

Мысовская Ю.С.¹, Маршалов Д.В.¹, Шифман Е.М.², Шиндяпина Н.В.¹
**МЕДИЦИНСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ЖЕНЩИН С МЁРТВОРОЖДЕНИЕМ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ
ПЕРИОДЕ: НАЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Саратов, Российская Федерация;

²ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», 129110, Москва, Российская Федерация

В Российской Федерации показатель мёртворождаемости в 2018 г. составил 5,51 на 1000 родившихся живыми и мёртвыми, что практически в 2 раза превышает данный показатель в США и Европе. Целью работы являлось проведение рейтингового анализа отдельно для каждого из всех факторов, влияющих на выбор тактики ведения родов и послеродового периода у женщин с мёртворождением. **Материал и методы.** Был разработан опросник, состоящий из 23 вопросов на русском языке. Всего в опросе приняли участие 402 русскоязычных медицинских работника.

Результаты. Большинство респондентов (49,7%) встречаются с пациентками с мёртворождением нечасто. Легко выстраивать поддерживающее общение с данными пациентками 59,5% респондентов. При этом 70% опрошенных считают, что контакт матери и мёртворождённого ребёнка оказывает негативное влияние на психоэмоциональное состояние матери как в момент родов, так и в долгосрочной перспективе, и лишь 27,7% специалистов выясняют при этом желание самой пациентки. Эпидуральную анестезию как оптимальный метод обезболивания родов с мёртворождением выбирают 57,2% респондентов. Более половины респондентов (57,7%) считают, что пациентки с мёртворождением удовлетворены качеством оказания медицинской помощи. Большинство респондентов (74,1%) дали позитивную оценку качеству оказания медицинской помощи пациенткам с мёртворождением в их лечебных учреждениях. При этом медицинские работники (89,3%) считают необходимым разработку клинических рекомендаций, посвящённых данной проблеме.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии в настоящий момент единой тактики ведения перипартального периода у пациенток с мёртворождением. Имеется необходимость разработки клинических рекомендаций по данной проблеме.

Ключевые слова: мёртворождение; обезболивание родов; седация; этические аспекты.

Для цитирования: Мысовская Ю.С., Маршалов Д.В., Шифман Е.М., Шиндяпина Н.В. Медицинское и психологическое сопровождение женщин с мёртворождением в перинатальном периоде: национальное исследование // *Региональная анестезия и лечение острой боли*. 2020;14(4):176-184. DOI: <http://doi.org/10.17816/1993-6508-2020-25-3-176-184>.

Для корреспонденции: Мысовская Юлия Сергеевна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Саратов, Россия. E-mail: yulya-mys@yandex.ru.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов:

Концепция и дизайн исследования – Маршалов Д.В.

Сбор и обработка материала – Мысовская Ю.С., Шиндяпина Н.В.

Статистическая обработка – Шифман Е.М.

Написание текста – Мысовская Ю.С., Маршалов Д.В., Шиндяпина Н.В.

Редактирование – Шифман Е.М.

Mysovskaya Y.S.¹, Marshalov D.V.¹, Shifman E.M.², Shindyapina N.V.¹

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF WOMEN WITH STILLBIRTH IN THE PERINATAL PERIOD: A NATIONAL STUDY

¹Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, 410012, Saratov, Russian Federation;

²M.F. Vladimirovskiy Moscow Regional Research Clinical Institute, 129110, Moscow, Russian Federation

In the Russian Federation, the stillbirth rate in 2018 was 5.51 per 1000 live and dead births, which is almost twice the figure in the United States and Europe. This study aimed to conduct a rating analysis separately for each factor that influences the selection of techniques for the management of labor and the postpartum period in women with stillbirth.

Material and methods. A questionnaire was developed, which consisted 23 questions in Russian. A total of 402 Russian-speaking medical workers took part in the survey.

Results. In this study, 49.7% of the respondents seldom encounter patients with stillbirth. Moreover, 59.5% of the respondents find it easy to create a supportive communication with these patients, 70% believed that contact between the mother and her stillborn child has a negative influence on her psychoemotional state both at the time of delivery and in the long term, and only 27.7% found that mothers

wanted to spend time with the child. As the optimal method of analgesia, 57.2% of the respondents chose epidural analgesia for stillbirth delivery. Furthermore, 57.7% believed that patients with stillbirth were satisfied with the quality of medical care, and 74.1% gave a positive assessment of the quality of medical care provided to patients with stillbirth in their medical institutions. Moreover, medical professionals (89.3%) consider it necessary to develop clinical recommendations on this problem.

