

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І
ГІНЕКОЛОГІЇ ІМЕНІ АКАДЕМІКА О.М.ЛУК'ЯНОВОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

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]

ДИСЕРТАЦІЯ

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

14.01.01 - акушерство та гінекологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Н.П. Гончарук

Науковий консультант:

Горбунова Ольга Володимирівна,
доктор медичних наук, доцент

Київ – 2019

АНОТАЦІЯ

Гончарук Н.П. Шляхи зниження частоти кесаревих розтинів при акушерській патології та обтяженому репродуктивному анамнезі. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

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.

Збереження та зміцнення здоров'я, профілактика захворюваності населення України є найважливішим стратегічним напрямком соціальної політики держави, вікова структура населення якої стабільно зміщується в бік старіння, що незмінно тягне за собою зменшення числа дитячого населення та людей фертильного віку (Венцківський Б.М., 2011, Вдовиченко Ю.П., 2011, Антипкін Ю.Г., 2012, Маркін Л.Б., 2013). Сучасний стан загального здоров'я жінок характеризується погіршенням, в тому числі репродуктивного здоров'я, внаслідок низької народжуваності, низької сексуальної культури, що спричиняє високу розповсюдженість медичних абортів, підвищення частоти Б (безпліддя), акушерської та перинатальної патології (Гойда Н.Г., 2010, Подольський В.В., 2012, Камінський В.В., 2016). В зв'язку з вище викладеним спостерігається відносно низький рівень нормальних пологів (близько 30 %). Підвищення частоти оперативного розродження жінок, зокрема шляхом кесарева розтину (КР), народження дітей в порушеному стані все це призводить до збільшення малякової та дитячої захворюваності про що свідчить показник високої кількості хворих дітей - біля 40 тисяч хворих дітей щорічно в Україні (Антипкін Ю.Г., 2012, Горбунова О.В., 2013, Скрипченко Н.Я., 2014).

Саме тому визначення шляхів зниження частоти оперативного розродження жінок шляхом КР та покращення стану новонароджених є актуальною науковою задачею.

Мета роботи: 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 природніх пологів у жінок з рубцем на матці, у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій та у жінок у разі розвитку аномалій пологової діяльності.

Результати. 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 КР. Прооперовані жінки в більшості були в віці 25-26 років. Значна кількість вагітних була прооперована при перших пологах. Серед показань до оперативного розродження були дистрес плода, клінічно вузький таз, вагітність, яка настала після застосування ДРТ. Визначено, що одним з основних показань до КР протягом десятирічного періоду була первинна слабкість пологової діяльності. Оцінка післяопераційних ускладнень показала, що найбільш поширеними були субінволюція матки, інфільтрація післяопераційних швів та кровотечі.

Був проведений 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 (РМ), жінки після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) та жінки з аномаліями пологової діяльності (АПД).

Репродуктивний анамнез у жінок з РМ був обтяжений високою частотою артіфіційних абортів, мимовільних, ранніх та пізніх абортів. Також у жінок цієї групи достатньо часто зустрічались запальні захворювання статевих органів у вигляді ендометриту, метроендометриту, сальпінгоофориту. У жінок з РМ достатньо часто зустрічалися серцево-судинні та ендокринні захворювання. Вагітність у жінок з РМ перебігала з ускладненнями: гестозом другої половини вагітності, плацентарною дисфункцією (ПД) та анемією. Майже всі жінки з РМ були розроджені шляхом КР. Серед показань до оперативного розродження у них була: відмова жінки від спроби вагінальних пологів (ВП), неспроможність

РМ та загроза розриву матки. Значна кількість новонароджених за оцінкою Апгар була в порушеному стані.

У вагітних після застосування ДРТ також спостерігалися зміни репродуктивного здоров'я в анамнезі, які були обумовлені значною кількістю ранніх і пізніх мимовільних абортів до застосування ДРТ. В структурі гінекологічної захворюваності найчастіше були випадки хронічного кольпіту, аднекситу та дисплазії ШМ. Жінки цієї групи часто хворіли на серцево-судинні та ендокринні захворювання. Під час вагітності у жінок після застосування ДРТ спостерігались гестози другої половини вагітності, ПД та анемія. Майже всі жінки після застосування ДРТ були розроджені шляхом КР. Серед показань до оперативного розродження превалювали застосування ДРТ. В порушеному стані (гіпоксії легкого та середнього ступеня) народилася значна кількість новонароджених.

Вагітні з АПД до настання вагітності мали зміни репродуктивного здоров'я у вигляді частих запальних захворювань малого тазу, порушення менструальної функції та синдрому полікістозних яєчників. Іншими проявами змін репродуктивного здоров'я у жінок з АПД були високі показники артіфіційних абортів та мимовільних пізніх і ранніх абортів. Часто такі жінки хворіли на ендокринні та серцево-судинні захворювання. Вагітність у таких жінок протікала з загрозою переривання вагітності в I та II триместрі. У таких вагітних часто зустрічалися багато- та маловоддя, патологічний прелімінарний період (ППП) і передчасний розрив плідних оболонок (ПРПО). Також в пологах у жінок з АПД часто виявлялася недостатньо зріла та незріла ШМ. 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 (СПД) та дещо менший показник вторинної СПД. Значна кількість новонароджених народилась в асфіксії середнього і важкого ступеня.

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 (E), естрадіолу (E₂) та прогестерону (P)), 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 (АП), аорті плода, середньо мозковій артерії плода (СМА) та маткових артеріях (МА).

У досліджених вагітних спостерігаються зміни в стані психічного здоров'я, які проявляються психоемоційною нестабільністю і супроводжуються збільшенням показників ситуативної та особистісної 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 РМ та у вагітних після застосування ДРТ і у вагітних з АПД.

Клініко-морфологічні дослідження визначили діагностичні критерії стану післяопераційного РМ та клінічні, ультразвукові, доплерометричні та патгістологічні маркери неспроможності післяопераційного РМ. Патоморфологічні дослідження тканини 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.

SUMMARY

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 to determine that the number of births increased every year, with the wave of the percentage of caesarean section. Most of the women, who had caesarean section were between 25 and 26 years of age. A large number of pregnant women were operated on at first birth. Among the indications for surgical delivery were fetal distress, clinically narrow pelvis, pregnancy that came after the use of assisted reproductive

technologies. It was determined that one of the main indications for the caesarean section during the ten-year period was the primary weakness labour activity. Evaluation of postoperative complications showed that the most common were subinvolution of the uterus, infiltration of postoperative sutures and bleeding.

A detailed analysis of the pregnancy of the birth of the fetus and newborns in the 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.

Reproductive history of women with uterine scar was burdened with a high incidence of involuntary, early and late abortions. Also in women of this group inflammatory disease of genitals in the form of endometritis, metro endometritis, salpingoophoritis were quite common. In women with uterine scar, cardiovascular and endocrine diseases are quite common. 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. Among the indications for surgical delivery were: a woman's refusal to try vaginal birth, failure of the uterine scar and the threat of uterine rupture. A significant number of newborns, according to Apgar scale, were in impaired condition.

Pregnant women after the use of assisted reproductive technologies have also had a history of reproductive health changes, which were caused by a large number of early and late involuntary abortions prior to the use of assisted reproductive technologies. In the structure of gynecological morbidity the cases of chronic colpitis, adnexitis and dysplasia of the cervix were most often. Women in this group often suffered from cardiovascular and endocrine diseases. During pregnancy, pre-gestational gestosis, placental insufficiency, and anemia were observed in women after the use of assisted reproductive technologies. Almost all women after the use of assisted reproductive technologies were born by caesarean section. Among the indications for surgical delivery were the use of assisted reproductive technologies. A

significant number of newborns were born in the impaired state (mild and moderate hypoxia).

Pregnant women with labor activity anomalies had changes in reproductive health in the form of frequent pelvic inflammatory disease, menstrual dysfunction, and polycystic ovarian syndrome before pregnancy. Other manifestations of changes in reproductive health in women with labor activity anomalies were high rates of artificial abortions and involuntary late and early abortions. Often, these women have endocrine and cardiovascular disease. Pregnancy in such women proceeded with the threat of termination of pregnancy in the pedestrian and second trimesters. In these pregnancies, many- and shallow-water, pathologic preliminary period and premature membrane rupture were frequently encountered. Also, women with labor activity anomalies often have insufficiently mature and immature cervix. As a manifestation of hypoxic conditions of the fetus before and during childbirth, women of this group often showed meconial coloration of amniotic fluid. In the structure of indications for operative delivery was 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 difficult reproductive history there are feto-placental insufficiency, which is manifested by the suppression of the hormonal function of the feto-placental complex (reduction of the content of placental lactogen, estriol, estradiol and progesterone and progesterone) 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.

Pregnant women studied show changes in mental health status, which are manifested by psycho-emotional instability and are 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 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.

НАУКОВІ ПРАЦІ ДЕ ОПУБЛІКОВАНІ ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ

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.

2. Кесарів розтин в умовах типового міського пологового будинку / Гончарук Н.П. // Здоровье женщины. - 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. // Здоровье женщины. - 2012. - № 8. - С.102-105.

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. // Здоровье женщины. -2013. - № 3- С. 124-129.

5. Динаміка частоти кесаревих розтинів у разі екстрагенітальної патології як показання до оперативного розродження / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Здоровье женщины. -2013. - № 2- С. 108-112.

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. // Здоровье женщины. - 2013. - № 1. - С. 122-126.

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.

8. Шляхи зниження кесаревого розтину у жінок з вагітністю із застосуванням лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій / Вдовиченко Ю.П. , Гончарук Н.П. // Здоровье женщины. - 2014. - № 5. - С. 100-103.

9. Шляхи збільшення кількості вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину / Вдовиченко Ю.П. , Гончарук Н.П. // Здоровье женщины. - 2014. - № 6 - С. 75-76.

10.Ретроспективний аналіз кесаревого розтину в умовах типового міського пологового будинку / Гончарук Н.П. , Ковида Н.Р. // Здоровье женщины. - 2015. - № 4 - С. 100-101.

11.Оцінювання якості життя жінок із сексуальними дисфункціями після кесарева розтину / Вдовиченко Ю.П. , Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Здоровье женщины. - 2015. - № 6 (102). - С. 142-146.

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. // Здоровье женщины. - 2015. - № 7 (103). - С. 100-102.

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.

14. Діагностика неспроможності рубця на матці після кесаревого розтину (огляд літератури) / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Здоров'є жінщини. - 2016. - № 7. - С. 171.

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.

16. Шляхи зниження кесаревого розтину в умовах типового міського пологового будинку / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Здоров'є жінщини. - 2017. - Випуск 3. - С.50

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

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

19. Аналіз випадків абдомінального пологорозрішення при аномаліях пологової діяльності / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Здоров'є жінщини. - 2017. - Випуск 6. - С.103

20. Аналіз випадків абдомінального пологорозрішення при гострій гіпоксії плода / Вдовиченко Ю.П., Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Здоров'є жінщини. - 2017. - Випуск 7.

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.

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.

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.

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.

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.

28. Спосіб прогнозування вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Корисна модель.-2019.

29. Спосіб ведення жінок з аномаліями пологової діяльності / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Корисна модель.-2019.

30. Діагностика неспроможності рубця на матці / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Корисна модель.-2019

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

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень.....	14
Вступ.....	17
Розділ 1. Шляхи зниження частоти кесаревих розтинів при акушерській патології та обтяженому репродуктивному анамнезі (огляд літератури).....	26
1.1 Кесарів розтин у сучасному акушерстві.....	26
1.2. Рубець на матці як показання до повторного кесарева розтину....	32
1.3. Проблема екстракорпорального запліднення як одного з показань до операції кесарів розтин.....	49
1.4. Аномалії пологової діяльності з точки зору показань до кесарева розтину.....	59
Розділ 2. Матеріали і методи дослідження.....	84
Розділ 3. Клініко-статистичний аналіз розродження жінок в умовах типового міського пологового будинку (за попередні 10 років).....	96
3.1. Клініко-статистичний аналіз розродження шляхом операції кесарів розтин жінок за попередні 10 років.....	96
3.2. Клініко-статистичний аналіз розродження шляхом операції кесарів розтин жінок з рубцем на матці за попередні 10 років.....	107
3.3. Клініко-статистичний аналіз розродження шляхом операції кесарів розтин жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій за попередні 10 років.....	111
3.4. Клініко-статистичний аналіз розродження шляхом операції кесарів розтин жінок з аномаліями пологової діяльності за попередні 10 років.....	116
Розділ 4 Особливості перебігу вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу.....	122
4.1 Перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок з рубцем на матці.....	122

4.2. Перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій.....	136
4.3. Перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок з аномаліями пологової діяльності.....	150
Розділ 5. Стан фето-плацентарного комплексу у вагітних з урахуванням наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу.....	162
Розділ 6. Стан психічного здоров'я вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу.....	180
Розділ 7. Морфофункціональний стан міометрію в ділянці рубця після попереднього оперативного втручання та плаценти у жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу.....	195
Розділ 8. Алгоритми прогнозування та шанси клінічної необхідності розродження жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу шляхом операції кесарів розтин.....	237
Розділ 9. Діагностичні та лікувально-профілактичні заходи для вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу.....	247
Аналіз та узагальнення результатів.....	291
Висновки.....	312
Практичні рекомендації.....	317
Список використаних джерел.....	321

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Абс.ч	- абсолютне число
АМО	– амплітуда миттєвих осциляцій
АП	– артерія пуповини
АПД	– аномалії пологової діяльності
Б	– безпліддя
БПП	– біофізичний профіль плода
БПР	– біпаріетальний розмір
БЧСС	– базова частота серцевих скорочень
ВІ	– вірогідний інтервал
ВР	– відношення ризиків
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ВП	– вагінальні пологи
ДВЗ	– дисеміноване внутрисудинне згортання
ДПД	– дискоординована пологова діяльність
ДПК	– довжина плечової кістки
ДРП	– дихальні рухи плода
ДРТ	– допоміжні репродуктивні технології
ДСК	– довжина стегнової кістки
Е	– естріол
ЕКЗ	– екстракорпоральне запліднення
Е ₂	– естрадіол
ЖК	– жіноча консультація
ІМТ	– індекс маси тіла
ІР	– індекс резистентності
ІЦН	– істмікоцервікальна недостатність
ІПСШ	- інфекції, що передаються статевим шляхом
КШК	– криві швидкостей кровотоку

КМПБ	– Київський міський пологовий будинок
КР	– кесарів розтин
КТГ	– кардіотокограма
МА	– маткові артерії
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
МЦ	- менструальний цикл
ОГ	– окружність голови
ОЖ	– окружність живота
ОНВ	– об'єм навколоплідних вод
П	– прогестерон
ПД	– плацентарна дисфункція
ПІ	– пульсаційний індекс
ПЛ	– плацентарний лактоген
ППП	– патологічний прелімінарний період
ПРПО	– передчасний розрив плідних оболонок
РАП	– рухова активність плода
РМ	– рубець на матці
СБОО	– скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості
С/Д	– систоло-діастолічне відношення
СЗП	– ступінь зрілості плаценти
СМА	– середня мозкова артерія плода
СП	– структура плаценти
СПД	– слабкість пологової діяльності
ТП	– тонус плода
УЗД	– ультразвукове дослідження
ФПС	– фето-плацентарна система
ФПВФ	- формула прогнозування впливу фактору
ЧСС	- частота серцевих скорочень
ХГЛ	– хоріонічний гонадотропін людини

ЦПВ	– церебро-плацентарне відношення
ШМ	– шийка матки
b	- коефіцієнт множинної логістичної регресії, що показує силу впливу фактору на прогностичну модель
Ig	- імуноглобулін
SE	- стандартна похибка
Wald	- критерій Вальда, що показує абсолютний вимір

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дисертації. Операція КР останніми роками є найпоширенішою в акушерстві (Запорожан В.М., 2010, Вдовиченко Ю.П., 2013, Маркін Л.Б., 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 (Венцківський Б.М., 2011, Подольський В.В., 2012, Потапов В.А., 2014, Камінський В.В., 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 РМ після КР, особливо з точки зору зниження перинатальної патології (Скрипченко Н.Я., 2012, Венцківська І.Б., 2013, Горбунова О.В., 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.

Вітчизняні вчені та лікарі все частіше піднімають питання про необхідність зниження частоти КР, зокрема з точки зору перинатальної патології і материнської захворюваності (Вдовиченко Ю.П., 2005;

Венцьківський Б.М., 2010). Проблему КР не можна вважати повністю вирішеною, особливо з огляду на необхідність зниження частоти оперативного розродження у жінок з РМ, при АПД і після використання ДРТ (Гойда Н.Г., 2010, Юзько О.М., 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 Б 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 прораховані за допомогою коефіцієнтів кореляції алгоритми прогнозування та визначення шансів необхідності розродження вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом можуть дозволити визначити такі дії 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 ФПС психічного здоров'я матері та морфо-функціональних особливостей міометрію, післяопераційного рубця та плаценти дозволить розробити систему лікувальних та профілактичних заходів направлені на зменшення частоти операції КС у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом, що є актуальним і надзвичайно важливим.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами

Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукових робіт кафедри акушерства, гінекології і 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 роботи: 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 жінок у разі розвитку аномалій пологової діяльності.

Завдання 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 морфофункціонального стану тканин матки після попереднього абдомінального розродження та плаценти у жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу.

6. Розробити алгоритми прогнозування та розрахувати 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 фетоплацентарного комплексу, 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: бібліографічні; клінічні (клінічну оцінку стану здоров'я обстежених жінок проводили за допомогою спеціально розробленої статистичної карти); ендокринологічні (визначення концентрації гормонів ФПС: ПЛ, Е, Е₂ 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 (СБОУ); 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 та співавт., 1976), 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 та співавт., 1987) 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 АП, у правій і лівій МА, СМА 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).

Наукова новизна одержаних результатів.

Вперше на основі проведеного клініко-статистичного аналізу встановлено основні причини зростання частоти кесарева розтину 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 рубцем на матці, жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій та жінок з аномаліями пологової діяльності, 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 кесарева розтину.

Вперше визначено стан фетоплацентарного комплексу 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, прогестерону та естрадіолу. 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 рубця на матці 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 рубцем на матці, вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій та вагітних з аномаліями пологової діяльності шляхом кесарева розтину. Визначені шанси клінічної необхідності розродження жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу шляхом операції кесарів розтин 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 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.

Розроблено та впроваджено алгоритми обстеження та діагностичних заходів для жінок з РМ після застосування ДРТ і при АПД.

Розроблено та впроваджено алгоритми прогнозування розродження шляхом КР жінок акушерською патологією і обтяженим репродуктивним анамнезом для кожної групи жінок: з РМ після застосування ДРТ і при АПД.

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.

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, визначені 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 клінічно-лабораторне і функціональне обстеження 150 жінок з РМ після КР, 150 жінок після застосування ДРТ, 150 жінок з АПД, які

проведені за загальноприйнятим алгоритмом; та 150 жінок з РМ після КР, 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.

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.). Результати дослідження використовуються в практичній роботі пологового будинку № 1 міста Києва; у навчальному процесі на кафедрі акушерства, гінекології та перинатології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України.

Публікації за темою дисертації

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

РОЗДІЛ 1

ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ КЕСАРЕВИХ РОЗТИНІВ ПРИ АКУШЕРСЬКІЙ ПАТОЛОГІЇ ТА ОБТЯЖЕНОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ АНАМНЕЗІ (огляд літератури)

1.1. Кесарів розтин у сучасному акушерстві

Збереження та зміцнення здоров'я, профілактика захворюваності населення України є найважливішим стратегічним напрямком соціальної політики держави, вікова структура якої стабільно зміщується в бік старіння, що незмінно тягне за собою зменшення числа дитячого населення та людей фертильного віку [12, 19, 24, 26]. Сучасний стан загального здоров'я жінок характеризується погіршенням, в тому числі репродуктивного здоров'я внаслідок низької народжуваності, низької сексуальної культури, що спричиняє високу розповсюдженість медичних абортів, підвищення частоти Б, акушерської та перинатальної патології [19, 26]. В зв'язку з вище викладеним спостерігається відносно низький рівень нормальних пологів (близько 30 %), підвищення кількості хворих дітей (біля 40 тисяч хворих дітей щорічно в Україні) [7, 29, 39, 46, 68, 78, 83] і збільшення частоти КР.

КР є найпоширенішою операцією в акушерстві. Сучасні підходи до розродження у значній мірі характеризуються агресивністю, до проявів якої відноситься зростаюча частота КР.

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.

У середньому частота КР в популяції, за даними вітчизняних і закордонних авторів, коливається від 9 % до 38 % [4, 23, 140, 146, 154, 160]. Так, у різних регіонах нашої країни частота КР коливається від 7,0-8,0 % до 23,0-30,0 %. Території з високим рівнем частоти КР – це великі міста, обласні центри, в яких знаходяться перинатальні центри, науково-дослідні інститути, клініки надання допомоги жінкам з екстрагенітальною патологією, центри фетальної медицини.

В українських пологодопоміжних закладах частота абдомінального розродження знаходиться у межах 16-23 %, найбільший відсоток у містах та більш розвинених регіонах держави [26,7,19].

Однак, незважаючи на зниження показників материнської та перинатальної смертності в Україні, рівень їх в 3-3,5 рази вище, ніж в економічно розвинених країнах [26,19].

У світі показник КР становить 12-27 %. У США щорічно виконують близько 1 млн. операцій КР, що складає 22,8-23,8 % [207], при цьому в південних регіонах Америки частота КР була 28 %, у західних регіонах Америки – 20 %, що складає, таким чином, у 2003 році – 27,6 %, у 2004 році – 29,1 % [301, 304, 305].

На сьогодні шляхом КР народжена кожна четверта дитина в США (26,1 %), кожна п'ята – в Англії (21,5 %) і Канаді (22,5 %), більш ніж кожна третя (39,2-40,0 %) дитина – у Латинській Америці [301, 306, 308].

За даними світових вчених [289, 301, 306, 308] частота КР становить 18,1 %, причому найбільша частота (100 %) була відзначена у вагітних жінок з неправильним положенням плода (включаючи КР в анамнезі), а також при перших пологах у тазовому передлежанні плода (92,3 %). Це підтверджує той

факт, що тактика розродження при тазовому передлежанні теж змінилася в бік КР (60-80 %) [6, 11, 32].

Відмічається зниження частоти розродження шляхом проведення КР з нижньосерединною лапаратомією з 67,3 % до 41,0 % [44, 52, 291]. При цьому зареєстровано збільшення частоти даної операції з лапаратомією поперечним розтином з 21,9% до 50%, що відповідає сучасним тенденціям.

Вчені на багатьох регіональних та міжнародних форумах акушерів-гінекологів в останні роки широко обговорюють питання про необхідність зниження частоти оперативного розродження і робляться спроби визначити її оптимальний рівень. На XVIII Всесвітньому конгресі Міжнародної Федерації акушерів-гінекологів (FIGO, 2006), вказувалося на необхідність максимального скорочення відсотка КР при перших пологах, суворо дотримуватись показань до абдомінального розродження з обов'язковим обговоренням можливих варіантів ведення пологів із пацієнткою [92].

Згідно з даними науковців, зважаючи на низький індекс здоров'я населення, зростання важкої соматичної та гінекологічної патології, а також збільшення числа пацієток з одним або більше РМ, порушення внутрішньоутробного стану плода, зменшення частоти КР найближчим часом не відбудеться.

