

Ведение родов мертвым плодом: различия взглядов акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов. Результаты междисциплинарного опроса

Ю.С. Мысовская¹, Д.В. Маршалов², Е.М. Шифман³,
Н.В. Шиндяпина², А. Иоскович⁴

¹ ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница им. Ю.Я. Гордеева», Саратов, Россия

² ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

³ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

⁴ Медицинский центр Шаарей Цедек, Еврейский университет, Иерусалим, Израиль

Реферат

Актуальность. В Российской Федерации показатель мертворождаемости практически в два раза превышает данный показатель в США и Европе, при этом отечественные клинические рекомендации до сих пор отсутствуют.

Цель исследования. Проведение анализа результатов опроса специалистов акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов по проблемам оказания медицинской помощи пациенткам с мертворождением.

Материалы и методы. Был разработан опросник, состоящий из 23 вопросов на русском языке. Всего в опросе приняли участие 369 русскоязычных врачей анестезиологов-реаниматологов и акушеров-гинекологов.

Результаты. Необходимость выключения сознания матери в момент рождения мертвого плода вызвала большие разногласия между смежными специалистами ($p = 0,0001$). За выключение сознания матери выступили 56 % анестезиологов-реаниматологов и 35 % акушеров-гинекологов. Визуальный и тактильный контакт матери с мертвым плодом оказывает положительную роль на психоэмоциональное состояние женщины, по мнению 23 % акушеров-гинекологов и лишь 9 % анестезиологов-реаниматологов ($p = 0,002$). Респонденты обеих специальностей отдают предпочтение эпидуральной анальгезии более чем в половине случаев.

Differences in the views of obstetricians-gynecologists and intensivists based on the survey "Provision of medical care to patients with stillbirth". Original article

Yu.S. Mysovskaya¹, D.V. Marshalov², E.M. Shifman³,
N.V. Shindyapina², A. Ioscovich⁴

¹ Saratov City Clinical Hospital №1 named after Yu.Ya. Gordeev, Saratov, Russia

² V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

³ M.F. Vladimirovskiy Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russia

⁴ Department of Anesthesiology, Perioperative Medicine, and Pain Treatment, Shaare Zedek Medical Center, and Faculty of Medicine, Hebrew University of Jerusalem, Israel

Abstract

Introduction. The Russian Federation's stillbirth rate is almost twice that of the United States and Europe, while domestic treatment protocols are still lacking.

Objectives. To analyze the results of a survey of obstetricians-gynecologists and intensivists on the problems of providing medical care to patients with stillbirth.

Materials and methods. We have developed a questionnaire, which consisted of 23 questions in Russian. A total of 369 Russian-speaking doctors, intensivists and obstetricians-gynecologists took part in the survey.

Results. The need to turn off the mother's consciousness at the time of giving birth to a dead fetus caused great disagreement between the related specialists ($p = 0.0001$). 56 % of intensivists and 35 % of obstetricians-gynecologists were in favor of turning off the mother's consciousness. According to 23 % of obstetricians-gynecologists and only 9 % of intensivists, visual and tactile contact of a mother and her dead fetus has a positive impact on the psychoemotional state of the woman ($p = 0.002$). Respondents from both specialties preferred epidural analgesia in more than half of the cases.



Заключение. Определен список вопросов, по которым получены наибольшие различия рейтингов, что в дальнейшем поможет определить первоочередные проблемы для обсуждения и точки приложения для создания согласованных документов по оптимальному ведению беременных с мертворождением.

Ключевые слова: мертворождение, беременные женщины, родовая боль, роды, плод, послеродовой период, опросы, анкеты

✉ *Для корреспонденции:* Мысовская Юлия Сергеевна — врач акушер-гинеколог ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №1 им. Ю.Я. Гордеева», Саратов, Россия; e-mail: yulya-mys@yandex.ru

✉ *Для цитирования:* Ю.С. Мысовская, Д.В. Маршалов, Е.М. Шифман, Н.В. Шиндяпина, А. Иоскович. Ведение родов мертвым плодом: различия взглядов акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов. Результаты междисциплинарного опроса. Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2021;1:116–122. DOI: 10.21320/1818-474X-2021-1-116-122

✉ *Поступила:* 05.12.2020

✉ *Принята к печати:* 05.03.2021

Conclusions. A list of issues for which the greatest differences in ratings were obtained has been identified, which will further help to identify priority issues for discussion and points of application for creating agreed documents on the best management of pregnant women with stillbirth.