Conclusions. The results indicate that a unified technique of managing the peripartum period with stillbirth is still not established. Clinical guidelines on this problem are necessary.

Key words: *stillbirth; labor pain relief; sedation; ethical aspects.*

For citation: Mysovskaya Y.S., Marshalov D.V., Shifman E.M., Shindyapina N.V. Medical and psychological support of women with stillbirth in the perinatal period: a national study. *Regionarnaya anesteziya i lechenie ostroy boli (Regional Anesthesia and Acute Pain Management, Russian journal)*. 2020;14(4):176-184. (In Russ). DOI: <http://doi.org/10.17816/1993-6508-2020-25-3-176-184>.

For correspondence: Yulya S. Mysovskaya, MD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, Medical Faculty, Saratov State Medical University named after Razumovsky, 410012, Saratov, Russian Federation. E-mail: yulya-mys@yandex.ru.

Information about authors:

Mysovskaya Y.S., <https://orcid.org/0000-0002-0544-7886>

Marshalov D.V., <https://orcid.org/0000-0002-8774-0700>

Shifman E.M., <https://orcid.org/0000-0002-6113-8498>

Shindyapina N.V., <https://orcid.org/0000-0002-7124-3697>

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interests. Authors declare no conflict of interests.

Contribution. The article is prepared with equal participation of the authors

Study conception and design – Marshalov D.V.

Data collecting and processing – Mysovskaya Y.S., Shindyapina N.V.

Statistical analysis – Shifman E.M.

Text writing – Mysovskaya Y.S., Marshalov D.V., Shindyapina N.V.

Text editing – Shifman E.M.

Received 14 October 2020

Accepted 24 October 2020

Проблема мёртворождения является одной из самых сложных в репродуктивной медицине в связи с целым рядом нерешённых на данный момент клинических, психологических и юридических аспектов [1, 2]. Мёртворождение, то есть рождение мёртвого плода в сроки > 22 нед гестации, может быть вызвано многими причинами, *рубрицированными в МКБ-10 по следующим кодам: Q00-Q99, P05, P08, P20, P35, P37, P39, P50, P52, P55, P56, P60, P61, P70, P75, P77, P83, P95*. До настоящего времени тактика ведения пациенток с мёртворождением, в отсутствии клинических рекомендаций по этой проблеме для акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов, определяется личным опытом врачей, работающих в учреждениях родовспоможения [3]. Ввиду отсутствия по данному вопросу консенсуса между специалистами различных специальностей, мы провели опрос медицинского персонала, работающего в учреждениях родовспоможения, для оценки текущей клинической практики.

Целью работы являлось проведение рейтингового анализа отдельно для каждого из всех выбранных факторов, влияющих на выбор тактики ведения родов и послеродового периода у женщин с мёртворождением.

Материалы и методы

Был разработан опросник, состоящий из 23 вопросов на русском языке. Он был рассмотрен

исследовательским комитетом Ассоциации акушеров-анестезиологов-реаниматологов (АААР) и протестирован для оценки понимания в когорте из 20 врачей анестезиологов-реаниматологов и 20 врачей акушеров-гинекологов. Полученные комментарии и предложения были рассмотрены.

В итоговом опросе задавались следующие вопросы:

- ✓ специальность и стаж работы,
- ✓ половая принадлежность,
- ✓ регион проживания,
- ✓ опыт оказания помощи пациенткам с мёртворождением,
- ✓ лёгкость общения с данными пациентками,
- ✓ отношение к глубокой седации матери во время родов мёртвым плодом,
- ✓ мнение о влиянии контакта матери с мёртвым плодом на её психический статус,
- ✓ мнение об оптимальном методе анальгезии родов с мёртворождением,
- ✓ реализация желаний пациентки во время родов,
- ✓ отношение медицинского персонала к тактике ведения родов с мёртворождением в их лечебном заведении,
- ✓ проблемы послеродового периода и определение условий пребывания пациенток с мёртворождением,
- ✓ оказание психологической поддержки пациенткам,

- ✓ удовлетворённость женщин и медицинского персонала оказываемыми услугами родовспоможения в данной ситуации,
- ✓ необходимость создания клинических рекомендаций и тренингов, посвящённых оказанию помощи женщинам с мёртворождением.