До якого ж рівня можна збільшувати частоту абдомінального розродження? Адже кожен РМ може бути неповноцінним, і тоді вже він з'явиться підставою для повторної операції.

Одним з основних критеріїв оцінки методу розродження є показник перинатальної смертності.

Перинатальна смертність в Україні, на жаль, перевищує таку в розвинених країнах. Так, ще в 2000 році перинатальна смертність в Австрії становила 6 %, Німеччині – 6 %, Нідерландах – 8 %, Швеції – 5 % [10, 18, 309]. В економічно розвинених країнах в даний час відзначається відносно низький її рівень, який в середньому становить 10-12 %, мінімальний рівень спостерігався в 2000 році в Японії – 5 %. Зниження перинатальної смертності

досягнуто за рахунок зменшення ранньої неонатальної смертності на 27,6 % (з 7,7 ‰ в 1991 р. до 6,2 ‰ в 2001 р. і до 4,49 ‰ в 2005 році) [135]. Рівень мертвонароджуваності за цей період знижувався в меншій мірі (з 8,8 ‰ до 6,6 ‰). Частка мертвонароджених серед усіх випадків перинатальної смерті знизилася з 53,6 % у 1991 р. до 51,6 % в 2001 р. [299].

Розширення показань до КР виправдано, якщо воно веде до зниження перинатальної захворюваності і смертності. Так, при частоті операції 12 % перинатальна смертність склала 3,3 ‰, при частоті 22,9 % - 1,43 ‰.

З літературних джерел відомо, що операція КР при частоті 8-10 % від всіх пологів дійсно приводить до зниження перинатальної смертності, але існує дослідження, в якому показано, що «ріст частоти абдомінального розродження вище 15-17 % підвищує вірогідність післяопераційних ускладнень при незмінній перинатальній смертності» [106].

Проте існує діаметрально протилежна думка. Проведений аналіз анте- та інтранатальних причин важкого стану доношених новонароджених дітей виявив, що висока (33,6 %) частота абдомінального розродження не була чинником, що знижує перинатальну захворюваність [4]. Те, що не можна вирішити проблему високої перинатальної смертності шляхом підвищення частоти операції КР, не викликає сумнівів, оскільки даний показник залежить від багатьох чинників.

Хоча абдомінальне розродження є більш небезпечним для плода в ситуації, коли він може постраждати (передчасне відшарування плаценти, плацентарна недостатність та ін.), інші причини, що впливають на частоту КР: відносна безпека операції, зниження ризику для плода, відсутність травм м'язів тазового дна, зручність для акушера, низька частота внутрішньочерепних крововиливів і, нарешті, бажання пацієнтки.

Було досліджено бажання жінки народжувати оперативним шляхом. Таке бажання висловили від 1,5 до 9,8 % жінок [149, 196]. Це бажання підтримують лікарі. За даними світової літератури, серед лікарів акушерів-гінекологів 31 % жінок і 8 % чоловіків висловилися за КР за бажанням, в інших

експертів ці дані склали 14,6 % і 16,4 % відповідно [8]. Однак, 95 % акушерок Англії висловилися проти КР за бажанням пацієнтки [160,44].

Отже відсоток КР неухильно зростає, що тягне за собою ряд нових проблем: з одного боку, це зростання частоти гнійно-септичних захворювань і пошуки ефективних заходів їх профілактики та лікування, з іншого – складністю ведення вагітності та пологів за наявності РМ після КР [74, 98, 105, 130, 135, 184, 273].

Пологи є завершальним етапом вагітності і від правильності їх ведення залежить стан матері та новонародженої дитини, у зв'язку з чим для більш ефективного ведення вагітності та пологів розробляються нові високотехнологічні методи дослідження [183, 204].

У ситуації, коли частота абдомінального розродження висока, закономірно виникає необхідність аналізу показань до цієї операції. Протягом багатьох років частина загальноприйнятих та таких, що вимагають екстреного втручання показань, як правило, відповідають класичному акушерству, залишається незмінною, але деякі з'являються знову в зв'язку з впровадженням в акушерську практику нових технологій [11,23,20,6].

Основними показаннями до КР в сучасному акушерстві з боку матері є: РМ, АПД, тяжка екстрагенітальна патологія, прееклампсія важкого ступеню, еклампсія; з боку плода: дистрес плода, ДРТ, передчасне відшарування плаценти, тазове передлежання та великий плід, багатоплідна вагітність [111].

На сьогодні численні дослідження присвячені проблемі адаптації новонароджених після КР і своєчасному проведенню їм реанімаційних заходів. При розродженні за допомогою КР існує ризик захворювання дихальної системи у новонародженого [203, 281], травм новонародженого [318]. З літературних джерел відомо, що плановий КР підвищує розвиток бронхіальної астми на 40 % [63]. За даними літератури частота респіраторних розладів у доношених новонароджених після планового КР коливається в межах 1,8–30 %, при проведенні КР в пологах становить 1,2-11,2 %, а при пологах *per vias naturales* не перевищує 0,5-3,7% [295, 323, 351, 364]. Період адаптації дітей до

зовнішнього середовища, які народилися шляхом операції КР, проходить набагато важче, чим тих, хто народився через природні пологові шляхи [63]. У фізичному плані це пов'язано з не проходженням через природні пологові шляхи, тобто відсутній вплив на нього фізіологічного біомеханізму пологів і стресової реакції дитини на пологи. Як показують багаточисленні дослідження, для дітей, народжених шляхом операції КР, в порівнянні з новонародженими, які народилися через природні пологові шляхи, характерна велика частота затримки першого вдоха, заковтування навколоплідних вод, наркотична депресія. В них значно нижчий біологічний імунітет, так як вони залишені можливості проходження через пологові шляхи і отримання необхідної для формування імунітета материнської мікрофлори.[63]

Проте, оцінюючи вплив операції на плід і новонародженого, слід враховувати преморбідний фон жінки та плода, початковий стан плода і наявність тяжкої акушерської або екстрагенітальної патології, які послужили показанням для абдомінального розродження, а також анестезіологічний супровід під час операції [171].

Досить актуальним питанням є вплив операції КР на формування відносин між матір'ю і новонародженим, хоча ця оцінка ґрунтується на суб'єктивних даних жінки [149, 249]. Виявилось, що після КР жінки оцінювали своє немовля менш позитивно, ніж після природних пологів, що, можливо, було обумовлено болем і слабкістю, які часто відчувають жінки після оперативного розродження [179, 314, 339, 348]. Однак, з іншого боку, матері вважали своїх дітей особливими, давали їм більш позитивну оцінку, вважали їх більш розумними і здібними [263].

Вражаючим є також вплив КР на сексуальну функцію жінки. Вітчизняними вченими [36] було встановлено, що частота сексуальних дисфункцій у жінок через 1-3 роки після пологів через природні пологові шляхи становить 27,5 % та абдомінального пологорозрішення - 52,5 %, через 4-7 років – 16,9 % і 39,5 %, через 7-10 років – 55,6 % та 8,0 % відповідно. Структуру сексуальних розладів склали порушення lubricації (74,4 % жінок

після вагінальних пологів, 93,0 % жінок після КР), порушення сексуального бажання (48,8 % жінок після пологів через природні пологові шляхи, 73,2 % жінок а КР в анамнезі), порушення збудження (51,1 % жінок після природних пологів, 79,1 % жінок після КР), вторинна аноргазмія (38,2 % жінок після вагінальних пологів, 41,9 % жінок після абдомінального полого розрішення), диспареунія (67,4 % жінок з природними пологами в анамнезі, 86,0 % жінок з КР в анамнезі) [36].

У жінок з абдомінальним розродженням в анамнезі ступінь вираженості та частота сексуальних порушень відзначалася вдвічі частіше, ніж у жінок з пологами через природні пологові шляхи [36].

Необхідно також враховувати таку проблему, як психологічний аспект КР, що базується на відчутті жінкою ступеня необхідності проведення операції, у разі якщо показання до операції є відносним: тазове передлежання плода, затяжні пологи, КР в анамнезі [149, 193].

Слід також зазначити, що зростання частоти КР збільшує такий показник, як ліжко-день, і призводить до підвищення витрат на охорону здоров'я тому, що з економічної точки зору, КР більш дороговартісний, ніж фізіологічні пологи через природні пологові шляхи.

Таким чином, значення КР в сучасному акушерстві продовжує зростати, і воно по праву займає провідне місце серед всіх пологорозрішуючих операцій через забезпечення сприятливих результатів для матері і плода при ряді важких акушерських ускладнень і екстрагенітальних захворювань [98, 105, 278].

1.2 Рубець на матці як показання до повторного кесарева розтину

Останніми роками розширюється спектр показань до КР як з боку плода, так і з боку матері. Неухильне зростання частоти цієї операції породжує одну з найактуальніших у сучасному акушерстві проблем - розродження вагітних з РМ після КР - на одне з перших місць, і ставить перед світовим акушерством нову

проблему - оптимізацію ведення вагітності та пологів у жінок з оперованою маткою [67, 98].

За останні 20 років частота абдомінального розродження у світі підвищилася більш ніж удвічі [59].

Дослідження провідних вчених [60, 118, 119, 106] доводять, що близько 75 % жінок з РМ після КР в нижньому матковому сегменті, за відсутності ускладнень, що призводять до першого КР, задовільному стані післяопераційного рубця можуть народити через природні пологові шляхи.

ВП після КР стають усе більш розповсюдженими, тому модель «один раз КР – завжди КР» протягом останніх часів піддано критиці більшістю провідних акушерів-гінекологів [9,29,19].

У той же час відбір жінок для пологів через природні пологові шляхи після КР є найбільш важкою та відповідальною задачею, яка вимагає стратегічного рішення. При виборі методу розродження у жінок з РМ необхідно оцінити стан рубця, який залежить від процесів регенерації тканин в області розсічення органа, методики раніше виконаної операції, стану матері та фетоплацентарного комплексу [76, 98, 111].

Отже, до теперішнього часу залишаються дискусійними питання можливості розродження через природні статеві шляхи після перенесеного КР і стандартизації лікувальної тактики у даній категорії вагітних [98].

Зростання частоти КР відзначається у всіх країнах світу, зупинити дану динаміку важко, так як в подальшому при повторних вагітностях до відносних показань і показань з боку плода приєднується ще одне - РМ.

За даними багатьох авторів [76, 79, 98, 149], кожний п'ятий і навіть третій КР є повторним [119, 328], а у кожної 2-4-ої жінки з РМ, де надається перевага спробі вагінальних пологів, у пологах виникає показання до КР.

Безсумнівно, РМ не завжди є показанням до операції. На думку вчених [111, 119], повторний КР слід здійснювати за наявності ультразвукових симптомів явної неповноцінності рубця; при збереженні патології, яка стала перший раз підставою для оперативного розродження; при двох і більше

рубцях після попередніх операцій, при великому плоді, гіпоксії плоду, тазовому передлежанні, або при абсолютному показанні, що виникло під час теперішньої вагітності. Однак частота пологів через природні пологові шляхи при наявності у жінки РМ не настільки велика: у 2000 році вона склала 7,7 %, в 2001 р. – 5,6 %, в 2002 р. - 7,6 %, в 2003 р. - 6,4 %, в 2004 р. – 6 %.

Фахівці дотримуються думки [21], що в структурі показань до КР РМ та тазове передлежання плода є, як і раніше, найбільш частою причиною, а в пологах переважають гіпоксія плода та АПД. При цьому, відмічається зниження таких показів, як клінічно вузький таз.

Великий відсоток КР у пацієток з РМ в ряді випадків також пояснюється бажанням вагітної і недосвідченістю лікаря. За даними іноземних фахівців [240], КР за бажанням вагітної було виконано у 52,2 % жінок з РМ.

Удосконалення ведення пологів через природні пологові шляхи з використанням сучасних систем моніторингу при наявності РМ після КР в нижньому матковому сегменті є суттєвим резервом зниження частоти КР, і за даними літератури становить 30-80 % [87]. Однак, пологи через природні пологові шляхи після КР пов'язані з високим ризиком [249], а також важке ускладнення як розрив матки після КР в нижньому сегменті зустрічається в 0,39-1,5 % випадків [45, 60, 72, 130]. Частота розриву матки підвищується в 2,7 разів при повторному КР, показник перинатальної смерті плода в результаті розриву матки по рубцю становить в середньому 1,4 (від 0 до 9,8) на 1000, а частота гістеректомії внаслідок розриву матки по рубцю становить в середньому 3,4 (від 0 до 12,6) на 10000 випадків, що неприпустимо в сучасних умовах.

Зарубіжні фахівці при метаналізі літератури встановили, що перинатальна смертність при пологах у жінок з РМ склала 5,8 %, а після повторного КР за бажанням пацієнтки - 3,4 % [142]. За іншими дослідженнями перинатальні втрати при повторному КР вище, ніж при вагінальних пологах, і складають 12,7-45 % [179,309]. За даними російських акушерів-гінекологів [2,51,4], перинатальна смертність при пологах через природні пологові шляхи дорівнює

4,7 %, при повторному КР - 38,6 %. Дана тенденція, на нашу думку, залежить не стільки від оперативного втручання, скільки від стану плода до операції та його зрілості, а головне - від коректного підбору порівнюваних груп.

При елективному КР порівняно з ВПКР зростають ризики виникнення транзиторного тахіпноє новонароджених(4-5 % проти 2-3 %) і респіраторного дистрес-синдрому(0,5% порівняно з менш ніж 0,05 %) [62]

Літературні джерела вказують, що внаслідок ВПКР на 0,25 % збільшується ризик перинатальної смертності або тяжкої неонатальної захворюваності та на 1,5 % збільшується ризик будь-якої значної захворюваності порівняно з вибором елективного КР. [62]

Материнська захворюваність при повторній операції в 3-4 рази вище, ніж при пологах через природні пологові шляхи [227]. В США материнська смертність після пологів через природні пологові шляхи становить 10 на 100 000 живонароджених, після повторного КР - 20, після багаторазових абдомінальних розроджень цей показник становить 40. Зростання материнської смертності та захворюваності після повторного КР в 90 % випадків обумовлено післяпологовими септичними ускладненнями: інфекційний процес в матці після КР відрізняється більш важким перебігом, нерідко супроводжується розвитком неспроможності рубця і є провідною причиною розвитку генералізованих форм інфекції [56, 263]. Серед жінок, які померли від септичних післяпологових захворювань, хворі перитонітом, що розвивається в основному через неспроможність швів на матці, складають 49,8 %, частота ендометриту після оперативних пологів становить в середньому 30 % [6, 141]. За даними іноземних вчених, часткова або повна неспроможність швів на матці на тлі прогресуючого ендометриту розвивається більш ніж у 80 % хворих (навіть при спочатку спроможних швах) [6].

Повторний КР є технічно більш складною операцією, ніж у неоперованих жінок. Аналіз інтра- і післяопераційних ускладнень після повторного КР показав, що ця операція не може бути віднесена до розряду технічно простих і безпечних втручань як для матері, так і для плода. І показання до нього повинні

бути ще більш аргументованими, ніж до першого [204]. При повторному КР в ряді випадків виникають утруднення під час розтину черевної порожнини, при розтині матки, виведенні голівки плода або при зашиванні рани матки, що може бути обумовлено наявністю злукового процесу в тканинах передньої черевної стінки, внутрішньочеревними злуками, що ускладнюють доступ до матки.

При огляді передньої стінки матки під час операції рубець часто непомітний, тобто його неспроможність не відзначається. У разі наявності видимого рубця він має сірий колір, тяжистість і втянутість за рахунок злук.

Однією з особливостей після КР є зміщення матки догори за рахунок злукового процесу, у тому числі і після повторної операції, що за даними вчених [58, 132] спостерігалось у 4,8-6,6 % жінок [59]. Однак слід зазначити, що частота злукових процесів при повторному КР в даний час значно знизилася, що можна пояснити вдосконаленням оперативної техніки, використанням синтетичного шовного матеріалу (вікріл, дексон), проведенням профілактичних заходів у післяопераційному періоді з використанням антибактеріальної та озонотерапії.

При пальпації неспроможного рубця виявляється його витончення, часто визначається тільки серозна оболонка, просвічують частини плода і навколоплідні води. Рубець на матці при повторному КР слід висікати і тканину направити на гістологічне дослідження.

Як результат зміни нормального анатомічного взаєморозташування органів, при повторному КР нерідким ускладненням є поранення сечового міхура, кишківника [60]. Під час виведення голівки, особливо великого плода, через непіддатливість і мінімальну еластичність рубцево-зміненої тканини нижнього сегмента, може відбутися розрив матки в одну або обидві сторони з травмуванням судинних пучків, що супроводжується масивною кровотечею. Нерідко повторний КР ускладнюється гіпотонічною кровотечею, причиною чому є порушення скоротливої активності матки. Консервативні методи її зупинки в цьому випадку не завжди ефективні і змушують вдаватися до перев'язки маткових судин або видалення матки [9].

У післяопераційному періоді частота ускладнень після повторної операції значно вище, ніж після вагінальних пологів і первинного КР [67, 240, 278, 328]. Висока частота післяопераційних ускладнень при повторному КР також вимагає більш обережного ставлення до цієї операції [327]. У результаті порушення інволюції матки нерідко ускладненням є ендометрит [213]. Частота перитоніту, непрохідності кишківника в таких випадках значно вище, ніж після першого КР. Ще одним можливим ускладненням після абдомінального розродження є Б. За даними різних авторів воно спостерігається в 2,6-6,4 % випадків [9, 320]. Репродуктивна функція після повторного КР відновлюється лише у 40 % жінок [117]. Порушення сексуальної функції після КР зустрічається у 25-45 % жінок, болі після операції - у 8,2-17,1 % пацієток, порушення менструальної функції - у 8,0-40 % [36].

Зараз існує багато технік проведення операції КР. Найбільш раціональним є інтраперитонельний КР з розтином матки поперечним розрізом в області нижнього сегмента за методом Дерфлера [11].

Протягом усього часу від моменту першого виконання даної операції продовжується вдосконалення техніки КР, що отримало свій розвиток в роботах М. Stark і співавт. [332, 333], які рекомендують розсічення передньої черевної стінки виконувати за методом Joel-Cohen. Матку після видалення посліду виводять з черевної порожнини і зашивають її. Рану на матці зашивають однорядним безперервним вікриловим швом, використовуючи спосіб Ревердена. Перитонізацію шва на матці не виконують. Парієтальну очеревию і м'язи передньої черевної стінки теж не зашивають. На апоневроз накладають безперервний вікриловий шов, шкіру зашивають окремими шовковими швами.

На тепер у нашій країні і за кордоном багато прихильників проведення операції КР за методикою М. Stark. Переваги методу за їх даними полягає у швидкості виконання операції, меншій крововтраті і більш легкому вилученні плода, меншою болючістю після операції, меншому ризику розвитку тромбозу та інфекції, знижується ліжко-день. Однак, є багато противників проведення КР

по Starky, і вони аргументують свою незгоду тим, що матку виводити з черевної порожнини не слід, а вісцеральну і парієтальну очеревину слід зашивати, адже необхідно повністю відновити анатомічні структури, що були розсічені або розведені тупим способом під час виконання операції [129].

Результати численних досліджень свідчать про те, що вагітність у жінок з РМ поєднана з високим ризиком ускладнень як з боку матері, так і з боку плода [110]. Важливим фактором є інтервал між КР і настанням наступної вагітності менше року: міометрій нижнього сегмента виявився неповноцінним в 83 % спостережень. Після планових операцій КР в анамнезі в 1,5 рази частіше виявлявся повноцінний міометрій нижнього сегмента. При локалізації частини плаценти в області нижнього сегмента у жінок з РМ, загроза переривання вагітності спостерігалася в два рази частіше, ніж при будь-якій іншій локалізації. Частота фетоплацентарної недостатності при локалізації плаценти в області рубця в два рази вище [22].

Незважаючи на успіхи в оперативному акушерстві, багато аспектів проблеми розродження вагітних з РМ після КР залишаються відкритими. До них відносяться такі питання, як знеболення самовільних пологів у жінок з РМ, розродження великим плодом, два і більше РМ, прикріплення плаценти в області РМ, оптимальний термін настання вагітності після попереднього КР, стимуляція пологів і її тривалість.

Більшість авторів найважливішою задачею вважають відбір вагітних з РМ для пологів через природні пологові шляхи. При цьому думки вчених з приводу критеріїв відбору неоднозначні. Так, М. Alnaes і співавт. [160] вважають, що післяопераційні ускладнення при попередній операції не впливають на спосіб розродження в наступних пологах. М. Enkin і співавт. [216] відзначають, що ризик, пов'язаний з пологами через природні пологові шляхи, у роділь з РМ не вище, ніж при плановому повторному КР. Більшість акушерів вказують, що більш сприятливим для настання вагітності є період 2-3 роки після перенесеного КР. Водночас інші автори зазначають [265], що інтервал між

попередньою операцією на матці і наступними пологами не є визначальним показанням до повторного КР.

Щодо оптимального терміну настання наступної вагітності у жінок, які перенесли КР, немає єдиної думки. Більшість акушерів рекомендують для цього період потому 1,5-3 роки після перенесеної операції [9,29]. З точки зору різних вчених [9, 11, 67] інтервал між КР і наступною вагітністю не є визначальним у настанні розриву матки. Тривалий проміжок між вагітностями призводить до прогресуючого склерозу в області рубця, його деваскуляризації, обумовлюючи все більшу його неповноцінність [16].

У той же час, деякі науковці [95] не вважають цей термін основним фактором ризику розриву матки по рубцю. На їх думку, до найбільш несприятливих чинників належить медичний аборт після КР, а часовий інтервал між КР і наступною вагітністю не є визначальним у виникненні розриву матки. На думку інших авторів [73, 154], визначальним чинником спроможності та неспроможності області післяопераційного розрізу є характер загоєння поверхні з переважним утворенням м'язової або рубцевої тканини.

У випадку, коли загоєння протікає за типом первинного натягу з переважним утворенням м'язової тканини, то такі основні чинники ризику, як локалізація плаценти, проміжок часу, що минув після КР, проведення медичних абортів після КР не мають принципового значення у визначенні методу розродження.

Незважаючи на наявний величезний досвід успішного ведення пологів у жінок з РМ, ставлення лікарів і вагітних до консервативної тактики вельми стримане [246]. Проте вважається, що потенційно самостійно можуть народжувати від 1/3 до 2/3 (30–70 %) вагітних з РМ після КР, якщо в повторних пологах немає тих причин, які послужили показанням до першого КР. Згідно з даними керівництва Королівського коледжу акушерів і гінекологів Великобританії, показник успіху ВПКР 74 % (95 % ДІ 72-75 %) [62].

У 9 %-30 % спостережень у процесі ведення пологів при наявності РМ виникають ускладнення, які змушують переглянути тактику ведення пологів на користь екстреного КР [302].

В Україні переважна більшість вагітних з РМ народжують абдомінальним шляхом у плановому порядку. Лише останнім часом переглядається тактика ведення пологів у жінок з РМ, особливо в закладах III рівня надання акушерської допомоги. Зважаючи на дану ситуацію, здається доцільною подальша наукова розробка нових методів прогнозування перебігу вагітності та пологів у цих жінок.

На думку ряду дослідників, що займаються проблемою розродження вагітних з РМ, ставлення до акушерського майбутнього цих жінок має бути переглянута [9].

Ряд акушерів-гінекологів стверджують, що лише 30-60 % жінок після КР можуть народжувати самостійно [9, 73, 154].

