

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ  
ІМЕНІ АКАДЕМІКА О.М. ЛУК'ЯНОВОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ  
НАУК УКРАЇНИ»

**ГОНЧАРУК НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА**

УДК 618.5-089.88.61-084-071.1-02:  
[618.5-06:618.14-003.92:618.177-089.888.11]

**ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ КЕСАРЕВИХ РОЗТИНІВ ПРИ АКУШЕРСЬКІЙ  
ПАТОЛОГІЇ ТА ОБТЯЖЕНОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ АНАМНЕЗИ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
доктора медичних наук

Київ -2019

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (м. Київ)

**Науковий консультант:**

доктор медичних наук, доцент **Горбунова Ольга Володимирівна**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (м. Київ), завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології.

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор, **Потапов Валентин Олександрович**, ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України (м. Дніпро), завідувач кафедри акушерства та гінекології;

доктор медичних наук, професор **Венцківська Ірина Борисівна**, Національний медичний університет ім. акад. О.О. Богомольця МОЗ України (м. Київ), завідувачка кафедри акушерства та гінекології;

доктор медичних наук, професор **Туманова Лариса Євгенівна**, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної Академії медичних наук України» (м. Київ), керівник відділення профілактики та лікування гнійно-запальних захворювань в акушерстві..

Захист відбудеться « 17 » грудня 2019 року о 13.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.553.01 у ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України» (04050, м. Київ, вул. П.Майбороди, 8).

З дисертацією можна ознайомитися у науковій бібліотеці ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України» (04050, м. Київ, вул. П.Майбороди, 8).

Автореферат розісланий « 13 » листопада 2019 року.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради

Л.В. Квашніна

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Операція кесарів розтин (КР) останніми роками є найпоширенішою в акушерстві (В.М. Запорожан, 2010, Ю.П. Вдовиченко, 2013, Л.Б. Маркін, 2014). Частота КР не має тенденції до зниження і складає, за даними різних авторів, від 11 % до 29 %, досягаючи 40 % і більше в родопомічних установах, що виконують функції перинатальних центрів (Б.М. Венцківський, 2011, В.В. Подольський, 2012, М.О. Щербіна, 2014, В.В. Камінський, 2015).

Висока частота КР спричинила ряд нових проблем: з одного боку, це зростання частоти гнійно-септичних захворювань і пошуки ефективних заходів їх профілактики і лікування, з іншого – складнощі ведення вагітності і пологів за наявності рубця на матці (РМ) після КР, особливо з точки зору зниження перинатальної патології (Н.Я. Скрипченко, 2012, І.Б. Венцківська, 2013, О.В. Горбунова, 2014).

За останні півстоліття частота КР значно виросла з 7 % до 30 %. Даний факт пояснюється багатьма медико-соціальними аспектами. Зокрема, покращенням медичної допомоги, удосконаленням анестезіологічної підтримки, великим вибором медикаментів як для знеболення, так і для передопераційної підготовки, інтраопераційної підтримки та ведення післяопераційного періоду; наявністю різноманітної апаратури, використанням новітніх технологій; нерідко небажанням жінки народжувати самостійно через парадоксальні у наш час страхи, необізнаність; розширенням спектру показань до КР, пов'язаних з активним використанням репродуктивних технологій, збільшенням кількості жінок з екстрагенітальною патологією, покращенням діагностики внутрішньоутробного стану плода (Л.Є. Туманова, 2016, В.О. Потапов, 2018).

Вітчизняні вчені та лікарі все частіше піднімають питання про необхідність зниження частоти КР, зокрема з точки зору перинатальної патології і материнської захворюваності (Ю.П. Вдовиченко, 2005; Б.М. Венцківський, 2010). Проблему КР, не можна вважати її повністю вирішеною, особливо з огляду на необхідність зниження частоти оперативного розродження у жінок з РМ, при аномаліях пологової діяльності (АПД) і після використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) (Н.Г. Гойда, 2010, О.М. Юзько, 2011).

Виникає нагальна необхідність встановити основні причини зростання частоти КР при акушерській патології та обтяженому репродуктивному анамнезі та їх взаємозв'язок з материнськими і перинатальними результатами розродження, а також вивчити можливості проведення пологів через природні пологові шляхи у жінок з РМ після КР. Доцільним є встановити причини неефективної корекції АПД та їх взаємозв'язок з особливостями перебігу вагітності й пологів та доцільність включення ДРТ як показання до КР, а також можливості зниження частоти абдомінального розродження у жінок з безпліддям в анамнезі.

В умовах мінливого сьогодення та зміни факторів ризику, що призводять до розродження жінок шляхом операції КР потребує з'ясування можливостей зниження частоти абдомінального розродження за наявності різних варіантів акушерської

патології та обтяженому репродуктивному анамнезі у жінок. Доцільно вивчити порівняльні аспекти частоти і структури показань до КР в умовах типового міського пологового будинку.

Особливої уваги та практичної необхідності потребує розробка та впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів для жінок з РМ при АПД і після ДРТ.

На сьогодні тільки математично обраховані за допомогою коефіцієнтів кореляції алгоритми прогнозування та визначення шансів необхідності розродження вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом можуть дозволити визначити такі дії лікаря акушера гінеколога, що потребує проведення досліджень в цьому напрямку.

Все вище викладене стало підставою до проведення даного наукового дослідження, яке є складовою частиною розвитку сучасного акушерства.

Поряд з цим, зважаючи на серйозні акушерські та перинатальні ускладнення у таких жінок не розроблені принципи та етапи прегравідарної підготовки. Врахування основних факторів ризику стану фето-плацентарної системи (ФПС), психічного здоров'я та морфо-функціональних особливостей міометрію, післяопераційного рубця та плаценти дозволить розробити систему лікувальних та профілактичних заходів направлених на зменшення частоти операції КР у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом, що є актуальним і надзвичайно важливим.

#### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукових робіт кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України «Відновлення репродуктивної функції безплідних пар шляхом розробки і впровадження сучасних алгоритмів в діагностиці і лікуванні жіночого та чоловічого безпліддя» ((№ державної реєстрації: 0114U002226), «Актуальні аспекти охорони репродуктивного здоров'я жінок, прегравідарної підготовки та пренатальної діагностики в сучасних умовах» (№ державної реєстрації: 0117U006095).

**Мета дослідження.** Знизити частоту кесаревих розтинів за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу у жінок на підставі розробки і впровадження прогностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на підвищення числа природних пологів у жінок: з рубцем на матці, після застосування допоміжних репродуктивних технологій та у разі розвитку аномалій пологової діяльності

#### **Задачі дослідження:**

1. Провести клініко-статистичний аналіз розродження жінок в умовах типового міського пологового будинку (за попередні 10 років).
2. Вивчити особливості перебігу вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу.

3. Визначити стан фето-плацентарного комплексу у вагітних з урахуванням наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу.

4. Дослідити стан психічного здоров'я у жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу.

5. З'ясувати особливості морфо-функціонального стану тканин матки після попереднього абдомінального розродження та плаценти у жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу.

6. Розробити алгоритми прогнозування та шанси клінічної необхідності розродження жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу шляхом операції кесарів розтин.

7. Розробити алгоритми діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу.

*Об'єкт дослідження:* кесарів розтин у жінок: з рубцем на матці, з аномаліями пологової діяльності, після застосування допоміжних репродуктивних технологій.

*Предмет дослідження:* перебіг вагітності та пологів, стан плода і новонароджених, стан фето-плацентарного комплексу (ФПК), стан психічного здоров'я, морфо-функціональний стан міометрію в ділянці рубця після попереднього оперативного втручання та плаценти у жінок з рубцем на матці, з аномаліями пологової діяльності та після застосування допоміжних репродуктивних технологій.

*Методи дослідження:* клінічні, інструментальні, мікробіологічні, гормональні, клініко-психологічні, морфологічні та імуногістохімічні, математичні, статистичні.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше на основі проведеного клініко-статистичного аналізу встановлено основні причини зростання частоти КР при акушерській патології і обтяженому репродуктивному анамнезі в сучасних умовах і їх взаємозв'язок з материнськими і перинатальними результатами розродження за 10 років.

Вперше визначено стан психічного здоров'я жінок з акушерською патологією і обтяженим репродуктивним анамнезом. З'ясовані та доповнені теоретичні уявлення про особливості психофізіологічних процесів в організмі жінок з РМ, жінок після застосування ДРТ та жінок з АПД, які проявляються у вигляді змін особистості, появи тривожності та депресії, що є підґрунтям до порушеного стану загального здоров'я, виникненню ускладнень вагітності, пологів, погіршенню стану плода і новонароджених.

Показано, що у жінок з акушерською патологією і обтяженим репродуктивним анамнезом є особливості перебігу вагітності та пологів, стану плода і новонароджених, які проявляються в залежності від виду акушерської патології та змін в репродуктивному анамнезі, що дозволило визначити напрямок наступних досліджень щодо з'ясування основних факторів ризику розродження жінок шляхом операції КР.

Вперше визначено стан ФПК у вагітних з акушерською патологією і обтяженим репродуктивним анамнезом, показано, що вагітність у таких жінок супроводжується змінами гормонального статусу, який проявляється в зниженні рівня в сироватці крові

гормонів, що забезпечують нормальний розвиток вагітності, зокрема знижується рівень плацентарного лактогену (ПЛ), прогестерону (П) та естрадіолу ( $E_2$ ). На тлі психоемоційних розладів та змін в гормональному статусі у вагітних з акушерською патологією і обтяженим репродуктивним анамнезом відбувається порушення в стані плода, які проявляються диференційовано в залежності від акушерської патології та змін в репродуктивному анамнезі, що підтверджуються проведеними кардіотокографічними та доплерометричними дослідженнями стану плода та морфологічними дослідженнями плаценти після пологів.

Вперше надана комплексна оцінка морфо-функціонального стану міометрію в ділянці рубця після попереднього оперативного втручання у жінок з рубцем на матці та розроблені діагностичні критерії неспроможності післяопераційного рубця, що доповнює існуючі теоретичні уявлення про механізми загрози розриву РМ під час пологів.

З урахуванням виявлених змін в різних функціональних системах та з урахуванням стану психічного здоров'я вперше розроблені алгоритми прогнозування розродження вагітних з РМ, вагітних після застосування ДРТ та вагітних з АПД шляхом КР. Визначені шанси клінічної необхідності розродження жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу шляхом операції КР з індивідуальним значенням кожного з виявлених факторів ризику.

Розроблена концепція подолання психологічних перешкод для розродження вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом через природні пологові шляхи.

На підставі проведених наукових досліджень обґрунтована і розроблена система поетапних лікувально-профілактичних заходів, що враховує стан психічного здоров'я жінок, особливості загального та репродуктивного здоров'я та можливий вплив факторів ризику, направлена на зменшення частоти оперативного розродження жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом.

**Практичне значення одержаних результатів.** Встановлено, при яких варіантах акушерської патології і обтяженому репродуктивному анамнезі можливо зниження частоти КР без погіршення материнських і перинатальних результатів. Вивчено порівняльні аспекти частоти і структури показань до КР в умовах типового міського пологового будинку (Спосіб ведення жінок з аномаліями пологової діяльності - патент на корисну модель 2019 р.).

Розроблено та впроваджено алгоритми обстеження та діагностичних заходів для жінок з РМ після застосування ДРТ і при АПД (Діагностика неспроможності рубця на матці - патент на корисну модель 2019 р.).

Розроблено та впроваджено алгоритми прогнозування розродження шляхом КР жінок з акушерською патологією і обтяженим репродуктивним анамнезом для кожної групи жінок: для жінок з РМ після застосування ДРТ і при АПД (Спосіб прогнозування вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці - патент на корисну модель 2019 р.).

Розроблена система лікувально-профілактичних заходів для жінок з РМ після КР, при АПД і після ДРТ для зниження частоти КР без погіршення перинатальних результатів розродження.

**Впровадження в практику.** Результати наукових досліджень впровадженні в діяльність ряду лікувальних установ: Київського міського пологового будинку № 6, клінічних підрозділів Вінницького Національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Дніпровського району м. Києва», НКП «Консультативно-діагностичний центр» Печерського району м. Києва, Перинатального центру м. Києва, КНП «Київський міський центр «Академія здоров'я людини»». Результати дослідження використовуються в практичній роботі пологового будинку № 1 міста Києва; у навчальному процесі на кафедрі акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України.