Структура опроса также позволяла формировать полуструктурированные интервью для выявления факторов, влияющих на принятие решений. Опрос был размещён на интернет-ресурсе Google-формы (<https://forms.gle/rEnvMbkuUAmbGHXd6>). Ссылки на данный опрос были приведены на закрытых тематических интернет-ресурсах для анестезиологов-реаниматологов и акушеров-гинекологов и других специалистов, работающих в учреждениях родовспоможения. Опрос также был отправлен по электронной почте в ведущие научные центры акушерства и гинекологии Российской Федерации, Украины, Республики Молдова, Республики Таджикистан, Республики Узбекистан, Республики Беларусь, Азербайджанской Республики, Эстонской

Республики, Латвийской Республики, Литовской Республики, Республики Армения и Грузии. Респондентам было предложено пройти онлайн-опрос в период с 28 июня 2019 года по 29 февраля 2020 года. Заполнение анкет было добровольным и анонимным.

Всего в опросе приняли участие 402 русскоязычных медицинских работника более чем из 30 регионов России и 11 стран ближнего и дальнего зарубежья (Украина, Республика Беларусь, Республика Таджикистан, Республика Казахстан, Республика Молдова, Латвийская Республика, Литовская Республика, Ливанская Республика, Йеменская Республика, Французская Республика, Чешская Республика). Среди участников опроса 58,2% составили анестезиологи-реаниматологи, 33,6% – акушеры-гинекологи, 1,8% – неонатологи, 0,5% – организаторы здравоохранения, 6,4% – средний медицинский персонал (акушерки, медсёстры-анестезисты). Среди опрошенных – стаж работы более 20 лет отметили 33,6% опрошенных, 10–20 лет – 25,1%,

Характеристика респондентов

Description of respondents

Специальность	Стаж работы, г	Пол		Всего
		Мужчины	Женщины	
Анестезиологи-реаниматологи	< 5	18 (13,0/4,6)*	16 (16,7/3,9)	34 (14,5/8,5)
	5–10	21 (15,2/5,2)	24 (25,0/5,9)	45 (19,2/11,2)
	10–20	42 (30,4/10,4)	26 (27,0/6,5)	68 (29,1/16,9)
	> 20	57 (41,4/14,1)	30 (31,3/7,6)	87 (37,2/21,6)
	Всего	138 (59,0/34,3)	96 (41,0/23,9)	234 (100/58,2)
Акушеры-гинекологи	< 5	9 (27,3/2,2)	29 (28,4/7,2)	38 (28,1/9,5)
	5–10	7 (21,2/1,8)	28 (27,5/6,9)	35 (25,9/8,7)
	10–20	8 (24,2/1,9)	17 (16,6/4,4)	25 (18,5/6,2)
	> 20	9 (27,3/2,2)	28 (27,5/6,9)	37 (27,4/9,2)
	Всего	33 (24,4/8,2)	102 (75,6/25,4)	135 (100/33,6)
Неонатологи		----	----	7 (1,7)**
Акушерки		----	----	18 (4,5)
Медсёстры-анестезисты		----	----	8 (2,0)
ВСЕГО специалистов		----	----	402 (100)
Организаторы здравоохранения		----	----	3 (0,7)
Кандидаты медицинских наук		----	----	11 (2,7)
Доктора медицинских наук		----	----	5 (1,2)
Ассистенты кафедры		----	----	13 (3,2)
Доценты кафедры		----	----	5 (1,2)
Профессора кафедры		----	----	4 (1,0)

Примечание: * результаты представлены в виде *n* (% от количества респондентов в группе / % от общего числа респондентов); ** результаты представлены в виде *n* (% от общего числа респондентов).

Note: * the results are presented as «*n*» (% of the number of respondents in the group / % of the total number of respondents); ** the results are presented as «*n*» (% of the total number of respondents).

5–10 лет – 22,1%, менее 5 лет работали 19,2%. В структуре опрошенных преобладали женщины – 57,2% (см. табл.).

Статистический анализ

Каждый вопрос анкеты позволял составить рейтинг ответов, характеризующих один из факторов, влияющих на принятие решения о ведении беременных с мёртворождением в родах и послеродовом периоде. Рейтинг представлял собой распределение относительной частоты (в %) всех предлагаемых ответов на данный вопрос. Указанное распределение относительных частот рассчитывалось как внутри групп специалистов: врачи анестезиологи-реаниматологи, акушеры-гинекологи, остальные специалисты (врачи-неонатологи, медицинские сёстры-анестезисты), так и в объединённой выборке всех респондентов. Для проверки гипотезы о статистической значимости различия одноимённых рейтингов между группами специалистов использовались критерий хи-квадрат и точный критерий Фишера. Исходные данные накапливались в формате таблицы Excel (Microsoft Excel 97 – 2003). Все расчёты и статистический анализ данных проводился с помощью статистического программного обеспечения SPSS Statistics (версия: 17.0, обновление от 28.07.2019).