Дані зарубіжних авторів свідчать, щодо 80 % жінок, які перенесли КР, можуть народжувати через природні пологові шляхи, з успішним результатом як для матері, так і для плода [175]. У США висока частота абдомінального розродження, в структурі показань до якого переважав РМ [84]. Це спонукало Асоціацію акушерів-гінекологів (AGOG) до розробки рекомендацій з ведення вагінальних пологів після КР. У результаті впровадження цих рекомендацій у клінічну практику частота пологів через природні пологові шляхи у жінок з РМ збільшилася з 4,8 % в 1982 році до 27,5 % в 1995. Успішний розвиток програми вагінальних пологів дозволив рекомендувати Департаменту Охорони здоров'я США скоротити частоту КР в 2000 році до 15 % за рахунок збільшення вагінальних пологів у жінок з РМ. Мова йде про так звані «пробні» пологи.

Водночас виникає багато побоювань щодо того, що всі жінки після КР повинні здійснити спробу пологів через природні пологові шляхи, оскільки поки немає абсолютно надійних критеріїв і методів прогнозування спроможності РМ [20].

Дослідники вважають, що пологи через природні пологові шляхи після КР пов'язані з високим ризиком, і перевагу надають повторному КР. Багато вітчизняних дослідників також не поділяють думки, що всім жінкам з оперованою маткою слід проводити «пробні пологи». Для успішного результату ВП необхідний ретельний відбір цього контингенту [266, 291].

Одним з найбільш грізних ускладнень вагітності та пологів у жінок з РМ є розрив матки по рубцю. Стертість і невиразність клінічної симптоматики неспроможності РМ викликає труднощі в діагностиці даної патології [271].

На думку В.І. Кулакова і співавт. [76], на можливу неспроможність РМ після КР вказують:

- Ускладнений перебіг післяопераційного періоду (ендометрит, вторинне загоєння рани та ін.) при попередньому КР;
- попередній корпоральний КР ;
- два і більше КР в анамнезі;
- рубець на шкірі, спаяний з підлеглими тканинами;
- болі в області РМ;
- біль, що віддає в склепіння піхви;
- болючість при пальпації в області рубця;
- болісні рухи плода;
- підвищений тонус матки;
- незрілість ШМ при доношеній вагітності;
- підвищена рухова активність плода;
- дані УЗД (прикріплення плаценти в області РМ, витончення нижнього сегменту матки до 1,5-2 мм і менш або його нерівномірність, підвищена акустична щільність по всій зоні колишнього розрізу на матці).

Спроможний рубець - один із резервів зниження частоти абдомінального розродження [73, 154]. Основним критерієм, що визначає результат вагітності та пологів у жінок з РМ, служить стан клініко-функціональної та морфо-функціональної спроможності шва [13].

У зв'язку з цим актуальними є питання репарації шва на матці, які багато в чому визначають перебіг післяопераційного періоду і надалі стан репродуктивної функції жінки, час настання наступної вагітності, її перебіг і результат. Якість загоєння рани на матці після операції КР навіть за відсутності несприятливих чинників має різноспрямований характер [73, 154, 282].

При неповноцінному загоєнні рани на матці порушується анатомо-функціональна цілісність органу, різні клінічні прояви якої об'єднують поняттям «хвороба оперованої матки».

Небажання проведення консервативних пологів продиктоване, насамперед, страхом перед розривом матки. Дані різних авторів про частоту розривів матки під час вагітності та пологах істотно розрізняються. Розриви, матки, згідно авторів, можуть виникати, починаючи з 24 тижнів вагітності, кількість їх нарастає до 31-32 тижнях і досягає 25,2 % перед пологами [238]. У цих роботах наводяться дані про частоту розриву матки по рубцю після корпорального КР - операції, яка в даний час проводиться в рідкісних випадках. Розрив матки по рубцю, розташованому в нижньому сегменті, на думку більшості дослідників, зустрічається значно рідше, ніж після корпорального КР [89]. Частота розриву матки після корпорального КР досить висока і становить близько 12 % [89].

Дані літератури свідчать, що при проведенні КР в нижньому сегменті матки частота її розриву становить 0,2 - 1,5 % [300]. За даними іноземних науковців [234], розрив матки після КР в нижньому сегменті матки поперечним розрізом склав 1,8 %; інші вчені стверджують [89], що при проведенні 11000 пологів частота розриву матки по рубцю склала 0,5 %. Частота розривів матки по рубцю серед вагітних, які перенесли КР, становить 1,1-3 %. Частота розривів матки по рубцю в нижньому сегменті в пологах, коливається від 0,25 % до 0,6 % [89].

Зарубіжні вчені приводять дані, в яких частота розриву матки в проспективних когортних дослідженнях коливалася від 0/1000 [89] до 7,8/1000 [293]. Після сумарної оцінки результатів показник частоти розриву матки склав

2,7 (від 0,73 до 4,73) на 1000. У випадках двох і більше КР в анамнезі ризик розриву матки по рубцю зростає в три рази, і в три рази зростає число гістеректомій внаслідок вродження плаценти.

Дослідженням [110] було встановлено, що за сучасних умов у разі надання медичної допомоги вагітним пацієнткам, розрив матки виникає в 1,0-2,3 % випадків, а частота успішного вагінального розродження після КР складає 69,3-73,2 %. Таким чином, шанси розриву оперованої матки при пологах через природі пологові шляхи, складають 0,00006-0,00036, а шанси успішності вагінального розродження пацієнток з РМ – 4,47 - 5,02 . Спонтанна пологова діяльність у пацієнток з оперованою маткою характеризується значним ризиком невдачі завершитися через природні пологові шляхи ($p < 0,0001$), але пов'язані із значно меншим ризиком розриву матки ($p < 0,0001$).

Різні дані за частотою розривів пов'язані з неточністю термінології, з тим, що входить у поняття «розрив матки по рубцю». Іноземні автори розрізняють розрив матки по рубцю і розповзання матки по рубцю [300]. Розповзання рубця має безсимптомний перебіг, навколоплідні оболонки не порушені, очеревина ціла, плід знаходиться в порожнині матки, кровотеча відсутня або незначна. На думку іноземних авторів, при розповзанні РМ після вагінальних пологів і відсутності кровотечі з матки немає показань до проведення лапаротомії [234], але з такою рекомендацією важко погодитися. Розрив матки по рубцю це критичний стан, що загрожує життю матері і дитини, і вимагає екстреного втручання [9].

Безпека мимовільних пологів у вагітних з РМ залежить від процесів його загоєння в післяопераційному періоді. Перебіг репаративних процесів, у свою чергу, визначається великим числом факторів: преморбідний фон жінки, особливо наявність хронічних вогнищ інфекції, характеру мікрофлори генітального тракту, тривалих пологів, локалізації РМ, методики його ушивання, виду шовного матеріалу, тривалості оперативного втручання, ступіня крововтрати і адекватності її відновлення протягом післяопераційного періоду [57, 73, 154].

Надзвичайно важливими передумовами повноцінного РМ служать оптимальні умови кровопостачання, що виключають ішемію і гіпоксію тканин в області РМ, що визначається методикою зашивання матки, і мінімальною запальною реакцією в залежності від виду шовного матеріалу [64, 72, 208].

Одним з найважливіших аргументів на користь пологів через природні родові шляхи є позитивна оцінка спроможності РМ.

Всього ж за допомогою цієї операції пологи завершують від 55 до 85 % жінок з РМ [289]. У зв'язку з ні чим не доведеною неповноцінністю РМ тільки в плановому порядку піддається повторному КР близько 40–50 % вагітних. За даними вчених різних провідних установ [9, 73, 110, 154] неспроможність РМ при виконанні повторного КР спостерігається в 14,8-31,6 % випадків.

Однак зазначена частота цих ускладнень, можливо, є завищеною, так як про неспроможність рубця зазвичай судять по його витонченню за даними УЗД, але останнє не завжди призводить до розриву матки або розповзання рубця.

Основним фактором, що впливає на спроможність РМ, є здатність міометрію до регенерації, що була встановлена ще на початку ХХ століття. Вивчення характеру репарації в матці після міомектомії, резекції дворогої матки, перфорації, КР показало, що загоєння розсіченої стінки матки може відбуватися шляхом як субституції – неповноцінної регенерації, так і реституції, при якій рубець не виявляється [13].

При консервативному розродженні жінок з РМ проводять ретельне клінічне та інструментальне спостереження за характером пологової діяльності, станом РМ, тривалий постійний кардіомоніторинг плода [292, 276]. Після вилиття навколоплідних вод окремі автори рекомендують застосовувати інвазивні методи: внутрішню токографію для оцінки скорочувальної діяльності матки, ендоскопічну оцінку стану РМ і накладення електрода на передлеглу голівку плода для рН-моніторингу його крові. Ультразвукове сканування відноситься до додаткових методів діагностики стану РМ після КР. За даними В.І. Краснопольський і співавт. [50], найбільш достовірні відомості про рубець можна отримати в 37-38 тижнів вагітності.

Будо доведено, що результати ехоскопії РМ лише в 57,5 % випадків співпали з інтраопераційними. В 31,3 % випадків були отримані хибнопозитивні результати, коли при незадовільних ехографічних даних до операції, інтраопераційно рубець не візуалізувався. У ряді досліджень [9,50], при ультразвуковому обстеженні неповноцінним рубець виявився в 46 % випадків, що в 76 % досліджень було підтверджено гістологічно.

Основними ехографічними ознаками неспроможності РМ в нижньому сегменті є: товщина нижнього сегмента менше 3 мм (тонкий рубець) або більше 8 мм (товстий рубець), нерівномірність міометрію в області рубця [21, 33]. За даними різних науковців [48,33], до ехографічних ознак неспроможності нижнього сегмента матки відносяться: балоноподібна або конусоподібна форма нижнього сегмента матки, товщина нижнього сегмента менш 3 мм, симптом ніші, локальні витончення менш 3 мм на тлі нормальної товщини більш 3,5 мм; підвищена акустична щільність по всій зоні колишнього розрізу на матці.

Ряд вчених вважають [48,33,47], що збіг ехографічної оцінки і фактичного стану РМ було підтверджено під час операції в 65 % спостережень. Хибно позитивні результати (при ехографії дані були більш несприятливі, ніж в ході операції) отримані в 7 % випадків, хибнонегативні – в 19 %. При зіставленні даних УЗД про стан рубця і гістологічного дослідження біоптату з тканини передбачуваного РМ повної відповідності не отримано.

У пологах ультразвукове сканування дозволяє оцінити не тільки статичний стан РМ, а й простежити за змінами під час перейм і в проміжках між ними [9,21,289]. Збільшення товщини нижнього сегмента під час перейми на 2-3 мм в результаті контракції, дистракції та ретракції м'язових волокон у період розкриття маточного вічка свідчать про спроможність рубця. При ехографії в другому періоді пологів були отримані також дуже цінні відомості: при повному розкритті маткового зіву і при розташуванні голівки плода в порожнині малого таза було виявлено збільшення товщини нижнього маткового сегмента на 4- 5 мм, що було розцінено як низький ризик розриву матки під час потуг.

Прогноз майбутніх пологів має велике значення, тому необхідною є об'єктивна оцінка рубця ще до настання вагітності. Практичну значимість мають гістерографія із застосуванням контрастних речовин, гістероскопія [21, 78], та УЗД. Гістерографію проводять не раніше, ніж через 6 місяців після КР, а також в більш пізні терміни, тому що зміни, які настали в рубці на матці, залишаються стійкими і можуть виявлятися навіть через 5 років і пізніше. Рентгенівські знімки роблять у 2 проекціях (прямий і бічний), бажано на 18-20-й день менструального циклу.

Даний метод дослідження дозволяє вивчити зміни внутрішньої поверхні післяопераційного РМ, а також визначити форму порожнини матки і відхилення в ту або іншу сторону від середньої лінії крижово-куприкового відділу хребта.

Сучасним методом дослідження, який дозволяє судити про регенерацію РМ після КР є гістероскопія [21, 78], яку виконують через 8-12 місяців після операції на 4 - 5-й день менструального циклу, коли функціональний шар ендометрію повністю відторгається, а через тонкий базальний шар видно підлеглу тканину. Гістероскопічна картина РМ досить різноманітна, однак ряд авторів описують деякі загальні закономірності: у більшості жінок область РМ за своєю будовою не відрізняється від інших відділів і в ній не виявляється візуальних змін. У деяких жінок серед елементів області перешийка видно сполучнотканинні волокна, що мають вид білуватих включень різної величини і форми. Судинна мережа в цих ділянках виражена слабо або повністю відсутня. І, нарешті, РМ може являти собою поперечний сполучнотканинний тяж, практично безсудинний, місцями виступаючий в порожнину матки, а місцями утворює невеликі вдавлення в її стінку; ширина тяжа може коливатися від 0,7 до 1 см [21, 78].

Додатковими критеріями неспроможності рубця при обстеженні на етапі передгравідарної підготовки є глибокі дефекти передньої стінки матки в проекції рубця при соноконтрастній гістероскопії, розростання сполучної

тканини за даними гістероскопії і переважання сполучної тканини за даними імуногістохімічного аналізу пункційних біоптатів матки [13].

Проте, у нашій країні крім клінічних методів оцінки спроможності рубця, практично єдиним є ультразвуковий метод. Розробці ультразвукових критеріїв спроможності РМ після КР присвячено багато робіт вітчизняних і зарубіжних авторів, але до теперішнього часу це питання є дискусійним [17, 214].

Вчені [135] вважають, що для уточнення стану міометрію в області передбачуваного рубця доцільно морфологічне дослідження тканин, отриманих при повторному КР. При морфологічному і гістологічному дослідженні тканини міометрію, взятої з області колишнього розсічення матки при попередньому КР, його гістохімічна спроможність відзначена в 25,6 % випадків, неспроможність в 74,4 %.

Проте гістологічні дослідження рубцевої тканини не дозволяють диференціювати гладком'язові клітини і клітини сполучної тканини на ранніх термінах загоєння післяопераційної рани, так як вони генетично споріднені, мають загальне джерело розвитку та регенерують як взаємопов'язаний тканинний комплекс.

Структура РМ залежить від багатьох факторів: технології розтину з мінімальним інвазивним компонентом, методики зашивання операційної рани [50] та особливостей шовного матеріалу, а також особливості організму жінки, що демонструє індивідуальну реакцію на оперативну травму. У віддалені терміни після КР та за умов відсутності ускладнень у післяопераційному періоді структура РМ не залежить від використаного шовного матеріалу [21, 98]. Але при цьому науковцями не виключається факт оперативної травми КР як пускового механізму в розвитку різних ускладнень післяопераційного періоду [9]. За даними ряду авторів [45], корекція таких ускладнень є досить складною і не завжди успішною. Так, у випадках пластики неспроможного РМ після КР, інтраопераційні ускладнення мали місце у 16,6 %, а ушкодження сечового міхура – у 80 %. До групи підвищеного ризику травми сечового міхура відносили жінок із ускладненим післяопераційним періодом після КР.

За іншими даними [46], пластика неспроможного РМ поза вагітністю вагінальним доступом є високоефективним та малотравматичним оперативним втручанням.

Було запропоновано замінити термін «неспроможність рубця» на термін «неспроможність матки» [9,257], що є цілком логічним. Іноземні автори зазвичай вживають терміни «попередній КР», «попередня міомектомія», «рубець після КР». Повноцінне загоєння матки, розсіченої в нижньому сегменті поперечним розрізом, є обґрунтуванням можливості в 40 – 80 % випадків консервативного розродження строго відібраних жінок після КР [257].

До того ж, на думку багатьох вчених, можлива індукція пологової діяльності у жінок з РМ [237, 260]. У різних пологодопоміжних закладах використовують різні методи даної індукції [296].

Таким чином, об'єктивна оцінка рубця ще до настання повторної вагітності має велике значення в прогнозі майбутніх пологів після КР. Існуючі в даний час дослідження - клінічні, інструментальні (гістерографія, УЗД, гістероскопія), лабораторні - дозволяють судити про регенерацію РМ після КР, проте не позбавлені недоліків і не дають якісної характеристики рубця.

Аналіз сучасної літератури дозволяє зробити висновок, що існує дефіцит широкомасштабних досліджень, присвячених поліпшенню результатів вагітності та пологів у жінок з РМ після КР. Існує необхідність подальшого уточнення показань до абдомінального розродження, розробці заходів з профілактики ускладнень операції, а також розробці сучасних діагностичних тестів стану РМ після КР. Розробка методів, що дають можливість прогнозувати результат майбутніх повторних пологів, являє собою безсумнівну актуальність і практичну значимість.

Таким чином, аналіз даних літератури показав, що, незважаючи на велику кількість публікацій, присвячених повторній вагітності, ведення вагітності та пологів при РМ після КР, до теперішнього часу залишаються невирішеними такі питання:

- не виявлено особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з РМ після КР;
- не встановлені особливості фетоплацентарного гомеостазу у цій категорії вагітних;
- не існує уточнених даних про морфологічну та імуногістохімічну оцінку рубцевих тканин і ендометрію в зоні рубця в залежності від виду КР;
- не виявлено дані про генетичну схильність до неспроможності РМ;
- не розроблено алгоритми та не існують схеми поетапного ведення пацієток з РМ після КР, що дозволяють більш цілеспрямовано підходити до прогнозування, профілактики, ранньої діагностики виникаючих ускладнень;
- не існує абсолютних прогностичних критеріїв, що дозволяють об'єктивно вибрати метод розродження і тим самим підвищити частоту сприятливих результатів у обстежених хворих.

На сьогодні, незважаючи на широке використання високотехнологічних методик і накопичений величезний практичний потенціал, відсутні критерії, в тому числі генетичні, прогнозування та ранньої діагностики різних ускладнень перебігу вагітності у пацієток з РМ, не розроблений диференційований підхід до ведення вагітності та пологів у цій категорії хворих. Виявлення особливостей перебігу вагітності та розробка алгоритму прогнозування результатів вагітностей і пологів у пацієток з КР в анамнезі залишається надзвичайно актуальною проблемою, яка потребує надалі інтенсивного вивчення, що дозволило б знизити частоту материнської смертності та перинатальних втрат.

1.3 Проблема екстракорпорального запліднення як одного з показань до операції кесарів розтин

Особливої уваги заслуговує збереження та відновлення репродуктивної функції населення, що є одним з найбільш важливих медичних завдань охорони здоров'я в Україні та у світі в цілому. Відновлення репродуктивної функції

жінок, які мають Б, є актуальною медичною, соціально-демографічною та економічною проблемою.

На сьогодні 10-15 % українських сімей страждають від безплідності, що можна віднести до прямих репродуктивних втрат. Кількість безплідних подружніх пар досягає близько одного мільйона. Існують дані щодо частоти Б в Україні за зверненням жінок в гінекологічні заклади, яка сягає 29,1 % [52, 101, 102]. За науковими даними, майже у 80 % випадків причиною Б у жінок є штучне переривання вагітності, а у 15-20 % – запалення статевих органів [258].

Проте, у світі лише 8-15 % подружніх пар репродуктивного віку страждають від Б [224, 241, 243]. За даними інших авторів цей показник складає 9-29 %, а показник 15 % і вище є демографічно небезпечним [87, 191]. На даний момент в Європі Б спостерігається приблизно у 10 % подружніх пар, що суттєво впливає на демографічну ситуацію, зважаючи на сучасні тенденції зниження народжуваності та підвищення смертності населення.

Частота Б в європейських країнах коливається в різних межах: у Швеції – 9 %; Данії – 12 %; Болгарії – 6,5 %; Німеччині – 7,4 %; Латвії – 13,7 % у містах та 13,1 % - у сільській місцевості; Сербії та Чорногорії – 24,3 % (серед міського населення – 22,8% та серед сільського – 25,1 %). Інші частини світу: у Австралії – 15,4 %; Південній Африці – 15 % (біле населення) та 2,3 % (туземці); США – 14,2 %; Канаді – 17 %; Індії – 6,5 % (кількість безплідних подружніх пар за останні 6 років збільшилась на 5,3 %). У Російській Федерації рівень Б становить 11-20,2 % [96,100].

За даними Всесвітньої організації охорони здоро здоров'я (ВООЗ) Б відноситься до хвороб і займає п'яте місце в списку помірних і тяжких форм інвалідності [80]. У міжнародній класифікації хвороб X перегляду (МКХ-10) виділяють наступні форми жіночого Б [61]:

- жіноче Б, пов'язане з відсутністю овуляції;
- жіноче Б трубного походження;
- жіноче Б маткового походження;
- жіноче Б цервікального походження;

- жіноче Б, пов'язане з чоловічим фактором;
- інші форми жіночого Б;
- жіноче Б не уточнене [15, 29, 51, 70, 192, 229, 254, 304].

До основних причин порушень репродуктивного здоров'я за даними ВООЗ також відносяться психосексуальні розлади, ендометріоз, негативний посткоїтальний тест, системні причини і туберкульоз статевих органів [161].

Найбільшим проривом у репродуктології та принципово новим етапом в лікуванні Б стала розробка і впровадження в 1978 році в клінічну практику методу екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), який надає унікальну можливість реалізації репродуктивної функції майже при всіх формах жіночого і чоловічого Б.

ДРТ залишаються пріоритетним напрямком у вітчизняній охороні здоров'я. За більш ніж 35-річну історію вони стрімко розвивалися. За допомогою методів ЕКЗ з'явилися на світ понад шість мільйонів дітей.

Метою програм ЕКЗ є одноплідна вагітність та народження здорової дитини при перенесенні мінімального числа ембріонів у порожнину матки.

Метод ЕКЗ спочатку застосовувався виключно у випадках Б, зумовленого відсутністю або непрохідністю маткових труб. Згодом показання до використання методів ДРТ істотно розширилися. Показаннями для ДРТ є синдром полікістозних яєчників, зовнішньо та внутрішньо-генітальний ендометріоз, передчасна недостатність яєчників, та інші форми ендокринного Б, а також Б неясного генезу.

Окрема увага, безумовно, приділяється проблемам чоловічого Б. За даними державних статистичних звітів, в Україні 2008 року було зареєстровано 80,1 % випадки жіночого Б та 19,9 % – чоловічого Б. Деякі автори вказують, що жіноче Б в 2-3 рази перевищує чоловіче [31, 49, 169]. Це протиріччя залежить від регіональних особливостей структури неплідного шлюбу або зумовлене недосконалістю методологічних підходів до обстеження. Факт рівної розповсюженості жіночого та чоловічого Б може бути пов'язаним з більш ретельною діагностикою чоловічого Б. Таким чином, проблема чоловічого Б

останніми роками набуває все більшої актуальності. У 52-72 % випадків неплідність зумовлена впливом декількох чинників, значно менша частина – впливом одного чинника [91, 125, 241, 252].

За час вивчення та амеліорації методик ДРТ, розробки нових гормональних препаратів, застосування більш досконалих схем контрольованої стимуляції яєчників, нових відкриттів і досягнень в галузі ембріології та молекулярної генетики, частота настання вагітності протягом останніх кількох років залишається незмінною та складає в розрахунку на цикл стимуляції – 33,0 %, на перенесення ембріонів – 37,5 % [198, 219, 231].

Згідно з даними Світового звіту щодо ДРТ, тільки близько 70 % вагітностей після ЕКЗ закінчуються народженням живої дитини, причому в 19,5-37,6 % випадків – передчасними пологам. Частота спонтанних абортів в терміни до 20 тижнів вагітності досягає 28-44,4 %, до 75 % вагітностей протікає із загрозою переривання, дуже висока частота багатоплідних вагітностей – 22-28 %.