Keywords: stillbirth, pregnant women, labor pain, parturition, fetus, postpartum period, surveys, questionnaires

✉ *For correspondence:* Yulya S. Mysovskaya — obstetrician-gynecologist, Saratov City Clinical Hospital №1 named after Yu.Ya. Gordeev, Saratov, Russia; e-mail: yulya-mys@yandex.ru

✉ *For citation:* Yu.S. Mysovskaya, D.V. Marshalov, E.M. Shifman, N.V. Shindyapina, A. Iosovich. Differences in the views of obstetricians-gynecologists and intensivists based on the survey "Provision of medical care to patients with stillbirth". Original article. Annals of Critical Care. 2021;1:116–122. DOI: 10.21320/1818-474X-2021-1-116-122

✉ *Received:* 05.12.2020

✉ *Accepted:* 05.03.2021

DOI: 10.21320/1818-474X-2021-1-116-122

Введение

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации за последние 15 лет в нашей стране показатель мертворождаемости (коды МКБ-10: Q00–Q99, P05, P08, P20, P35, P37, P39, P 50, P52, P55, P56, P60, P61, P70, P75, P77, P83, P95) имеет достаточно стабильные значения: 2005 г. — 5,68; 2010 г. — 4,62; 2015 г. — 5,87; 2018 г. — 5,51 на 1000 родившихся живыми и мертвыми [1]. При этом смерть до начала родовой деятельности наступила в 89 % случаев [2]. По данным зарубежных авторов, показатель мертворождения в США оценивается приблизительно в 3,05 на 1000 рождений [3]. Несмотря на то что в Российской Федерации показатель мертворождаемости практически в два раза превышает данный показатель в США, отечественные клинические рекомендации отсутствуют. Поскольку оказание медицинской помощи в ситуации мертворождения включает анестезиологическое обеспечение, необходима разработка согласованных междисциплинарных документов. Для определения степени консенсуса по данному вопросу между специалистами в области акушерства и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии было инициировано проведение данного исследования. Работа проведена при поддержке Ассоциации акушерских анестезиологов и реаниматологов (АААР).

Целью работы являлось проведение анализа результатов опроса специалистов акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов по проблемам оказания медицинской помощи пациенткам с мертворождением.

Материалы и методы

Был разработан опросник, состоящий из 23 вопросов на русском языке. Он был рассмотрен исследовательским комитетом АААР и протестирован для оценки понимания целевой аудиторией в когорте из 20 врачей анестезиологов-реаниматологов и 20 врачей акушеров-гинекологов. Полученные комментарии и предложения были рассмотрены, и в итоговом опросе задавались следующие вопросы: специальность и стаж работы; половая принадлежность; регион проживания; опыт оказания помощи пациенткам с мертворождением; легкость общения с данными пациентками; отношение к глубокой седации матери во время родов мертвым плодом; мнение о влиянии контакта матери с мертвым плодом на ее психический статус; мнение об оптимальном методе анальгезии родов с мертворождением; реализация желаний пациентки во время родов; отношение медицинского персонала к тактике ведения родов с мерт-

ворождением в их лечебном заведении; проблемы послеродового периода и определение условий пребывания пациенток с мертворождением; оказание психологической поддержки пациенткам; удовлетворенность женщин и медицинского персонала оказываемыми услугами родовспоможения в данной ситуации; необходимость создания клинических рекомендаций и тренингов, посвященных оказанию помощи женщинам с мертворождением. Структура опроса также позволяла формировать полуструктурированные интервью для выявления факторов, влияющих на принятие решений.