Уровень значимости различия частотных распределений рейтингов был принят равным 0,05.

Результаты

Респондентам было предложено ответить, часто ли они в своей практике сталкиваются с пациентками с мёртворождением. Практически каждый второй опрошенный выбрал ответ «нечасто», треть ответили «крайне редко» и почти пятая часть считают, что им приходится сталкиваться с данной проблемой часто. В ходе исследования были определены рейтинги ответов на каждый вопрос анкеты среди респондентов, стратифицированных по специальностям: врачи анестезиологи-реаниматологи, акушеры-гинекологи и другие специалисты. Далее рейтинги ответов на каждый вопрос анкеты сравнивались между врачами указанных трёх специальностей с тем, чтобы выяснить, по каким вопросам рейтинги между специалистами согласуются, а по каким статистически значимо расходятся и в каких вопросах расхождение наиболее существенно. Различия ответов между 3 группами специалистов оказалось статистически значимым: $p = 0,0009$ (рис. 1).

Подавляющее большинство респондентов ответило, что им легко выстроить поддерживающее общение с пациентками с мёртворождением. Тем не



Рис. 1. Как часто на практике Вам встречаются пациентки с мёртворождением?

Fig. 1. How often do you see stillbirth patients in the medical practice?

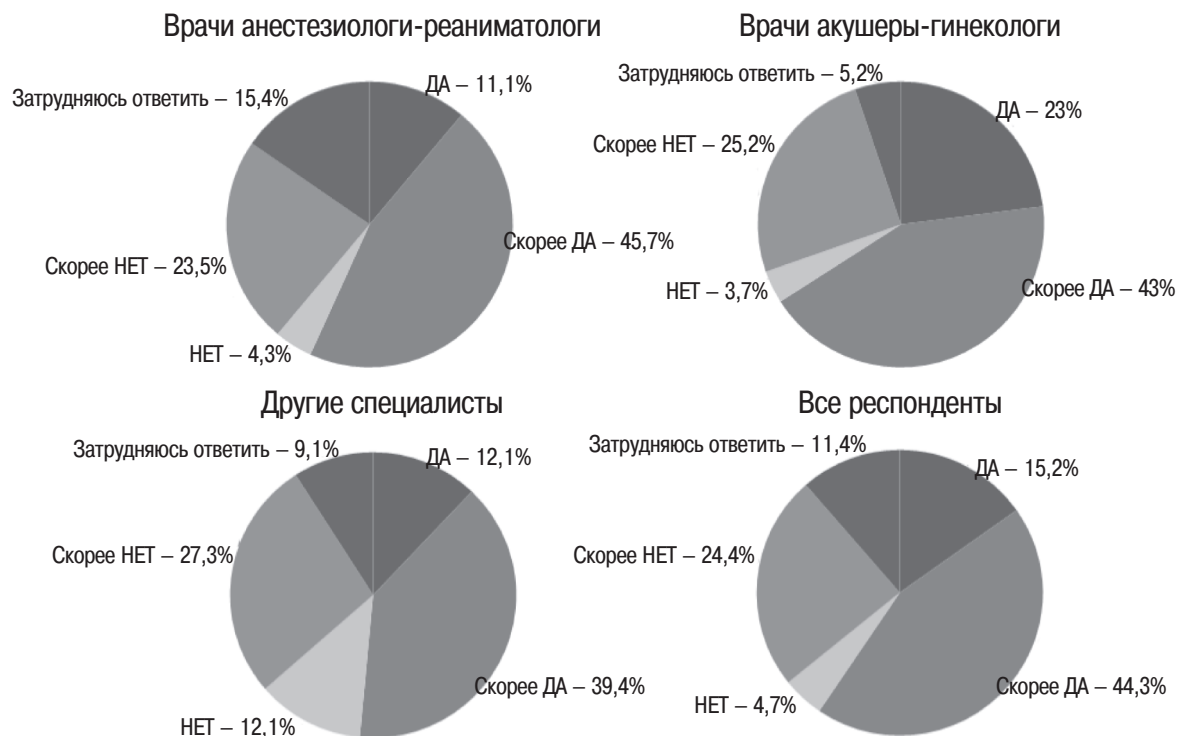


Рис. 2. Легко ли Вам выстроить поддерживающее общение с пациентками с мёртворождением?

Fig. 2. Is it easy for you to build supportive communication with stillbirth patients?