Важливим є той факт, що до моменту настання вагітності пацієнтки, як правило, знаходяться у віці старше 30 років, мають обтяжений акушерський та гінекологічний анамнез і супутні соматичні захворювання. Раніше вони довго і безуспішно лікувалися від Б, нерідко страждають ендокринними порушеннями або вираженими анатомічними змінами органів малого таза. Різноманітність зазначених факторів, безумовно, впливає на характер і частоту ускладнень вагітності та пологів, підвищуючи ризик акушерської та перинатальної патології.

У проблемі лікування Б настання вагітності є лише першим кроком. Після нього настає найважливіший етап, який має забезпечити нормальне виношування вагітності та народження здорової дитини, оскільки добре відомо, що у пацієток з відхиленнями в репродуктивній системі, які призвели до Б, досить часто розвиваються ускладнення під час вагітності. Так, за даними останнього опублікованого всесвітнього звіту з методів допоміжної репродукції лише 25% циклів ЕКЗ завершилися народженням живих дітей. Значною є

частка спонтанних абортів, позаматкових вагітностей та передчасних пологів [8, 182, 178].

Дослідники проблем Б пропонують різні варіанти ведення вагітності у жінок після ДРТ, що свідчить про відсутність розроблених загальних принципів ведення подібних пацієнток при вагітності.

Для сприятливого перебігу індукованої вагітності, її доношення та профілактики ускладнень III триместру важливим є спостереження у спеціалістів в I та II триместрах, з проведенням профілактики плацентарної дисфункції, загрози переривання вагітності, тощо. Відомо, що 15-20 % спонтанних вагітностей перериваються, 75-80 % з них – в I триместрі. Подібні втрати вважаються інструментом природного відбору, який відображає елімінацію аномально сформованих ембріонів. Близько 50 % втрат спонтанних вагітностей у I триместрі обумовлені хромосомними аномаліями [136, 305].

Проведені у Швеції дослідження вказують на те, що вагітності із застосуванням донорської яйцеклітини протікають з більшою кількістю ускладнень у порівнянні як із спонтанними вагітностями, так і з вагітностями шляхом ДРТ при використанні власної яйцеклітини [178]. Так, збільшується частота розвитку прееклампсії, маловоддя, частіше застосовується індукція пологів, а також збільшується рівень КР. Післяпологовий період частіше ускладнюється частковим щільним прикріпленням плаценти, післяпологовою кровотечею [231, 23, 272].

Група канадських вчених відмічає (2014), що при застосуванні донорських ооцитів підвищується ризик розвитку прееклампсії та народження дитини з малою масою тіла [211, 232, 256, 297]. Тому вагітні, в яких у програмах ДРТ застосовувались донорські ооцити, потребують більш прискіпливого спостереження як перебігу вагітності, так і пологів, а також післяпологового періоду.

Американські вчені у 2013 році опублікували дослідження із визначення ефективності програм ДРТ у випадку використання донорських ооцитів у пацієнток з метаболічним синдромом [173, 262, 287]. За даними літератури,

ефективність програм ЕКЗ у пацієток з метаболічним синдромом значно нижча загально популяційних значень. Висувається теорія, що це пов'язано з явищами окисного стресу в різних тканинах і клітинах, у тому числі ооцитах [168, 215, 284, 306]. Проте, при використанні донорських ооцитів частота настання вагітності, частота ранніх репродуктивних втрат і частота живонароджених у пацієток з ожирінням не відрізняються від аналогічних показників у пацієток з нормальним індексом маси тіла (ІМТ) [230, 251]. Вагітність у пацієток з ожирінням і так протікає, як зазвичай, з ускладненнями. Пологи теж мають свої особливості, найчастіше супроводжуються такими ускладненнями, як слабкість пологової діяльності, несвоєчасне вилиття навколоплідних вод. Тому таким жінкам необхідний більш суворий підхід у визначенні методу розродження.

Також значний вплив на перебіг вагітності має психологічний стан жінки. Адже рівень депресії та тривоги підвищений у тих жінок, що вимушені були звернутися до ДРТ з метою настання материнства. Особливо при повторних невдалих спробах ДРТ як психологічний, так і соматичний стан здоров'я жінки погіршені. Із дослідження доведено [217, 267], що формування ускладнень вагітності у пацієток після ДРТ (загроза переривання, прееклампсія, плацентарна недостатність) обумовлено дією хронічного стресу. Однак залишається недостатньо вивченим вплив психоемоційного стану жінки на результат вагітності після застосування ДРТ.

Б в суспільстві є не тільки медичною патологією, а й являє собою соціальне явище, яке негативно впливає не лише на демографічні показники, але, нерідко, є причиною сімейних негараздів, психологічного дискомфорту і зниження соціальної активності подружжя [6, 105, 202].

Наукові дослідження, присвячені перебігу вагітності та пологів у жінок з Б в анамнезі, торкаються лише загальних моментів, не враховуючи причини та методики лікування Б. Причини високого рівня акушерської і перинатальної патології в жінок з Бм різного генезу в анамнезі вивчені також недостатньо і трактуються різними дослідниками неоднозначно.

Виношування вагітності, а особливо пологи є додатковим стресовим фактором. Тому при невдалих попередніх спробах ДРТ у всьому світі надають перевагу елективному абдомінальному розродженню.

Закордонні спеціалісти з метою покращення результатів ДРТ рекомендують проведення елективного КР жінкам, яким було застосовано донорські ооцити в програмах ДРТ [86, 164, 178]. Так, донорські сперматозоїди не впливають на протікання пологів, і в такому випадку виправданим є проведення пологів через природні пологові шляхи [178, 267]. Проте, жінки з великою кількістю невдалих спроб ДРТ мають прогностично більш ускладнений перебіг вагітності та пологів. Ці пацієнтки мають артифіціально змінене гормональне тло, більше піддаються стресу як на стадії підготовки до вагітності, так і під час її перебігу. Тому, на даному етапі надання медичної допомоги необхідне більш прискіпливе спостереження за вагітною та визначення методу розродження, яким у даному випадку є КР.

Проте, щодо перебігу вагітності та пологів дані, отримані групою вчених, вказують на відсутність кореляції віку жінки зі спонтанною вагітністю та після ДРТ з такими ускладненнями вагітності, як патологія прикріплення плаценти, народження дитини з низькою масою тіла (менше 2500 г), передчасні пологи, перинатальна смертність. Не відмічається також істотної різниці в частоті КР у вагітних після природного запліднення та після ДРТ. Схожі дані отримали й китайські вчені [226, 274].

Останнім часом науковці всього світу знаходяться у пошуку генетичних маркерів, здатних відображати одночасно кількість і якість ооцитів, що дозволить в майбутньому підвищити повноцінність проведеного обстеження пацієнток [170, 215, 284] та покращить перинатальні наслідки застосування ДРТ, що відобразиться на більш необтяжливому протіканні вагітності та пологів.

Відзначаючи безумовні досягнення ЕКЗ в забезпеченні ефективного зачаття, слід, однак визнати, що ситуація, пов'язана як з веденням вагітності

після успішного штучного запліднення, так і з вибором оптимальних методів розродження залишається далеко не ідеальною.

Особливу заклопотаність викликає дуже висока частота використання у контингенту вагітних програми ДРТ планового абдомінального розродження, що аргументується обтяженим гінекологічним і соматичним статусом цих пацієнок, їх віком і тривалістю Б, крім цього, високою вартістю лікування [64, 223]. Також вибір планового КР замість вагінальних пологів пояснюється і тим, що у акушерів існує стійке переконання про менш виражений негативний вплив на стан плода планового КР в порівнянні з пологами через природні пологові шляхи. Саме такі уявлення про переваги планового КР багато в чому сприяють збільшенню частоти його використання як в загальній популяції вагітних [57, 69, 195, 282], так і, особливо, у контингенту вагітних після застосування програм ДРТ, у яких частота абдомінальних пологів наближається до 70-80 % [64, 313] або навіть становить 100 %.

Ще однією особливістю перебігу вагітності та пологів при застосуванні ДРТ є багатоплідні вагітності, яка становить до 25 %, порівняно зі спонтанною вагітністю – 1-2 %. Адже жінки зазвичай бажають народити одразу двох дітей. Проте факт багатоплідної вагітності корелює із погіршенням перинатальних показників. Підвищується ризик передчасних пологів, народження дітей з малою масою тіла, розвитку фетоплацентарної дисфункції [197, 297]. Також росте показник КР [212, 223].

За даними інших авторів, при використанні методів ДРТ 20,6 % вагітностей завершуються народженням двійні, 4,08 % - трійні та більше плодів [64, 135, 167, 189]. При спонтанній вагітності двійні становлять близько 1-1,5 %, трійні – до 0,1% [64, 256, 193]. Багатоплідна вагітність має високий ризик ускладнень, до яких належать передчасні пологи, плацентарна дисфункція, фетофетальний анастомоз, дисоційований розвиток та гіпотрофія плодів.

Ще однією проблемою ведення багатоплідних вагітностей є антенатальна загибель одного з плодів. На даний час не існує чітко встановленої тактики ведення такої вагітності. Необхідно розробити план ведення вагітності в

залежності від терміну. За даними англійських вчених, існує 15 % ризику перинатальної загибелі і 25 % ризику неврологічних ускладнень для близнюка, що вижив [86, 155, 242, 274, 301]. Розродження проводиться у терміні 34-36 тижнів. Загалом правильною вважається очікувальна тактика при внутрішньоутробній загибелі одного з близнюків. Було доведено, що емболізація одного з двійні розвивається миттєво після смерті одного плода [8,43,81]. Ургентне розродження шляхом КР не є профілактикою такої емболізації, а є лише додатковою ятрогенією недоношування.

За даними авторів 65 %, новонароджених від багатоплідної вагітності потребують проведення інтенсивної терапії або реанімації для збереження їм життя і здоров'я [86]. Однак, незважаючи на труднощі у лікуванні і виходжуванні новонароджених з патологічними станами, постнатальний розвиток 85 % дітей, що народилися за допомогою ДРТ, відповідає віковим нормам. На відміну від двійнят, діти від одноплідних доношених вагітностей не мали відхилення в стані здоров'я в ранньому неонатальному періоді та на наступних етапах розвитку.

Проте згодом вчені почали помічати, що малюкова захворюваність та смертність не мають великої залежності від обраного методу розродження, тобто перинатальні втрати залишаються на такому ж рівні, як при пологах через природні пологові шляхи.

Незважаючи на чималі успіхи, які змогли досягти репродуктологи усього світу в області застосування програм ДРТ, пошук шляхів до покращення результатів і вдосконалення цих програм триває.

Незаперечною є актуальність даних питань.

Зважаючи на те, що застосування програм ДРТ є прогресивним та оптимальним варіантом лікування Б у подружній парі, як видно, існує безліч проблем з настанням вагітності, виношуванням та народженням здорової дитини. Також, програми ЕКЗ є досить затратними, а державні програми не покривають всім пацієнтам, які їх потребують, необхідних витрат. І пацієнти вимушені самостійно вирішувати дану проблему. За протоколами надання

медичної допомоги, затвердженими МОЗ України, жінка, в анамнезі якої є ліковане Б та застосування ДРТ, має право обирати метод розродження [37,63,75]. І на початку застосування методів ДРТ майже стовідсотково проводився КР у плановому порядку.

Аналіз отриманих даних дозволяє зробити висновки, що причини Б, особливості репродуктивного та соматичного анамнезу, особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду при ЕКЗ з донацією ооцита відрізняються від аналогічних показників при ЕКЗ з власною яйцеклітиною і тим самим повинні враховуватися при веденні вагітності та розродження. Репродуктивний і соматичний анамнез жінок з вагітністю після ЕКЗ з приводу чоловічого Б не відрізняється від жінок з природною вагітністю, що дозволяє віднести їх до групи низького ризику по невиношуванню, ускладненого перебігу вагітності та пологів. Це також відноситься і до «сурогатних матерів» - здорових жінок, які виношують вагітність після ЕКЗ в комерційних інтересах. Концепція ведення вагітності після ЕКЗ, крім вище викладених медичних аспектів, повинна бути побудована на комплаєнсі лікаря і пацієнтки, повної і докладної інформованості пацієнтки про застосування методів обстеження і лікування. Питання про ведення пологів через природні пологові шляхи з урахуванням психо-емоціонального статусу, репродуктивного анамнезу, причин і тривалості Б, методу ЕКЗ, віку, особливостей перебігу вагітності, кількості плодів, стану плода (плодів) і прогностичної оцінки можливості ведення пологів через природні пологові шляхи з боку матері потребує подальшого вивчення.

Тому, на даний час основним завданням є більш жорсткий та вибірковий підхід у визначенні необхідності проведення КР, а також важливою є роз'яснювальна робота з вагітними, щоб вони більш розумно підходили до вибору методу ведення пологів, особливо при застосуванні ДРТ, зважаючи на основну причину Б. Більшість жінок з ЕКЗ в анамнезі можуть самостійно народити здорову дитину, при цьому не наражаючи своє здоров'я на ті ризики,

що існують при проведенні знеболення, оперативного втручання та післяопераційного періоду.

На даний час існує багато проблем, пов'язаних як з веденням вагітності після застосування ДРТ, так і з веденням пологів. Зокрема, відсутній загальний протокол ведення пацієток, вагітність яких настала після ДРТ, та не встановлено стандартів гормональної підтримки. При виникненні ускладнень у перебігу вагітності чи пологів лікарі керуються власним досвідом та загальними протоколами ведення вагітних, що не завжди відповідають потребам вагітності після застосування ДРТ.

Нерідко безпосередньо ДРТ проводиться у клініці репродуктології, а сама вагітність ведеться лікарем ЖК або лікарем загальної практики – сімейної медицини, у яких виникають безліч питань щодо корекції гормональної терапії, особливості ведення таких вагітних та ін.

Отже, на даний час методи ЕКЗ є дієвим засобом лікування Б подружньої пари, що все ж таки мають безліч проблем, необхідних для вирішення основної мети – народження дитини, та не є беззаперечним показанням до застосування КР як єдиного методу розродження. Тому є актуальним вивчення питання пошуку методів зниження частоти КР, особливо у жінок після ДРТ, зважаючи на причину проведення даної методики, розроблення чітких алгоритмів ведення пологів та розроблення критеріїв відбору кандидатів до розродження через природні пологові шляхи.

1.4 Аномалії пологової діяльності з точки зору показань до кесарева розтину

АПД матки зустрічаються у 7-20 % жінок [122]. За даними закордонних авторів, у Канаді та США АПД є показанням до абдомінального розродження в 31 % випадків [305].

Збільшення частоти розродження, шляхом операції КР до певної міри знижує перинатальну захворюваність та смертність, а потім суттєво не впливає на результат пологів для плода [148].

АПД, що не піддаються медикаментозній корекції, є одним з основних показань для КР з боку матері. Тому, на даний час не викликає сумніву, що для розробки найбільш ефективних методів профілактики і терапії аномалій пологової діяльності потрібні фундаментальні знання про механізм скорочення міометрію на молекулярному і клітинному рівні, а також розуміння процесів, що призводять до структурних змін в ШМ в ході пологового акту. Проте на даному етапі розвитку акушерської науки відсутні єдині погляди на процеси розвитку аномалій пологової діяльності та методи їх корекції.

Протягом останніх чотирьох десятиліть скорочення тіла матки і розкриття ШМ під час пологів розглядали переважно з позицій:

- контракції - ретракції - дистракції [2, 188];
- «гідравлічного клину» [48];
- «потрійного спадаючого градієнта», при якому хвиля збудження від водія ритму, розташована в правому матковому розі, переходила на лівий кут матки, тіло і нижній сегмент [25, 165].

Під час чисельних досліджень у матці не виявлено морфофункціональних структур або утворень, які могли б одночасно індукувати скорочення або розслаблення різних м'язових груп в міометрії чи зумовити їх одночасне скорочення в різних часових і силових режимах [248].

Силові та часові параметри фазної активності міометрію постійні, пейсмейкерний механізм укладений у кожний міоцит і генетично детермінований. Це обумовлює спонтанну скоротливу активність міометрію. Всі міоцити в першому періоді пологів (де проявляється ізометрична активність) при оптимальному ступені розтягування демонструють однакові фази скорочення і розслаблення. Цікавим є поняття тонусного і фазного подвійного принципу скорочення матки. За фазний компонент скорочення відповідає фосфоінозитна, а за тонічний - аденілатциклазна системи [116].

У матці є 2 типи адренорецепторів: α і β , які забезпечують передачу сигналу від медіатора до гладком'язових клітин. У даний час доведено, що ефекторні нервові імпульси не ініціюють і не регулюють скорочення міометрію, а надають трофічний вплив. Основним катехоламіном у нервових закінченнях матки є норадреналін, а число адренергічних волокон корелює з рівнем катехоламінів. Дно і тіло матки містять відносно менше волокон, ніж шийка, де концентрація норадреналіну майже втричі вища, ніж в інших ділянках матки. Норадреналін у матці має нейрональне походження, отже його концентрація є індексом щільності адренергічної іннервації, у той час як загальний його вміст не залежить від зміни маси тканини [151].

Доведено, що адреналін збуджує скоротливу активність міометрію не вагітних і гальмує спонтанну пологову діяльність, а норадреналін викликає скорочення вагітної матки. Вважають, що зменшення кількості адреналіну і збільшення рівня норадреналіну в матці перед пологами є одним з основних механізмів, які призводять до початку пологової діяльності [151].

Багато дослідників визначають феномен функціональної денервації міометрію перед пологами [107,113]. Тому, роль нервової регуляції скорочувальної діяльності матки під час пологів ставиться під сумнів. Так, у дослідженнях [116] взагалі не виявили в міометрії при доношеній вагітності нервових елементів, що іннервують гладкі м'язи, а також щільних контактів. Виходячи з цього, автори заперечують правдивість уявлення про «потрійний низхідний градієнт».

Проте у той же час, оцінюючи роль вегетативної нервової системи в регуляції контрактильної активності матки, ряд авторів заперечує феномен фізіологічної денервації матки [145]. Дослідники стверджують, що змінюється інтенсивність адренергічної іннервації, а також природа медіатора: основну роль починає грати ендogenous β - адреноміметик, що володіє більшою спорідненістю до β -адренорецепторів [19]. Крім того, під час пологів змінюється і гетероспецифічна регуляція адренорецепторів - відбувається зміна

домінуючих адренорецепторів з β на α (отже, знижується чутливість утероціотів до препаратів β -адреноміметиків).

Фактори, що впливають на розвиток АПД:

1) Клінічно й анатомічно вузький таз, аномалії положення й передлежання плода, рубцеві зміни ШМ.

2) Порушення нормальної анатомії матки може включати в себе рубець на матці, пухлини, вади розвитку, інфантилізм, надмірне перерозтягнення матки (багатоплідність, багатоводдя) [123,277].

Проте дослідження багатьох вчених доводять, що в 80-90 % випадків АПД розвиваються у практично здорових жінок без видимих причин [30]. Скоріш за все, у даних ситуаціях грають роль більш тонкі механізми регуляції.

3) Запальні захворювання жіночих статевих органів. На думку деяких вчених, запальне ураження міометрію відмічалось у великій кількості жінок з АПД [22]. Дослідники вказують на заміщення м'язової тканини міометрію сполучною з втратою іннервації окремих ділянок [138].

4) Порушення гормональної регуляції. Деякі акушер-гінекологи та ендокринологи відмічали в основі розвитку патології скоротливої діяльності матки порушення співвідношення прогестерон / естроген, зниження продукції прогестерону [284]. Однак дана точка зору має багато противників.

5) Патологія імунного статусу багато разів визначалася як одна з можливих причин АПД. Деякі автори заявляли про виявлення антитіл до коннексинів (структурні білки щілинних контактів) [301], інші відзначали високий рівень імуноглобуліна (Ig) А і низький - IgG, зниження фагоцитарної ланки імунітету [96].

6) Порушення енергетичного метаболізму утероціотів. Існує теорія «стомлення» м'язів. Тривалі, інтенсивні, непродуктивні перейми, часто затяжний характер пологів призводять до порушення енергетичного обміну в утероціотах, що є досить закономірними [218, 275, 286].

7) Порушення β -адренореактивності. Ряд вчених в основі розвитку дискоординованих маткових скорочень вважають дезорганізацію функції

нервової системи в різних її відділах, починаючи від центральної нервової системи, переважно стовбурових структур, до рецепторного апарату матки включно [162]. У деяких випадках має місце перезбудження як сегментарної, так і надсегментарної вегетативної нервової системи, при цьому виявлено переважання холінергічного впливу над адренергічним [124].

8) Порушення міжклітинного сполучення міометрію перед пологами. Як було зазначено вище, цей стан виникає внаслідок перенесеного запального процесу, дисплазії сполучної тканини [138]. Однак деякими авторами в експериментах, проведених на щурах, було показано, що дана ситуація швидше за все обумовлена дефектом передпологового (підготовчого) синтезу білка конексін-43, що є структурною одиницею щілинного контакту [286].

9) Спадкова схильність до розвитку АПД була описана акушерами ще в ХІХ столітті. Було відзначено, що найближчі родичі по жіночій лінії роділь, чії пологи приймали затяжний перебіг, самі страждали даним ускладненням пологів. Пізніше даний феномен також був описаний багатьма акушерами, але генетичні детермінанти розвитку АПД до цих пір не знайдені.

З розвитком наукового прогресу дещо змінюються і канони акушерської науки. Так, у ХІХ - початку ХХ століть тривалість фізіологічних пологів у первісток становила 20-24 год., слабкість пологової діяльності у цей час не перевищувала 6-8 % [157].

Вчені [157] на підставі проведених власних клінічних досліджень зробили висновки, що найбільш оптимальна тривалість пологів у первісток складає 6-12 годин. Пологи, що тривають більше 18 годин, автори відносять до затяжних, при цьому вказуючи, що останні призводять до збільшення частоти випадків асфіксії плода, перинатальної смертності, материнського і дитячого травматизму. Слабкість пологової діяльності, за даними цих авторів, відзначається в 10-13 % випадків.

Проте, не всі автори дотримуються такої думки. Інші вчені [162], навпаки, не виявили зв'язку між збільшенням тривалості пологів до 17-18 годин та частотою материнської й перинатальної захворюваності.

До класифікації АПД також застосовувались різні критерії, вчені намагались розробити найбільш оптимальну класифікацію. Нижче наведено найбільш поширені класифікації аномалій скорочувальної діяльності матки.

Фахівці ВООЗ у 1998 році розробили наступну класифікацію аномалій пологових сил:

1. Первинна слабкість пологової діяльності (відсутність прогресуючого розкриття ШМ, первинна гіпотонічна дисфункція матки);
2. Вторинна слабкість пологової діяльності (припинення перейм в активній фазі пологів, вторинна гіпотонічна дисфункція матки);
3. Інші види слабкості пологової діяльності (атонія матки, безладні перейми, гіпотонічна дисфункція матки без інших вказівок, нерегулярні перейми, слабкі перейми, слабкість пологової діяльності без інших вказівок);
4. Стрімкі пологи;
5. Гіпертонічні, некоординовані і тривалі скорочення матки (контракційне кільце, дистоція, дискоординована пологова діяльність (ДПД), скорочення матки у вигляді пісочного годинника, гіпертонічна дисфункція матки, тетанічні скорочення, дистоція матки без інших вказівок);
6. Інші порушення пологової діяльності;
7. Порушення пологової діяльності неуточнені .