Опрос был размещен на интернет-ресурсе Google-формы (<https://forms.gle/rEnvMbkuUAMBGHXd6>). Ссылки на данный опрос были приведены на закрытых тематических интернет-ресурсах для анестезиологов-реаниматологов, 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, Республика Армении и Грузии. Респондентам было предложено пройти онлайн-опрос в период с 28 июня 2019 г. по 29 февраля 2020 г. Заполнение анкет было добровольным и анонимным. Проводилась фиксация уникальности IP-адреса, что позволило избежать дубликата ответов одного и того же пользователя. Данный веб-опрос разработан и представлен на электронных ресурсах соответственно современным рекомендациям [4–6].

Статистический анализ данных

Каждый вопрос анкеты позволял составить рейтинг ответов, характеризующих один из факторов, влияющих на принятие решения о ведении беременных с мертворождением в родах и послеродовом периоде. Рейтинг представлял собой распределение относительной частоты (в процентах) всех предлагаемых ответов на данный вопрос. Указанное распределение относительных частот рассчитывалось внутри групп специалистов: врачей анестезиологов-реаниматологов и врачей акушеров-гинекологов. Для проверки гипотезы о статистической значимости различия одноименных рейтингов между группами специалистов использовались критерий χ^2 и точный критерий Фишера. Исходные данные накапливались в формате таблицы Excel (Microsoft Excel 97–2003). Все расчеты и статистический анализ данных проводились 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 исследования

Всего в опросе приняли участие 369 русскоязычных врачей анестезиологов-реаниматологов и акушеров-гинекологов более чем из 30 регионов России и 11 стран ближнего и дальнего зарубежья. Среди участников опроса 63,4 % ($n = 234$) составили анестезиологи-реаниматологи, 36,6 % ($n = 135$) — акушеры-гинекологи.

Таблица 1. Характеристика респондентов

Table 1. Description of respondents

Специальность	Стаж работы (в годах)	Пол		Всего
		мужчины	женщины	
Врачи анестезиологи-реаниматологи	< 5	18 (13,0/4,9)*	16 (16,7/4,3)	34 (14,5/9,2)
	5–10	21 (15,2/5,7)	24 (25,0/6,5)	45 (19,2/12,2)
	10–20	42 (30,4/11,4)	26 (27,0/7,0)	68 (29,1/18,4)
	> 20	57 (41,4/15,5)	30 (31,3/8,1)	87 (37,2/23,6)
	Всего	138 (59,0/37,4)	96 (41,0/26)	234 (100,0/63,4)
Врачи акушеры-гинекологи	< 5	9 (27,3/2,4)	29 (28,4/7,9)	38 (28,1/10,3)
	5–10	7 (21,2/1,9)	28 (27,5/7,6)	35 (25,9/9,5)
	10–20	8 (24,2/2,2)	17 (16,6/4,6)	25 (18,5/6,8)
	> 20	9 (27,3/2,4)	28 (27,5/7,6)	37 (27,4/10)
	Всего	33 (24,4/8,9)	102 (75,6/27,6)	135 (100,0/36,6)
ВСЕГО специалистов		–	–	369 (100,0)

* Результаты представлены в виде n (% от количества респондентов в группе / % от общего числа респондентов).

Наибольший интерес опрос вызвал у медицинских работников, стаж которых превысил 20 лет ($n = 124$; 34 %). При этом распределение респондентов по стажу в двух группах было статистически различным ($p = 0,001$). Сравнимые группы достоверно различались и по гендерному признаку ($p < 0,0001$). Среди анестезиологов-реаниматологов преобладали мужчины ($n = 138$; 59 %), а подавляющую часть акушеров-гинекологов составляли женщины ($n = 102$; 76 %) (табл. 1).

Анализ данных показал, что опыт практической работы с мертворождением между разными специалистами значимо различался. Врачи акушеры-гинекологи ($n = 104$; 77 %) встречались с мертворождением чаще, чем врачи анестезиологи-реаниматологи ($n = 152$; 65 %) на 12 % ($p = 0,028$).

