибору методу знеболювання пологів лікар зобов'язаний зважати на таке: методи знеболювання не мають пригнічувати пологову діяльність, негативно впливати на плід і новонародженого, метод має бути легкодоступним і легкокерованим; препарати, які використовують, мають бути малотоксичними, з низькою проникністю через плаценту, справляти здебільшого анагезувальний ефект, без вираженого наркотичного ефекту.

Вагітні повинні мати свободу вибору способу полегшення болю, який, як вони вважають, краще допоможе їм під час пологів. Під час вагітності жінкам слід розповідати про переваги і потенційні побічні ефекти для них та їхніх дітей при використанні різних методів контролю болю.

Протягом тривалого часу у результаті впровадження сучасних медичних технологій помітно знизився інтерес до психопрофілактичної підготовки до пологів і особистості ва-

гітної в цілому [14]. У багатьох пологових будинках і жіночих консультаціях система психопрофілактичної підготовки до пологів відсутня [21, 49]. Лікарі не завжди враховують психоемоційний стан своїх пацієнток. Багато вагітних підходять до моменту пологів без відповідної підготовки, у тому числі психологічної, не маючи при цьому уявленя про пологи і правильну поведінку під час пологів. У дослідженнях В.Г. Сюсюки (2016) встановлено, що тільки половина жінок, які народжували при підтримці чоловіка, відвідували «Школу підготовки сім'ї до пологів» [49].

Отже, огляд літературних джерел свідчить про значні зміни у стані здоров'я та процесах адаптації до вагітності навіть у практично здорових жінок. Саме у даного контингенту вагітних відзначають велику кількість акушерських ускладнень, що зумовлює перинатальні втрати. Тому існує необхідність оптимізації підготовки до пологів та доповнення існуючої схеми спостереження за вагітними у жіночій консультації сучасними заходами, що дозволяють зменшити ризик виникнення акушерських ускладнень.

Результати наукових досліджень спонукають до розроблення і впровадження в акушерську практику науково обгрунтованих програм роботи з вагітними з метою забезпечення психологічного супроводу вагітності та благополучного розродження. Необхідним є подальше вивчення методів знеболювання пологів, зокрема ТЕС-терапії, тому що наукових досліджень, пов'язаних з цим методом, небагато і їхні дані суперечливі.

У науковій літературі зустрічаються поодинокі роботи щодо підготовки здорових вагітних з якогось одного напрямку. На сьогодні не розроблено комплексного, диференційованого підходу до даної проблеми. Немає єдиної системи, яка охоплює всі важливі етапи в житті жінки – підготовку до вагітності, корекцію перебігу вагітності, індивідуальну підтримку лікаря і партнера під час пологів, післяпологову реабілітацію.

Розроблення багатоконпонентної системи індивідуальної підготовки подружньої пари до вагітності та пологів є актуальним і важливим завданням, як з теоретичного, так і з практичного погляду, особливо з урахуванням необхідності формування здорового способу життя сім'ї у цілому.

Відомості про автора

Невишна Юлія Віталіївна – ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім.акад. О.М.Лук'янової НАМН України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 8; тел.: (044) 483-80-59, (097) 600-00-07
ORCID 0000000154926392

Information about the author

Nevyshna Yuliia V. – SI «Institute of pediatrics, obstetrics and gynecology, named after academician H.M. Lukyanova National academy of medical sciences of Ukraine», 04050, Kyiv, st. P. Mayboroda, 8; tel: (044) 483-80-59, (097) 600-00-07
ORCID 0000000154926392

Сведения об авторе

Невышная Юлия Витальевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-59, (097) 600-00-07
ORCID 0000000154926392

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO, 2018. 210 p.
2. Вдовиченко СЮ. Профілактика акушерської та пренатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів. Здоровье женщины. 2017;2:78–82.
3. Макаренко МВ, Говсєєв ДО, Сокол ІВ, Берестовий ВО, Ворона РМ. Пологовий центр – нова ланка акушерської допомоги в Україні. Здоровье женщины. 2018;7(133):17–19.
4. Іщенко ПІ, Деменіна НК. Динаміка оперативного розродження в сучасному акушерстві (огляд літератури). Перинатология и педиатрия. 2019;2(78):54–57.
5. Поталов ВО, Чугунов ВВ, Сюсюка ВГ, Губа НО, Котлова ЮВ. Програма медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних: метод. рекомендації. – К., 2015. – 28 с.
6. Napso T, Yong HEJ, Lopez-Tello J, Sferuzzi-Perri AN. The Role of Placental Hormones in Mediating Maternal Adaptations to Support Pregnancy and Lactation. Front Physiol. 2018 Aug 17;9:1091. DOI: 10.3389/fphys.2018.01091.
7. Гарданова ЖР, Брессо ТИ, Есаулов ВИ, Ильгов ВИ, Аксененко АА, Гарданов АК. Особенности формирования материнской доминанты у молодых девушек. Наука, техника и образование. 2017;11(41):70–74. DOI: 10.20861/2312-8267-2017-41-002.
8. Ходырев ГН. Исследования гестационной доминанты. Приоритетные направления развития образования и науки: материалы III Междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 11 нояб. 2017 г.). В: Широков ОН, редактор. Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс». 2017:88–89.
9. Кушнир ЕА. Взаимосвязь типа психологического компонента гестационной