Необхідно досить грамотно диференціювати гіпотонічну й гіпертонічну дисфункції матки, що є однією з найважливіших проблем акушерства. Це обумовлено тим, що значні труднощі, пов'язані з постановкою точного клінічного діагнозу, нерідко є перешкодою при виборі вірної тактики ведення роділь.

Вчені вважають, що ДПД діагностують значно рідше, ніж вона реально розвивається під час пологів [26].

ДПД спостерігається у 27 % від загальної кількості пологів. У кожній третій жінки з дискоординацією скоротливої діяльності матки проводять КР. Затяжний перебіг пологів зустрічається у 80-82 % роділь, а в поєднанні з несвоєчасним вилиттям навколоплідних вод – у 72,2 %. У 92 % роділь бувають

ускладнення в післяпологовому періоді – метрорендометрити, травми ШМ, піхви, промежини, септичні ускладнення. Будь-які форми дискоординації скоротливої діяльності матки можуть супроводжуватися масивними кровотечами внаслідок ДВЗ-синдрому, що гостро розвинувся, емболією навколоплідними водами.

Внутрішньоутробна гіпоксія плода діагностується в 55,4 % випадків, захворюваність у 19,6 % новонароджених. За даними IV з'їзду невропатологів та психіатрів відмічено, що серед дітей, що страждають на неврологічні та психічні захворювання в 40 % випадків під час пологів була патологія скоротливої діяльності матки [85].

Дискоординована пологова діяльність, відповідно до класифікації Савицького Г.А., представлена як гіпертонічна дисфункція матки в першому періоді пологів. Клінічні особливості полягають у критично високому базальному тонусі і низькій амплітуді переїм, порушенні депонування крові у всіх відділах матки. Важка гіпертонічна дисфункція матки характеризується аритмічними переїмами, втратою між ними пауз і періоду діастолі, що призводить до виникнення тетанічних скорочень. ШМ розкривається уповільненими темпами, просування плода по пологових шляхах не відбувається, порушується матково-плацентарний кровотік і виникає прогресуюча гіпоксія плода [85].

Звісно, є можливим припущення, що інтенсивність і координоване скорочення найбільшого м'язового органу, яким є матка під кінець вагітності, залежить від ступеня кровопостачання і характеру гемодинаміки в самому органі. У роботах вчених [113] показано, що гемодинаміка матки активно бере участь у формуванні силових процесів, що обумовлюють розкриття ШМ за рахунок активного механізму депонування крові в судинні резервуари міометрію.

При дослідженні маткової гемодинаміки напередодні пологів, ускладнених ДПД, зафіксовані значні порушення в системі як артеріального припливу, так і венозного відтоку. Подібні реографічні симптоми говорять про

підвищений тонус і зниження еластичності судин. Зниження реографічного індексу, зменшення швидкості максимального наповнення судин свідчать про недостатню інтенсивність кровотоку в органі. Підвищення індексу периферичного опору пов'язано з порушенням кровотоку в судинах середнього та дрібного калібру, а збільшене діастоло-систоличне відношення так само, як і зменшена швидкість максимального відтоку, вказують на порушення венозного кровообігу в матці. Доплерометричні дослідження підтверджують реографічні дані. Отримані результати дозволили дослідникам зробити висновок, що патологія скоротливої діяльності матки, яка виникає під час пологів, знаходиться в прямій залежності від ступеня порушень регіонарного кровотоку [30].

Аналіз літературних даних показав, що навіть при фізіологічних пологах відбувається поступове збільшення частоти серцевих скорочень, середнього артеріального тиску, ударного обсягу серця, хвилинного обсягу серця і зменшення загального периферичного опору судин і об'ємної швидкості плацентарного кровотоку. Однак ці зміни більш виражені при пологах, що ускладнилися дискоординуваними скороченнями матки.

У вагітних, у яких згодом виявлялися порушення скоротливої активності матки, виявлена чітка кореляційна залежність між станом адренергічної системи і характеристикою маткового кровотоку. Сильні позитивні зв'язки знайдені між виділенням адреналіну і характеристиками периферичного опору судин матки і венозного відтоку. Негативні зв'язки виявлені між екскрецією адреналіну, показниками судинного тонусу і швидкістю максимального припливу [30].

Якісно інші зв'язки спостерігаються між виділенням норадреналіну і показниками маткової гемодинаміки. Сильні позитивні зв'язки мали місце між рівнем норадреналіну, реологічним індексом, що свідчить про збільшення артеріального кровопостачання в органі, поліпшенні судинного тонусу паралельно збільшенню рівня норадреналіну. Одночасно зменшуються

венозний застій в матці (негативний коефіцієнт кореляції) і периферичний опір маткових судин.

Виявлені закономірності можуть свідчити про те, що в основі патогенезу дискоординованої діяльності матки лежить індивідуальна гіперреактивність судин до катехоламінів, що екскретуються. У таких вагітних навіть незначне емоційне навантаження, а тим більше біль, що виникає під час пологів, викликає надмірні судинні реакції в матці [59,18].

При СПД вміст адреналіну в плазмі крові не відрізняється від такого при нормальних пологах. Що стосується концентрації норадреналіну, то при СПД вона вдвічі менша, ніж при нормальних пологах [19]. Активація β -блокаторів у міометрії призводить до зміни конфігурації калієвих каналів і кількості цАМФ (циклічного аденозинмонофосфату), що призводить до розслаблення м'язових волокон.

В експерименті показано, що норадреналін змінює рівень простагландинів E_2 та $F2\alpha$. Простагландини знижують адренореактивність міометрію. Збільшення вмісту катехоламінів при розвитку пологової діяльності і під час пологів стимулює утворення простагландинів. Адреналін володіє стимулюючим впливом на біосинтез простагландинів, індукуючи їх утворення з арахідонової кислоти.

Дослідження показують, що однією з причин виникнення АПД може бути дисбаланс між адренергічною та холінергічною системами при одночасній їх активації. Відзначаються активація адренергічної системи, підвищення рівня норадреналіну і посилення функціональної активності холінергічної системи з переважанням тонузу парасимпатичної нервової системи. Дані зміни призводять до підвищення базального тонузу матки і порушення її скоротливої активності [122].

Автори встановили, що при СПД вміст адреналіну в плазмі крові істотно не відрізнявся від його рівня при нормальних пологах, у той же час вміст норадреналіну був майже в 2 рази менше, ніж у здорових породіль. Таким чином, при порушенні моторної функції матки у жінок зі СПД виявляється

зниження концентрації катехоламінів, в основному, за рахунок норадреналіну, що може бути одним із патогенетичних факторів у розвитку порушень скоротливої діяльності міометрія [4].

Порушення пологової діяльності незмінно супроводжуються зміною матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку. Були обстежені жінки з АПД. У групі жінок зі СПД відзначено достовірне збільшення показника систоло-діастолічного відношення під час першого періоду пологів до $3,15 \pm 0,28$ у пік перейми. Найбільший ступінь гемодинамічних порушень виявлено в групі пацієток з ДПД. Показники систоло-діастолічного відношення в МА і в пуповині достовірно перевищували аналогічні показники, як в групі контролю, так і в групі жінок зі СПД, складаючи на піку перейми відповідно $3,35 \pm 0,90$ і $2,43 \pm 0,06$ [86,22].

Більшість авторів вважають, що диференційну діагностику необхідно проводити, ґрунтуючись на аналізі частоти, сили, тривалості перейм і інтервалу між переймами [144]. Вважається, що при ДПД відбувається зміна тону мати і характеру перейм: більш тривалий підйом і вкорочений спад інтенсивності перейм, раптове збільшення загальної тривалості перейми при невисоких цифрах загального внутрішньоматкового тиску [123]. Однак, якщо орієнтуватися тільки на клінічну характеристику перейм, відрізнити гіпертонічні перейми від гіпотонічних не завжди буває можливо [144].

Дослідники вважають, що основним в диференціюванні слабкої та дискоординованої скорочувальної діяльності мати є базальний тонус міометрію (відповідно гіпо- та гіпертонічна дисфункція). Отже, при ДПД порушується ритм перейм, або їх структура (тахісистолія, полісистолія, їх поєднання, тетанус) [116].

Згідно з концепцією В.В. Абрамченко - «Феномен зворотньої дисфункції міометрію та відстроченого відновлення скоротливої здатності мати», дисфункція міометрію у вагітних та роділь не завжди обумовлена анатомічними і функціональними змінами, а пов'язана з розладом функцій центральної та адренергічної нервових систем, або функціональної

неповноцінності нервово-м'язового апарату, як прояву адренергічної дисфункції тіла і ШМ [5].

Дистоція ШМ виявляється у вигляді ригідності, може бути вродженою або набутою. Однією з причин дистоції ШМ може бути порушення гемодинаміки при вагітності і під час перейм. При проведенні терапії, спрямованої на поліпшення гемодинаміки матки, було відзначено поліпшення скорочувальної здатності міометрію. Вчені успішно проводили лікування дистоції ШМ методом регіонарної плексусної анестезії [34, 270]. При розробці даного методу було показано під час запису реограм поліпшення кровопостачання нижніх кінцівок і органів малого тазу [144].

Зважаючи на впровадження новітніх технологій, використання кардіотокографів, характер пологової діяльності встановлюється більш точно. Застосовується комплексний метод оцінки інтенсивності, тривалості та частоти перейм з використанням моніторів та врахуванням суб'єктивних відчуттів роділля.

На даному етапі розвитку акушерської науки основним методом лікування СПД вважається призначення утеротонічних препаратів, серед яких найбільш широко використовується окситоцин, що вводиться внутрішньовенно крапельно або за допомогою інфузомата [36,59,3].

Також для пологостимуляції використовують монотерапію простагландинами. Однак деякі автори вважають, що оптимального ефекту можна добитися тільки комбінацією простагландинів і окситоцину або простагландинів і β -адреноміметиків [285].

За останні десять років у світовій літературі все частіше зустрічаються результати досліджень про пероральне, сублінгвальне, інтрацервікальне та інтравагінальне застосування простагландину E_2 , або мізопростолу [174, 285, 288]. Однак єдиний протокол застосування даного засобу, включаючи шляхи введення, дози, тощо відсутній. Більш того, існує думка, що високі дози мізопростолу можуть викликати гіперстимуляцію, а також бути причиною ДПД, порушень серцевого ритму плода, передчасного відшарування нормально

розташованої плаценти. В Україні використання мізопростолу в акушерстві для стимуляції пологової діяльності законодавчо не закріплено.

При СПД, що не піддається медикаментозній корекції, особливо у першому періоді пологів, єдиним виходом є КР. Тому професійне, своєчасне та адекватне за якістю та дозуванням призначення утеротонічних засобів є основою проведення пологів через природні пологові шляхи з найменшими ризиками як для матері, так і для плода.

В усі часи біль був супутником пологів. І дотепер існує безліч міфів про пологи та біль у них. Зараз велика кількість жінок, намагаючись уникнути больових відчуттів через свою необізнаність та страхи перед пологами, за будь-якої можливості намагаються обрати КР як варіант стати мамою без болю. Тому, звичайно, адекватний підхід до ведення пологів, суворе дотримання показань до КР позбавлять багато жінок необгрунтованого оперативного втручання. Біль - це не тільки сенсорна модальність, а й емоційне переживання.

Міжнародна асоціація вивчення болю (International Association for the Study of Pain) визначає біль як «неприємне відчуття й емоційне переживання, поєднане з наявним або можливим пошкодженням тканини, або ж описується хворим в термінах такого ушкодження». Це визначення висловлює взаємозалежність між об'єктивними, фізіологічними аспектами почуття болю і його суб'єктивними, емоційними та психологічними компонентами. Реакція на біль може мати відчутні відмінності не тільки у різних людей, але і у однієї й тієї ж людини в залежності від умов, при яких він виникає. Біль є значним фізіологічним стресом для жінки під час пологів, і може свідчити про ускладнений перебіг пологів, і приводити до гіпоксії плода; фізичного та емоційного виснаження роділлі [2,5,37,46].

Пологовий біль в основному супроводжується метаболічними змінами та надмірним вивільненням катехоламінів. Стимуляція α -адреноблокаторів викликає вазоконстрикцію, яка може погіршити плацентарну перфузію, тоді як стимуляція β -блокаторів може пролонгувати пологи. Переваги аналгезії під час пологів полягають не тільки в полегшенні страждань і зменшенні емоційного

напруження роділлі, а й в перериванні симпатоадреналової відповіді на біль, забезпеченні стабільності серцево-судинної системи, поліпшенні матково-плацентарного кровотоку.

Пологи можуть ускладнюватися багатьма патологічними станами, одним з яких є АПД, що можуть бути скориговані за допомогою методів знеболення. Частота даного ускладнення становить 7-20 % [191]. Перебіг пологів і післяпологового періоду, стан плода та новонародженого багато в чому визначаються характером скорочувальної діяльності матки. Нерівномірні за силою, частотою й тривалістю скорочення матки, підвищений базальний тонус судин призводять до порушення венозного відтоку і підвищення тиску в міжворсинчатому просторі і, як наслідок, зниження кровотоку в МА і АП, як під час перейм, так і між ними. АПД часто стають причиною гіпоксії плода, приводячи до гіпоксично-ішемічного пошкодження центральної нервової системи, що є однією з причин смертності та розвитку важкої патології мозку у новонароджених [8].

Багато досліджень присвячено пологовому болю. Біль під час пологів викликає ряд реакцій з боку роділлі, шкідливих як для неї самої, так і для плода. Біль викликає тривогу, з подальшим розвитком страху і низькою стійкістю до болю. Особистісні характеристики, попередній досвід, етнічне походження та культурний рівень відіграють велику роль у формуванні реакції матері на біль. Відзначимо, що ретельна проінформованість роділлі про пологовий акт, можливі больові відчуття та методики їх корекції за допомогою дихальних вправ, зміни положення тіла, тощо значно поліпшують переносимість болю під час пологів. Жінки, які відчувають підвищену тривогу в латентній фазі пологів, що характеризують свої перейми як «непереносимі» і «болісні», представляють групу підвищеного ризику розвитку аномалій пологової діяльності та збільшення кількості оперативних пологів [13,59,23].

Сильні тривалі болі виснажують нервову систему, аж до медіаторної недостатності, що, у свою чергу, викликає порушення пологової діяльності.

Знеболення пологів надає сприятливу дію на перебіг пологового акту, зменшує число ускладнень.

У формуванні больової реакції в пологах велику роль відіграє умовно-рефлекторний компонент. Страх болю різко знижує поріг збудливості кори півкуль головного мозку, посилює активність підкіркових центрів, внаслідок цього імпульси із статевої сфери, що залишалися підпороговими, під час пологів стають граничними.

Фактори, що впливають на больові відчуття при пологах:

- інтенсивність і тривалість перейм;
- ступінь і швидкість розкриття ШМ;
- розтягування тканин промежини;
- вік, попередні пологи, загальний медичний стан пацієнтки;
- відповідність розмірів плода розмірам пологового каналу.

Під час пологів виникає низка різних фізіологічних і біохімічних порушень тільки в якості реакції на біль. Відбувається секреція адренкортикотропного гормону, антидіуретичного гормону, рилізінг-гормонів і β -ендорфінів. У результаті посилення автономної регуляції зростає рівень плазмових катехоламінів, в основному норадреналіну. Ці реакції можуть мати шкідливий вплив як на перебіг пологів, так і на плід. Ефективна анестезія знижує стресову гормональну відповідь і, як наслідок, покращує координацію й ефективність пологів, покращує матково-плацентарну перфузію.

Під час першого періоду пологів відбувається подразнення нервових закінчень, волокон і нервових сплетінь в матці (особливо в області внутрішнього вічка ШМ), у круглих, крижово-маткових зв'язках і в параметрії. У другому періоді відбувається подразнення нервових закінчень м'язів тазового дна, зовнішніх статевих органів.

Біль під час пологів, що з'являється при розкритті ШМ в результаті маткових скорочень, передається по чутливих волокнах у спинний мозок через задні корінці спинномозкових нервів Th11-Th12 і частково деякими волокнами Th10 і L1. Біль, що виникає при розтягуванні пологового каналу і промежини,

сприймається чутливими волокнами задніх корінців S2-S4. Для знеболення пологів потрібне створення регіонарного блоку протяжністю від S5 до Th10 [111].

Больові подразнення з нервових закінчень матки і ШМ по немієлінізованим нервовим волокнам надходять у вегетативні нервові стовбури, входять у спинний мозок на рівні Th10-L2 або в стовбуровий відділ головного мозку, де вони приєднуються до соматичного больового шляху і в його складі доходять до вищих відділів больової чутливості. На рівні стовбура мозку, середнього мозку закінчуються і переключаються волокна дифузних висхідних шляхів проведення больової чутливості. У результаті залучення в процес збудження нервових структур довгастого мозку, моста, гіпоталамуса виникають вегетативні реакції, пов'язані з больовим подразненням. Звідси імпульсація передається в кору півкуль кори головного мозку, де больові подразнення перетворюються в больові відчуття. Гіпоталамус пов'язаний з реалізацією емоційно-афективних реакцій, зокрема, реакції на біль.

У механізмі формування болю можна виділити 3 основні компоненти:

1. аферентна пульсація від нервових рецепторів (інтерорецепторів) і нервових волокон матки, ШМ, м'язів тазового дна та ін.;
2. реакція центральних структур (гіпоталамус, кора головного мозку) на інформацію, що надходить;
3. еферентна відповідь, що складається з комплексу вегетативних і рухових реакцій.

Еферентні механізми болю опосередковуються через симпатичний відділ вегетативної нервової системи. Для формування больового відчуття має значення накопичення в крові і тканинах катехоламінів і біологічно активних речовин (адреналіну, норадреналіну, серотоніну, дофаміну), збільшення вмісту гістаміну і деяких кінінів (брадикініну, калідину). Біологічно активні речовини окрім того, що викликають безпосередньо больові відчуття, сприяють розвитку дистрофічних змін, що підсилюють біль. Через підвищення вмісту

гіалуронідази підвищується проникність капілярів, внаслідок чого порушується сталість складу і властивостей внутрішнього середовища.

Захисною реакцією на біль (зменшення больової імпульсації) можна вважати руйнування частини нервових волокон в матці до початку пологів у порівнянні з вагітністю у 1 і 2 триместрах: відбувається часткова фізіологічна денервація матки. Причому в матці зникають нервові волокна, які проводять больову чутливість.

Дослідження науковців показали, що в перші 8 місяців вагітності не відзначено значного наростання інтенсивності больового відчуття. В останні 3-4 тижні перед пологами відзначається загострення больової чутливості. При високому індексі психосоматичного стану в момент маткового скорочення зазначалося більш виражене зниження порога болю, що може бути функціональною пробою, що відбиває високий ступінь чутливості до болю в кінці вагітності з подальшою вираженою больовою реакцією в процесі пологів. Одночасно у даного контингенту вагітних та роділь відзначаються порушення скорочувальної діяльності матки, що найчастіше проявляються у вигляді ДПД. Виявлено паралелізм між індексом психосоматичного стану та величинами шкірної больової чутливості і характером скорочувальної діяльності матки [61].

Виражена больова реакція під час пологів викликає у роділлі збудження, стан тривоги, вивільнення ендогенних катехоламінів, гіпервентиляцію. Незначне підвищення рівня катехоламінів у плазмі крові може стати причиною СПД, тоді як надмірне виділення катехоламінів при сильному болю – ДПД. Тривога і м'язова активність пацієнтки призводять до підвищення споживання кисню. Безконтрольна дихальна вентиляція роділлі здатна викликати зниження оксигенації й розвиток ацидозу у плода [10].

Адекватне і своєчасне знеболення сприяє дбайливому розродженню, регулює й нормалізує пологову діяльність, перешкоджає розвитку гіпоксії плода [10].

Методи знеболення можуть бути немедикаментозними і медикаментозними.

До методів немедикаментозного впливу відносяться психопрофілактична підготовка, аутогенне і гетерогенне тренування, гіпнотерапія, голкорексфлексотерапія.

Медикаментозні засоби, що застосовуються для знеболення пологів, повинні мати транквілізуючу й анальгетичну дію; усувати небажані рефлекторні реакції, що виникають при болях під час перейм. Вони не повинні пригнічувати пологову діяльність і чинити негативний вплив на організм матері та плода, повинні бути простими і доступними. Використовуються гомеопатичні препарати, системні наркотичні і ненаркотичні анальгетики, інгаляційна анестезія, регіонарна аналгезія.

Використання наркотичних анальгетиків завжди пов'язане з небезпекою розвитку депресії дихального центру новонародженого, тому традиційно вони якщо і застосовуються, то в невеликих дозах і вкрай обережно. Проте, опіати досить ефективні на ранніх стадіях пологів. Найчастіше використовується промедол і фентаніл у звичайних дозуваннях внутрішньом'язево або внутрішньовенно, залежно від стадії пологового акту.

Промедол не тільки знеболює, але і підсилює пологову діяльність. Має виражену спазмолітичну і за рахунок цього пологостимулюючу дію. Буторфанол (морадол) є агоніст-антагоністом опіоїдних рецепторів і є ефективним засобом знеболення пологів. Буторфанол не чинить негативного впливу на кровообіг плода і скоротливу активність матки. Фентаніл - потужний анальгетик, проте може викликати ригідність дихальних м'язів, бронхоспазм, у результаті може розвинутися порушення зовнішнього дихання новонародженого. Трамал - агоніст опіоїдних рецепторів. Сприяє встановленню нормальних перейм при дискоординованій пологовій діяльності.

До того ж з метою знеболення пологів використовуються спазмолітики, такі як баралгін (аналог – спазган, спазмалгон), дротаверин.

Проте останнім часом найбільш ефективними методами при пологах є нейроаксиальна блокада. Існує безліч варіантів регіонарної анестезії – спінальна, епідуральна, комбінована спінально-епідуральна анестезія. Також є

широкий вибір місцевих анестетиків та ад'ювантів, що дозволяє здійснити індивідуальний підбір методу знеболення пологів для кожної жінки.

Ряд дослідників вважає, що епідуральна анальгезія чинить регулюючий та координуючий вплив на скоротливу діяльність матки, тому її з успіхом можна застосовувати для лікування ДПД, ефективність якого становить 90-96 % [77].

Регіонарна анестезія для знеболення пологів використовується вже багато десятиліть, проте, незважаючи на досить тривалу історію її застосування, думки про вплив цього методу знеболення на пологовий акт залишаються суперечливими. Багато вітчизняних і зарубіжних дослідників кажуть про позитивний вплив регіонарної анестезії на перебіг пологів і стан плода [201,239].

Проте існують дані, що застосування цього виду знеболення в пологах сприяє подовженню першого і другого періодів пологів, зростанню частоти аномалій вставлення голівки плода під час пологів і, як результат - збільшення оперативного розродження [147,152,158, 176].

Саме тому дуже важливим є дослідження впливу регіонарної анестезії, зокрема механізму впливу препаратів, що вводяться інтратекально, особливо при застосуванні комбінованої спінально-епідуральної анестезії.