**Особистий внесок здобувача.** Отримані дані є результатом самостійної роботи дисертанта. Внесок автора є основним і полягає у виборі теми, плануванні і організації роботи, патентному пошуку, визначенні мети, формуванні завдань досліджень. Автором самостійно проаналізовано наукову літературу та патентну інформацію з проблеми пошуку шляхів зниження КР. Розроблено спеціальні програми спостережень, до яких відноситься карта з детальним визначенням основних клінічних особливостей перебігу вагітності, пологів, стану новонароджених і віддалених наслідків для жінок. Самостійно проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 150 жінок з РМ, 150 жінок після застосування ДРТ, 150 жінок з АПД, які проведені за загальноприйнятим алгоритмом; та 150 жінок з РМ, 150 жінок після застосування ДРТ, 150 жінок з АПД, проведених за розробленим алгоритмом діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Особисто дисертантом проведено статистичний аналіз результатів дослідження, написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки та практичні рекомендації, забезпечено їх впровадження в медичну практику та відображено в опублікованих роботах. Особисто підготовлені до публікації всі наукові роботи.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення роботи доповідались та обговорювались на наукових конференціях: Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (Київ, 2013; 2014, 2015, 2016 рр.); засіданнях Київського міського і обласного відділень асоціації акушерів-гінекологів України (2013; 2014, 2015, 2016 рр.); пленумах і з'їздах асоціації акушерів-гінекологів України (Київ 2013, 2014, 2015, 2016 рр.), всеукраїнських науково-практичних конференціях з міжнародною участю (2019 р.). Дисертаційну роботу апробовано на спільному засіданні кафедр Українського державного інституту репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (2018 р.).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 32 наукові роботи у фахових наукових виданнях, з них 24 – журнальні статті, які рекомендовані ДАК МОН України, 6 – в іноземних журналах та 3 - деклараційні патенти на корисну модель.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація викладена на 352 сторінках тексту і складається зі вступу, огляду літератури, опису матеріалів та методів досліджень, дев'ять розділів з викладом отриманих результатів, розділу, присвяченого аналізу та узагальненню результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який складається із 309 найменувань, що займає 31 сторінку. Робота ілюстрована 57 таблицями, 9 фото та 111 рисунками, які займають 20 сторінок.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

### **Матеріали і методи досліджень.**

**Характеристика груп обстежених.** Клініко-статистичний аналіз розродження жінок в умовах типового Київського міського пологового будинку (КМПБ) проведений за попередні 10 років. Обстеження жінок проводили в типовому КМПБ. Всі жінки були обстежені згідно протокольних рекомендацій та у відповідності до принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицини, відповідних законів України та біоетичного комітету при НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України № 10 від 6.10.2014 р.

Для досягнення поставленої мети і вирішення завдань було обстежено 900 жінок з них: 150 жінок з РМ, 150 жінок після застосування ДРТ, 150 жінок з АПД, які проведені за загальноприйнятим алгоритмом; та 150 жінок з РМ, 150 жінок після застосування ДРТ, 150 жінок з АПД.

Всім обстеженим жінкам проводили інструментальні та лабораторні дослідження, які проводились у відповідності до існуючих наказів МОЗ України.

**Бібліографічні** включали роботу з літературними джерелами, систематизацією отриманої інформації та викладення її у вигляді огляду літературних джерел, оформлення списку використаних джерел.

**Клінічні** (клінічну оцінку стану здоров'я обстежених жінок проводили за допомогою спеціально розробленої статистичної карти).

**Ендокринологічні** (визначення концентрації гормонів ФПС: ПЛ, естріол (Е), Е<sub>2</sub> П) проводили як радіоімунологічним так і імуноферментними методами.

**Психологічні** (для визначення особистої та ситуативної тривожності використовували шкалу Спілбергера-Ханіна, уточнення психоемоційного стану та наявність можливої депресії проводили за допомогою тесту Бека, вивчення характеристики особи і типу реакції на стрес проводили з використанням скороченого багатофакторного опитувальника для дослідження особистості (СБОО)).

**Інструментальні** (для визначення стану плода під час вагітності та пологів а також для оцінки скорочувальної активності матки проводили кардіотокографічні дослідження (КТГ) на фетальному моніторі "FC 700" (Корея), при оцінюванні реактивності серцево-судинної системи плода у обстежених пацієнток визначали такі



показники: базальну частоту серцебиття плода в уд/хв., стабільність базальної частоти серцебиття; наявність, кількість, тип та вид акцелерацій та децелерацій, інтерпретацію отриманих даних проводили відповідно до шкали оцінки реактивності серцево-судинної системи плода (за W. Fischer), при цьому кожний із показників КТГ оцінювали від 0 до 2 балів і сумували отримані бали, а отриманий загальний індекс вказував на стан реактивності серцево-судинної системи плода на момент дослідження: 9-10 балів – реактивність у межах норми, 7-8 – початкове порушення реактивності, 5-6 – помірне порушення реактивності, 3-4 – виражене порушення реактивності, <2 – тяжке порушення реактивності; ультразвукові, в тому числі доплерометрія виконані на ультразвуковому апараті «MyLabEight» (Італія), при цьому отримані дані аналізували відповідно до шкали оцінки функціонального стану ФПС відповідно до шкали біофізичного профілю плода (БФП) (за F.A. Menning). Кожний із досліджуваних показників, а саме: реактивність серцевої діяльності плода за даними нестресового тесту, дихальні рухи плода, рухова активність плода, тонус плода (ТП), кількість навколоплідних вод, ступінь зрілості плаценти оцінювали в балах від 0 до 2 у залежності від ступеня його відхилення, а отримана при сумуванні оцінки параметрів сума балів відповідала ознакам того або іншого ступеня вираженості фетоплацентарної недостатності: оцінка 9-10 балів свідчила про відсутність ознак фетоплацентарної недостатності, 7-8 – вказувала на ехографічні ознаки компенсованої форми плацентарної недостатності, 5-6 – на ехографічні ознаки субкомпенсованої форми, 3-4 – на ехографічні ознаки декомпенсованої форми і <3 – на ехографічні ознаки критичної форми плацентарної недостатності; доплерометричні дослідження визначали кровоток в артерії пуповини, у правій і лівій матковій артерії, середній мозковій артерії плода та визначали співвідношення між швидкостями кровотоку в різні фази серцевого циклу; морфологічні (макроскопічне дослідження плаценти після пологів та гістологічне дослідження плаценти, макроскопічне визначення стану післяопераційного рубця на передній черевній стінці та на матці, гістологічне дослідження тканин післяопераційного рубця та тканин матки після попередньої операції КР).

**Статистичні** (для порівняння кількісних показників використовувався критерій Ст'юдента).

**Математичні** (при проведенні аналізу наявності тренду динаміки зміни якісних показників використовувався критерій хі-квадрат для упорядкованих градацій та аналіз взаємозв'язків між показниками проводився з розрахунком коефіцієнту кореляції r).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз історій пологів породіль КМПБ, пологи у яких відбулися шляхом операції КР за 10 років показав, що кількість пологів неухильно зростала з кожним роком: з 2082 пологів у 2001 році до 3845 пологів у 2010 році (табл. 1).

Було проаналізовано також показник кількості пологів, з урахуванням способу розродження, проведених в КМПБ за 2001-2010 рр.

**Показник загальної кількості пологів, проведених в Київському міському типовому пологовому будинку за 2001-2010 р.р.**

абс.

Показник кількості пологів	Роки										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Всього
Загальна кількість пологів	2082	2808	2959	3166	3344	4030	4051	4399	3527	3845	34211

При ретельному аналізі структури пологів за досліджуваний період встановлено хвилеподібне зростання ( $p < 0,001$ ) відсотку КР з 354 (17,0 (15,4-18,6)) % у 2001 р. до 773 (20,1 (18,8-21,4)) % 2010 р. (рис. 1).

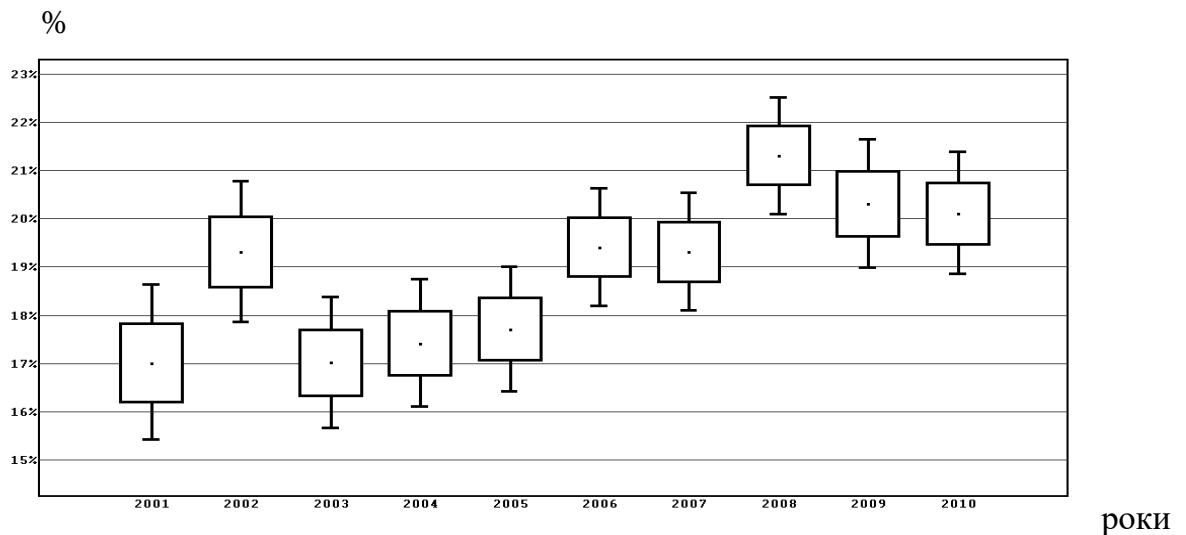


Рисунок 1 - Питома вага операції кесарів розтин, проведених в Київському міському типовому пологовому будинку за 2001-2010 рр., %

Результати дослідження співвідношення планових та ургентних операцій в динаміці за 2001-2010 рр. показали, що до 2006 р. частота ургентних КР зростала, з максимальним рівнем 526 (67,3 (63,9-70,7)) % у 2006 р., це було зумовлено недостатньою диспансеризацією вагітних жінок та низьким рівнем використання додаткових методів обстеження (УЗД, доплерометрії, КТГ). Ситуація істотно змінилася з 2009 року, про що свідчить зниження частоти ургентних КР до 358 (50,0 (46,3-53,7)) %. Проведений клініко-статистичний аналіз розродження жінок в умовах типового міського пологового будинку (за попередні 10 років) дозволив визначити структуру основних показань до операції КР, як з боку матері так і з боку плода, а саме: дистрес плода – (25,7 %), РМ – (16,08 %), АПД – (11,5 %), клінічно вузький таз – (8,7 %), вагітність, яка настала після застосування ДРТ – (2,9 %). З кожним роком збільшується кількість жінок після застосування ДРТ. Частіше такі жінки розроджуються шляхом

операції КР, тому існує необхідність перегляду тактики ведення пологів у жінок після ДРТ. Визначено, що основним показанням протягом усього досліджуваного періоду серед АПД є первинна слабкість пологової діяльності, яка може виникати внаслідок несвоєчасного лікування патологічного прелімінарного періоду або неадекватної оцінки передвісників пологів (рис. 2).

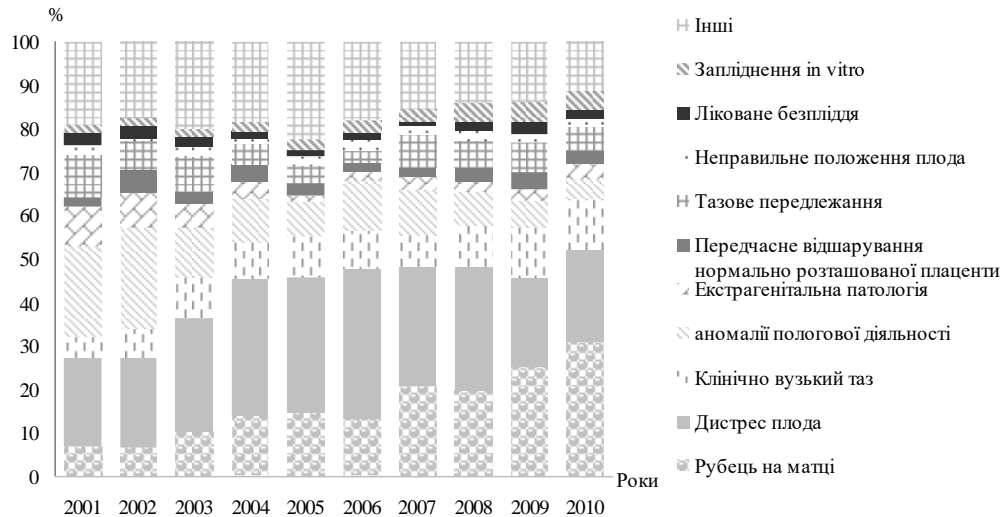


Рисунок 2 - Структура показань для проведення операції кесарів розтин в КМПБ № 1 за 2001 - 2010 рр., %

Збільшення кількості жінок з РМ після попереднього КР та інших хірургічних втручань на матці потребує удосконалення методів прегравідарної підготовки, ведення вагітності та розродження з урахуванням стану здоров'я таких жінок.

Аналіз перебігу вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок з РМ показав, що обстежені вагітні жінки з РМ були здебільшого молодого віку. Дані акушерського анамнезу свідчили, що у жінок з РМ основну частку становили другі пологи – 127 (84,7 (78,9-90,5)) %. Кількість перших пологів у жінок I групи становила 2 (1,3 (0,5-3,1)) %. Такий показник у жінок I групи пояснюється тим, що дані жінки перший раз були прооперовані з приводу консервативної міомектомії.

