

рованных матерей было 5 (1,8%) учащихся школ, 25 (9,0%) – средних учебных заведений, 15 (5,4%) – вузов, 81 (29,0%) – работали, 152 (54,7%) были безработными.

156 (56,1%) ВИЧ-инфицированных матерей были замужем или находились в гражданском браке, 122 (43,8%) в браке не состояли или были разведены.

Половой путь заражения ВИЧ-инфекцией отмечался у 136 (48,9%) матерей, внутривенный – у 137 (48,9%), не установлен – у 5 (1,8%).

13,5% лиц были задержаны органами Министерства внутренних дел, 13,7% состояли на учете в наркологическом диспансере, 10,0% – в кожно-венерологическом диспансере, 1,5% – в психоневрологическом диспансере.

Таким образом, путь инфицирования у ВИЧ-позитивных матерей в равных долях может быть как внутривенным, так и половым. Возраст большинства из них варьировал от 18 до 29 лет. Несмотря на то что все основные тактические моменты перинатальной профилактики закреплены приказами МЗ РТ, ее конечный результат будет определяться тем, насколько полно каждой ВИЧ-инфицированной женщине будут оказаны качественная своевременная помощь и консультация.

УДК 618.2/.7 – 039.71

**Т.Н.Шигабутдинова, А.А.Хасанов (Казань).  
Роль пренатального воспитания в снижении частоты осложнений беременности и родов**

Проблема нормальных родов, самостоятельного рождения живого, здорового и доношенного ребенка является наиболее актуальной в современном акушерстве. Во многих родильных домах частота нормальных родов составляет 20–30%, а в перинатальных центрах – 10–15%.

В структуре причин патологического течения беременности и родов наблюдаются экстрагенитальные заболевания и осложнения беременности, которые вынуждают акушеров назначать ту или иную медикаментозную терапию. Когда эта терапия не приводит к желаемому эффекту, акушеры вынуждены ставить вопрос о досрочном родоразрешении. Лекарственные средства, вводимые беременной, могут не только усугубить дистресс плода, но и привести к срыву уже напряженных компенсаторных механизмов единой функциональной системы *мать-плацента-плод*. Эта саморегулирующаяся организация избирательно объединяет структуры и процессы для решения важной задачи – рождения в срок здорового ребенка. Любое вторжение в эту природную программу на любом уровне может привести к непредсказуемым или, точнее, к весьма предсказуемым последствиям.

С самого зачатия необходимо способствовать и может быть искусственно создавать у беременной

положительный эмоциональный фон. Положительный фон формирует ту стержневую функциональную систему *мать-плацента-плод*, которая способна не только "родить" живого доношенного ребенка, но и создать оптимальную адаптацию женщины и ее ребенка к беременности, родам и послеродовому периоду. Эта система ответственна за формирование родовой доминанты, обезболивание родов, своеобразной эйфории у роженицы за счет выхода эндоморфинов.

Во время беременности происходит перестройка психики женщины. Этот важный период нередко протекает на фоне испытываемого ею страха. Часто сами врачи усиливают страхи у женщин, излишне акцентируя их внимание на имеющуюся или возможную патологию. При работе с беременными необходимо создавать обстановку эмоциональной поддержки, снижая уровень страха перед предстоящими родами.

В сложных условиях уменьшения бюджетного финансирования здравоохранения необходимо разрабатывать и внедрять технологии безопасного материнства, не требующие существенных материальных затрат. Удовлетворяет все вышеперечисленные требования, на наш взгляд, широкое внедрение в практическое акушерство пренатального воспитания.

Цель исследования: на основании изучения течения беременности, родов, состояния новорожденных оценить целесообразность применения пренатального воспитания.

Мы изучали психоэмоциональный статус беременных, а также особенности течения беременности и родов у женщин, прошедших и не прошедших пренатальной подготовки, оценивали состояние новорожденных, матери которых прошли пренатальное воспитание, и сравнивали их с контрольной группой.

Анамнез течения беременности, родов, послеродового периода проанализирован у 400 женщин, изучены ФПК, состояние плодов и новорожденных (см. табл.). Беременные были подразделены на 2 группы. Первую (контрольную) группу составили 200 женщин, не прошедших пренатальное воспитание, вторую (основную) – также 200 женщин, получивших пренатальную подготовку. В исследование не были включены беременные с инфекциями, передаваемыми половым путем, и антифосфолипидным синдромом. Беременные были в возрасте от 17 до 41 года (в среднем  $27,8 \pm 0,5$  года). Впервые рожавших было 213, повторно – 187. Пренатальную подготовку получали в основном первобеременные и первородящие женщины в возрасте 20–35 лет.