- доминанты с единицей переживания собственного времени беременными. Общество: социология, психология, педагогика. 2015;3:11–16.
10. Преображенская С.В. Особенности переживания беременности при норме и патологии вынашивания. Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2018;2(12):106–121.
11. Корниенко ДС, Радостева АГ, Силина ЕА. Особенности психологического компонента гестационной доминанты, внутрисемейных отношений и родительских установок у женщин в связи с возрастом и статусом (беременные и не беременные). Вестник Пермского университета. Философия. Социология. Психология. 2019;1:83–93.
12. Сюсюка ВГ. Стан регуляторних та адаптаційних процесів системи мати-плацента-плід. Оцінка параметрів кардіоритму плода. Современная педиатрия. 2017. № 3. С. 128–131.
13. Володин НН. Перинатальная психология и психиатрия. В 2 т. : учеб. пособие. В: Володин НН, редактор. М.: Издательский центр «Академия»; 2009. Т 1. 304 с.
14. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open*. 2016 Jul 12;6(7):e010691. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010691.
15. Манухин ИБ, Силаев КА. Роль психопрофилактической подготовки беременных к родам. Российский вестник акушера-гинеколога. 2016;16(6):9–13.
16. Марочко ТЮ, Артымук НВ, Павловская ДВ, Кончевская ЛГ, Сапожкова ТА, Просветов МС, Зеленцова ОД, и др. Эффективность транскутанной электростимуляции в обезболивании родов. Фундаментальная и клиническая медицина. 2018;3(3):45–53. DOI 10.23946/2500-0764-2018-3-3-45-53
17. Рязанова ОВ, Александрович ЮС, Резник ВА, Горьковая ИА, Коргожа МА, Иоскович А. Обезболивание родов и послеродовая депрессия. Есть ли связь? Журнал акушерства и женских болезней. 2017;66(5):11–20. DOI: 10.17816/JOWD66511-20
18. Неймарк МИ, Иванова ОС. Обезболивание родов. Современный взгляд. Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2017;11(3):150–156. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1993-6508-2017-11-3-150-156>
19. Румянцева ЗС, Баснаева АД. Оценка эффективности дородовой подготовки женщин. Современная медицина: актуальные вопросы. 2017;3:14–8.
20. Божук ОА. Визначення обсягів медико-психологічної допомоги жінкам із фізіологічним перебігом вагітності. Український вісник психоневрології. 2015;23(2(83)):41–44.
21. Afshar Y, Mei J, Fahey J, Gregory KD. Birth Plans and Childbirth Education: What Are Provider Attitudes, Beliefs, and Practices? *J Perinat Educ*. 2019 Jan 1;28(1):10–18. DOI: 10.1891/1058-1243.28.1.10
22. Анчева ІА. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. Здоров'я жінчини. 2017;5(121):32–34.
23. Кек АВ, Лобаева ТА. Использование антиоксидантов и антигипоксантов витаминной природы в акушерстве и гинекологии. Медицинский алфавит. 2017;4(37):47–49.
24. Попеску АВ, Цисар ЮВ. Вплив партнерських пологів на перебіг пологової діяльності. Медичний форум. 2020;21(21):60–62.
25. Кобилецька НА. Профілактика аномалій пологової діяльності та перинатальної патології з використанням партнерських пологів. [автореферат]// МОЗУ, Національна мед. акад. післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – К., 2019. – 19 с.
26. Xue WL, Shorey S, Wang W, He HG. Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery*. 2018 Jul;62:135–145. DOI: 10.1016/j.midw.2018.04.013
27. Barimani M, Forslund Frykedal K, Rosander M, Berlin A. Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery*. 2018 Feb;57:1–7. DOI: 10.1016/j.midw.2017.10.021
28. Вдовиченко СЮ. Вплив партнерських пологів на характер пологової діяльності жінок, які народжують перше і повторно. Здоров'я жінчини. 2015;7(103):32–33.
29. Суслев ВВ, Хижняк АА, Тарабрин ОА, Фесенко УА, Фесенко ВС. Эпидуральная анестезия и анальгезия: руководство для врачей. В: Суслев ВВ, редактор. Харьков: СИМ, 2011. 254 с.
30. Рязанова ОВ, Александрович ЮС, Горьковая ИА, Коргожа МА, Кошкина ЮВ, Иоскович АМ. Влияние обезболивания при родоразрешении на частоту развития послеродовой депрессии у родильниц. Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2017;14(1):29–35.