Вітчизняні та зарубіжні вчені проводять дослідження, присвячені застосуванню регіонарної анестезії при АПД, механізму дії препаратів-анестетиків, їх комбінацій між собою та з іншими видами лікування. При первинній та вторинній СПД епідуральна анестезія використовується в поєднанні з пологостимулюючою терапією [304]. При ДПД регіонарні методики знеболення застосовуються для «нормалізації» скорочувальної активності матки, досягнення опосередкованої «спазмолітичної» дії на маткове вічко в першому періоді пологів [99, 180, 227]. Оскільки частота оперативного розродження і несприятливих перинатальних наслідків у жінок з ДПД залишається високою [244], розробка принципів корекції даної аномалії є актуальним завданням.

За даними авторів, порівняльна оцінка методів анальгезії мимовільних пологів показала, що найбільший анальгетичний ефект дають регіонарні методики. У першому періоді пологів вони забезпечують зниження рівня стресових гормонів у крові роділь – адреналіну, норадреналіну, кортизолу; нормалізацію параметрів гемодинаміки, сприяють усуненню аномалій пологової діяльності [94].

Вчені зазначають, що зміни характеру скорочувальної діяльності матки знаходяться в тісній залежності від психосоматичного стану роділлі [2,22]. Таким чином, зменшення психомоторного збудження і підвищення больового порогу призводить до нормалізації пологової діяльності та появи більш координованих маткових скорочень.

Епідуральна анальгезія вимикає больовий і моторний блок. Для того, щоб оцінити величину моторної блокади, використовується модифікована шкала Bromage (0-3):

- Bromage 0 – пацієнтка може підняти пряму ногу.
- Bromage 1 – пацієнтка може підняти зігнуту в коліні ногу.
- Bromage 2 – рухи збережені тільки в гомілковостопному суглобі.
- Bromage 3 – повний моторний блок, рухи в кульшовому, колінному, гомілковостопному суглобах відсутні.

При знеболенні пологів бажана моторна блокада Bromage 0-1 [112].

Як і для кожної маніпуляції, для епідуральної анальгезії є протипоказання. Так, відносними протипоказаннями є некоригована артеріальна гіпотензія, порушення функціонального стану плода, відсутність ефективної пологової діяльності (у тому числі на тлі пологостимулюючої терапії), консервативне ведення пологів у жінок з РМ, прийом антикоагулянтів, гіпертермія роділлі у пологах, неврологічні захворювання.

Питання про вплив регіонарної анестезії на пологову діяльність, незважаючи на численні роботи, до цього часу залишається спірним. Дані, одержувані в ході досліджень, часом суперечливі [95,89,298]. Ймовірно, це

може бути пов'язано з різноманіттям варіантів регіонарної анестезії, вибору діючої речовини, техніки виконання маніпуляції.

Крім функції знеболення, застосування комбінованої спінально-епідуральної анестезії в лікуванні аномалій пологової діяльності забезпечує не тільки адекватну анальгезію, а й координує пологову діяльність за рахунок симпатолітичної дії на ШМ. Це дозволяє в переважній більшості випадків скоригувати ДПД на етапі дії спинномозкової анестезії, а застосування епідурального компонента зазвичай направлено на знеболення 1 періоду пологів [244].

Науковці відзначають, що при початковій нормальній пологовій діяльності вторинна слабкість на тлі фракційного застосування лідокаїну під час епідуральної анальгезії виявляється у 92 % роділь, фракційному використанні бупівакаїна – у 60,3 %, при безперервному введенні ропівакаїну – у 16,7 % роділь [111]. Збільшення другого періоду пологів (при безперервній епідуральній анальгезії, що не перевищувала 2 години) не привело до погіршення стану новонароджених. Діти народилися в задовільному стані, порушення процесів адаптації в ранньому неонатальному періоді також не виявлено. Тому, автори вважають за необхідне проведення знеболення до розродження з можливою пролонгацією другого періоду пологів на тлі епідуральної анальгезії у первісток до 3 годин, у повторнонароджуючих - до 2 годин, за умови відсутності порушення серцевої діяльності плода (за даними КТГ). Аналогічні рекомендації були дані Американською колегією акушерів і гінекологів [86,125].

За даними Савельєвої Г.М. та ін. при ДПД найбільш ефективними були схеми фракційного застосування лідокаїну в епідуральній анальгезії і безперервної інфузії ропівакаїну - всі пологи пройшли через природні пологові шляхи. На тлі фракційного введення розчину лідокаїну у всіх роділь відбулося швидко (за 1-3 години) розкриття маткового вічка. У другому періоді пологів у 20 % відбулося СПД, що потребувало введення окситоцину [112]. Під час клінічної практики автори прийшли до висновку, що раннє, іноді

профілактичне застосування окситоцину на тлі епідуральної анальгезії запобігає розвитку СПД.

Дослідження присвячені регуляції родової діяльності [3] були проведені у 339 роділь з АПД, такими як: первинна АПД, дискоординована і надмірна пологова діяльність, дистоція ШМ. Згідно з їхніми даними, застосування епідуральної анальгезії в пологах обумовлює зниження тону парасимпатичних нервових елементів, що інервують матку, що, в свою чергу, сприяє усуненню так званих «м'язових спазмів» в області нижнього сегмента матки і призводить до ліквідації тривалих спастичних скорочень міометрію. Спазмолітичний вплив епідуральної анальгезії на судини матково-плацентарного комплексу, очевидно, сприяє попередженню гіпоксичних станів плода [147].

Автори зазначили, що у роділь з ДПД після застосування епідуральної анальгезії спостерігалось упорядкування перейм, зниження тону матки, а в ряді випадків і значне ослаблення пологової діяльності, що призвело до необхідності подальшого застосування окситоцину. Однак, тривалість першого періоду пологів у первісток з первинною СПД статистично достовірно менше, ніж у контрольній групі. Так само, автори відзначили зниження частоти патологічних кровотеч у послідовому і ранньому післяпологовому періодах [147].

В іншому дослідженні [119] зазначено, що після застосування ЕА, при розкритті маткового вічка на 4 см і більше, відзначається зростання амплітуди маткових скорочень за відсутності зменшення кількості перейм (за кожні 10 хвилин підрахунку) в порівнянні з цими показниками до застосування епідуральної анальгезії [147]. Автори кажуть, що застосування епідуральної анальгезії не веде до статистично достовірного збільшення тривалості перейм, середньої тривалості пауз між скороченнями і середньої інтенсивності маткових скорочень. Було відзначено підвищення базального тону матки відразу після початку анестезії (за даними зовнішньої гістерографії). За їхніми даними, при слабкості пологової діяльності вміст адреналіну в плазмі крові

істотно не відрізнявся від такого при нормальних пологах, у той час як рівень норадреналіну був майже в 2 рази менше, ніж у здорових роділь.

При вивченні частоти перейм і швидкості фази скорочення, що вказує на інтенсивність змін у міометрії, авторами встановлено, що після застосування епідуральної анальгезії в перші 10 хвилин після введення маркаїну, відзначається уповільнення маткових скорочень і зменшення їх інтенсивності в 1,5 рази, у порівнянні з вихідним фоном маткової активності при СПД, а також відзначається вкорочення систоли після застосування епідуральної анальгезії з 35 до 32 секунд. При вивченні тривалості інтервалів між переймами до і після застосування епідуральної анальгезії відзначається статистично достовірне подовження тривалості інтервалів між переймами до застосування епідуральної анальгезії [147].

Існує прямий зв'язок між скорочувальною активністю матки і кровотоком через міометрій. Тонус матки й її скорочувальна активність пригнічуються, якщо у матері швидко розвивається важка артеріальна гіпотензія. Проте не тільки артеріальна гіпотензія пригнічує скоротливу активність матки. Досить виражений вплив має і місцеве зниження тиску в судинах матки, яке не завжди може супроводжуватися гіпотензією. Найчастіше це відбувається при несвоєчасному діагностуванні синдрому аортокавальної компресії. Іншим фактором є венозний застій в судинному басейні міометрію. Повнокрів'я вен міометрію, викликане здавленням *vena cava inferior*, призводить до підвищення фонового внутрішньоматкового тиску і відповідно, до зменшення скоротливої активності міометрію [152].

Деякі автори [128] зазначають, що після комбінованої спінально-епідуральної анестезії в 40 % випадків відбувається збільшення базального внутрішньоматкового тиску протягом 15-20 хв після маніпуляції в порівнянні з епідуральною анальгезією (16,7 %), і, як наслідок, порушення серцевого ритму плода (зниження базального серцевого ритму або поява тривалих децелерацій) [128]. Однак, не відбувалося збільшення частоти оперативного розродження, пов'язаного з початком гіпоксії плода. Частота операцій КР в групах з

комбінованою спінально-епідуральною анестезією та епідуральною анальгезією складала 31,7 % і 36,1 % відповідно. Даними авторами не відзначено збільшення частоти порушення серцевого ритму плода, пов'язаного з розвитком гіпотензії у матері.

При дослідженні центральної гемодинаміки у роділь, яким в якості знеболенья пологів використовувалася епідуральна анальгезія, було показано, що середній артеріальний тиск знижується на 5,4 %, що пов'язано з сегментарною симпатичною блокадою, що викликає дилатацію артерій і артеріол у зоні анестезії, втрату венозного тону, збільшення ємкості судинного русла і приводить до відносної гіповолемії. Частота серцевих скорочень перебувала в прямій залежності від ступеня гіпотензії. При вираженому гіпотензивному ефекті, спостерігалось підвищення частоти серцевих скорочень (ЧСС), при нормо - і гіпертензії на тлі епідуральної анальгезії - зниження. Зменшення ЧСС на тлі епідуральної анальгезії, очевидно, пов'язане з захистом організму від больового стресу і зниженням активності впливу симпатичної нервової системи [95,82].

Вчені набагато менше сперечаються з приводу дії епідуральної анальгезії в другому періоді пологів. Тривалість другого періоду пологів дійсно може дещо збільшуватися, але це не свідчить про зміну скорочувальної активності міометрію. Тривалість другого періоду пологів збільшується в результаті блокади чутливих нервів тазового дна і нижньої частини живота. Блокада чутливих корінців сегментів від S2 до S4 призводить до згасання рефлексів, що йдуть від м'язів тазового дна, що, у свою чергу, може пригнічувати бажання жінки тужитися. Супутнє зниження тону м'язів тазового дна призводить до уповільнення повороту передлежачої частини і відповідно, до подовження другого періоду пологів [99].

Відмічалось, що епідуральна анальгезія негативно впливає на вставлення голівки в малий таз роділлі. Е.А.Чернуха, Л.М. Комісарова і співавт. при вивченні механізму пологів відзначили, що до початку пологової діяльності у 85 % вагітних виявляється задній вид потиличного передлежання, який під час

пологів практично у всіх роділь переходить в передній вид. Абрамченко В.В., Бікмулліна Д.Р. проаналізували частоту заднього виду потиличного передлежання у жінок із застосуванням епідуральної анальгезії в пологах у порівнянні з роділлями без застосування знеболюючих засобів. Їх дослідження показали, що, як у первісток, так і повторнонароджуючих, при застосуванні епідуральної анальгезії зростає частота народження дітей в задньому виді потиличного передлежання втричі в порівнянні з групою порівняння. Однак при цьому не враховувалися різні варіанти епідуральної анальгезії та ступінь моторного блоку [3].

У дослідженні механізму пологів відзначено, що до початку пологової діяльності у 1/3 вагітних виявляється задній вид потиличного вставлення. Але протягом першого періоду пологів у 62-65 % роділь відбувається поворот голівки плода з заднього виду в передній, незалежно від способу введення і виду анестетика. У другому періоді пологів порушення механізму пологів зазначалося лише при фракційному введенні препарату. Мабуть, це пов'язано з одним з побічних ефектів епідуральної анальгезії - моторною блокадою. Виражене порушення рухової активності, відповідне Bromage II-III, свідчить про надмірну релаксації м'язів тазового дна внаслідок моторної блокади і, таким чином, порушується нормальний механізм пологів.

Отже, АПД є однією з важливих проблем сучасного акушерства. Актуальність проблеми обумовлена широтою її поширення в популяції і високою частотою. АПД посідають одне з перших місць серед показань до КР, ведуть до високої частоти перинатальних ускладнень і втрат. Останнім часом відзначається збільшення числа роділь старше 30 років серед першонароджуючих, питома вага яких становить 15-18 % до числа пологів. Серед ускладнень під час пологів у них досить часто зустрічаються АПД [181]. Тому дуже важливим є визначення ефективної терапії даних станів.

Висновок

Таким чином, дані літературних джерел свідчать, що згідно з загальносвітовою тенденцією щодо зниження частоти кесарева розтину існує гостра необхідність визначення шляхів подолання даної проблеми. Основне питання – у визначенні абсолютних та відносних показань до проведення абдомінального розродження. Проблема кесарева розтину наймовірно актуальна. Адже окрім позитивних сторін проведення даної операції, існують ще і негативні, що гостро обговорюються у всьому світі. Тому існує необхідність збереження соматичного, репродуктивного, психологічного та сексуального здоров'я жінок поряд з наданням їм можливості безпечно народити здорову дитину.

Визнані абсолютні показання до проведення кесарева розтину такі, як відшарування нормально розташованої плаценти, передлежання плаценти, анатомічно та клінічно вузький таз, еклампсія та прееклампсія важкого ступеню не викликають сумніву і є беззаперечними. Проте такі показання, як рубець на матці після попереднього кесарева розтину, застосування допоміжних репродуктивних технологій, аномалії пологової діяльності, потребують детального дослідження і визначення, що може бути одним із шляхів зниження рівня кесарева розтину. При цьому, потребують визначення основні ризики для матері та плода при виборі методу родорозродження в разі, коли у жінки рубцем на матці після попереднього кесарева розтину, застосування допоміжних репродуктивних технологій, аномалія пологової діяльності.

Результати власних досліджень розділу 1 викладені у статтях:1,2,3,4,5,7,9,10,12,18,21,22,26 (стор. 8-11).

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для вирішення поставлених завдань дослідження були проведені в два етапи:

I етап дослідження – ретроспективний – проведений аналіз частоти і структури КР за 10 років в умовах КМПБ;

II етап дослідження – проспективний – ведення жінок з акушерською патологією і обтяженим репродуктивним анамнезом.

Нами було обстежено 900 вагітних жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом. В залежності від тактики ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду обстежені вагітні жінки були розподілені на жінок, у яких вагітність, пологи та післяпологовий період проведені за загальноприйнятим алгоритмом – 450 жінок, та у яких вагітність, пологи та післяпологовий період проведені за розробленими нами діагностичними та лікувально-профілактичними заходами – 450 жінок.

Жінки, у яких вагітність, пологи та післяпологовий період проведені за загальноприйнятим алгоритмом були розподілені на три групи:

I група - 150 жінок з РМ після КР, проведених за загальноприйнятим алгоритмом;

II група - 150 жінок після застосуванням ДРТ, які проведені за загальноприйнятим алгоритмом.

III група - 150 жінок з АПД, які проведені за загальноприйнятим алгоритмом.

Жінки, у яких вагітність, пологи та післяпологовий період проведені за розробленими нами діагностичними та лікувально-профілактичними заходами також були розподілені на три групи (з використанням принципу рандомізації):

IV група - 150 жінок з РМ після КР, проведених за розробленим алгоритмом.

V група - 150 жінок після застосуванням ДРТ, проведених за розробленим алгоритмом.

VI група - 150 жінок з АПД, проведених за розробленим алгоритмом.

0 група – 50 здорових вагітних жінок без акушерської паталогії та без обтяженого репродуктивного анамнезу склали групу порівняння.

Загальноприйнята тактика ведення жінок з РМ проводилася згідно з клінічними протоколами, які діяли на момент досліджень. У відповідності до цього усі жінки з РМ розроджувались відповідно до наступних нормативних документів:

1. Наказу МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Кесарів розтин».

2. Наказу МОЗ України від 29.12.2003 № 620, згідно з яким показаннями до операції КР з боку жінки були:

- два і більше рубців на матці;
- неспроможність РМ;
- рубець на матці після корпорального КР.

3. Наказу МОЗ України від 27.12.2011 № 977 «Кесарів розтин».

При надходженні вагітної жінки до стаціонару проводили загальноприйнятну оцінку соматичного та акушерського статусу, вивчали анамнез, проводили забір крові для визначення групи та резус-фактору, проводили загальний аналіз крові, коагулограма, загальний аналіз сечі, аналіз виділень для бактеріоскопічного дослідження з піхви, оцінювали стан плода (ультразвукове дослідження (УЗД) з доплерометрією, біофізичний профіль пода (БПП) та КТГ). Додаткові обстеження проводили за наявності відповідних показань.

Загальноприйнятий алгоритм ведення пологів жінок із застосуванням ДРТ базувався на основі наказів МОЗ України, які діяли на момент дослідження, та включав наступні моменти:

- згідно з наказом МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Кесарів розтин» та наказу МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Кесарів розтин» жінки вагітність, наказу МОЗ України від 27.12.2011 № 977 «Кесарів розтин». у яких настала

внаслідок застосування лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій або після тривалого лікування Б показано розродження шляхом операції КР в плановому порядку. Клінічного протоколу ведення жінок, вагітність у яких настала із застосуванням ДРТ на даний момент не затверджено.

Загальноприйнята тактика ведення жінок із АПД проводилася згідно з клінічним протоколом «Аномалій пологової діяльності», затверджена Наказом МОЗ України від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» і включала наступні моменти:

- при патологічному прелімінальному періоді: седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг на добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2 % промедолу); при неефективності – одноразове застосування токолітичної терапії β 2-адреноміметиками (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розчиняється у 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду внутрішньовенно крапельно повільно – 10-15 крапель на хвилину з урахуванням протипоказань. Наступна підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину E_2 .

- при СПД:

- а) у латентній фазі пологів: амніотомія з подальшим пологодсиленням шляхом внутрішньовенного краплинного введення окситоцину або простагландину E_2 ; оцінка ефективності через 6-8 годин із переглядом за показаннями подальшої тактики ведення пологів. За відсутності переходу в активну фазу пологів пологодсилення після 8 годин окситоцином – розродження шляхом КР;

- б) в активній фазі пологів: амніотомія і спостереження протягом 2 годин при активній поведінці роділлі, за необхідності пологодсилення внутрішньовенним крапельним введенням окситоцину ;

- в) при збільшенні тривалості періоду вигнання: виключення клінічної невідповідності розмірів голівки плода і тазу роділлі. За клінічної невідповідності – розродження операцією КР. За відсутності клінічної

невідповідності-пологопідсилення внутрішньовенним краплинним введенням окситоцину. За необхідності, залежно від місця розташування передлеглої голівки плода – вакуум – екстракція плода або накладання акушерських щипців.

- при ДПД: пролонгована епідуральна анестезія; проведення токолізу (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно краплинно повільно, починаючи з 8 крапель/хв. до 10-15 крапель/хв., не перевищуючи 15-20 крапель/хв. під спостереженням.

Клінічну оцінку стану здоров'я обстежених жінок проводили за допомогою спеціально розробленої нами статистичної карти. Параметри, що вивчалися, відображали паспортні дані, соціальний статус. При зборі анамнезу звертали увагу на:

- час появи першої менструації, характер менструальної функції, регулярність і тривалість циклів;
- перенесені гінекологічні захворювання (тривалість, перебіг, результат);
- репродуктивну функцію: паритет пологів, відомості про кожен попередню вагітність (медичний аборт за бажанням, мимовільний аборт, термін вагітності);
- особливості перебігу теперішньої вагітності: наявність раннього токсикозу, загрози переривання вагітності, тривалість даної патології та її лікування.

Після отримання анамнестичних даних приступали до зовнішнього огляду, при якому звертали увагу на статуру, розміри таза, забарвлення шкіри і видимих слизових оболонок, наявність ожиріння.

При виконанні роботи проводили:

- загальноклінічне обстеження;
- клініко-лабораторні методи діагностики (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, визначення стану згортальної системи крові та резус

фактору, обстеження на RW, ІФА до ВІЛ та гепатити В, С, загальний аналіз сечі);

- функціональний стан фетоплацентарного комплексу (УЗД, доплерометрія);

- ультразвукове дослідження органів малого тазу в післяпологовому періоді;

- анкетування вагітних жінок і роділь для вивчення психоемоційного статусу;

- статистичну обробку отриманого матеріалу.

Обстеження проводили в КМПБ №1. Всі жінки були обстежені згідно протокольних рекомендацій та відповідності до принципів Гельсинської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицини, відповідних законів України та біоетичного комітету НМАПО ім. П.Л. Шупіка № 10 від 06.10.2014 р.

Для оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу проводили ехографічні та доплерографічні дослідження, виконані на ультразвуковому апараті «MyLabEight» (Італія). Дослідження здійснювали трансабдомінально (конвексним датчиком частотою 3,5 мГц з наповненням сечового міхура) і трансвагінально (вагінальним конвексним датчиком частотою 5 мГц).

Визначення ДРП здійснювали при повздовжньому скануванні тулуба в масштабі реального часу за характером зсувів грудної клітини і живота плода. Визначали кількість, тривалість, частоту й форму епізодів ДРП. При цьому, ДРП вважали нормальними за наявності одного або більшої кількості епізодів ДРП тривалістю 60 сек. за 30 хв. обстеження ДРП мали нормальну форму, а їхня частота складала 45-60 у 1 хв. Зниження або збільшення частоти ДРП, вкорочення їх епізодів, наявність патологічних форм (судомні типу «gaspings», подвійні, потрійні, пролонговані), або відсутність ДРП вважали ознаками порушення стану плода.

Рухову активність плода (РАП) оцінювали на підставі кількості епізодів і характеру рухів тулубом і кінцівками. Нормальними вважали наявність 3 або більшого числа епізодів рухів тулубом і кінцівками за 30 хвилин спостереження. До проявів порушення стану плода відносили зменшення кількості епізодів РАП, наявність тільки ізольованих рухів кінцівками, непорядковану РАП або її відсутність.

Тонус плода (ТП) розцінювали як його спроможність при фізіологічному стані в процесі руху розгинати кінцівки і тулуб (хребет) із наступним повним поверненням у початкове положення згинання. Якщо в процесі руху плода після розгинання кінцівок і хребта відбувалося неповне повернення у початкове положення згинання, або визначали їх розігнуте положення за увесь час спостереження, то такий стан розцінювали як патологічний.

При визначенні структури плаценти (СП) у якості одного з показників враховували ступінь зрілості плаценти (СЗП), що виявляли на підставі загальноприйнятої класифікації (за Р. Granum та співав., 1979, 1982).

При цьому, оцінювали відповідність СЗП до гестаційного терміну. Товщину плаценти вимірювали в середній частині, у місці впадіння пуповини. Отримані результати порівнювали з нормативними значеннями. Стан плаценти розцінювали як нормальний, якщо ступінь її зрілості й товщина відповідали терміну вагітності. Виявлення відхилень від зазначених параметрів свідчило про порушення стану і функції плаценти.

При оцінці об'єму навколоплодових вод (ОНВ) виділяли маловоддя, багатоводдя і нормальну кількість навколоплідних вод. ОНВ вважали нормальним, якщо середній діаметр довільно обраних вільних просторів («кишень»), заповнених водами, знаходився в межах від 2 до 8 см. Багатоводдя характеризувалося розміром «кишень» більше 8 см, а маловоддя – відповідно менше 2 см.