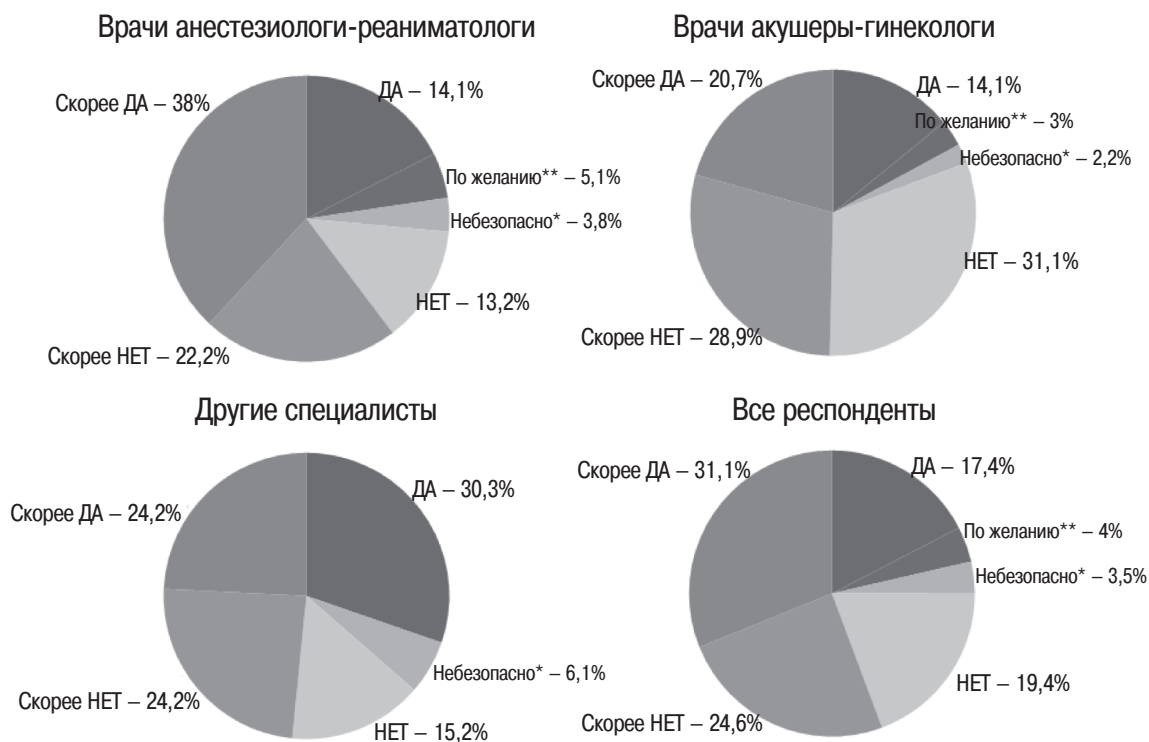


Рис. 3. Считаете ли Вы необходимым выключение сознания матери в момент рождения мёртвого плода?

Примечание: *по желанию пациентки; **считаю седацию необходимой, но не использую из-за отсутствия условий для её безопасного проведения.

Fig. 3. Do you consider it necessary to carry out deep sedation of the mother at the time of the birth of the still fetus?

Note: * at the request of the patient; ** I consider sedation necessary, but I do not use it due to the lack of conditions for its safe conduct.

менее они считают, что им необходимы специальные курсы и тренинги для обучения коммуникации с такими женщинами.

Число абсолютно уверенных в себе специалистов среди представителей акушерской специальности превышает показатели своих коллег (анестезиологов-реаниматологов) ровно в 2 раза. Различия рейтингов между 3 группами специалистов вновь оказались статистически значимыми: $p = 0,0075$ (рис. 2).

Несколько вопросов анкеты посвящены достаточно спорной теме – необходимости матери находиться в сознании в момент родов мёртвым плодом, иметь визуальный и тактильный контакт с ним. Практически половина респондентов против применения глубокой седации во время родов. Поддерживает выключение сознания женщины во время родов 1/5 часть опрошенных. Лишь 4% специалистов считают, что решение вопроса о проведении седации зависит от желания самой пациентки. Различия рейтингов по данному вопросу между 3 группами специалистов статистически значимо: $p = 0,0002$ (рис. 3).

В полуструктурированных интервью около 8% респондентов указали, что опасаются исков пациенток, связанных с недоверием к медперсоналу, и предпочитают, чтобы женщина была свидетелем мёртворождения, несмотря на возможную психическую травму.