З'ясування показань до попереднього розродження жінок I групи шляхом операції КР показало, що у 51 (34,0 (26,4-41,6)) % жінок показанням було тазове передлежання плода, у 35 (23,0 (16,3-29,7)) % - передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, у 35 (23,0 (16,3-29,7)) % - дистрес плода, у 18 (12 (6,8-17,2)) % - багатоплідна вагітність, у 8 (5,0 (1,5-8,5)) % - випадіння петель пуповини, у 6 (4,0 (0,9-7,1)) % - лобне передлежання плода. Звертає на себе увагу, що у 27 (18,0 (11,9-24,1)) % жінок показаннями до попереднього КР були АПД, у 21 (14,0 (8,9-19,6)) % жінок попередня вагітність настала з використанням ДРТ, а у 8 (5,0 (1,5-8,5)) % жінок РМ був через попередні перенесені гінекологічні операції на матці.

Крім того звертала на себе увагу висока частота артифіційних абортів, яка складала 65 (43,3 (35,4-51,2)) % у жінок I групи. Частота мимовільних ранніх та пізніх

абортів була достатньо високою у жінок цієї групи відповідно 30 (20,0 (13,6-26,4)) % і 15 (10,0 (5,2-14,8)) %. Передчасні пологи в анамнезі спостерігались у обстежених вагітних в 10 (6,7 (4,7-8,7)) % випадках, а термінові у 40 (26,7 (23,1-30,3)) % випадків.

Визначення частоти гінекологічних захворювань показало, що найчастіше у обстежених жінок зустрічались запальні захворювання матки і придатків, а також захворювання шийки матки (ШМ). Частота різних запальних уражень геніталій (ендометрит, метроендометрит, сальпінгоофорит, пельвіоперитоніт і параметрит) була достатньо високою і складала 87 (58,0 (50,1-65,9)) %. Серед різних нозологічних форм запальних захворювань статевих органів переважали сальпінгоофорити, які зустрічались у 45 (30,0 (22,7-37,3)) % жінок. Рівень різних порушень менструального циклу (МЦ) зустрічався у 23 (15,3 (9,5-21,1)) % жінок.

При оцінці рівня соматичної захворюваності, що має не менш суттєве значення для перебігу вагітності, було встановлено достатньо високу її частоту. Аналіз наявності патологічних змін в різних органах і системах організму виявив високу частоту серцево-судинних захворювань – 39 (26,0 (19,0-33,0)) % і ендокринних захворювань 31 (20,7 (14,2-27,2)) %. Наявність екстрагенітальних захворювань у обстежених вагітних, в тому числі запального генезу, може суттєво впливати на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок з РМ.

При аналізі перебігу даної вагітності встановлено, що найбільш частими ускладненнями у обстежених вагітних I групи були: гестоз II половини вагітності, плацентарна недостатність, анемія. Так частота ПД становила – 23 (15,3 (9,5-21,1)) % преєклампсія 20 (13,3 (7,9-18,7)) % та анемія 27 (18,0 (11,9-24,1)) %.

Аналіз проведених досліджень показав, що стан мікроценозу піхви відповідав критеріям норми (титр лактофлори  $10^5$ - $10^8$  КУО/мл) менш ніж у половини пацієнток. У 18 (12 (6,8-17,2)) % обстежених жінок I групи виявлявся бактеріальний вагіноз, який є крайнім ступенем дисбіозу піхви з відсутністю лактобацил і надзвичайно високою концентрацією ( $> 10^9$  КУО/мл) облигатно анаеробних бактерій. Поряд з цим, вагінальний кандидоз зустрічався у 36 (24 (17,2-30,8)) % жінок I групи. Патогенна мікрофлора частіше спостерігалась у вигляді представників мікроорганізмів кишкової групи - *Escherichia coli* 25 (16,7 (10,7-22,7)) %. Зміни мікробіоценозу піхви у вагітних жінок з РМ, напередодні родорозродження можуть бути пов'язані з появою антибіотикорезистентних форм мікробних асоціацій, зміною вірулентності, існування госпітальної інфекції, значною алергізацією організму, наявністю хронічної інфекції. Обтяжує клінічну ситуацію збільшення кількості вагітних з важкою акушерською і екстрагенітальною патологією, яка протікає на фоні зниженої імунологічної реактивності організму і тривалого застосування медикаментозних препаратів.

Більшість жінок з РМ (рис. 3) була розроджена шляхом операції КР - 141 (94 (90,2-97,8)) % і тільки 9 (6 (2,2-9,8)) % жінок цієї групи мала ВП. Аналіз показань до оперативного розродження у жінок з РМ показав, що найбільш частими були показання - «відмова жінки від спроби вагінальних пологів» - 89 (59,5 (51,6-67,4)) %,

також показаннями були: неспроможність РМ – 30 (19,9 (13,5-26,3)) %, короткий інтергенетичний інтервал - 8 (5,1 (1,6-8,6)) %, незрілість пологових шляхів у терміні вагітності 41 тиждень – 6 (4,0 (0,9-7,1)) %, дистрес плода – 6 (4,0 (0,9-7,1)) %, загроза розриву матки – 9 (6,2 (2,3-10,1)) %.

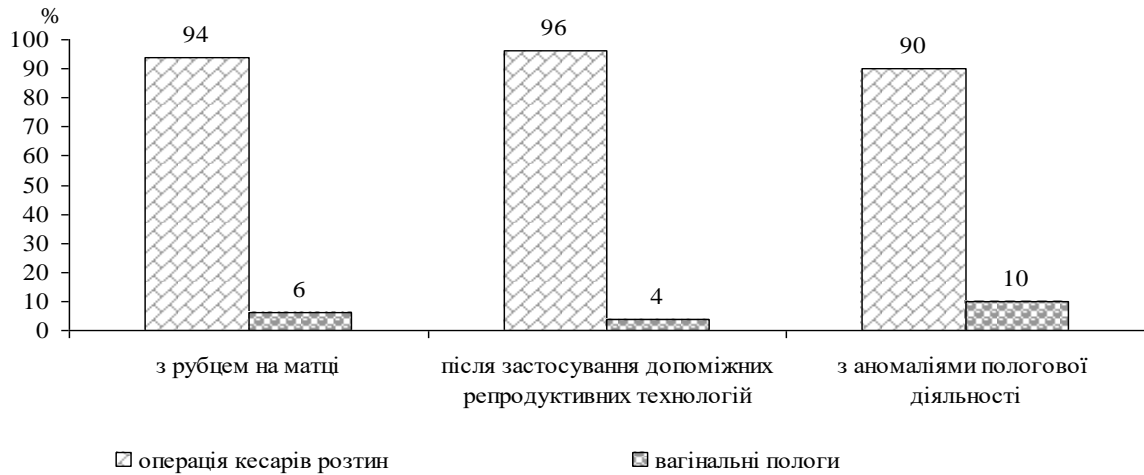


Рисунок 3 - Структура методів розродження у вагітних з рубцем на матці, у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій, у вагітних з аномаліями пологової діяльності

Планові операції у жінок I групи становили 133 (88,5 (83,4-93,6)) %.

Враховуючи, що вагоме місце у структурі показань до операції КР у жінок з РМ займає «відмова жінки від спроби вагінальних пологів (ВП)», було проведено шляхом анонімного анкетування з'ясування причин відмови. Результати цього анкетування показали, що серед причин відмов жінок від спроби ВП превалюють недостатня інформованість вагітної, що поступає на пологи щодо можливості ВП у жінок з РМ – 134 (89 (84,0-94,0)) %. Все це свідчить про недостатню психопрофілактичну роботу на етапах прегравідарної підготовки та ведення вагітності у жінок з РМ з огляду на користь фізіологічних пологів для формування соматичного і, особливо, психологічного здоров'я майбутньої дитини.

Загальний стан малюків, народжених у жінок I групи був обумовлений у значній мірі показаннями до операції, акушерськими і супутніми екстрагенітальними захворюваннями. Фактором ризику можливих порушень розвитку плода і становлення у нього постнатальної адаптації є стан ФПК, у формуванні якого вагоме значення відіграє РМ. Більшість новонароджених від жінок з РМ - 63 (42,0 (34,1-49,9)) % народились в задовільному стані, але в загальній кількості народжених була значна частка, що народились в порушеному стані. Так з оцінкою за шкалою Апгар 6-7 балів народилося - 52 (34,7 (27,1-42,3)) % новонароджених, а з оцінкою за шкалою Апгар 4-5 балів народилося – 35 (23,3 (16,5-30,1)) % новонароджених. Такі показники стану новонароджених у жінок з РМ можуть бути пояснені як ускладненим перебігом вагітності, змінами в стані утробного плода у вагітних з РМ та результатом повторного оперативного родорозродження. Для дітей, народжених абдомінальним шляхом була,

характерна велика вірогідність розвитку пограничних та патологічних станів у ранньому неонатальному періоді. У немовлят розвивався дезадаптаційний синдром у вигляді нестійких фізіологічних рефлексів, зниження тону м'язів, порушення мозкового кровообігу, синдрому дихальних розладів. Причиною зниження адаптаційних здібностей була відсутність, в тому числі, факторів пологів. Відомо, що під час пологів плід зазнає впливу механічних, метаболічних факторів і відповідає потужним викидом гормонів стресу, завдяки яким немовля здатне перенести адаптацію до позаутробного життя. Гормони стресу сприяють активації сурфактантної системи легень, забезпечують багате кровопостачання серця та головного мозку, що не відбувається при народженні оперативним шляхом.

У 61 жінки I групи в післяопераційному періоді часто зустрічалася анемія з показниками зниження гемоглобіну нижче 100 г/л (40,7 (32,8-48,6)) %, що може бути пов'язано з підвищеною крововтратою під час операції КР. Достатньо високими були показники запальних ускладнень у жінок I групи в післяопераційному періоді так субінволюція матки спостерігалась у 34 жінок (22,7 (16,0-29,4)) %, інфільтрат рани черевної стінки у 19 жінок (12,7 (7,4-18,0)) % та інфільтрат рубця на матці у 13 жінок (9,3 (4,7-13,9)) %.

ВП відбулись у 9 (6 (2,2-9,8)) % жінок з РМ. Пологи у 3 (2,0 (0,2-4,2)) % в I групі закінчилися вакуум екстракцією плода внаслідок дистресу плода у другому періоді пологів, у 6 (4,0 (0,9-7,1)) % - ручним відділенням та виділенням посліду з причин щільного прикріплення плаценти. Всі ВП у жінок з РМ закінчилися народженням здорових дітей з оцінкою 7-8 по Апгар. Протягом післяпологового періоду породіллі знаходились на сумісному перебуванні з новонародженими. Малюки були на грудному вигодовуванні. У ранньому неонатальному періоді адаптаційні процеси у новонароджених протікали фізіологічно.

Провівши детальний аналіз ведення пологів у жінок з РМ після КР можна зробити висновок, що розродження жінок з РМ через природні пологові шляхи в умовах типового пологового будинку можливо, і є суттєвим резервом зниження частоти КР.

Проведений аналіз перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок після застосування ДРТ показав, що середній вік жінок II групи склав  $31,2 \pm 2,6$  років. Дана тенденція була обумовлена тривалим етапом психологічної підготовки, великою кількістю необхідних обстежень перед застосуванням ДРТ, дорогавартісним лікуванням, більш пізнім прийняттям рішення вагітною жінкою та її сім'єю, щодо застосування ДРТ. Окрім вікового фактору, на якість і ефективність майбутніх пологів важливу роль має кількість попередніх пологів у роділлі. Аналіз цього показника у жінок II групи показав, що кількість перших пологів становила 123 (81,8 (75,6-88,0)) %, других пологів – 21 (13,7 (8,2-19,2)) % та третіх – 7 (4,5 (1,2-7,8)) %

У жінок II групи звертають на себе достатньо високі показники переривання вагітності, які відбулись до застосування ДРТ. Особливого значення набувають показники мимовільних абортів, як в ранні терміни вагітності - 55 (36,7 (29,0-44,4)) %,

так і в пізні терміни вагітності - 24 (16,0 (10,1-21,9)) %. Такі високі показники мимовільних викиднів є підґрунтям для невиношування вагітності і можуть свідчити про наявність змін в стані репродуктивного здоров'я жінок, які в подальшому отримували лікування за допомогою ДРТ. Передчасні пологи в анамнезі зустрічались у 16 (10,7 (5,8-15,6)) % жінок II групи.

Гінекологічна захворюваність, яка може суттєво впливати на частоту і особливості розвитку різної акушерської патології зустрічалась у жінок II групи достатньо часто. Так, у жінок цієї групи в структурі гінекологічної захворюваності найбільше було випадків хронічного аднекситу – 35 (23,3 (16,5-30,1)) % та дисплазії ШМ – 31 (20,7 (14,2-27,2)) %, також визначено значну частоту кольпіту - 19 (12,7 (7,4-18,0)) %. Слід відмітити, що гінекологічні захворювання зустрічалися не рідко в поєднанні і виявились несприятливим преморбідним фоном для розвитку ускладнень у післяопераційному періоді.

При оцінці рівня соматичної захворюваності у жінок II групи часто зустрічались серцево-судинні захворювання – 37 (24,7 (17,8-31,6)) % і ендокринні захворювання – 30 (20,0 (13,6-26,4)) %. Крім цього, реєструвалися випадки ендокринних порушень у вигляді гіперандрогенії – 10 (6,7 %) та ожиріння – 14 (9,1 %).