Отримані дані аналізували відповідно до шкали оцінки функціонального стану фетоплацентарної системи. Відповідно до шкали БПП (за F. A. Menning та співав., 1987) кожний із досліджуваних показників, а саме реактивність

серцевої діяльності плода за даними нестресового тесту, дихальні рухи плода, РАД, тонус плода, кількість навколоплідних вод, СЗП оцінювали в балах від 0 до 2 у залежності від ступеня його відхилення. 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 кровообігу в функціональній системі «мати-плацента-плід» дозволяли проводити оцінку КШК, при якій основне значення має співвідношення між швидкостями кровотоку в різні фази серцевого циклу. Досліджували ІР і С/Д.

С/Д вираховували за формулою, як відношення максимальної систолічної швидкості кровообігу до кінцевої діастолічної швидкості кровообігу:

$$C/D=A/V \quad (2.1)$$

де:

С/Д – систоло-діастолічне відношення

А – максимальна систолічна швидкість кровообігу

В – кінцева діастолічна швидкість кровообігу

ІР це відношення різниці між максимальною систолічною швидкістю і кінцевою діастолічною швидкостями до максимальної систолічної швидкості кровообігу, яке вираховувалось за формулою:

$$IP=(A-B)/A \quad (2.2)$$

де:

ІР – індекс резистентності

А – максимальна систолічна швидкість кровообігу

В – кінцева діастолічна швидкість кровообігу

Максимальна систолічна швидкість кровообігу відображає, в першу чергу, скорочувальну функцію серця й еластичність стінок досліджуваної судини. Кінцева діастолічна швидкість визначається опором периферичного судинного русла. Досліджувані індекси відображають ступінь згасання пульсової хвилі при проходженні її через кров'яне русло і використовуються як показники периферичного судинного опору.

Доплерометричні дослідження кровотоку проводили в АП, у правій і лівій МА, СМА. Кровообіг в АП використовували в її середній частині на достатньому віддаленні від місця її входження в черевну порожнину плода і в плаценту. Кровообіг у МА досліджували при подовжньому скануванні в області бокових стінок матки.

При оцінці доплерометричних показників визначали ЦПВ за формулою:

$$\text{ЦПВ} = \text{IP СМА} / \text{IP АП} \quad (2.3)$$

де:

ЦПВ – церебро-плацентарне відношення

IP СМА – індекс резистентності середньомозкової артерії плода

IP АП – індекс резистентності артерії пуповини плода

При цьому, ЦПВ у другій половині неускладненої вагітності не стає менше 1,0 і є показником більш високої резистентності судин головного мозку в порівнянні з плодово-плацентарною ланкою.

У наших дослідженнях ми використовували діагностичні критерії порушень кровообігу у функціональній системі «мати-плацента-плід» у 3 триместрі вагітності (за Стрижаковим): С/Д кривих швидкостей кровотоку (КШК) в АП – 3,0 і більше; це ребро-плацентарне відношення (ЦПВ) нижче 1,0; у МА – 2,0 і більше. Зсув ЦПВ нижче 1,0 є проявом компенсаторної централізації плодового кровообігу в умовах зниження плацентарної перфузії. При цьому виникає переважне кровопостачання головного мозку як найбільше життєво важливого органу. Доплерометричні дослідження виконували в стандартних умовах у період апное і рухового спокою плода.

Оцінку реактивності серцево-судинної системи плода у обстежених пацієток здійснювали за допомогою КТГ на фетальному моніторі "FC 700" (Корея). Для реєстрації частоти серцебиття датчик кардіотокографа закріплювали за допомогою спеціального поясу на передній черевній стінці вагітної жінки, в області найкращої чутності серцевих тонів плода. Зміни частоти серцевих скорочень відображалися приладом у вигляді цифрового сигналу і графічного зображення на паперовій стрічці. Одночасно з записом ЧСС плода реєстрували скорочувальну діяльність матки за допомогою тензометричного датчика, що закріплювали в ділянці дна матки. Скорочення матки відображалися приладом у вигляді кривої на паперовій стрічці. Запис КТГ проводили протягом 45-60 хв. у положенні пацієтки на боку. У процесі дослідження на стрічці запису фіксували рухи плода. При аналізі записів КТГ 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 та співавт., 1976). Кожний із показників КТГ оцінювали від 0 до 2 балів і сумували отримані бали. 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.

Ендокринологічні дослідження включали визначення концентрації гормонів ФПС у периферичній крові: E₂, E, П. Також визначали вміст в крові плацентарних білків: ПЛ. Визначення концентрації гормонів і плацентарних білків проводили радіоімунологічним і імуноферментним методами.

Ступінь зрілості ШМ на момент початку пологової діяльності оцінювали за шкалою Bishop (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 - Оцінка ступеня «зрілості» шийки матки за Бішопом

Параметри	Бали		
	0	1	2
Положення шийки матки щодо провідної осі тазу	Зміщена до крижів	Між крижами і провідною віссю тазу	По вісі тазу
Довжина шийки матки (см)	≥ 2	1 - 2	$1 \leq$
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Відкриття зовнішнього вічка (см)	Закритий	1	≥ 2
Місце знаходження передлеглої частини плода	Рухома над входом у малий таз	Притиснута до входу у малий таз	Притиснута або фіксована у вході у малий таз
Примітка: 0-2 бали – шийка “незріла”; 3-5 балів – шийка “недостатньо зріла”; ≥ 6 балів – шийка “зріла”.			

Основні відомості про психологічний стан жінок отримані за допомогою клінічного спостереження за жінками. З кожною з них проводилася індивідуальна бесіда, у ході якої встановлювався позитивний психологічний контакт, що забезпечувало повну довіру до лікаря. Докладно з'ясовувалися соціальні і психологічні аспекти преморбідного фону (збирався психосоматичний анамнез), вивчалася відношення жінки та її близьких до ненародженої дитини, роз'яснювалася необхідність активного співробітництва вагітної жінки з лікарями для підвищення ефективності немедикаментозного і медикаментозного лікування.

Для об'єктивізації й уточнення клінічних даних використовували психологічне тестування за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна, тесту Бека та СБОУ:

У обстежених жінок для визначення психоемоційного стану дослідження проводились за дві-три доби до пологів, на 3-4 добу після пологів. При цьому проведені дослідження за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна, дозволяли визначити рівень ситуативної тривожності (характеризує стан пацієнтки безпосередньо в момент опитування) і рівень особистої тривожності (характеризує психоемоційний стан цієї ж пацієнтки протягом її життя), а за допомогою тесту Бека - визначити наявність і ступінь депресії.

Також психологічний стан оцінювали за допомогою скороченого багатофакторного опитувальника (опитувальник Міні-мульти) для дослідження особистості, який дозволяє визначити особистісні характеристики і тип реакції на стрес обстежуваних вагітних жінок, а в результаті проспективного дослідження і ретроспективного аналізу диференціювати дані актуального дослідження, у тому числі константні особисті властивості або особливості ситуаційно зумовленого стану.

Тест СБОО складається з 71 твердження, на які можуть бути дані два варіанти відповідей: вірно і невірно. Після попереднього інструктажу пацієнтки індивідуально заповнювали бланки відповідей. У результаті опрацювання тесту вибудовувався індивідуальний профіль особистості, що оцінювався за шкалою достовірності: L-шкала брехні, F-шкала вірогідності, K-шкала корекції, і базисних шкалах: 1 (іпохондрії), 2 (депресії), 3 (істерії), 4 (психопатії), 6 (паранойяльності), 7 (психастенії), 8 (шизоїдності) і 9 (гіпотонії). Аналізу піддавалися тільки достовірні тести. Високими оцінками по всіх шкалах, після побудови профілю особистості, вважались оцінки, що перевищують 70. Низькими оцінками вважались оцінки нижче 40 балів.

За допомогою теста депресії Бека визначали рівень депресії. При цьому кількість балів 0-11 трактували, як відсутність депресії, 12-19 балів – помірна депресія, 20-25 балів – середня депресія, 26-63 бали – тяжка депресія.

Морфологічний стан післяопераційного рубця та тканин матки після попереднього абдомінального розродження проводився за допомогою клінічного (візуального та пальпаторного) обстеження рубця на передній

черевній стінці, УЗД дослідження та гістологічних досліджень, також проводилось гістологічне дослідження плаценти у обстежених жінок.

Визначення об'єму крововтрати проводилося методом Лібова - об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю:

Об'єм крововтрати = $V/2 \times 15\%$ (при крововтраті менше 1000 мл) або

Об'єм крововтрати = $V/2 \times 30\%$ (при крововтраті більше 1000 мл),

де V – вага серветок, 15% і 30% - величина помилки на навколоплодові води, дезрозчини.

Статистичні методи дослідження

При проведенні аналізу для представлення якісних даних розраховувалася частота (%) та її стандартна похибка ($M \pm m\%$), для кількісних ознак розраховувалося середнє значення (\bar{X}) та стандартне відхилення ($\pm SD$) або стандартна похибка середнього ($\pm m$). Для порівняння кількісних показників використовувався критерій Ст'юдента. Для порівняння частоти прояву якісних ознак використовувався критерій хі-квадрат. Рівень довіри при обчисленні довірчих інтервалів проводився за методом нормального розподілу Вальда.

При проведенні аналізу критичний рівень значущості для всіх тестів прийнято $p < 0,05$.

Аналіз проводився з використанням авторського пакету MedStat (Лях Ю.Є., Гур'янов В.Г., 2004-2011 р.р.) та статистичного пакету EZR v.1.35 (Saitama Medical Center, Jichi Medical University, Saitama, Japan, 2016).

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК В УМОВАХ ТИПОВОГО МІСЬКОГО ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ (ЗА ПОПЕРЕДНІ 10 РОКІВ)

3.1 Клініко-статистичний аналіз розродження шляхом операції кесарів розтин жінок за попередні 10 років

Протягом останніх десятиріч частота КР зростає в усіх країнах світу незалежно від їх економічного розвитку. Дослідження, проведене ВООЗ, показало, що збільшення частоти КР асоціюється із підвищенням частоти призначення антибіотиків в післяпологовому періоді, збільшенням частоти тяжкої материнської захворюваності та смертності. Зокрема, даний показник вищий у 3,3 рази після планового КР, в порівнянні з ВП [27].

Відповідно до даних ВООЗ збільшення частоти КР вище, ніж 15 %, суттєво не впливає на зниження показників перинатальної захворюваності та смертності.

Враховуючи частоту ускладнень після оперативного розродження, будь-яка спроба зменшити асоційовані з КР ризики, буде мати суттєві переваги з точки зору як економічних витрат, так і покращення здоров'я жінок.

Беручи до уваги все вище зазначене, нами було проведено ретроспективний аналіз історій пологів породіль КМПБ № 1, пологи у яких відбулися шляхом операції КР за період з 2001-2010 р.р. В таблиці 3.1 представлено показник загальної кількості пологів, проведених в КМПБ № 1 за 2001-2010 р.р.. Як видно із таблиці 3.1, кількість пологів неухильно зростала з кожним роком з 2082 пологів у 2001 році до 3845 пологів у 2010 році. Було проаналізовано також показник кількості пологів, з урахуванням способу розродження, проведених в КМПБ № 1 за 2001-2010 р.р. (табл. 3.2).

Таблиця 3.1 - Показник загальної кількості пологів, проведених в КМПБ № 1 за 2001-2010 р.р.

абс.ч

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

Таблиця 3.2 - Показник кількості пологів, з урахуванням способу розродження, проведених в КМПБ № 1 за 2001-2010 р.р.

абс.ч., %

Показник способу розродження	Роки											
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Всього
Кесарів розтин	абс.ч.	354	542	502	551	592	782	782	937	716	773	5749
	%	17,0	19,3	16,9	17,4	17,7	19,4	19,3	21,3	20,3	20,1	
Пологи через природні пологові шляхи	абс.ч.	1728	2266	2450	2615	2752	3248	3269	3462	2811	3072	28462
	%	83,0	80,7	83,1	82,6	82,3	80,6	80,7	78,7	79,7	79,9	

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. 3.1), що потребує подальшого вивчення.

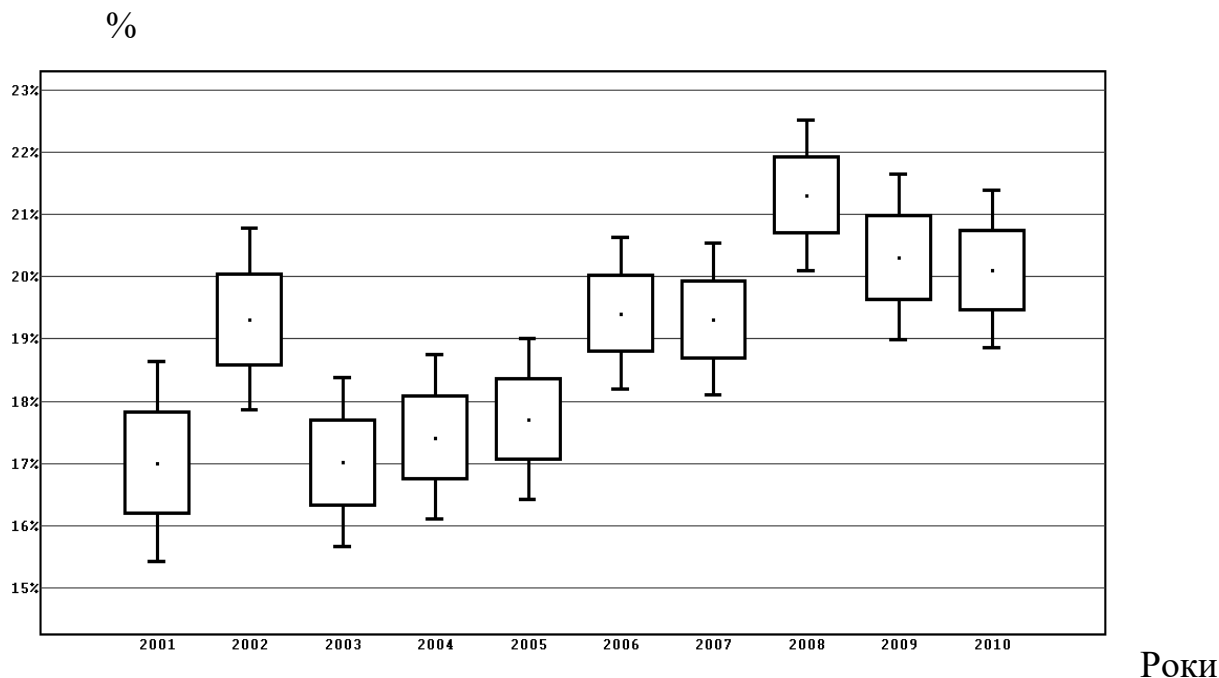


Рисунок 3.1. - Питома вага операції кесарів розтин, проведених в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

Результати дослідження співвідношення планових та ургентних операцій в динаміці за 2001-2010 р.р. представлений на рис. 3.2. 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)) %.

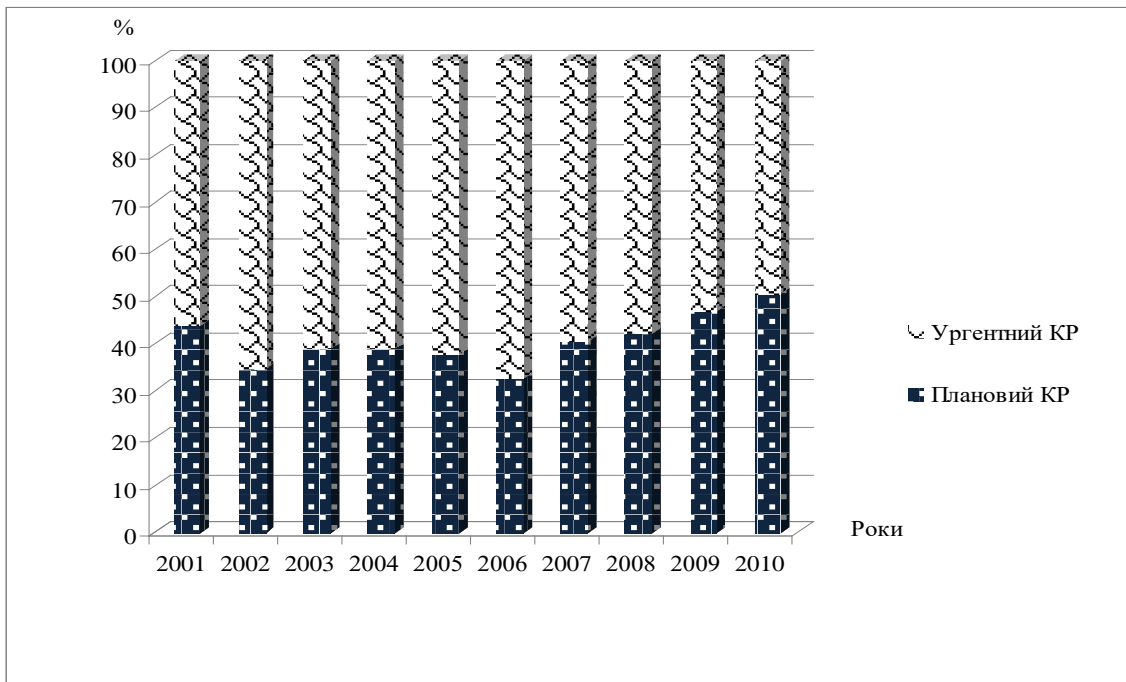


Рисунок 3.2 - Структура планових та ургентних операцій кесаревих розтинів, проведених в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

Поведений клініко-статистичний аналіз дозволив встановити структуру показань до проведення операцій КР як з боку матері так і з боку плода (рис. 3.3).

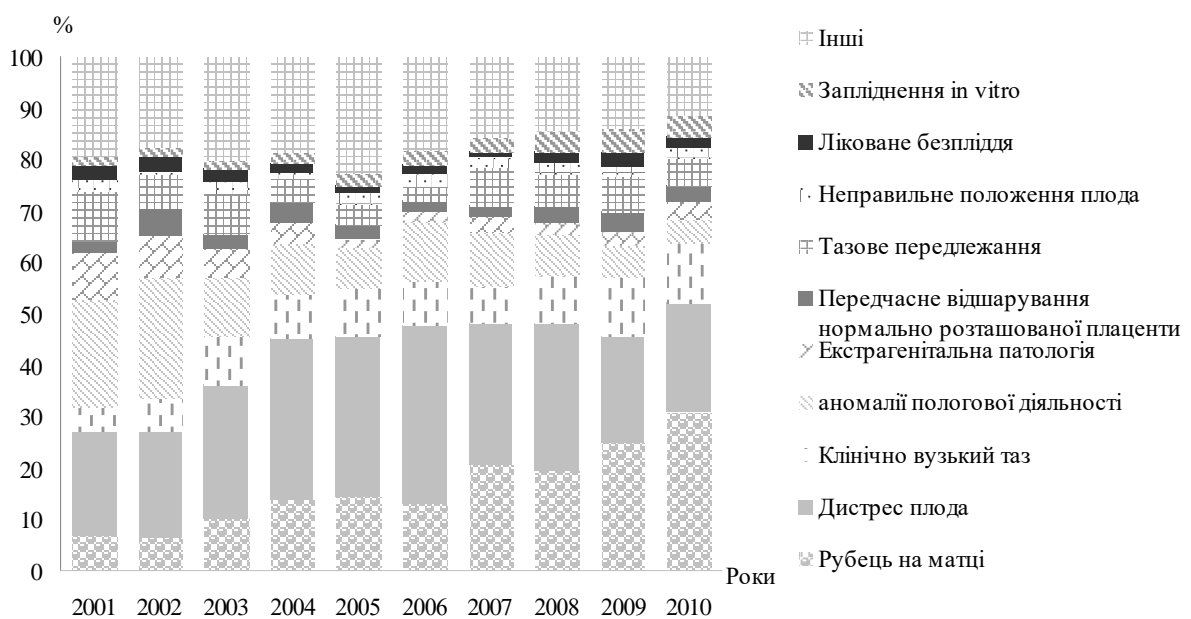


Рисунок 3.3 - Структура показань для проведення операції кесарів розтин в КМПБ № 1 за 2001 - 2010 рр., %

Провідне місце серед показань з боку матері займав РМ. Даний показник зріс ($p < 0,001$) від 24 (6,8 (4,1-9,5)) % у 2001 р. до 237 (30,7 (27,4-34,0)) % у 2010 р., тобто практично в 6 разів. Отже, в сучасному акушерстві постає нова проблема – пошук шляхів зниження КР у жінок, які народжують вперше.

При цьому звертає на себе увагу, також високий відсоток аномалій пологової діяльності. Отримані дані знаходять підтвердження в роботах авторів [30], які виділяють основними і більш частими показаннями до КР є АПД. Впродовж 2001-2010 р.р. прослідковувалось зниження даного показання з 74 (20,9 (16,6-5,2)) % у 2001 р. до 38 (4,9 (3,4-6,5)) % – у 2010 р ($p < 0,05$). Це пояснюється диференційованим підходом до вибору методу пологозбудження та пологодсилення. Однак високий відсоток аномалій пологової діяльності у загальній структурі показань до КР за досліджуваний період та розбіжності в поглядах щодо вирішення даної проблеми зумовлюють потребу в подальшому розробленні та впровадженні нових підходів до лікування даної патології.

На сьогодні складні проблеми порушення репродуктивного здоров'я вирішуються за допомогою застосування ДРТ. В Україні лікування Б за допомогою ДРТ набуває все більшого поширення. З моменту їх застосування в нашій державі кількість пологів після застосування ДРТ зросла в 10 разів. Дану закономірність ми спостерігали при аналізі показань за досліджуваний період в КМПБ № 1. З 2001 р. кількість КР у жінок після застосування ДРТ поступово збільшувалась з 6 (1,7 (0,3-3,1)) % до 32 (4,1 (2,7-5,5)) % в 2010 р ($p < 0,05$). Поряд з тенденцією до зростання безплідних пар в Україні, вдосконаленням технік ДРТ кількість жінок після застосування ДРТ збільшується, тобто питання щодо зниження частоти оперативного розродження у цих жінок є актуальним і потребує перегляду даного показання на користь розродження через природні пологові шляхи, особливо для жінок, які народжують вперше.

Однією із характеристик структурних змін у народжуваності, які в Україні найбільш яскраво проявились вже в останнє десятиріччя, є специфічне «постаріння» материнства, зумовлене поширенням феномену «відкладання» народження дітей до моменту здобуття професійної освіти, економічної

незалежності. Тому під час проведення ретроспективного аналізу історій пологів у жінок, яким проведено КР, за 2001-2010 рр., виявлено зміну вікової структури породіль ($p < 0,001$), причому встановлено явну перевагу породіль у віці старше 26 років та динамічне зниження групи жінок в віці до 25 років (рис. 3.4).