31. Ranjbaran M, Khorsandi M, Matourpour P, Shamsi M. Effect of Massage Therapy on Labor Pain Reduction in Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Clinical Trials in Iran. *J Nurs Midwifery Res*. 2017 Jul-Aug;22(4):257–261. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_109_16.
32. Агасаров ЛГ, Василенко АМ, Радзиевский СА. Организационные и научные аспекты рефлексотерапии. Вестник новых медицинских технологий. 2018;25(4):51–57.
33. Tanvisut R, Traisisilp K, Tongsong T. Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2018 May;297(5):1145–1150. DOI: 10.1007/s00404-018-4700-1
34. Poder TG. Water immersion during labor and birth: is there an extra cost for hospitals? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2017;23(3): 498–501.
35. Хадарцев АА, Морозов ВН, Волков ВГ, Хадарцева КА, Карасева ЮВ, Хромушин ВА, Гранатович НН, и др. Медико-биологические аспекты реабилитационно-восстановительных технологий в акушерстве. Тула: Тульский государственный университет; 2013. 222 с.
36. Ozgoli G, SedighMobarakbadi S, Heshmat R, AlaviMajid H, Sheikhan Z. Effect of LI4 and BL32 acupressure on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med*. 2016 Dec;29:175–180. DOI: 10.1016/j.ctim.2016.10.009
37. Лебедев ВП. Транскраниальная электростимуляция: экспериментально-клинические исследования. Сборник статей. Том 3. В: Лебедев ВП, редактор. – СПб.: Центр ТЭС. 2009. 392 с.
38. Вишневецкая ЕЕ. Применение суггестивных методов, в том числе гипнотерапии, в акушерской практике. Журнал акушерства и женских болезней. 2017;66(5):7–10. DOI: 10.17816/JOWD6657-10
39. Гогуа МС. Транскраниальная электростимуляция в профилактике невынашивания беременности [автореферат]. СПб. 2009. 21 с.
40. Zhao H, Qiao L, Fan D, Zhang S, Turel O, Li Y, Li J, et al. Modulation of Brain Activity with Noninvasive Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS): Clinical Applications and Safety Concerns. *Front Psychol*. 2017;8:685. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00685
41. Bikson M, Grossman P, Thomas C, Zannou AL, Jiang J, Adnan T, Mourdoukoutas AP, et al. Safety of Transcranial Direct Current Stimulation: Evidence Based Update 2016. *Brain Stimul*. 2016;9:641–661. DOI: 10.1016/j.brs.2016.06.004
42. Palm U, Kirsch B, Leitner B, Popovic D, Padberg F. P017 Transcranial direct current stimulation (tDCS) for the treatment of depression during pregnancy: A pilot study. *Clin. Neurophysiol*. 2017;128:e17–e18. DOI: 10.1016/j.clinph.2016.10.146
43. Kurzeck AK, Kirsch B, Weidinger E, Padberg F, Palm U. Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) for Depression during Pregnancy: Scientific Evidence and What Is Being Said in the Media-A Systematic Review. *Brain Sci*. 2018 Aug 14;8(8):155. DOI: 10.3390/brainsci8080155
44. Ery Imaz G, Sayar GH, zten E, G I IG, Yorlbk , I iten N, Ba c E. Follow-up study of children whose mothers were treated with transcranial magnetic stimulation during pregnancy: Preliminary results. *Neuromodulation*. 2015;18:255–260. DOI: 10.1111/ner.12231
45. Занин СА, Каде АХ, Кадомцев ДВ, Пасечникова ЕА, Голубев ВГ, Плотникова ВВ, Шаров МА, и др. ТЭС-терапия. Современное состояние проблемы. Современные проблемы науки и образования. 2017;1:58–58.
46. Felipe RM, Ferr o YA. Transcranial magnetic stimulation for treatment of major depression during pregnancy: A review. *Trends Psychiatry Psychother*. 2016;38:190–197. DOI: 10.1590/2237-6089-2015-0076
47. Richardson MG, Lopez BM, Baysinger CL, Shotwell MS, Chestnut DH. Nitrous Oxide During Labor: Maternal Satisfaction Does Not Depend Exclusively on Analgesic Effectiveness. *Anesth Analg*. 2017 Feb;124(2):548–553. DOI: 10.1213/ANE.0000000000001680
48. Scarth E, Smith S. Drugs in anaesthesia and intensive care. 5th ed. Oxford University Press; 2016. 390 p. DOI: 10.1093/med/9780198768814.001.0001
49. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Developing strategies to be added to the protocol for antenatal care: an exercise and birth preparation program. *Clinics*. 2015;70(4): 231–6.

Стаття надійшла до редакції 24.02.2021