Исследовали уровень эстриола и прогестерона в крови, производили ультразвуковую фетометрию, доплерометрию, кардиотокографию, морфологическое исследование плаценты, психологические тесты по Ч.Д. Спилбергеру и Ю.Л. Ханину, рисуночные тесты.

Пренатальное воспитание проводилось в женской консультации по программе индивидуальных

## Исходы беременности и родов в исследуемых группах беременных

	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
<b>Осложнения беременности</b>				
Гестозы	28	14	50	25
легкая степень	18	7	13	6,5
средняя	8	4	38	19
тяжелая	2	1	9	4,5
ХФПН	32	16	42	21
в/у гипоксия плода	18	9	21	10,5
острая	10	5	3	1,5
хроническая	8	4	18	9
<b>Осложнения родов</b>				
Срочные роды	190	5	170	85
преждевременные	4	2	18	9
запоздалые	6	3	12	6
слабость родовой деятельности	18	9	26	13
несвоевременное излитие околоплодных вод	20	10	47	23,5
преждевременная отслойка плаценты	6	3	18	9
Средняя продолжительность родов	10 час.		12 час.	
Травмы мягких тканей родовых путей	28	7	84	42
разрыв шейки матки I-II ст.	6	3	21	10,5
разрыв промежности I ст.	8	4	23	11,5
II ст.	0	–	8,4	–
Объем средней кровопотери, мл	250	–	380	–
<b>Осложнения послеродового периода</b>				
Кровотечение в раннем послеродовом периоде	6	3	18	9
Нарушения инволюции матки	18	9	25	12,5
Гемато-, лохиометра	8	4	26	13
Гипогактаия	16	8	30	15
Средняя масса плода	3500	–	3,246	
Оценка по шкале Апгар				
0-4	8		13	
5-7	10		15	
7-8	42		50	
9-10	40		12	
Раннее прикладывание к груди	104		88	

и групповых, лекционных и практических занятий (арттерапия, музыкотерапия, аудирование) с беременными с 9 по 32-ю неделю.

С момента ощущения беременными шевеления плода назначался 3-дневный семинар, на который приглашались родственники (муж, мать). Занятия были направлены на освоение дыхательных методик по следующей схеме: короткий вдох и медленный долгий выдох через нос с помощью движения ребер, подачи диафрагмы вперед и сокращение мышц живота. Особое внимание фиксировалось на задержке дыхания на вдохе.

Аудиальный контакт с плодом осуществлялся посредством как хорового, так и индивидуального пения открытым (народным) голосом. Исполнялись колыбельные песни, песни-потешки, обрядовые песни. Являясь мягкой дыхательной гимнастикой, пение положительно влияло на психическое состояние женщины, помогало снять стресс, проводились избирательная музыкотерапия, игра на блок-флейте, курае. Моторику мелкой мускулатуры у беременных развивали с помощью арттерапии (рисование, лепка). Кроме того, обучали приемам купирования стресса в периоде родов, управления мышечным расслаблением, концентрации внимания и медитации, создания чувства мышечного комфорта в новой обстановке.

Рисуночный тест позволял выявить особенности переживания беременности и ситуации материнства, восприятия себя и ребенка. По рисуночному тесту оценивались характеристики общего состояния.

Эмоциональный статус определяли по шкале Д.Спилбергера, включающей в себя оценку тревожности, эмоционального состояния беременных.

Наибольшее внимание подготовке к родам уделяли первобеременные женщины, не занятые на производстве (домохозяйки), а наименьшее – юные беременные, как правило, учащиеся средних учебных заведений. Обе группы беременных не различались по частоте встречаемости экстрагенитальных заболеваний. Анализ сопутствующей патологии показал, что первое место в обеих группах занимали заболевания почек: в 1 и 2-й группах – соответственно 52 (26%) и 57 (28,5%). В структуре заболеваний варьировали хронические пиелонефриты.

Таким образом, пренатальное воспитание нормализует эмоционально-психологическое состояние беременных и рожениц и уменьшает таким образом частоту осложнений беременности и родов, улучшает перинатальные исходы.

УДК (252.6) : 615.28

**Р.Р. Исмазова, А.У. Зиганшин, Л.Т. Мусина, С.Е. Дмитрук (Казань–Томск). Антимикробная активность гумата натрия, выделенного из торфа**

В наших исследованиях было установлено, что гуматы, выделенные из торфа и сапропеля месторождений Томской области, обладают противоспапалительной активностью, которая в некоторых слу-