Несмотря на меньший опыт работы с мертворождением, большинство анестезиологов-реаниматологов ($n = 133$; 57 %) считали, что им легко выстраивать общение с данной категорией пациенток. Акушеры-гинекологи не испытывали трудностей в общении с пациентками с мертворождением в 67 % ($n = 90$) случаев. Однако $1/3$ специалистов обеих специальностей (анестезиологи-реаниматологи [$n = 65$; 28 %] и акушеры-гинекологи [$n = 38$; 28,5 %]) сталкивалась с проблемами выстраивания общения с данной группой женщин. Рейтинги ответов имели статистически значимое различие между сравниваемыми группами специалистов: $p = 0,025$.

Вопрос о необходимости выключения сознания матери в момент рождения мертвого плода вызвал наибольшие разногласия. Рейтинги ответов на этот вопрос показали значимое расхождение мнений между специалистами разного профиля ($p = 0,0001$). За выключение сознания матери в момент рождения мертвого плода проголосовало более половины ($n = 131$; 56 %) анестезиологов-реаниматологов. Категорически не поддерживают это мнение 13 % ($n = 30$) представителей данной специальности. Среди акушеров-гинекологов за выключение сознания матери высказались 35 % ($n = 47$) респондентов. Большинство ($n = 81$; 60 %) респондентов данной группы предпочли отказаться от глубокой седации матери (рис. 1).

Вопрос о влиянии визуального и тактильного контакта матери с мертвым плодом на психоэмоциональное состояние женщины также стал весьма спорным. Лишь $1/5$ акушеров-гинекологов ($n = 31$; 23 %) и $1/10$ анестезиологов-реаниматологов ($n = 20$; 9 %) считают, что контакт матери с мертворожденным ребенком оказывает на нее положительное влияние. При этом практически $1/2$ анестезиологов-реаниматологов ($n = 110$; 47 %) и $1/3$ акушеров-гинекологов ($n = 46$; 33 %) считают влияние негативным, а $1/3$ респондентов в обеих группах (анестезиологи-реаниматологи [$n = 63$; 27 %] и акушеры-гинекологи [$n = 40$; 30 %]) настаивают на резко негативном эффекте от проведения данного мероприятия. Таким образом, частотное распределение ответов на данный вопрос было статистически значимо различным между респондентами двух указанных групп: $p = 0,002$ (рис. 2).

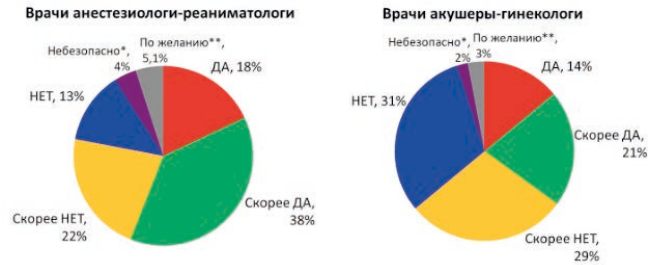


Рис. 1. «Считаете ли вы необходимым выключение сознания матери в момент рождения мертвого плода?»
* По желанию пациентки.
** Считаю седацию необходимой, но не использую из-за отсутствия условий для ее безопасного проведения.

Fig. 1. "Do you consider it necessary to carry out deep sedation of the mother at the time of the birth of the still fetus?"
* If so desired by the patient.
** I consider sedation necessary, but I do not use it due to the lack of conditions for its safe administration.



Рис. 2. «Как вы считаете, визуальный и тактильный контакт матери и мертворожденного ребенка оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние женщины в долгосрочной перспективе?»
* По-разному, в зависимости от индивидуальных особенностей.

Fig. 2. "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?"
* Depending on individual characteristics and desires of the patient.

Анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи достигли единогласия в вопросе об оптимальном методе анальгезии. В обеих группах специалистов (анестезиологи-реаниматологи [$n = 145$; 62 %] и акушеры-гинекологи [$n = 71$; 53 %]) предпочтение отдано эпидуральной анальгезии более чем в половине случаев (57,5 %), однако имеется существенное расхождение по всем остальным вариантам (наркотические анальгетики, отсутствие обезболивания, выключение сознания в момент рождения мертвого плода). В целом различие рейтингов по этому вопросу между специалистами не достигло статистической значимости, но подошло близко к ее пороговому значению: $p = 0,056$.

Интересуются желанием самой пациентки в вопросе о пребывании в сознании в момент рождения мертвого плода 58 % ($n = 136$) анестезиологов-реаниматологов и 48 % ($n = 65$) акушеров-гинекологов. Ответы на данный вопрос не показали различий между группами специалистов: $p = 0,117$.

Респонденты проявили единодушие и в вопросе об оптимальности тактики оказания анестезиологического обеспечения при родах мертвым плодом в собственных медицинских учреждениях. Так, 59,5 % ($n = 210$) опрошенных считают, что методика анестезиологического сопровождения родов пациенток с мертворождением, принятая в их лечебном учреждении, оптимальна, 9 % ($n = 33$) — так не считают, 31,5 % ($n = 116$) — говорят об отсутствии единых подходов анестезиологического сопровождения родов мертвым плодом в их лечебном учреждении. Ответы на данный вопрос не показали различий между группами специалистов: $p = 0,276$.

Более половины анестезиологов-реаниматологов ($n = 131$; 56 %) и акушеров-гинекологов ($n = 78$; 58 %) считают, что наиболее часто в послеродовом периоде у пациенток с мертворождением могут возникать психологические нарушения. Однако частоты указания остальных проблем существенно и статистически значимо различались (анестезиологи-реаниматологи выделяли патологию гемостаза и комбинацию проблем, а акушеры-гинекологи — акушерские осложнения), поэтому межгрупповое различие рейтингов в целом также достигает статистической значимости: $p = 0,003$.

Мнение об оптимальном месте пребывания пациентки до выписки из стационара вполне согласованно. Большинство опрошенных ($n = 244$; 66 %) считает, что для женщины лучше нахождение в изолированной палате, 23 % ($n = 85$) респондентов госпитализируют женщину в гинекологическое отделение, 7 % ($n = 25$) размещают данную группу пациенток в палате с другими родильницами и 4 % ($n = 15$) упоминают возможность создания специализированной палаты (пребывание с родственниками, психологом). Таким образом, между специалистами сравниваемых групп, рейтинги не имеют статистически значимого различия: $p = 0,654$.

Среди анестезиологов-реаниматологов 50 % ($n = 117$) респондентов считают, что в их лечебном учреждении послеродовая седация не используется, 37 % ($n = 86$) — указали, что назначают бензодиазепины, 12 % ($n = 28$) — растительные препараты, 1 % ($n = 3$) — решают вопрос индивидуально с каждой пациенткой. Число акушеров-гинекологов, назначающих послеродовую седацию, оказалось существенно выше ($n = 95$; 70 %). Среди них 58 % ($n = 56$) респондентов применяют бензодиазепины, 38 % ($n = 36$) — растительные препараты, 4 % ($n = 3$) решают вопрос индивидуально с каждой пациенткой. Частотные распределения ответов на данный вопрос значимо различаются между группами специалистов: $p < 0,0001$.

Данные национального исследования свидетельствуют об отсутствии полноценной медико-психологической

помощи в каждом третьем учреждении страны ($n = 127$; 34 %). Каждый десятый ($n = 36$; 10 %) опрошенный не интересовался предоставлением в стационаре профессиональной психологической помощи. При этом более половины этих респондентов ($n = 214$; 58 %) ранее отмечало, что легко выстраивают поддерживающее общение и проявляют заботу о пациентках. Там, где психологическая помощь осуществлялась, наибольший процент опрошенных ($n = 136$; 37 %) считал, что помощь психолога оказывается данной группе пациенток в полном объеме, а каждый пятый респондент ($n = 70$; 19 %) указал, что — не в полном. Ответы на данный вопрос не показали различий между группами специалистов: $p = 0,130$.