При аналізі перебігу вагітності у жінок II групи було встановлено, що мала місце висока частота загрози переривання вагітності у I триместрі 98 (65,3 (57,7-72,9)) % та у II триместрі вагітності, яка у 83 (55,3 (47,3-63,3)) % жінок протікала з клінічною картиною істмікоцервікальної недостатності (ІЦН). Крім цього, у жінок II групи спостерігались гестоз другої половини вагітності 20 (13,3 (7,9-18,7)) %, плацентарна дисфункція (ПД) 48 (32,0 (24,5-39,5)) % та анемія 48 (32,0 (24,5-39,5)) %.

Визначення структури методів розродження жінок після застосування ДРТ (рис. 3) показало, що кількість КР у жінок II групи становила 144 (96 (92,9-99,1)) %, а кількість вагінальних пологів становила 6 (4 (0,9-7,1)) %. Аналіз частоти операцій КР, за плановими та ургентними показаннями у жінок після застосування ДРТ показав, що домінували планові КР які становили 132 (88,0 (82,8-93,2)) %. Перше місце у структурі показань до КР займає – ДРТ і становить 127 (84,9 (79,2-90,6)) % у жінок II групи, також у жінок цієї групи були такі показання, як ДРТ в поєднанні з РМ 12 (7,9 (3,6-12,2)) %, ДРТ в поєднанні з неправильним положенням I-го з плодів 11 (7,2 (3,1-11,3)) %. Проведене дослідження біохімічних показників протягом 3 триместрів показало, що у пацієток, яким проводилось ДРТ, середні рівні показників АЛТ та АСТ спостерігалися на рівні верхньої межі норми, були вище ( $p < 0,05$ ) показників у жінок з природною вагітністю. Слід зазначити, що у 28 (18,7 (12,5-24,9)) % вагітних після ДРТ показники АЛТ були вище норми в 2-3 рази. У пацієток групи ДРТ показники рівня білірубину в крові протягом вагітності був достовірно вищими. При цьому, найбільш високі показники відзначені в третьому триместрі. Аналогічна динаміка стосувалася і показників рівня холестерину. Отримані дані переконливо показують, що печінка у вагітних, яким проводили ДРТ, функціонує з додатковим навантаженням. Це

пояснюється по-перше, специфічною підготовкою до запліднення із використанням великих доз гормональних препаратів, у тому числі естрогенів; по-друге, тривалою підтримуючою гормональною терапією прогестинами.

Загальний стан новонароджених був обумовлений акушерськими і супутніми екстрагенітальними захворюваннями. Фактором ризику можливих порушень розвитку плода і становлення у нього постнатальної адаптації є стан ФПС, у формуванні якого вагоме значення відіграє ДРТ та застосування великої кількості препаратів.

Серед доношених дітей всі новонароджені народилися без асфіксії. Максимальна втрата маси тіла у доношених дітей в середньому припадала на 3-й день життя і становила 9 (6,2 (2,3-10,1)) %. У недоношених – на 4-й день життя і становила 11 (7,3 (3,1-11,5)) %. Фізіологічна гіпербілірубінемія спостерігалась у 87 (58,0 (50,1-65,9)) % доношених і 9 (6,0 (2,2-9,8)) % недоношених дітей після ДРТ. У новонароджених після ДРТ при оцінці стану плода найчастіше зустрічалась затримка внутрішньоутробного росту. У новонароджених після ДРТ також спостерігались: синдром дихальних розладів, патологічна гіпербілірубінемія і постгіпоксемічний стан, вроджені вади розвитку. Оцінка новонароджених від жінок II групи за шкалою Апгар показала, що більшість дітей – 65 (43,3 (35,4-51,2)) % народилось з оцінкою за шкалою Апгар 8-9 балів. В порушеному стані, з оцінкою за шкалою Апгар 6-7 балів народилося – 53 (35,4 (27,7-43,1)) % новонароджених, а з оцінкою за шкалою Апгар 4-5 балів народилося – 32 (21,3 (14,7-27,9)) % новонароджених.

Вагінальні пологи (ВП) відбулись у жінок II групи у 6 (4,0 (0,9-7,1)) % випадків від усіх жінок після застосування ДРТ. Структура пологів у жінок з ДРТ, які здійснили розродження вагінальним шляхом показує, що у більшості жінок – 4 (66,7 (29,0-104,4)) % відбулись фізіологічні пологи, у 1 жінки (16,7 (13,1-46,5)) % відбулись ускладнені пологи та ще у 1 жінки (16,7 (13,1-46,5)) % - патологічні. Всі ВП у жінок, у яких були застосовані ДРТ, закінчилися народженням здорових дітей з оцінкою 8-9 балів за шкалою Апгар. У жінок після ДРТ, які народжували через природні пологові шляхи, пологи закінчилися фізіологічно (66,7 (29,0-104,4)) %. Це говорить про те, що розродження жінок після ДРТ через природні пологові шляхи є резервом до значного зниження відсотка КР в типовому міському пологовому будинку. Встановлено, що вік жінки, вид та тривалість безпліддя суттєво не впливають на результати розродження природнім шляхом у жінок після ДРТ. Отже вид безпліддя (Б) у жінок, яким здійснювалось ДРТ не є показанням, як для проведення оперативного розродження так і для проведення ВП. Для визначення оптимального методу розродження у пацієнток після ДРТ, в першу чергу, необхідно враховувати етіологічний фактор Б і особливості перебігу даної вагітності, а не сам факт наявності ДРТ в анамнезі, як показання до КР. Суттєвим резервом зниження частоти КР після ДРТ, безумовно, є група пацієнток, де причиною безпліддя є чоловічий або трубно-перитонеальний фактор у жінок віком до 40 років за умов неускладненого соматичного анамнезу та сприятливого перебігу даної вагітності.



Проведений аналіз перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок з АПД показав, що всі жінки з АПД за віком були молодого віку у віковій категорії 25-30 років. Визначення репродуктивного анамнезу у жінок III групи показало наявність високої частоти артифіційних абортів: 16 (10,7 (5,8-15,6)) % у жінок з АПД. Частота мимовільних ранніх та пізніх абортів у жінок з АПД становила відповідно 25 (16,7 (10,7-22,7)) % і 19 (12,7 (7,4-18,0)) %. Високі показники переривання вагітності могли стати причиною, або підґрунтям для виникнення інших гінекологічних захворювань, що, в свою чергу, могло вплинути на перебіг даної вагітності.

За частотою гінекологічних захворювань переважали запальні захворювання органів малого тазу – 54 (36,0 (28,3-43,7)) %, при цьому, у - 33 (22,0 (15,4-28,6)) % жінок з запальними захворюваннями органів малого тазу серед етіологічних чинників зустрічались представники ПСШ, порушення МЦ були у - 59 (39,0 (31,2-46,8)) % і синдром полікістозних яєчників у - 35 (11,7 (6,6-16,8)) %, проліферативні процеси органів репродуктивної системи в анамнезі були виявлені у - 14 (9,3 (4,7-13,9)) % жінок з АПД. Звертає та себе увагу високий рівень поєднаної патології, який у жінок III групи становив - 105 (70,0 (62,7-77,63)) %, тобто поєднана патологія спостерігалась майже у кожній другій жінки.

У жінок III групи часто зустрічалось ожиріння – 80 (53,0 (45,0-61,0)) %. Підвищений синтез андрогенів підшкірною жировою клітковиною може призводити до дисбалансу статевих стероїдів. У жінок III групи серед соматичної захворюваності частіше інших мали місце ендокринні захворювання - 19 (12,7 (7,4-18,0)) % і серцево-судинні захворювання – 15 (10,0 (5,2-14,8))% відповідно. Всі інші нозологічні форми соматичних захворювань зустрічались тільки в поодиноких випадках.

Вагітність у жінок III групи протікала з загрозою переривання вагітності в першому триместрі у 78 (52,0 (44,0-60,0)) % та у 27 (18,0 (11,9-24,1)) % у другому триместрі. Вагітні з загрозою переривання вагітності скаржилися на болі ниючого характеру, на мажучі кров'яністі виділення зі статевих шляхів, що супроводжуються болями, іноді кровотечами в I триместрі, що було несприятливим фоном для формування ФПК.

Визначення структури методів розродження у жінок з АПД (рис. 3) показало, що значна кількість жінок з АПД була розроджена шляхом операції КР – 135 (90,0 (85,2-94,8)) %, поряд з цим вагінальні пологи у жінок цієї групи відбулись лише у 15 (10,0 (5,2-14,8)) % жінок. Аналіз показав, що в структурі показань до оперативного розродження найвищий відсоток становила первинна слабкість пологової діяльності (СПД), що склала 86 (57,3 (49,4-65,2)) %. Вагоме місце також займає показання до оперативного розродження жінок III групи - вторинна СПД до 53 (35,3 (27,7-42,9)) %. Необхідно відмітити значні зміни у структурі показань до розродження шляхом операції КР у даній групі жінок. Так, кількість показань дистонія ШМ спостерігалась у 6 жінок - (4,0 (0,9-7,1)) % III групи, а показання дискоординувана пологова діяльність (ДПД)

спостерігалось у 7 (4,7 (1,3-8,1)) % жінок. Звертає на себе увагу наявність великої кількості патологічного прелімінарного періоду (ППП), який спостерігався у 33 жінок - (22,0 (15,4-28,6)) % III групи. У жінок з АПД, що мали ППП пологи відбувались з ускладненнями. Частота пологозбуджень використовувалась у 16 (48,7 (31,6-65,8)) % жінок з АПД, що мали ППП, поряд з цим ВП відбулись у 5 (15,2 (3,0-27,4)) %, а розродження шляхом КР – у 18 (54,5 (37,5-71,5)) %. Отже, як показали результати проведених клінічних досліджень, жінки із патологічним прелімінарним періодом складають групу високого ризику щодо розвитку АПД.

Аналіз структури ускладнень пологів, пов'язаних з станом плодових оболонок у жінок з АПД показав, що у 61 (40,7 (32,8-48,6)) % жінки спостерігався передчасний розрив плідних оболонок (ПРПО) з передчасним вилиттям навколоплідних вод, а у 41 (27,3 (20,2-34,4))% жінок спостерігалось раннє вилиття навколоплідних вод. Дослідження інших характеристик навколоплідних вод у жінок III групи показало, що у 42 (28,0 (20,8-35,2)) % жінок з АПД спостерігалось багатоводдя, а у 11 (7,3 (3,1-11,5)) % - маловоддя, що можна розглядати, з одного боку, як показник порушення в стані ФПС під час вагітності та перенесеними запальними процесами на рівні статевих органів жінки та плодових оболонок. При цьому, меконіальне забарвлення навколоплідних вод, що є проявами гіпоксичних станів плода до пологів та підчас пологів, зустрічалось у 43 жінок цієї групи (28,7 (21,5-35,9)) %.

На момент початку пологової діяльності була проведена оцінка ступеня зрілості ШМ за шкалою Бішопа. Слід відмітити, що у 17 жінок III групи (11,3 (6,2-16,4)) % спостерігалась незріла ШМ на момент початку пологової діяльності. Також необхідно відмітити, що у 56 жінок цієї групи визначався високий показник недостатньо зрілої ШМ (37,3 (29,6-45,0)) %. Оцінка ступеня зрілості ШМ у жінок III групи з ПРПО показала наявність великої кількості випадків незрілої 28 (27,5 (20,4-34,6)) % та недостатньо зрілої 54 (52,9 (44,9-60,9)) % ШМ, що можна розцінювати як один із факторів розвитку АПД.

Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар у жінок з АПД показала, що більшість новонароджених народилось в порушеному стані: в асфіксії середнього ступеня – 52 (34,7 (27,1-42,3)) %, та в стані асфіксії від середнього до тяжкого ступеня – 29 (19,3 (13,0-25,6)) %. Такий стан новонароджених може бути пояснений, з одного боку, ускладненим станом плода підчас вагітності у жінок з АПД та з іншого – ускладненим станом плода підчас пологів.

Вище наведене вказує на необхідність розробки діагностичних та лікувально-профілактичних заходів направлених на зменшення частоти ускладнень вагітності і пологів, частоти КР та АПД.

Проведений аналіз перебігу вагітності і пологів, стану плода і новонародженого у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом показали, що у цих жінок вагітність перебігає з ускладненнями, що негативно впливає на стан утробного плода, значна частина дітей народжується в порушеному стані, саме тому

доцільним стало вивчення особливостей змін в ФПС у таких вагітних. Отримані дані показали, що у жінок з РМ до 20 тижнів вагітності не відбуваються змін в рівні ПЛ в порівнянні із здоровими вагітними без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу. Поряд з цим, у жінок II та III групи до 20 тижня вагітності вже відмічались достовірні зміни в рівні ПЛ. Показники цього гормону до 20 тижня вагітності у жінок цих груп становили відповідно:  $(41,7 \pm 5,1)$  нмоль/л та  $(40,7 \pm 1,8)$  нмоль/л, ( $p < 0,05$ ). Слід зазначити, що протягом вагітності у обстежених жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом в динаміці вагітності відбувається зростання рівня ПЛ, але приріст його в термінах вагітності 21-30 тижнів вагітності та 31-40 тижнів вагітності був менший, ніж у вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу. Слід зазначити, що протягом вагітності у обстежених жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом в динаміці вагітності відбувається зростання рівня ПЛ, але приріст його в термінах вагітності 21-30 тижнів вагітності та 31-40 тижнів вагітності був менший ніж у вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу.

Найбільше відставання в рівні ПЛ спостерігалось у жінок з АПД в терміні 21-30 тижнів вагітності –  $(79,5 \pm 13,2)$  нмоль/л, ( $p < 0,05$ ) та у жінок з РМ в терміні вагітності 31-40 тижнів –  $(155,9 \pm 5,7)$  нмоль/л, ( $p < 0,05$ ).