На вопрос: «Какое влияние оказывает визуальный и тактильный контакт матери и мёртворождённого ребёнка на психоэмоциональное состояние матери в долгосрочной перспективе?» респонденты ответили достаточно единодушно – «негативно». Лишь 1/10 часть опрошенных считают, что контакт матери с мёртворождённым ребёнком может оказать положительное влияние, среди них число акушеров-гинекологов превосходило анестезиологов-реаниматологов в 2,7 раза. Различия рейтингов между 3 группами специалистов статистически значимо: $p = 0,0223$ (рис. 4).

При ответе на вопрос об оптимальном методе обезболивания родов мёртвым плодом более половины всех опрошенных считали, что оптимальным методом будет являться эпидуральная



Рис. 4. Как Вы считаете, визуальный и тактильный контакт матери и мёртворождённого ребёнка оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние женщины в долгосрочной перспективе?

Примечание: * По-разному, в зависимости от индивидуальных особенностей, желаний пациентки.

Fig. 4. Do you think visual and tactile contact between a mother and a stillborn child has a positive impact on the psychological and emotional state of a woman in the long term?

Note: * In different ways, depending on the individual characteristics, the wishes of the patient.



Рис. 5. Какой метод анальгезии родов Вы считаете оптимальным во время родоразрешения мёртвым плодом?

Примечание: *не нуждается, но во время рождения ребёнка необходимо отсутствие сознания роженицы.

Fig. 5. What method of labor analgesia do you think is optimal during delivery of a dead fetus?

Note: *does not need, but during the birth of a child, the absence of consciousness of the woman in labor is necessary.

анальгезия (ЭА), в трети случаев выбрали наркотические анальгетики, а пятая часть считала, что анальгезия в родах не требуется. Выбор наркотических анальгетиков в качестве метода обезболивания родов у анестезиологов-реаниматологов регистрировался в наименьшем проценте случаев. Различие рейтингов между 3 группами специалистов статистически значимо: $p = 0,0075$ (рис. 5).

Два вопроса анкеты предназначались для анестезиологов-реаниматологов и подразумевали выбор нескольких вариантов ответа: «Какой препарат Вы чаще всего используете в качестве средства для седации во время родов мёртвым плодом?» и «С какими нежелательными реакциями Вы наиболее часто сталкиваетесь при проведении анестезиологического пособия у женщин с мёртворождением?». Самыми распространёнными препаратами для седации оказались: пропофол (55,1%), бензодиазепины (42,4%) и кетамин (22,4%). Реже применялся тиопентал натрия (9,8%), дексметомидин (6,1%), натрия оксибутират (2,5%).

Среди отмеченных нежелательных реакций при проведении анестезии наиболее часто встречаются:

- ✓ озноб/дрожь (34,6%),
- ✓ тахикардия (21,4%),

- ✓ тошнота/рвота (14,5%),
- ✓ гипотензия (14,1%).

Также были отмечены:

- ✓ гипертензия (13,2%),
- ✓ замедленное пробуждение после анестезии (12,8%),
- ✓ головокружение (8,1%),
- ✓ головная боль (6%),
- ✓ брадикардия (2,6%),
- ✓ боль в спине и аллергические реакции (по 1,7%).

Остальные эффекты фиксировались крайне редко и набрали менее 1%. Четверть респондентов отметила, что не сталкивается с осложнениями. Это в целом согласуется с тем, что 1/10 часть опрошенных не используют седацию.

По мнению каждого второго из опрошенных, в их лечебных учреждениях нет общепринятой методики анестезиологического обеспечения родов мёртвым плодом.

Практически 80% признают, что среди проблем в послеродовом периоде на первый план выходят психологические проблемы, при этом треть респондентов признается, что в их лечебном учреждении нет психолога.

При ответе на вопрос: «Где должна пребывать пациентка с мёртворождением до выписки из стационара?» 2/3 опрошенных сочли, что оптимальным будет её пребывание в отдельной палате, менее 1/10 респондентов выбрали вариант – «в общей палате вместе с другими родильницами», а 1/5, что в палате гинекологического отделения.

На вопрос: «Удовлетворены ли пациентки, перенёвшие мёртворождение, качеством оказания помощи в Вашем лечебном учреждении?» более половины респондентов ответили, что «скорее да, чем нет». На вопрос: «Предъявляют ли претензии/жалобы данные пациентки в отношении качества оказания медицинской помощи?» практически такое же количество респондентов ответило, что жалобы редки.