В вопросе об удовлетворенности пациенток, перенесших мертворождение, качеством оказанием медицинской помощи сравниваемые группы медицинских работников также оказались солидарны. В среднем 71,5 % ($n = 264$) респондентов считают, что пациентки удовлетворены качеством оказания им медицинской помощи. Рейтинги ответов на данный вопрос не имеют статистически значимых различий между двумя группами респондентов: $p = 0,071$. Стоит отметить, что данное заключение нельзя считать объективным, ведь в большей части оно отражает субъективное мнение специалистов. Нами было обращено внимание на то, что треть специалистов ($n = 86$; 32 %), давших на данный вопрос положительный ответ, не считались с мнением пациентки в выборе метода обезболивания, не владели информацией о течении ее послеродового периода. Об этом же говорит неполное соответствие ответов со следующим вопросом.

Подавляющее большинство респондентов обеих групп сравнения ($n = 250$; 67,5 %) считает, что пациентки редко предъявляют жалобы и претензии в отношении качества оказания им медицинской помощи, а 16 % ($n = 59$) опрошенных никогда не сталкивались с недовольством пациенток. При этом 13,5 % ($n = 49$) респондентов часто приходится сталкиваться с жалобами и претензиями от данной группы пациенток, 3 % ($n = 11$) опрошенных — практически всегда. Рейтинги ответов на данный вопрос не имеют статистически значимых различий между обеими группами респондентов: $p = 0,963$.

Вопрос об удовлетворенности врача оказываемой помощью показал различающиеся между специалистами рейтинги: $p < 0,0001$. Практически половина респондентов обеих групп (анестезиологи-реаниматологи [$n = 115$; 49 %] и акушеры-гинекологи [$n = 57$; 42 %]) выбрала ответ «скорее да, чем нет». При этом доля анестезиологов-реаниматологов, однозначно ответивших «да» ($n = 47$; 20 %), в 2 раза меньше, чем доля акушеров-гинекологов ($n = 54$; 40 %). Доля респондентов, ответивших «скорее нет, чем да», среди анестезиологов-реаниматологов ($n = 40$; 17 %) практически в 6 раз больше по сравнению с акушерами-гинекологами ($n = 4$; 3 %) (рис. 3).

Рейтинги ответов на вопрос о необходимости создания клинических рекомендаций по исследуемой про-

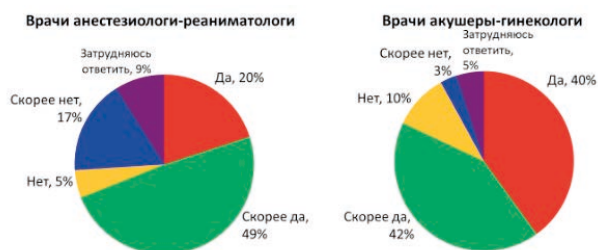


Рис. 3. «Удовлетворены ли вы качеством оказания медицинской помощи пациенткам с мертворождением в вашем лечебном учреждении?»

Fig. 3. "Are you satisfied with the quality of medical care for patients with stillbirth in your hospital?"

блеме не имеют статистически значимого различия между группами респондентов: $p = 0,071$. Акушеры-гинекологи более уверены в необходимости таких рекомендаций (75 % [$n = 101$] — определенно «да» и почти 20 % [$n = 26$] — «скорее да»), чем анестезиологи-реаниматологи (64 % [$n = 150$] — определенно «да» и почти 22 % [$n = 51$] — «скорее да»). Отрицательно относятся к этому предложению только 6 % ($n = 8$) респондентов среди акушеров-гинекологов и 14 % ($n = 33$) опрошенных среди анестезиологов-реаниматологов.

Вопрос о необходимости тренингов/семинаров обнаруживает большие различия между мнениями специалистов разных профилей: $p = 0,011$. Чуть менее $1/5$ части ($n = 40$; 17 %) всех респондентов среди анестезиологов скорее (или определенно) отрицательно относятся к этой идее, тогда как среди акушеров таких только $1/20$ часть ($n = 7$; 5 %).