У всіх обстежених вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом спостерігалось зменшення секреції П. Динаміка вмісту П в сироватці крові в терміні вагітності до 20 тижнів, 21-30 тижнів та 31-40 тижнів показала його зниження, що є відображенням змін в стані ФПС в цілому і призводить до погіршеного стану плода. Найнижчий рівень П в сироватці крові в терміні вагітності до 20 тижнів спостерігався у жінок після застосування ДРТ і становив  $(62,7 \pm 17,5)$  нмоль/л, ( $p < 0,05$ ). Також значне зниження вмісту П в сироватці крові спостерігалась у вагітних II і III групи в терміні вагітності 21-30 тижнів відповідно:  $(139,2 \pm 17,8)$  нмоль/л і  $(135,9 \pm 25,1)$  нмоль/л, ( $p < 0,05$ ). Значне зниження вмісту П в сироватці крові спостерігалось у вагітних II групи в терміні вагітності 31-40 тижнів –  $(237,2 \pm 31,3)$  нмоль/л, ( $p < 0,05$ ). Зниження рівня П – основного гормону, що забезпечує розвиток вагітності може призводити до зростання скоротливої здатності м'язів матки, погіршення матково-плацентарного кровообігу, а від так і погіршення стану плода.

У всіх групах обстежених жінок в терміні до 20 тижнів вагітності спостерігалось зниження вмісту в сироватці крові як Е, так і Е<sub>2</sub>. Найнижче зниження Е та Е<sub>2</sub> в терміні вагітності до 20 тижнів спостерігалось у жінок II групи відповідно:  $(13,4 \pm 1,7)$  нмоль/л і  $(12,1 \pm 3,5)$  нмоль/л, ( $p < 0,05$ ). Результати цих досліджень можуть пояснювати ускладнення вагітності у жінок цієї групи у вигляді загрози переривання вагітності в першій половині вагітності, що відбуваються у жінок після застосування ДРТ на тлі зниження рівня П, Е та Е<sub>2</sub>. Такі ж клінічні прояви зниження рівнів Е і Е<sub>2</sub> відбувались і у жінок I та III групи. У обстежених вагітних зниження вмісту Е спостерігалось і в терміні

вагітності 31-40 тижнів, у жінок всіх груп в приблизно однаковому рівні, ( $p < 0,05$ ), поряд з цим достовірного зниження  $E_2$  не спостерігалось. Виявлена динаміка вмісту естрогенів пояснює ті зміни, які клінічно були виявлені у вагітних з акушерськими ускладненнями та обтяженим репродуктивним анамнезом. Механізм цих змін може бути пояснений впливом на стан матково-плацентарного кровообігу, метаболічних процесів в матці і в організмі плода, а порушення співвідношення  $P$  і естрогенів може обумовлювати зміни в скоротливій діяльності матки, як на передодні пологів, так і під час пологів.

Аналіз показників кардіотокограми виявив, що достовірні зміни в показниках БЧСС плода спостерігались у вагітних II та III групи, відповідно:  $(148,9 \pm 2,7)$  уд/хв та  $(151,1 \pm 2,9)$  уд/хв, ( $p < 0,05$ ). У вагітних всіх групи відбувались зниження показника амплітуди миттєвих осциляцій (АМО). Реакція плода на власні рухи або на скорочення матки, яка виражається кількістю акцелерації, у всіх групах вагітних була знижена, що можна розглядати як прояв гіпоксичних змін у плода, ( $p < 0,05$ ). Зміна показника АМО у всіх групах була розцінена, як порушення компенсаторно-приспосувальних реакцій плода, причому найнижчий показник АМО –  $(6,0 \pm 0,3)$  уд/хв, ( $p < 0,05$ ) відмічався в III групі обстежених вагітних. Важливим критерієм гіпоксичних мін у плода є поява децелерацій, їх тривалість та глибина. Децелерації на кардіотокограмі плода з'являлися у вагітних всіх груп. Найбільш виражені зміни в показниках децелерації спостерігались у вагітних III групи: їх кількість складала -  $0,6 \pm 0,07$ , глибина -  $6,1 \pm 1,5$  та тривалість -  $3,5 \pm 1,2$ , ( $p < 0,05$ ). Такі зміни на кардіотокограмі плода у вагітних з акушерською патологією та з обтяженим репродуктивним анамнезом потребували застосування лікувальних засобів або розродження у відповідності до існуючих протоколів. Всі кардіотокограми плода оцінювались за допомогою прийнятої в світі системою Фішера в балах. У здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу середня оцінка  $8,5$  ( $8,4-8,6$ ) балів вказувала на відсутність порушень з боку серцево-судинної системи плода. У порівнянні з цим показником гіпоксичні зміни в стані плода легкого ступеня реєструвались у вагітних I групи -  $7,1$  ( $6,8-7,4$ ). Поряд з цим гіпоксичні зміни середнього ступеня тяжкості реєструвались у жінок II та III групи відповідно:  $6,5$  ( $5,9-7,1$ ) балів та  $5,7$  ( $5,2-6,2$ ) балів, ( $p < 0,05$ ), при цьому більш виражені зміни спостерігались у вагітних III групи.

Результати кардіотокографічних досліджень показали, що у вагітних з акушерською патологією та з обтяженим репродуктивним анамнезом спостерігаються зміни в стані плода, які характеризуються як гіпоксичні. Вираженість гіпоксичних змін у плода залежить від акушерських ускладнень та особливостей попереднього репродуктивного анамнезу.

У вагітних I групи зміни доплерометричних показників спостерігались в терміні вагітності 22-27 тижнів в правій і лівій маткових артеріях, ( $p < 0,05$ ). Такі ж зміни у вагітних цієї групи в цих судинах відмічались і в терміні 28-34 тижні та в терміні вагітності 35 і більше, ( $p < 0,05$ ) і характеризувалися зменшенням показників систолодіастолічного відношення (С/Д), індексу резистентності (ІР) та пульсаційного індексу

(III). Зміна доплерометричних показників в маткових артеріях може бути, з одного боку, змінами в кровопостачанні, викликаними оперативними втручаннями на матці та з іншого - як доклінічні прояви подальших змін в судинах плода. В терміні вагітності 35 тижнів і більше зміна цих доплерометричних показників спостерігалася у жінок I групи і в артерії пуповини: С/Д –  $4,0 \pm 1,8$ , ІР –  $0,7 \pm 0,2$ , ІІ –  $1,7 \pm 0,7$  та в середньо мозковій артерії плода; С/Д -  $7,5 \pm 0,7$ , ІР –  $0,1 \pm 0,4$ , ІІ –  $1,9 \pm 0,2$ , ( $p < 0,05$ ). Такі зміни в доплерометричних показниках в цьому терміні вагітності можна розглядати як підвищення резистентності основних маткових судин і судин плода, що призводить до їхнього спазму і є одним із компенсаторних механізмів централізації кровообігу у плода з переважанням кровопостачання у важливі органи при гіпоксії та метаболічних змінах.

У жінок II групи при визначенні середнього значення доплерометричних показників визначалися зміни цих показників в артерії пуповини в термінах вагітності 22-27 тижнів, 28-34 тижні та 35 тижнів і більше, ( $p < 0,05$ ), що можна трактувати як порушення материнського плодового кровотоку. При цьому, рівень доплерометричних показників (С/Д, ІР та ІІ) достовірно відрізнявся від показників у здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу, ( $p < 0,05$ ).

В разі виникнення у вагітних АПД – вагітні III групи також мали зміни в доплерометричних показниках в судинах маткових артерій (права і ліва) в терміні вагітності 22-27 тижнів, ( $p < 0,05$ ). Проявом гіпоксичних змін у плода слугувало порушення кровотоку в артеріях пуповини у вагітних III групи було збільшення резистентності судин: артерії пуповини: С/Д –  $3,9 \pm 1,6$ , ІР –  $0,7 \pm 0,1$ , ІІ –  $1,9 \pm 0,5$  та середньо мозкової артерії плода: С/Д –  $7,6 \pm 0,6$ , ІР –  $1,2 \pm 0,3$ , ІІ –  $1,7 \pm 0,2$  в більш пізні терміни вагітності – в 35 тижнів і більше, ( $p < 0,05$ ).

Результати ультразвукової плацентометрії у вагітних з акушерською патологією та з обтяженим репродуктивним анамнезом показали, що найбільш виражені зміни спостерігались в терміні 32 тижні вагітності. У обстежених жінок відбувались зміни розмірів плаценти, зокрема, збільшення розмірів спостерігалось найбільше -  $16,7$  ( $14,6-18,8$ ) % у жінок II групи, а зменшення розмірів плаценти було частіше у жінок III групи -  $18,7$  ( $16,4-21,0$ ) % жінок.

У вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом спостерігаються зміни в стані психічного здоров'я, які проявляються психоемоційною нестабільністю і супроводжуються збільшенням показників ситуативної тривожності, зокрема: у вагітних з РМ від  $22,7$  % до  $47,3$  %, у вагітних після застосування ДРТ – від  $20,0$  % до  $48,7$  % та у вагітних з АПД – від  $12,7$  % до  $19,3$  %. Відбувається збільшення особистої тривожності відповідно: у вагітних з РМ – від  $23,3$  % до  $46,0$  %, у вагітних після застосування ДРТ – від  $22,0$  % до  $48,0$  % та у вагітних з АПД – від  $11,3$  % до  $15,3$  %. Особистість вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом характеризується психопатологічними розладами, труднощами в міжособистісних відносинах, невпевненістю в собі, нездатністю прийняття самостійних рішень та відзначаються проявами тривоги і депресії, на ситуацію дезадаптації реагують

проявами астенії, інертністю та пасивністю. Найбільш виражені зміни в психоемоційному стані вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом були у вигляді проявів помірної депресії (у вагітних з РМ – 18,7 %, у вагітних з застосування ДРТ – 18,0 % та у вагітних з АПД – 9,3 %) та депресії середнього рівня (у вагітних з РМ – 1,3 %, у вагітних з застосування ДРТ – 2,0 % та у вагітних з АПД – 0,7 %).

Морфо-функціональне дослідження стану післяопераційного рубця включало: зовнішній огляд рубця, його пальпація та прилеглих ділянок передньої черевної стінки біля рубця, ультразвукове та доплерометричне дослідження рубця та подальше морфологічне (гістологічне) дослідження тканин рубця міометрію.

При зовнішньому огляді стану післяопераційного рубця на передній черевній стінці у жінок I групи були виявлені 3 види змін в стані післяопераційного рубця: виражені гіпертрофічні зміни рубця – колоїдного типу післяопераційний рубець, який зустрічався у 12 вагітних – (8,0 (6,8 -9,2)) %, рубець з ділянками деформації, які свідчили про за живлення ділянок рубця шляхом вторинного натягіння (в разі можливих інфекційних післяопераційних ускладнень) у 23 вагітних – (15,3 (11,4-19,2)) % та рубець з гіпертрофічними змінами та ділянками заживлення шляхом вторинного натягіння, у 8 вагітних – (5,0 (2,3-8,3)) %.

Серед ультразвукових ознак, що можуть бути ранніми діагностичними критеріями виявлення неспроможності післяопераційного РМ є витончення стінки РМ у 12 вагітних – (8 (6,8-9,2)) %, гіперехогенність по всій проекції РМ, яка зустрічалась у 28 вагітних I групи – (18,7 (13,0-24,4)) %, нерівномірність нижнього сегменту матки в ділянці післяопераційного рубця у 19 вагітних (12,7 (9,5-15,9)) %, дефекти РМ зустрічались у 14 вагітних (9,3 (7,8-10,8)) %, нерівність контуру та витончення нижнього сегмента матки у 26 вагітних (17,3 (13,9-20,7)) %, а також витончення та дефекти РМ – у 9 вагітних (6,0 (4,8-7,2)) %. Важливою діагностичною ознакою розвитку неспроможності РМ є виявлення нерівномірності рубця по товщині. У вагітних I групи з діагностованим неспроможним післяопераційним РМ товщина рубця менше 3,5 мм виявлялась у 12 вагітних (8 (5,6-10,4)) %, товщина 3 мм – у 22 вагітних (14,7 (11,2-18,2)) % та товщина від 3 до 2 мм - у 5 вагітних (3,3 (2,3-8,3)) %. Зміна товщини рубця у таких вагітних може бути несприятливою прогностичною ознакою, якщо в ділянці рубця виявляються симптоми «ніши», ділянки ущільнення в поєднанні з ехонегативністю оточуючої тканини матки.

Проведення доплерометричного обстеження ділянки РМ у вагітних I групи з неспроможністю післяопераційного РМ дозволило виявити гемодинамічні зміни в ділянці післяопераційного рубця. Так, у вагітних в разі виявлення товщини рубця нижче 3 мм (3-2 мм) васкуляризація відсутня. У вагітних в разі виявлення витончення післяопераційного РМ до 3 мм значення показників кровотоку, які отримали при доплерометричному дослідженні на підставі аналізу швидкості кровотоку в радіальних артеріях в ділянці РМ, показало зміну основних доплерометричних

показників: ІР становив -  $0,8 \pm 0,2$ , ІІ -  $2,4 \pm 0,3$ , С/Д -  $2,2 \pm 0,1$ . Такі показники зміни кровотоку в ділянці післяопераційного рубця у вагітних І групи при доплерометричному дослідженні можуть бути діагностичними критеріями виявлення неспроможності післяопераційного рубця у вагітних з рубцем на матці. У 12 вагітних після застосування ДРТ (7,9 (5,7-10,1)) % були перенесені оперативні втручання на матці, що спричинило появу рубця. У 3 вагітних ІІ групи визначалися ультразвукові ознаки гіперехогенності по всій проекції РМ, що було розцінено як неспроможність післяопераційного РМ. У решти - 9 вагітних (6,0 (4,8-7,2)) % змін в стані післяопераційного РМ не виявлялось.