Также большинство (2/3) респондентов дали позитивную оценку качеству оказания медицинской помощи пациенткам с мёртворождением в их лечебных учреждениях. При этом медицинские работники признаются в необходимости разработки клинических рекомендаций, посвящённых ведению таких пациенток. Утвердительно на этот вопрос ответили 89,3% опрошенных.

Обсуждение

Полученные данные наглядно показывают наличие ряда нерешённых проблем, связанных с оказанием помощи пациенткам с мёртворождением. Хотя большинство опрошенных считает, что им достаточно легко взаимодействовать с такими женщинами, согласно литературным данным, далеко не всегда общение с семьями, столкнувшимися с перинатальной утратой, выстраивается врачами в нужном ключе [4]. В связи с этим, в некоторых зарубежных клинических рекомендациях по оказанию медицинской помощи пациенткам с мёртворождением достаточно большое внимание уделено именно выстраиванию коммуникации с семьями на всех этапах наблюдения и лечения: от момента сообщения диагноза до консультирования в послеродовом периоде [5].

Вопрос об оптимальном методе обезболивания родов не вызвал особых разночтений, в чём усматривается эффективность проведения практических конференций и школ в различных регионах страны, разработки и внедрения современных клинических рекомендаций.

Требуют обсуждения вопросы необходимости седации во время родов мёртвым плодом. По данным зарубежных авторов, часть матерей желали бы не только увидеть процесс рождения ребёнка, но и поддержать его на руках, иметь возможность попрощаться с ним [6]. В то же время другая часть

женщин предпочла бы избежать психотравмирующей ситуации и спать в процессе родоразрешения [7]. На настоящий момент окончательно не доказано, помогает ли контакт с мёртворождённым ребёнком снизить риски развития и тяжесть психических нарушений в послеродовом периоде у матерей или же, наоборот, способствует их усугублению [8]. Вместе с тем важно отметить, что в вышеупомянутых зарубежных клинических рекомендациях [5] предписывается поощрять контакт родителей с мёртворождённым ребёнком и создавать для этого условия (охлаждаемая кровать, специально отведённое время и место для прощания). В литературе также отмечено положительное влияние на долгосрочные психологические последствия как нахождения матери в сознании в момент родов мёртвым плодом, так и возможности увидеть и прикоснуться к ребёнку [9, 10]. Вероятнее всего, ориентироваться в данном вопросе необходимо на желания самих родителей. Однако, как показывает наше исследование, всего лишь 27,7% ($n = 111$) респондентов всегда выясняют предпочтения женщины относительно необходимости находиться в сознании в момент родов мёртвым плодом, 26,6% ($n = 107$) опрошенных выбрали вариант «чаще выясняю, чем нет». Никогда не интересуются мнением роженицы 18,9% ($n = 76$) респондентов, а 26,8% ($n = 108$) опрошенных ответили «чаще не выясняю».

Хотелось бы отметить, что вопросы проведения седации у пациенток с мёртворождениями остаются нерешёнными. Это подтверждает значительная гетерогенность ответов респондентов на вопросы, касающиеся этой темы. Кроме того, не определено влияние седации во время родов мёртвым плодом на отдалённые результаты.

Использование седации в послеродовом периоде также неоднозначно. Большинство респондентов, 42,8% ($n = 172$), в принципе не используют медикаментозную послеродовую седацию, 39,5% ($n = 159$) медицинских работников применяют бензодиазепины, а 17,6% ($n = 71$) – растительные препараты (пустырник, валериана).

Одной из ключевых проблем в принятии врачебных решений для данной группы пациентов является нормативно-правовая база. Как показал опрос, нередко действия врачей определяются страхом дальнейшего преследования при потенциальных конфликтных ситуациях. В настоящий момент эта проблема является особо острой.

Представляется, что для создания новых клинических рекомендаций необходимы собственные данные, в том числе учитывающие национальный менталитет и мнение самих пациенток, перенёвших перинатальную утрату, чему будут посвящены наши дальнейшие исследования.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что в настоящий момент отсутствует единая тактика в отношении ведения пациенток с мёртворождением. Рейтинги основных обсуждаемых факторов имеют статистически значимые различия между рассматриваемыми группами специалистов. Для выработки единой тактики ведения пациентов с мёртворождением в родах и в послеродовом периоде необходимы приведения этих рейтингов к согласию и сопоставимости между различными специалистами.