Обсуждение

Полученные данные наглядно показывают наличие разногласий между анестезиологами-реаниматологами и акушерами-гинекологами по вопросам необходимости выключения сознания матери в момент рождения мертвого плода, влияния визуального и тактильного контакта матери с мертвым плодом на ее психоэмоциональное состояние в долгосрочной перспективе, необходимости проведения седации в послеродовом периоде. Опыт работы акушеров-гинекологов с мертворождением превосходит аналогичный показатель анестезиологов-реаниматологов. При этом стаж работы анестезиологов-реаниматологов значительно превышает аналогичный показатель акушеров-гинекологов (см. табл. 1). Диссонанс между профессиональным стажем и опытом работы с мертворождением, вероятнее всего, связан со случаями ведения родов без привлечения анестезиологов-реаниматологов.

Легкость выстраивания общения с данной группой пациенток среди анестезиологов-реаниматологов не усту-

пает данному показателю среди акушеров-гинекологов. Это может быть обусловлено как большим стажем работы анестезиологов-реаниматологов, гендерной неоднородностью групп с преобладанием мужской точки зрения среди анестезиологов-реаниматологов, так и особенностями характера, свойственными для людей, выбравших специальность «анестезиология-реаниматология».

Приверженность анестезиологов-реаниматологов к выключению сознания матери в момент рождения мертвого плода, в отличие от акушеров-гинекологов, обусловлена многими факторами. Вероятно, основная роль в этом вопросе достается твердому убеждению анестезиологов-реаниматологов (практически 90 %) в негативном влиянии контакта матери с мертворожденным ребенком. При обсуждении возможных причин столь значимых разногласий нельзя не обратить внимания на результаты анализа полуструктурированных интервью. Около 8 % ($n = 10$) акушеров-гинекологов указали, что опасаются исков пациенток, связанных с недоверием к медперсоналу, и предпочитают, чтобы женщина была свидетелем мертворождения, несмотря на возможную психическую травму. Вместе с тем 23 % ($n = 31$) от всех акушеров-гинекологов, представленных женской популяцией, сочли контакт матери с плодом необходимым, вероятно исходя из опыта собственного материнства. Анестезиологи-реаниматологи — мужчины в 24 % ($n = 56$) случаев объяснили необходимость глубокой седации матери гуманностью отношения к женщине, понесшей утрату. Проведенные в Российской Федерации исследования демонстрируют преобладание негативного отношения медицинского персонала к пребыванию женщины в сознании в момент рождения мертвого плода и ее контакту с погибшим ребенком [7]. Зарубежные исследования, проводимые в других развитых странах, свидетельствуют о снижении риска развития и тяжести психических нарушений в послеродовом периоде у женщин с мертворождением, для которых были созданы условия, дающие возможность матери увидеть своего мертворожденного ребенка, взять его на руки, проститься с ним и осмыслить случившееся [8–11].

Нельзя не отметить, что каждый пятый специалист при выборе тактики ведения родов не опирается на желание пациентки, а руководствуется лишь собственным мнением. При этом напомним, что большинство респондентов считало, что легко выстраивает поддерживающее общение с пациенткой. Нельзя не сказать о субъективности мнений специалистов об их коммуникативных способностях, поскольку, согласно данным литературы, далеко не всегда общение с семьями, столкнувшимися с перинатальной утратой, выстраивается врачами в нужном ключе [7, 12, 13].

Различие мнений по вопросу послеродовой седации пациенток с мертворождением может быть объяснено большим участием в ведении послеродового периода акушеров-гинекологов, нежели анестезиологов-реаниматологов.

Одной из возможных причин меньшей удовлетворенности анестезиологов-реаниматологов при оказании помощи данной группе пациенток и их отказ от профессионального совершенствования, является синдром профессионального выгорания, связанный с большим стажем работы.