При патоморфологічному дослідженні ділянок рубцево зміненого міометрію з використанням стандартного забарвлення гематоксиліном та еозином були виявлені пучки м'язових волокон зі збереженими ядрами між якими в незначній кількості розповсюджуються пучки пухкої та компактної фіброзної тканини. Для візуалізації фіброзної тканини, оцінки ступеня зрілості її нами використано методику за Ван-Гізоном (рис. 4, 5).

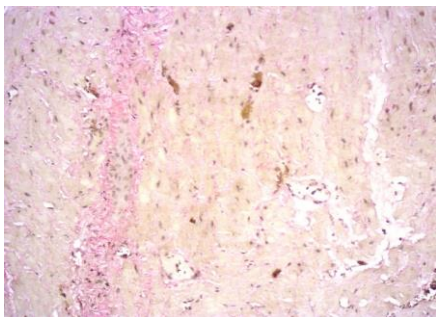


Рисунок 4 - Фрагмент рубця міометрію з групами волокон фіброзної тканини, що в незначній кількості розповсюджуються в м'язовій тканині у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення за Ван-Гізоном. Збільшення x100.

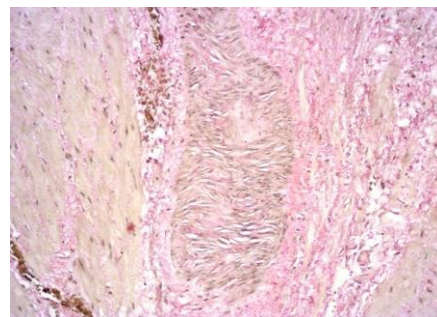


Рисунок 5 - Фрагмент рубця міометрію з товстостінною судиною, від якої радіально розростається компактна фіброзна тканина у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення за Ван-Гізоном. Збільшення x100.

Фіброзна тканина представлена «ніжними» пучками волокон червоного кольору, яка помірно звивалась серед м'язової тканини. Окрім того, для візуалізації та встановлення співвідношення колагенових волокон, фіброзної, м'язової тканини використана методика забарвлення за Масоном (рис. 6).

Для оцінки стану та ступеня васкуляризації, оцінки стану гладком'язового компоненту нами застосовано ІГХД з використанням моноклональних антитіл (МАТ) до CD31 та  $\alpha$ -SMA. При патоморфологічному дослідженні тканини рубця міометрію даної групи вагітних визначаються, як зміни самої тканини міометрію, так й відносно збільшення фіброзного компоненту. М'язова тканина без чіткої візуалізації волокон, ознаки з вираженою дезорганізацією тканин, зустрічаються волокна з втратою ядер, дегенеративними змінами в клітинах (рис. 7).



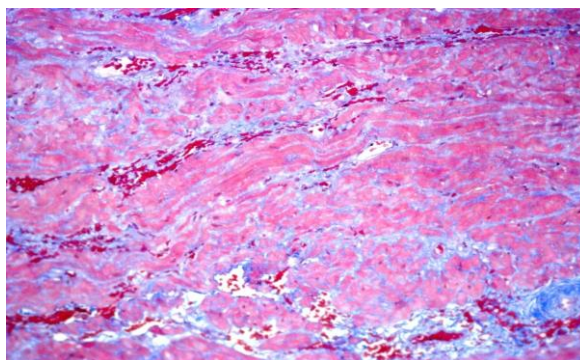


Рисунок 6 - Фрагмент рубця міометрію з вираженим колагеновим компонентом навколо судин дрібного та середнього калібру, великі ділянки розростання фіброзної тканини у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення за Массоном. Збільшення x100.

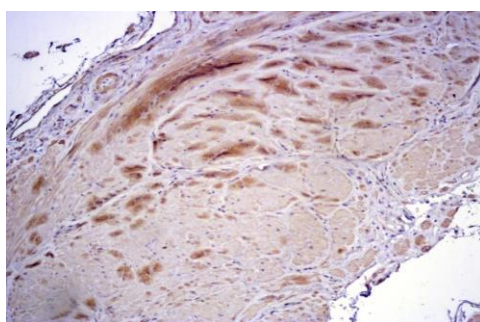


Рисунок 7 - Вогнища вираженої позитивної експресія в відносно інтактних та гіпертрофованих гладком'язових волокнах у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. ІГХД з МАТ до  $\alpha$ -SMA. Збільшення x100.

Найбільш виражені морфологічні зміни в ділянці попереднього післяопераційного рубця проявлялися у вагітних I групи з неспроможним післяопераційним РМ у вигляді: ділянок гомогенних м'язових волокон з набряком та повнокрів'ям судин, гіпертрофованими клітинами, з ділянками без'ядерних м'язових волокон, периваскулярним набряком та вираженим внутрішньо-судинним еритростазом, частиною м'язових клітин гіпертрофованих та на більшій площі заміщенням тканини зрілою сполучною (фіброзною) тканиною у вигляді «сітки», дифузним розростанням колагенових волокон.

У вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом на тлі порушення гормональної функції ФПК та змін гемодинаміки матково-плацентарного кровотоку розвивається плацентарна недостатність, яка в більшості випадків зустрічається легкого ступеня, але у значної кількості таких вагітних плацентарна недостатність носить хронічний характер у вигляді компенсованої та субкомпенсованої форми. Виявлені патоморфологічні зміни в тканині плаценти у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом пояснюють гіпоксичні зміни в стані плода у таких вагітних та народження дітей в порушеному стані.



Розроблені формули алгоритмів прогнозування та шанси клінічної необхідності можливості розродження шляхом операції КР вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу зокрема у вагітних з РМ, у вагітних після застосування ДРТ та у вагітних з можливим розвитком АПД дозволяють своєчасно провести підготовку інших вагітних цих груп до розродження через природні пологові шляхи.

Проведена прегравідарна підготовка та використання розроблених алгоритмів обстеження і діагностичних заходів до та під час вагітності та лікувальні заходи під час вагітності для жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу показали свою високу ефективність та дозволили знизити частоту ускладнень під час вагітності і пологів, визначити необхідність розродження жінок шляхом КР і знизити частоту оперативного розродження таких жінок. Так, частота оперативного розродження вагітних з РМ знизилась більш як в 4 рази і склала 22 %, частота операції КР у вагітних після застосування ДРТ знизилась більш як в 7 разів і склала 13,3 % та у вагітних з можливим розвитком АПД в пологах та з розвившимися АПД розродження шляхом операції КР знизилось в 9,6 разів і склала 9,3 %.

## ВИСНОВКИ

1. За даними офіційної статистики та опублікованими результатами досліджень, у середньому частота операції кесарева розтину в популяції, за даними вітчизняних і закордонних авторів, коливається від 9 % до 38 %. За останні півстоліття в світі, за інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, частота кесарева розтину значно виросла з 7 % до 30 %. В українських пологодопоміжних закладах, за даними Міністерства охорони здоров'я України, частота абдомінального розродження знаходиться у межах 16-23 %. Найбільший відсоток кесарева розтину (23,0–30,0 %) в Україні відмічається у більш розвинених регіонах держави, це великі міста, обласні центри, в яких знаходяться перинатальні центри, науково-дослідні інститути, клініки надання допомоги жінкам з екстрагенітальною патологією та центри фетальної медицини. При цьому не спостерігається тенденції до зниження частоти кесарева розтину, від так виникає нагальна необхідність встановити основні причини зростання частоти кесарева розтину у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом та визначити їх взаємозв'язок з материнськими і перинатальними результатами розродження, для з'ясування можливості проведення пологів через природні пологові шляхи у таких жінок.

2. Клініко-статистичний аналіз розродження жінок в умовах типового міського пологового будинку (за попередні 10 років) дозволив визначити структуру основних показань до операції кесарева розтину. За показаннями - дистрес плода розроджено (25,7 %) вагітних, за наявності рубця на матці – (16,08 %), при аномаліях пологової діяльності – (11,5 %), в разі клінічно вузького тазу – (8,7 %), та у жінок вагітність, яка настала після застосування допоміжних репродуктивних технологій – (2,9 %). З кожним

роком збільшується кількість жінок з рубцем на матці, жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій та жінок з аномаліями пологової діяльності, які частіше розроджуються шляхом операції кесарева розтину. Значна кількість новонароджених у таких жінок народжуються в порушеному стані. Тому потребують удосконалення методи прегравідарної підготовки, ведення вагітності та розродження таких жінок з урахуванням стану їх здоров'я через природні пологові шляхи.

3. Вагітність і пологи у жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу перебігають з ускладненнями, зокрема, у жінок з рубцем на матці спостерігаються високі показники плацентарної дисфункції – 23 (15,3 (9,5-21,1)) %, прееклампсії 20 (13,3 (7,9-18,7)) % та анемії 27 (18,0 (11,9-24,1)) %; у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій спостерігається висока частота загрози переривання вагітності у I триместрі 98 (65,3 (57,7-72,9)) % та у II триместрі вагітності 83 (55,3 (47,3-63,3)) %, яка протікала з клінічною картиною істміко-цервікальної недостатності, у жінок з аномаліями пологової діяльності спостерігається загроза переривання вагітності в першому триместрі у 78 (52,0 (44,0-60,0)) %, у 27 (18,0 (11,9-24,1)) % у другому триместрі, розвиток при доношеній вагітності патологічного прелімінарного періоду - 33 (22,0 (15,4-28,6)) % та недостатньо підготовлена до пологів шийка матки: незріла шийка матки 17 (11,3 (6,2-16,4)) %, недостатньо зріла шийка матки 56 (37,3 (29,6-45,0)) %, що може негативно впливати на перебіг пологів та на стан новонароджених у таких жінок.

4. Встановлено, що жінки з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом розроджуються частіше шляхом операції кесарева розтину. Так, у жінок з рубцем на матці частота кесарева розтину складає (94 (90,2-97,8)) %, у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій (96 (92,9-99,1)) % та у жінок з аномаліями пологової діяльності (90,0 (85,2-94,8)) %. Розродження жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом через природні пологові шляхи є резервом до значного зниження операції кесарева розтину.

5. У вагітних з акушерською патологією та з обтяженим репродуктивним анамнезом виявляються фето-плацентарна недостатність, яка проявляється пригніченням гормональної функції фето-плацентарного комплексу (зниження вмісту плацентарного лактогену, естріолу, естрадіолу та прогестерону), що протікає на тлі змін серцевого ритму плода та тісно пов'язане з порушенням матково-плацентарно-плодового кровотоку і проявляється підвищеною резистентністю в артеріях пуповини, аорті плода, середньо мозковій артерії плода та маткових артеріях. Виявлені зміни потребують розробки профілактичних і лікувальних заходів, направлених на корекцію порушеного стану плода і змін в фето-плацентарній системі.

6. У вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом спостерігаються зміни в стані психічного здоров'я, які проявляються психоемоційною нестабільністю і супроводжуються збільшенням показників

ситуативної тривожності, зокрема: у вагітних з рубцем на матці від 22,7 % до 47,3 %, у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій – від 20,0 % до 48,7 % та у вагітних з аномаліями пологової діяльності – від 12,7 % до 19,3 %. Відбувається збільшення особистої тривожності відповідно: у вагітних з рубцем на матці – від 23,3 % до 46,0 %, у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій – від 22,0 % до 48,0 % та у вагітних з аномаліями пологової діяльності – від 11,3 % до 15,3 %. Особистість вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом характеризується психопатологічними розладами, труднощами в міжособистісних відносинах, невпевненістю в собі, нездатністю прийняття самостійних рішень та відзначаються проявами тривоги і депресії, на ситуацію дезадаптації реагують проявами астенії, інертністю та пасивністю. Найбільш виражені зміни в психоемоційному стані вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом були у вигляді проявів помірної депресії (у вагітних з рубцем на матці – 18,7 %, у вагітних з застосування допоміжних репродуктивних технологій – 18,0 % та у вагітних з аномаліями пологової діяльності – 9,3 %) та депресії середнього рівня (у вагітних з рубцем на матці – 1,3 %, у вагітних з застосування допоміжних репродуктивних технологій – 2,0 % та у вагітних з аномаліями пологової діяльності – 0,7 %).

7. Клініко-морфологічні дослідження стану попереднього післяопераційного рубця на матці дозволило визначити діагностичні критерії стану післяопераційного рубця на матці, визначити клінічні, ультразвукові, доплерометричні та патгістологічні маркери неспроможності післяопераційного рубця на матці, що дозволяє використати ці дані для прогнозу можливості вагінальних пологів у вагітних з післяопераційним рубцем на матці.