Представляются перспективными и требуют решения вопросы анестезиологического обеспечения таких родов, в частности вопросы обезболивания и седации. Имеется потребность в создании клинических рекомендаций, посвящённых данной проблеме. Целесообразно проведение обучающих курсов, семинаров и тренингов по вопросам налаживания коммуникации медицинского персонала и семей, переживших перинатальную потерю.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеева Л.И., Александрова Г.А., Зайченко Н.М., Кириллова Г.Н., Леонов С.А., Огрызко Е.В., Титова И.А., и др. Здравоохранение в России. 2019. Статистический сборник. М., 2019. 170.
2. Спиридонов В.А., Латфуллина Р.Р. Медицинские и юридические аспекты оценки оказания медицинской помощи в случаях смерти плода // Медицинское право: теория и практика. 2018. Т. 4. № 2. С. 74–80.
3. Reinebrant H.E., Leisher S.H., Coory M., Henry S., Wojcieszek A.M., Gardener G., Flenady V. Making stillbirths visible: a systematic review of globally reported causes of stillbirth // *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017. Vol. 125. N 2. P. 212–224. DOI: 10.1111/1471-0528.14984.
4. Monostori D., Dombi E., Zelena A. Wrong communication panels for perinatal loss // *Orvosi hetilap*. 2018. Vol. 159. N 25. P. 1033–1036. DOI: 10.1556/650.2018.31006.
5. Ananthram H., Apostoloff A., Becker J., Bolton E., Booker C., Bousfield A., et al. Stillbirth care // *Queensland Clinical Guidelines*. 2019. 34.
6. Bennett S.M., Litz B.T., Maguen S., Ehrenreich J.T. An Exploratory Study of the Psychological Impact and Clinical Care of Perinatal Loss // *Journal of Loss and Trauma*. 2008. Vol. 13. N 6. P. 485–510. DOI: 10.1080/15325020802171268.
7. DiMiceli-Zsigmond M., Williams A.K., Richardson M.G. Expecting the Unexpected // *Anesthesia & Analgesia*. 2015. Vol. 121. N 2. P. 457–464. DOI: 10.1213/ane.0000000000000785.

8. Christiansen D. M. Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review // *Clinical Psychology Review*. 2017. Vol. 51. P. 60–74. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.007.
9. Gravensteen I., Helgadottir L., Jacobsen E., Radestad I., Sandset P., Ekeberg O. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study // *BMJ Open*. 2013. Vol. 3. N 10. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-003323.
10. Ryninks K., Roberts-Collins C., McKenzie-McHarg K., Horsch A. Mothers' experience of their contact with their still-born infant: An interpretative phenomenological analysis // *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014. Vol. 14. N 1. DOI: 10.1186/1471-2393-14-203.

REFERENCES

1. Ageeva LI, Aleksandrova GA, Zaychenko NM, Kirillova GN, Leonov SA, Ogryzko EV, Titova IA, et al. Healthcare indicators in Russia. 2019. Statistical collection. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. Moscow; 2019:170. (In Russ).
2. Spiridonov VA, Latfullina RR. Medical and legal aspects of assessing the provision of medical care in cases of fetal death. *Meditsinskoe pravo: teoriya i praktika*. 2018;4(2):74–80. (In Russ).
3. Reinebrant HE, Leisher SH, Coory M, Henry S, Wojcieszek AM, Gardener G, Flenady V. Making stillbirths visible: a systematic review of globally reported causes of stillbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;125(2):212–224. DOI: 10.1111/1471-0528.14984.
4. Monostori D, Dombi E, Zelena A. Wrong communication panels for perinatal loss. *Orvosi hetilap*. 2018;159(25):1033–1036. DOI: 10.1556/650.2018.31006.
5. Ananthram H, Apostoloff A, Becker J, Bolton E, Booker C, Bousfield A, et al. Stillbirth care. *Queensland Clinical Guidelines*. 2019;34.
6. Bennett SM, Litz BT, Maguen S, Ehrenreich JT. An Exploratory Study of the Psychological Impact and Clinical Care of Perinatal Loss. *Journal of Loss and Trauma*. 2008;13(6):485–510. DOI: 10.1080/15325020802171268.
7. DiMiceli-Zsigmond M, Williams AK, Richardson MG. Expecting the Unexpected. *Anesthesia & Analgesia*. 2015;121(2):457–464. DOI: 10.1213/ane.0000000000000785.
8. Christiansen DM. Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2017;51:60–74. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.007.
9. Gravensteen I, Helgadottir L, Jacobsen E, Radestad I, Sandset P, Ekeberg O. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ Open*. 2013;3(10). DOI: 10.1136/bmjopen-2013-003323.
10. Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their still-born infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14(1). DOI: 10.1186/1471-2393-14-203.

Поступила 14.10.2020
Принята к печати 24.10.2020