Несмотря на то что и в отечественной, и в зарубежной литературе множество научных работ посвящено гибели плода, все они раскрывают вопросы прогнозирования, оценки причинных факторов мертворождения, демографического распространения данной патологии, оставляя аспекты ведения родов мертвым плодом и обсуждение желания самих пациенток незадетыми.

Заключение

Поскольку группы респондентов имели статистически значимое различие, как по стажу работы, так и по гендерному составу, то существенное несоответствие рейтингов приблизительно по половине вопросов анкеты нельзя объяснять только различием врачебной специальности. Однако вопросы, по которым получены наи-

большие различия рейтингов, наглядно показывают наличие ряда нерешенных проблем и требуют совместной разработки согласованных документов по оптимальному ведению беременных с мертворождением.

Для создания новых клинических рекомендаций необходимы собственные данные, в т. ч. учитывающие национальный менталитет и мнение самих пациенток, перенесших перинатальную утрату, чему будут посвящены наши дальнейшие исследования.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Мысовская Ю.С., Маршалов Д.В., Шифман Е.М., Шиндяпина Н.В., Иоскович А. — разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

ORCID авторов

Мысовская Ю.С. — 0000-0002-0544-7886

Маршалов Д.В. — 0000-0002-8774-0700

Шифман Е.М. — 0000-0002-6113-8498

Шиндяпина Н.В. — 0000-0002-7124-3697

Иоскович А. — 0000-0001-6449-0254

Литература/References

- [1] Здравоохранение в России. 2019: Стат. Сб./Росстат. М., 2019. [Zdravookhranenie v Rossii. 2019: Stat. Sb./Rosstat. M., 2019. (In Russ)]
- [2] Население и социальные индикаторы стран СНГ и отдельных стран мира 2014–2017. Межгосударственный статистический комитет СНГ. М, 2018. [Naselenie i sotsial'nye indikatory stran SNG i ot del'nykh stran mira 2014–2017. Mezhhgosudarstvennyi statisticheskii komitet SNG. Moscow, 2018. (In Russ)]
- [3] DiMiceli-Zsigmond M., Williams A.K., Richardson M.G. Expecting the Unexpected. *Anesthesia & Analgesia*. 2015; 121(2): 457–464. DOI: 10.1213/ane.0000000000000785
- [4] Eysenbach G. Correction: Improving the Quality of Web Surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of Medical Internet Research*. 2012; 14(1): e8. DOI: 10.2196/jmir.2042
- [5] Burns K.E., Duffett M., Kho M.E., et al. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *CMAJ*. 2008; 179(3): 245–252. DOI: 10.1503/cmaj.080372
- [6] Kelley K., Clark B., Brown V., Sitzia J. Good practice in the conduct and reporting of survey research. *Int J Qual Health Care*. 2003; 15(3): 261–266. DOI: 10.1093/intqhc/mzg031
- [7] Мысовская Ю.С., Маршалов Д.В., Шифман Е.М., Шиндяпина Н.В. Медицинское и психологическое сопровождение женщин с мертворождением в перинатальном периоде: национальное исследование. Региональная анестезия и лечение острой боли. 2020; 14(4): 176–184. DOI: 10.17816/1993-6508-2020-25-3-176-184 [Mysovskaya Y.S., Marshalov D.V., Shifman E.M., Shindyapina N.V. Meditsinskoe i psikhologicheskoe soprovozhdenie zhenshchin v perinatal'nom periode: natsional'noe issledovanie. *Regionarnaya anesteziya i lechenie ostroi boli*. 2020; 14(4): 176–184. DOI: 10.17816/1993-6508-2020-25-3-176-184. (In Russ)]
- [8] 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; 13(6): 485–510. DOI: 10.1080/15325020802171268
- [9] Christiansen D.M. 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
- [10] Gravenstein I., Helgadottir L., Jacobsen E., et al. 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
- [11] Ryninks K., Roberts-Collins C., McKenzie-McHarg K., Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14(1). DOI: 10.1186/1471-2393-14-203
- [12] 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
- [13] Queensland Clinical Guideline: Stillbirth care. 2019. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/143087/g-stillbirth.pdf