8. Патоморфологічне дослідження тканини плаценти від жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом дозволило з'ясувати патогенетичні механізми змін в матково-плацентарному комплексі, що призводить до розвитку плацентарної недостатності різного ступеня вираженості та виникненню гіпоксії плода і новонароджених у обстежених вагітних. Так в плаценті у жінок з рубцем на матці при плацентарній недостатності гіпоксичні прояви легкого ступеня зустрічались у 23 (15,3 (11,4-19,2)) %, компенсовані у 52 (34,7 (32,2-37,2)) % та субкомпенсовані у 35 (23,2 (21,2-25,4)) %; у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій відповідно: легкого ступеня – 48 (32,0 (27,3-36,7)) %, компенсовані – 53 (35,4 (33,9-36,9)) % та субкомпенсовані – 32 (21,3 (20,0-22,6)) %; у жінок з аномаліями пологової діяльності відповідно: компенсовані у 52 (34,7 (33,9-36,4)) % та субкомпенсовані – 29 (19,3 (16,2-21,7)) %.

9. Результати багатофакторного прогнозування дозволяють за допомогою розроблених формул алгоритмів прогнозування та обрахованих шансів передбачити можливість розродження шляхом операції кесарева розтину вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу шляхом операції

кесарів розтин. Розроблені формули алгоритмів прогнозування та обраховані шанси можливості розродження шляхом операції кесарева розтину вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу, зокрема, у вагітних з рубцем на матці, у вагітних після застосування допоміжним репродуктивних технологій та у вагітних з можливим розвитком аномалій пологової діяльності дозволяють своєчасно провести підготовку інших вагітних цих груп до розродження через природні пологові шляхи.

10. Проведена прегравідарна підготовка та використання розроблених алгоритмів обстеження і діагностичних заходів до та під час вагітності та лікувальні заходи під час вагітності для жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу показали свою високу ефективність та дозволили знизити частоту ускладнень під час вагітності і пологів, визначити необхідність розродження жінок шляхом кесарева розтину і знизити частоту оперативного розродження таких жінок. Так, частота оперативного розродження вагітних з рубцем на матці знизилась більш як в 4 рази і склала 22 %, частота операції кесарева розтину у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій знизилась більш як в 7 разів і склала 13,3 % та у вагітних з можливим розвитком аномалій пологової діяльності в пологах та з розвившимися аномаліями пологової діяльності розродження шляхом операції кесарева розтину знизилось в 9,6 разів і склало 9,3 %.

### **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Вагітні з рубцем на матці, після застосування допоміжних репродуктивних технологій та з можливим розвитком аномалій пологової діяльності потребують пильного диспансерного спостереження до настання вагітності та під час вагітності і мають бути віднесені в групу високого ризику щодо розвитку акушерської та перинатальної патології.

2. Жінки з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом потребують двохетапного обстеження та діагностичних дій за розробленими алгоритмами: перший етап проводиться на прегравідарному періоді, а другий етап під час вагітності.

3. Комплексне обстеження жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом на прегравідарному етапі має обов'язково включати:

- огляд лікаря акушера-гінеколога з ретельним опитуванням скарг, анамнезу та катамнезу, даних щодо перенесених хірургічних втручань та особливостей стану репродуктивного здоров'я;

- таким жінкам проводиться інформована бесіда щодо можливості народження дитини через природні пологові шляхи;

- огляд терапевта, та в разі виявлення екстрагенітальної патології, призначення додаткових діагностичних та лікувальних заходів;

- огляд лікаря-ендокринолога та в разі виявлення ендокринної патології призначення додаткових діагностичних та лікувальних заходів;

- огляд лікаря променевої діагностики, УЗД та доплер-дослідження стану органів малого тазу, стану рубця на матці (в разі, якщо такий є);

- визначення психоемоційного стану жінок з використанням сучасних психологічних тестів (шкала Спілбергера-Ханіна, тесту Бека та скороченого багатофакторного опитувальника для дослідження особистості);

- консультація психолога та, при необхідності, призначення лікувальних заходів;

- визначення стану мікробіоцинозу урагенітальних органів;

- при необхідності, визначення рівня статевих гормонів;

4. Комплексне обстеження жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом на етапі вагітності має обов'язково включати всі позиції діагностичних дій як і на прегравідарному етапі, при цьому всі обстеження проводяться в кожному триместрі вагітності.

Особливої уваги потребує стан післяопераційного рубця, як на передній черевній стінці, так і на матці (в разі його наявності). Динаміка змін в стані післяопераційного рубця та його діагностика і оцінка стану проводяться протягом всієї вагітності.

В разі виявлення екстрагенітальної патології, проводиться оцінка її значення для розродження жінок шляхом операції кесарева розтину (обов'язкова повторна оцінка в третьому триместрі).

5. Критеріями змін в стані післяопераційного рубця як на передній черевній стінці та на матці (в разі його наявності) є:

- при зовнішньому огляді стану післяопераційного рубця на передній черевній стінці виявляються 3 види змін в стані післяопераційного рубця - виражені гіпертрофічні зміни рубця (післяопераційний рубець колоїдного типу), рубець з ділянками деформації, які свідчили про за живлення ділянок рубця шляхом вторинного натягіння (в разі можливих інфекційних післяопераційних ускладнень) та рубець з гіпертрофічними змінами та ділянками заживлення шляхом вторинного натягіння;

- визначається давність оперативного втручання на матці: до двох років, до 3 років та до 5 років і більше;

- скарги на больові відчуття в ділянці післяопераційного рубця періодичні, або постійні;

- симптомів болючості при пальпаторному обстеженні в ділянці після операційного рубця: локальна болючість при пальпації, або болючість при пальпації по всій проекції рубця;

- ультразвуковими змінами післяопераційного рубця на матці є: витончення стінки рубця, гіперехогенність по всій проекції рубця, нерівномірність нижнього сегменту матки в ділянці післяопераційного рубця, дефекти рубця на матці, у вигляді нерівності контуру нижнього сегмента матки та поєднання витончення з дефектами рубця на матці. Серед ультразвукових ознак, що можуть бути ранніми діагностичними критеріями виявлення неспроможності післяопераційного рубця на матці є витончення стінки рубця на матці 1 ступеня - товщина 3 мм та 2 ступеня - товщина від 3 до 2 мм.

Зміна товщини рубця у таких вагітних може бути несприятливою прогностичною ознакою, якщо в ділянці рубця виявляються симптоми «ніши», ділянки ущільнення в поєднанні з ехонегативністю оточуючої тканини матки.

- доплерометричними критеріями змін в стані післяопераційного рубця на матці є: васкуляризація відсутня в разі виявлення товщини рубця нижче 3 мм (3-2 мм), або зміна значення показників кровотоку в радіальних артеріях в ділянці рубця на матці. При цьому, ІР становить -  $0,8 \pm 0,2$ , ІІ -  $2,4 \pm 0,3$ , С/Д -  $2,2 \pm 0,1$ . Такі показники зміни кровотоку в ділянці післяопераційного рубця можуть бути діагностичними критеріями виявлення неспроможності післяопераційного рубця у вагітних з рубцем на матці.

6. Для прогнозування можливості розродження вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом проводити обрахування таких можливостей за допомогою розроблених формул алгоритму прогнозування з урахуванням шансів таких можливостей.

7. Комплекс лікувальних заходів для жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом на прегравідарному етапі має включати:

- проведення інформаційної бесіди щодо можливості народження дитини при наступній вагітності через природні пологові шляхи;
- психологічне розвантаження (психотерапія та медикаментозні засоби);
- призначення загальноукріплюючих медикаментозних засобів (препарати, що містять продукти життєдіяльності бджіл, мікроелементи та вітаміни);
- призначення препаратів, що позитивно впливають на метаболічні процеси в міометрії та в інших тканинах організму ( в разі наявності післяопераційного рубця на матці)
- корекція змін репродуктивного здоров'я.

8. Комплекс лікувальних заходів для жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом на прегравідарному етапі має включати:

- проведення інформаційної бесіди щодо можливості народження дитини через природні пологові шляхи в кожному триместрі вагітності;
- психологічне розвантаження (психотерапія та медикаментозні засоби), в кожному триместрі вагітності;
- медикаментозна корекція змін рівня статевих гормонів та лікування загрози переривання вагітності з використанням мікронізованого прогістерону;
- медикаментозне лікування проявів гіпоксії плода;
- корекція виявлених змін мікробіоценозу уrogenітальних органів.

## **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЙНОЇ РОБОТИ**

1. Пути снижения акушерских кровотечений при преждевременной отслойке и предлежании плаценты / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П., Вдовиченко С.Ю. // Здоровье женщины. - 2011. - № 3. - С.141-144 (Дисертантом проведено набір клінічного

*матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку).*

2. Кесарів розтин в умовах типового міського пологового будинку / Гончарук Н.П. // *Здоров'є жінки*. - 2012. - № 3. - С. 100-102.

3. Залежність показників перинатальних втрат від варіювання частоти кесаревого розтину при дистрес плода / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // *Здоров'є жінки*. - 2012. - № 8. - С.102-105 (*Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку*).

4. Вагітність і пологи у жінок з рубцем на матці після кесаревого розтину - реальна небезпека чи безпідставний страх /Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П., Полуянова О.М. // *Здоров'є жінки*. -2013. - № 3- С. 124-129 (*Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку*).

5. Динаміка частоти кесаревих розтинів у разі екстрагенітальної патології як показання до оперативного розродження / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // *Здоров'є жінки*. - 2013. - № 2- С. 108-112 (*Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку*).

6. Вивчення динаміки частоти кесаревих розтинів при аномаліях пологової діяльності, що не піддаються медикаментозній корекції, за період 2001 - 2014 років / Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // *Здоров'є жінки*. - 2013. - № 1. - С. 122-126 (*Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку*).

7. Аналіз показників кесарських розтинів з приводу неспроможності рубця на матці за період 2001 - 2011 роки / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // *Здоров'я жінки*. - 2013. - № 5. - С. 31-35 (*Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку*).

8. Шляхи зниження кесаревого розтину у жінок з вагітністю із застосуванням лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П. // *Здоров'є жінки*. - 2014. - № 5. - С. 100-103 (*Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку*).

9. Шляхи збільшення кількості вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П. // *Здоров'є жінки*. - 2014. - № 6 - С. 75-76 (*Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та*

узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку).

10. Ретроспективний аналіз кесаревого розтину в умовах типового міського пологового будинку / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Здоров'є жінчини. - 2015. - № 4 - С. 100-101 (Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку).

11. Оцінювання якості життя жінок із сексуальними дисфункціями після кесарева розтину / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Здоров'є жінчини. - 2015. - № 6 (102). - С. 142-146 (Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку).

12. Ретроспективний аналіз кесаревого розтину у жінок з рубцем на матці за 2001 - 2014 рр. в умовах типового міського пологового будинку / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Здоров'є жінчини. - 2015. - № 7 (103). - С. 100-102 (Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку).

13. Ретроспективний аналіз кесаревого розтину у жінок з аномаліями пологової діяльності за 2001-2014 рр. / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. - 2015. - Випуск 24. - С. 32 (Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку).

14. Діагностика неспроможності рубця на матці після кесаревого розтину (огляд літератури) / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Здоров'є жінчини. - 2016. - № 7. - С. 171 (Дисертантом проведено підбір літературних джерел, аналіз та узагальнення одержаної інформації, оформлено статтю до друку).

15. Шляхи зниження кесаревого розтину у жінок з аномаліями пологової діяльності / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Зб. наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика.-2016. - Випуск 27.-С.27 (Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку).

16. Шляхи зниження кесаревого розтину в умовах типового міського пологового будинку / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Здоров'є жінчини. - 2017. - Випуск 3. - С.50 (Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку)

17. Оптимізація підходів до пологорозрішення у жінок з вагітністю із застосуванням лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Здоров'є жінчини. - 2017. - Випуск 4. - С.123 (Дисертантом



*проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку)*

18. Партнерські пологи як шлях до зниження кесаревого розтину у жінок з аномаліями пологової діяльності / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Сімейна медицина. - 2017. - Випуск 3. - С.148 *(Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку)*

19. Аналіз випадків абдомінального пологорозрішення при аномаліях пологової діяльності / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Здоров'є жінчини. - 2017. - Випуск 6. - С.103 *(Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку)*

20. Аналіз випадків абдомінального пологорозрішення при гострій гіпоксії плода / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Здоров'є жінчини. - 2017. - Випуск 7 *(Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку)*.

21. Абдоминальное родоразрешение при экстрагенитальной патологии как показание к кесареву сечению со стороны матери / Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // East European Scientific Journal. - № 7 (35). - Part 1. - 2018. - С. 17-20 *(Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку)*.

22. Вагінальні пологи після попереднього кесаревого розтину / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // East European Scientific Journal. - № 7 (35). - Part 1. - 2018. - С. 21-23 *(Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку)*.

23. Оптимізація ведення жінок з аномаліями пологової діяльності / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // East European Scientific Journal. - № 8 (36). - Part 1. - 2018. - С. 13-16 *(Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку)*.

24. Анализ абдоминальных родоразрешений по показаниям со стороны матери / Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Весці Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі. Серыя медыцынскіх навук. - Том 15, № 3. - 2018. - С. 339-346 *(Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку)*.

25. Сомнительное состояние плода как показание к проведению кесарева сечения / Гончарук Н.П. // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - Том 8, № 4. - 2018. - С. 551-555.

26. Третье кесарево сечение: акушерские и перинатальные исходы / Гончарук Н.П. // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. - 2011. - Випуск 20. - С. 13-17.

27. Психологическое состояние женщин во время беременности и родов после применения вспомогательных репродуктивных технологий / Гончарук Н.П., Горбунова О.В., Ковида Н.Р. // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - Приложение - 2018. - С. 25-26 (*Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлено статтю до друку*).

28. Спосіб прогнозування вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці / Гончарук Н.П., Н.Р. Ковида // Корисна модель.-2019 (*Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлення до друку*).

29. Спосіб ведення жінок з аномаліями пологової діяльності / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р.// Корисна модель.-2019 (*Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлення до друку*).

30. Діагностика неспроможності рубця на матці / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Корисна модель.-2019 (*Дисертантом проведено набір клінічного матеріалу, аналіз та узагальнення одержаних результатів, статистичну обробку матеріалу, підбір літературних джерел, оформлення до друку*)

31. Клініко-морфологічні особливості рубцевої тканини матки / Гончарук Н.П. // Збірник Вінницького національного медичного університету. - 2019. - Випуск 23 - С. 98-103

32. Стан фето-плацентарного комплексу у вагітних з урахуванням наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу / Гончарук Н.П.//Репродуктивна ендокринологія. - 2019.- С. 25-27

## АНОТАЦІЯ

**Гончарук Н.П. Шляхи зниження частоти кесаревих розтинів при акушерській патології та обтяженому репродуктивному анамнезі. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.01 «Акушерство та гінекологія». (222 «Медицина») – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, МОЗ України Київ, 2019.

Проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз розродження жінок в умовах типового міського пологового будинку за попередні 10 років дозволив визначити, що кількість пологів зростала з кожним роком, при цьому хвилеподібно

зростав відсоток кесарева розтину. Визначено, що одним з основних показань до кесарева розтину протягом десятирічного періоду були: наявність рубця на матці, первинна слабкість пологової діяльності та допоміжні репродуктивні технології. Оцінка післяопераційних ускладнень показала, що найбільш поширеними були субінволюція матки, інфільтрація післяопераційних швів та кровотечі.

Проведено детальний аналіз перебігу вагітності, пологів, стану плода та новонароджених у обстежених вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом, які були розподілені на три групи: жінки з рубцем на матці, жінки після застосування допоміжних репродуктивних технологій та жінки з аномаліями пологової діяльності. Вагітність у жінок з рубцем на матці перебігала з ускладненнями: гестозом другої половини вагітності, плацентарною дисфункцією та анемією. Майже всі жінки з рубцем на матці були розроджені шляхом кесарева розтину. Значна кількість новонароджених за оцінкою Апгар була в порушеному стані. Майже всі жінки після застосування допоміжних репродуктивних технологій були розроджені шляхом кесарева розтину. Вагітність у жінок з аномаліями пологової діяльності протікала з загрозою переривання вагітності в I та II триместрі. У таких вагітних часто зустрічалися багато- та маловоддя, патологічний прелімінарний період і передчасний розрив плідних оболонок. Також, в пологах у жінок з аномаліями пологової діяльності часто виявлялася недостатньо зріла та незріла шийка матки. Як прояв гіпоксичних станів плода до та під час пологів у жінок цієї групи часто виявлялося меконіальне забарвлення навколоплідних вод. В структурі показань до оперативного розродження становила первинна слабкість пологової діяльності та дещо менший показник вторинної слабкості пологової діяльності. Значна кількість новонароджених народилась в асфіксії середнього і тяжкого ступеня.

У вагітних з акушерською патологією та з обтяженим репродуктивним анамнезом виявляється фето-плацентарна недостатність, яка проявляється пригніченням гормональної функції фето-плацентарного комплексу (зниження вмісту плацентарного лактогену, естріолу, естрадіолу та прогестерону), що протікає на тлі змін серцевого ритму плода та тісно пов'язане з порушенням матково-плацентарно-плодового кровотоку і проявляється підвищеною резистентністю в артеріях пуповини, аорті плода, середньо мозковій артерії плода та маткових артеріях.

У досліджених вагітних спостерігаються зміни в стані психічного здоров'я, які проявляються психоемоційною нестабільністю і супроводжуються збільшенням показників ситуативної та особистої тривожності. Особистість таких вагітних характеризується психопатологічними розладами. Найбільш виражені зміни в психоемоційному стані вагітних проявляються у вигляді помірної депресії та депресії середнього рівня у вагітних з рубцем на матці та у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій і у вагітних з аномаліями пологової діяльності.

Клініко-морфологічні дослідження визначили діагностичні критерії стану післяопераційного рубця на матці та клінічні, ультразвукові, доплерометричні та

патгістологічні маркери неспроможності післяопераційного рубця на матці. Патоморфологічні дослідження тканин плаценти від обстежених жінок дозволили з'ясувати патогенетичні механізми змін в матково-плацентарному комплексі, що призводить до розвитку плацентарної недостатності.

**Ключові слова:** акушерська патологія, обтяжений репродуктивний анамнез, вагітні, кесарів розтин, рубець на матці, допоміжні репродуктивні технології, аномалії пологової діяльності.

### АННОТАЦІЯ

Гончарук Н.П. Пути снижения частоты кесаревых сечений при акушерской патологии и отягощенном репродуктивном анамнезе. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.01 «Акушерство и гинекология». (222 «Медицина») - Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, МЗ Украины Киев, 2019.

Проведенный ретроспективный клинико-статистический анализ родоразрешения женщин в условиях типичного городского роддома за предыдущие 10 лет позволил определить, что количество родов росло с каждым годом, при этом волнообразно рос процент кесарева сечения. Определено, что одним из основных показаний к кесареву сечению, в течение десяти лет были: наличие рубца на матке, первичная слабость родовой деятельности, вспомогательные репродуктивные технологии. Оценка послеоперационных осложнений показала, что наиболее распространенными были субинволюция матки, инфильтрация послеоперационных швов и кровотечения.

Проведено детальний аналіз течення вагітності, родов, стану плода і новонароджених у обстежених вагітних з акушерською патологією і обтяженим репродуктивним анамнезом, які були розділені на три групи: жінки з рубцем на матці, жінки після застосування допоміжних репродуктивних технологій і жінки з аномаліями родової діяльності. Вагітність у жінок з рубцем на матці протікала з ускладненнями: гестозом другої половини вагітності, плацентарною дисфункцією і анемією. Почти все жінки з рубцем на матці були родорозрешені шляхом кесарева сечення. Значительное количество новонароджених по шкале Апгар были в нарушенном состоянии. Почти все жінки після застосування допоміжних репродуктивних технологій були родорозрешені шляхом кесарева сечення. Вагітність у жінок з аномаліями родової діяльності протікала з загрозою прерывания вагітності в I і II триместрі. У таких вагітних часто зустрічались много- і маловодіє, патологічний прелиминарний період і преждевременний разрыв плодных оболочек. Також в родах у жінок з аномаліями родової діяльності часто оказывалась недостаточно зрелая і незрелая шийка матки. Як проявлення гіпоксических станів плода до і во время родов у жінок цієї групи часто виявлялась меконіальна окраска околоплодных вод. В структурі показань до оперативного родорозрешення була первична слабкість родової

деятельности и несколько меньший показатель вторичной слабости родовой деятельности. Значительное количество новорожденных у таких женщин родилось в асфиксии средней и тяжелой степени.

У беременных с акушерской патологией и с отягощенным репродуктивным анамнезом определяется фетоплацентарная недостаточность, которая проявляется угнетением гормональной функции фето-плацентарного комплекса (снижение содержания плацентарного лактогена, эстриола, эстрадиола и прогестерона), протекающей на фоне изменений сердечного ритма плода и тесно связанной с нарушением маточно-плацентарно-плодового кровотока и проявляется повышенной резистентностью в артериях пуповины, аорте плода, средне мозговой артерии плода и маточных артериях.

У обследованных беременных наблюдаются изменения в состоянии психического здоровья, которые проявляются психоэмоциональной неустойчивостью и сопровождаются увеличением показателей ситуативной и личностной тревожности. Личность таких беременных характеризуется психопатологическими расстройствами. Наиболее выраженные изменения в психоэмоциональном состоянии беременных проявляются в виде умеренной депрессии и депрессии среднего уровня у беременных с рубцом на матке, у беременных после применения вспомогательных репродуктивных технологий и у беременных с аномалиями родовой деятельности.

Клинико-морфологические исследования определили диагностические критерии состояния послеоперационного рубца на матке и клинические, ультразвуковые, доплерометрические и патгистологические маркеры несостоятельности послеоперационного рубца на матке. Патоморфологические исследования тканей плаценты от обследованных женщин позволили выяснить патогенетические механизмы изменений в маточно-плацентарном комплексе, что приводит к развитию плацентарной недостаточности.

**Ключевые слова:** акушерская патология, отягощенный репродуктивный анамнез, беременные, кесарево сечение, рубец на матке, вспомогательные репродуктивные технологии, аномалии родовой деятельности.

## SUMMARY

**Goncharuk N.P. Ways of decreasing cesarean section rate due to obstetrical pathology and burdened reproductive history - Manuscript.**

Thesis for the degree of Doctor of Medical Sciences in specialty 14.01.01 "Obstetrics and Gynecology" (222 "Medicine") – P.L. Shupik National medical academy of postgraduate education Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2019.

The conducted retrospective clinical and statistical analysis of women's births in the conditions of a typical city maternity hospital for the previous 10 years allowed determining that the number of births increased every year, with the increase of the percentage of caesarean section. We have determined that one of the main indications to caesarean section during ten-year period were presence of the uterine scar, primary weakness of labor activity and the use of

assisted reproductive technologies. The evaluation of postoperative complications showed, that the most common were uterus sub involution, postoperative scar infiltration and bleeding.

We have conducted detailed analysis of pregnancy, labor, state of the fetus and newborn among examined pregnant women with obstetric pathology and burdened reproductive history, which were divided into three groups: women with uterine scar, women after the use of assisted reproductive technologies and women with labor activity anomalies. Pregnancy in women with uterine scar progressed with complications: gestosis of the second half of pregnancy, placental insufficiency and anemia. Almost all women with uterine scar were delivered by caesarean section. A significant number of newborns, according to Apgar scale, were in impaired condition.

Almost all women after the use of assisted reproductive technologies were born by caesarean section. A significant number of newborns were born in the impaired state (mild and moderate hypoxia). Pregnancy in women with labor activity anomalies proceeded with the threat of termination of pregnancy in the first and second trimesters. In these pregnancies, high and low amount of amniotic fluid, pathologic preliminary period and premature membrane rupture were frequently encountered. Also, women with labor activity anomalies often have had insufficiently mature and immature cervix. As a manifestation of hypoxic conditions of the fetus before and during childbirth, women of this group the meconial coloration of amniotic fluid were often seen. In the structure of indications for operative delivery were the primary weakness of labor activity and a slightly smaller indicator of the secondary weakness of labor activity. A significant number of newborns were born in moderate to severe asphyxia.

In pregnant women with obstetric pathology and with a burdened reproductive history there is a fetoplacental insufficiency, which is manifested by the suppression of the hormonal function of the fetoplacental complex (reduction of the placental lactogen, estriol, estradiol and progesterone levels) due to impaired uterine-placental-fetal bloodflow and shows increased resistance in the umbilical arteries, fetal aorta, mid-cerebral artery of the fetus and uterine arteries.

We have found changes in mental health status in pregnant women that participated in the study, which were manifested by psycho-emotional instability and were accompanied by an increase in situational and personal anxiety. The personality of such pregnant women is characterized by psychopathological disorders. The most pronounced changes in the psycho-emotional state of pregnant women are manifested in the form of moderate depression and mid-level depression in pregnant women with uterine scar and in pregnant women after the use of assisted reproductive technologies and in pregnant women with labor activity anomalies.

Clinical and morphological studies have determined the diagnostic criteria for the status of the postoperative uterine scar on the uterus and the clinical, ultrasound, doppler and pathologic markers of failure of the postoperative scar on the uterus. Pathomorphological examination of placental tissue from the examined women allowed us to find out the pathogenetic mechanisms of changes in the uterine-placental complex, which leads to the development of placental insufficiency.

**Key words:** obstetric pathology, burdened reproductive history, pregnant women, caesarean section, uterine scar, assisted reproductive technologies, labor activity anomalies.

### ПЕРЕЛІК УМОВИХ СКОРОЧЕНЬ

АМО	– амплітуда миттєвих осциляцій
АПД	– аномалії пологової діяльності
Б	- безпліддя
ВП	– вагінальні пологи
ДПД	– дискоординувана пологова діяльність
ДРТ	– допоміжні репродуктивні технології
Е	– естріол
Е <sub>2</sub>	– естрадіол
ІР	– індекс резистентності
ІЦН	– істмікоцервікальна недостатність
КР	– кесарів розтин
МА	– маткові артерії
МЦ	- менструальний цикл
П	– прогестерон
ПД	– плацентарна дисфункція
ПІ	– пульсаційний індекс
ПЛ	– плацентарний лактоген
ППП	– патологічний прелімінарний період
ПРПО	– передчасний розрив плідних оболонок
РМ	– рубець на матці
С/Д	– систоло-діастолічне відношення
СПД	– слабкість пологової діяльності
ТП	– тонус плода
ФПС	– фето-плацентарна система
ФПК	– фето-плацентарний комплекс
ШМ	– шийка матки