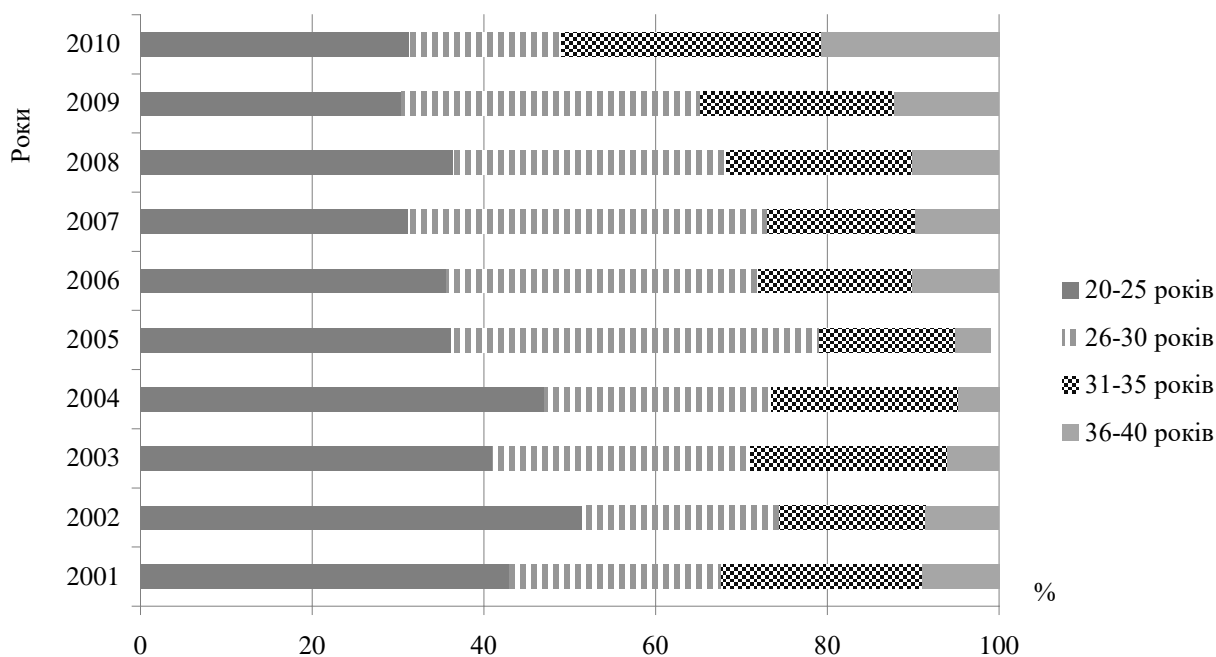


Рисунок 3.4. - Структура розподілу прооперованих жінок за віком, проведених в КМПБ № 1 з 2001-2010 рр., %

Враховуючи отримані дані щодо вікової структури породіль, було досліджено кількість попередніх пологів у даної когорти жінок. Із проведеного аналізу, звертає на себе увагу стабільно висока кількість перших пологів за весь досліджуваний період (рис. 3.5). Дану ситуацію можливо пояснити бажанням жінки мати одну дитину, враховуючи соціально-економічні аспекти сьогодення, а також «постаріння» материнства, що обумовлює відповідні анатомо-фізіологічні зміни з боку жінки.

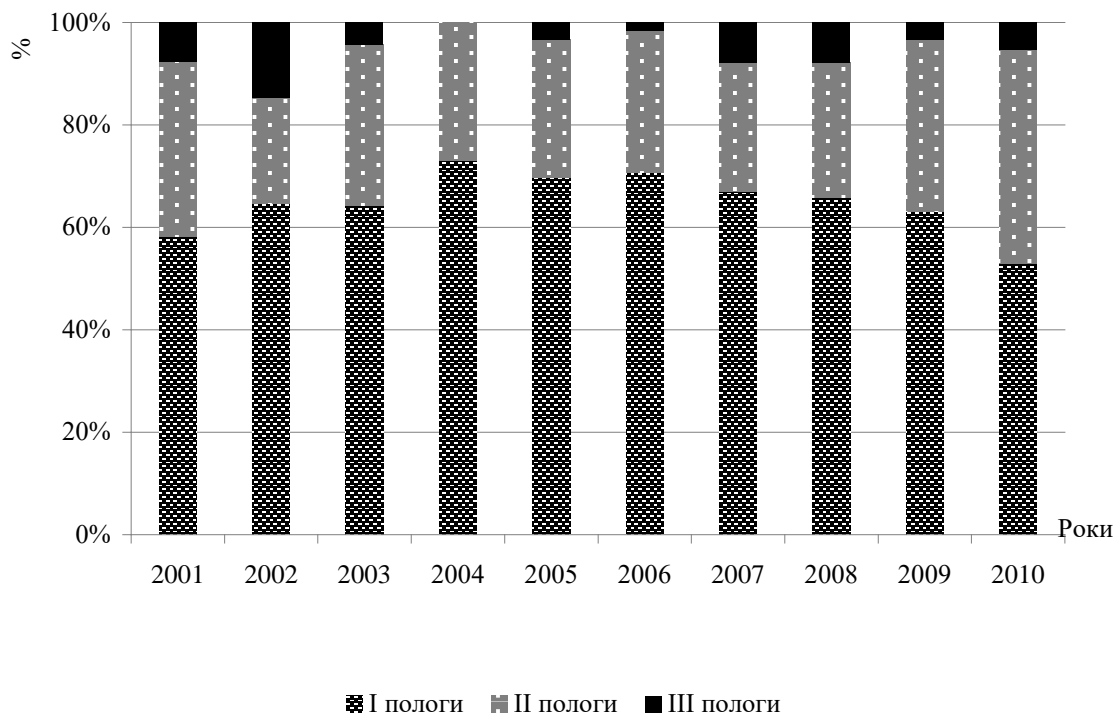


Рисунок 3.5 - Кількість попередніх пологів у жінок, яким проведено кесарів розтин в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

Важливим чинником щодо адекватності ведення пологів є визначення об'єму загальної крововтрати. При оцінці об'єму загальної крововтрати при оперативному розродженні встановлено, що спостерігається ($p < 0,001$) його зменшення (рис. 3.6). Так з 2001 до 2007 рік у 45-50 % випадків, загальна крововтрата становила (600 ± 35) мл, а у 10 % - (700 ± 25) мл. Проте з 2008 року спостерігалось її зниження і у 60-68 % випадків, вона становить (500 ± 35) мл, і лише у 20 % - (600 ± 35) мл та у 6-8 % - (700 ± 25) мл. При проведенні аналізу проводилося порівняння розподілу частоти високого рівня крововтрат (рис. 3.6) за 2001-2010 р.р.. Було виявлено зменшення частоти високих крововтрат із часом ($p < 0,001$). На нашу думку, це зумовлено вдосконаленням техніки оперативного втручання, використанням сучасного шовного матеріалу та сучасних утеротонічних препаратів нового покоління.

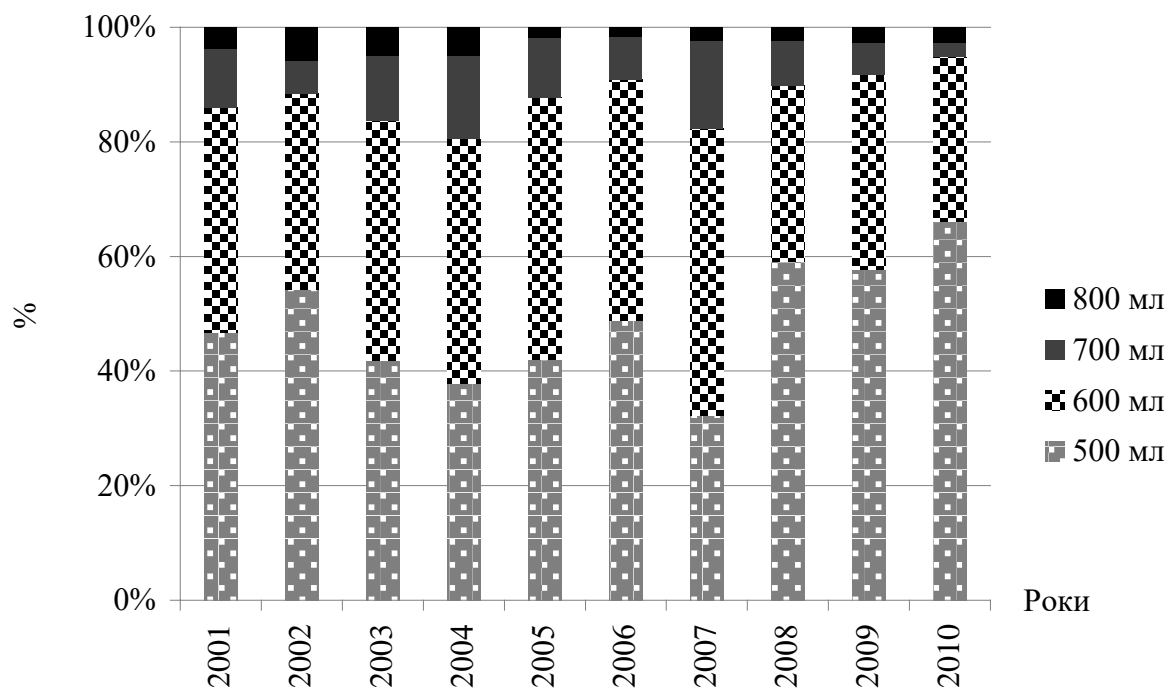


Рисунок 3.6 - Об'єм загальної крововтрати у жінок, яким проведено кесарів розтин в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

Оцінка післяопераційних ускладнень показала, що найбільш поширеними ускладненнями в післяопераційному періоді були субінволюція матки, інфільтрація післяопераційних швів та кровотечі. До 2006 р. серед післяопераційних ускладнень превалювали субінволюція матки та інфільтрація післяопераційних швів і становила в середньому 1,5-2 % від кількості проведених КР, а з 2007 року до 2010 року - частота ускладнень значно ($p < 0,001$) знизилась (рис. 3.7). Дана позитивна динаміка обґрунтовується адекватним та комплексним лікуванням в передопераційному та післяопераційному періодах.

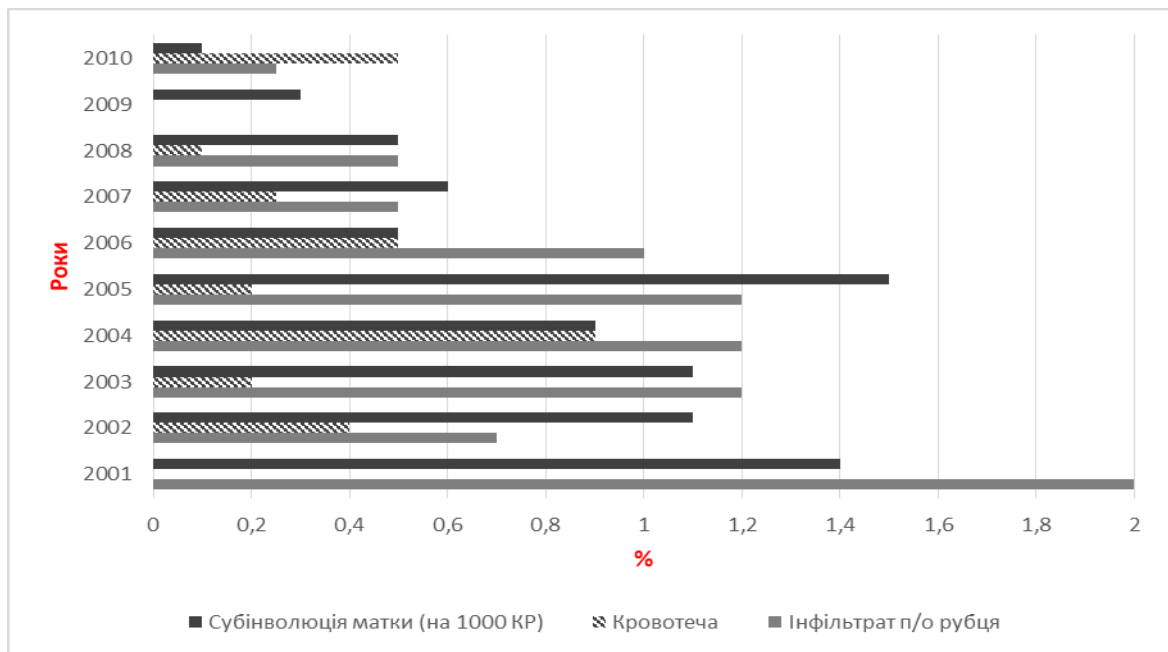


Рисунок 3.7 - Основні ускладнення після кесаревого розтину, виконаних в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

Результати аналізу стану новонароджених свідчать, що більшість (76,0 %) немовлят, народжених абдомінальним шляхом, були у задовільному стані та не потребували інтенсивного нагляду або лікування (рис. 3.8).

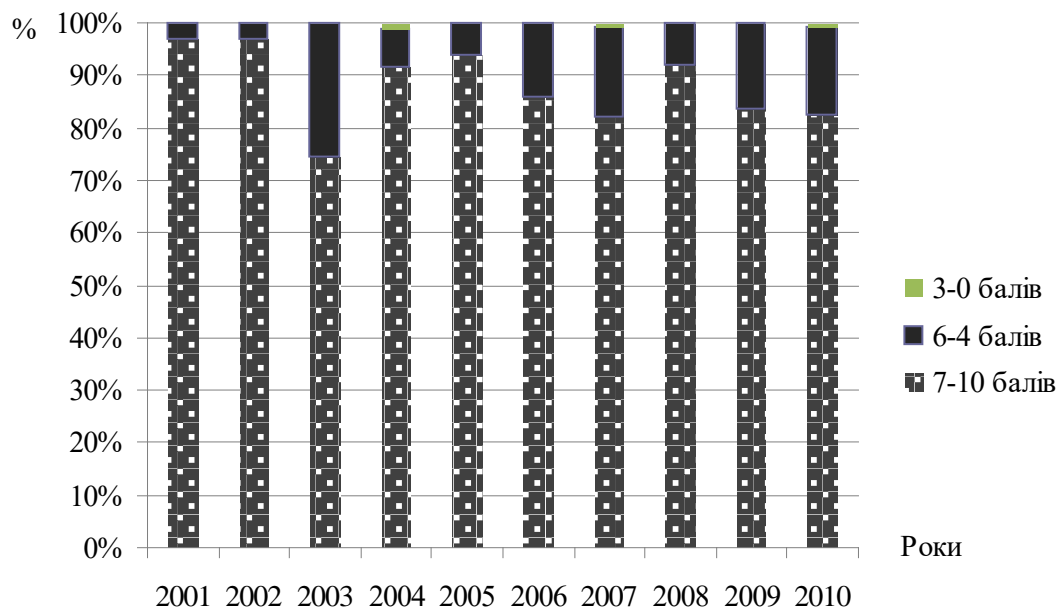


Рисунок 3.8 - Оцінка за шкалою Апгар новонароджених, що народилися після кесаревого розтину, виконаних в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

Асфіксія середнього ступеня тяжкості спостерігалась у (24 %) за досліджуваний період, при цьому заходи первинної реанімації обмежувалися санацією ротової порожнини, тактильною стимуляцією, або наданням вільного потоку кисню в перші хвилини

Аналіз частоти перинатальної смертності у досліджуваний період представлений на рис. 3.9.

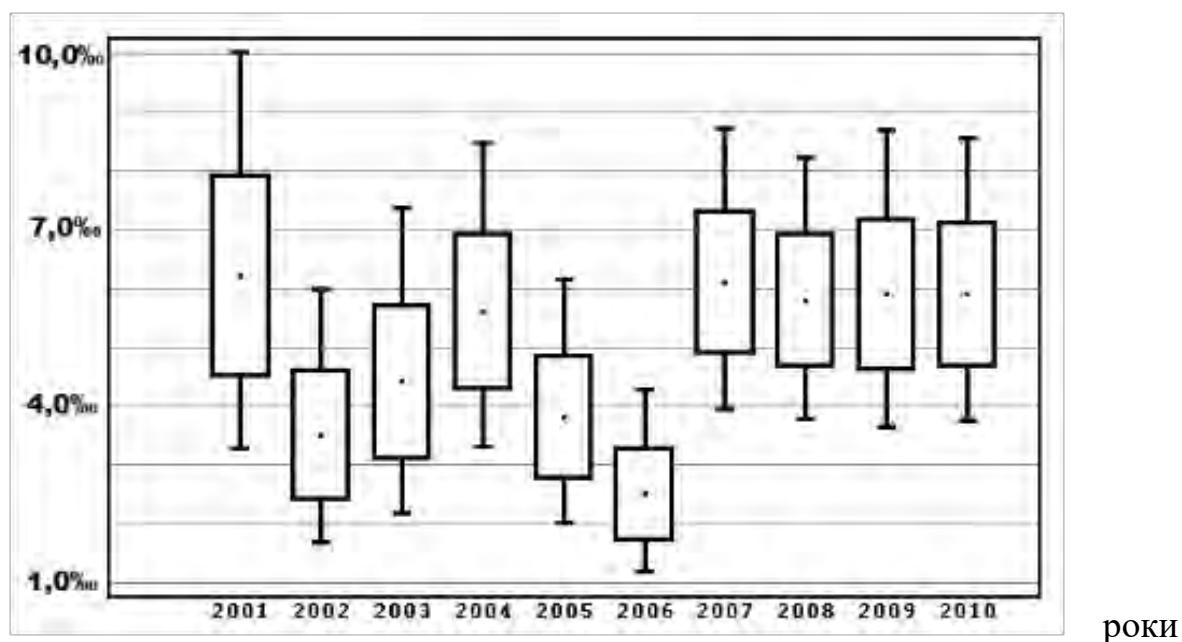


Рисунок 3.9. - Динаміка частоти перинатальної смертності за період 2001–2010 рр., %

При проведенні аналізу не виявлено зміни рівня показника перинатальної смертності ($p > 0,05$).

Таким чином встановлено, що не зважаючи на ріст ($p < 0,001$) КР, перинатальна захворюваність у 2001 р. – 2010 р. не зменшується ($p > 0,05$).

Висновок до підрозділу 3.1:

З проведеного ретроспективного аналізу КР у КМПБ № 1 за 2001-2010 р.р. визначено структуру показань до кесарева розтину з боку матері та з боку плода, частоту їх виконання, встановлено найчастіші післяопераційні ускладнення, проаналізовано стан новонароджених. Встановлено, що

основними показаннями до операції кесарева розтину є: рубець на матці, аномалії пологової діяльності, вагітність, яка настала після застосування допоміжних репродуктивних технологій.

3.2. Клініко-статистичний аналіз розродження шляхом операції кесарів розтин жінок з рубцем на матці за попередні 10 років

Враховуючи високий рівень частоти абдомінального розродження у жінок з РМ, нами був проведений детальний аналіз історій пологів за даним показанням до КР за 2001-2010 р.р.

Із вище наведених даних встановлено, що в структурі показань до КР рубець на матці посідає перше місце. Так, за досліджуваний період, кількість прооперованих жінок з приводу наявності РМ зростає ($p < 0,001$) з 24 (6,8 (4,1-9,5)) % у 2001 р. до 237 (30,7 (27,4-34,0)) % - 2010 р. (рис. 3.10).

Аналіз структури показань до КР у жінок з РМ був проведений з урахуванням віку жінок, об'єму крововтрати та післяопераційних ускладнень.

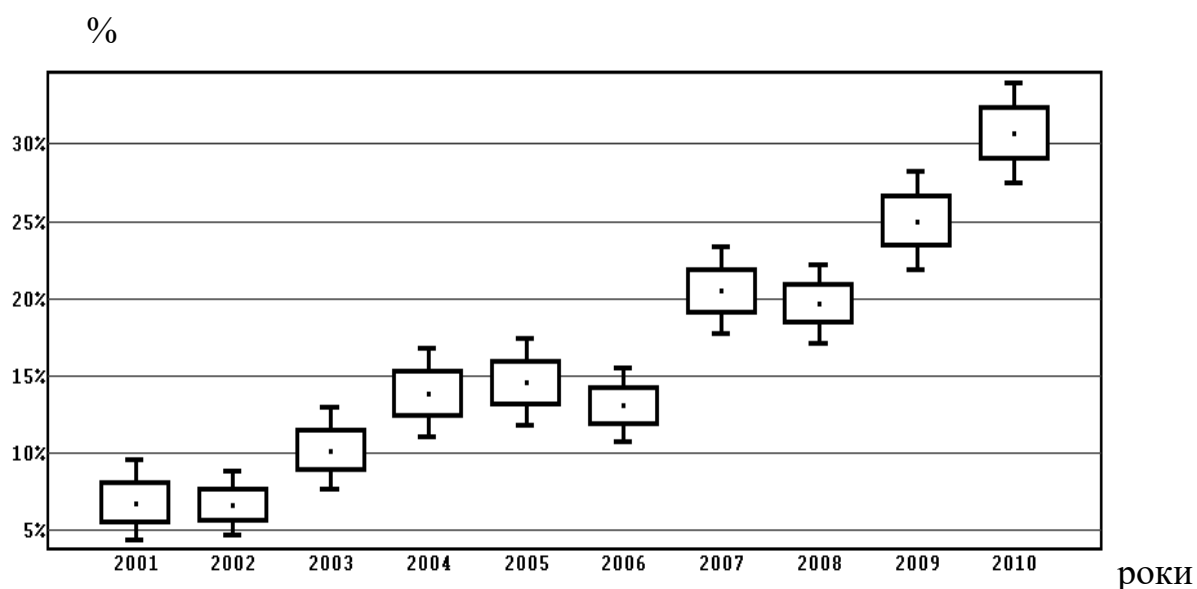


Рисунок 3.10 - Кількість операцій кесарів розтин у жінок з рубцем на матці проведених в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр. (вказано % від загальної кількості операцій кесарів розтин)

Кількість операцій КР, в залежності від планового проведення операцій чи за ургентними показаннями представлена на рис. 3.11. Отримані результати показали, що у жінок з РМ операція КР в більшості випадків (80,5 (77,4-83,6))% була проведена в плановому порядку. Операції КР проведені, за ургентними показаннями склали лише (19,5 (16,4-22,6))%, ($p < 0,05$).

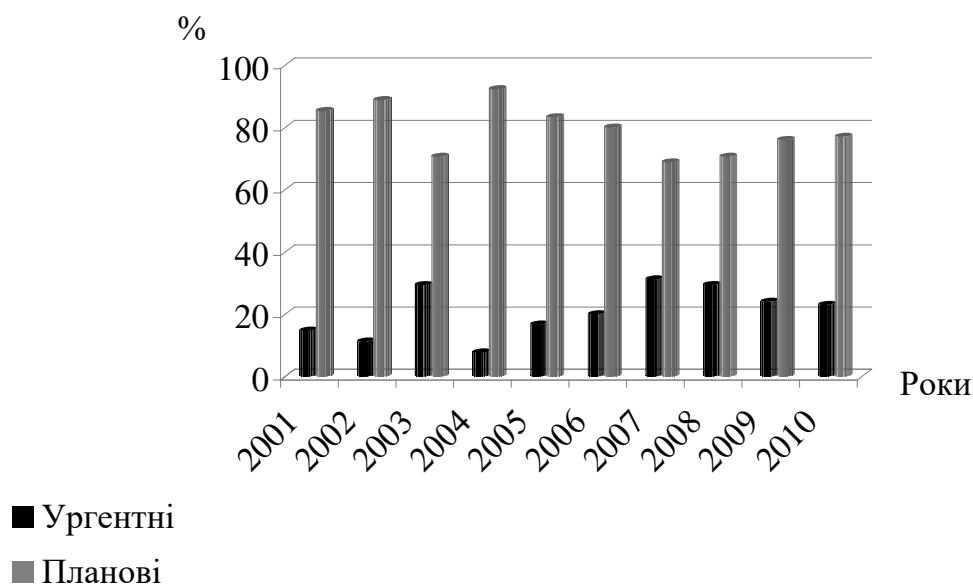


Рисунок 3.11 - Кількість операцій кесарів розтин, проведених за плановими та ургентними показаннями, в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

Таке співвідношення кількості операцій КР проведених у жінок з РМ до кількості операцій КР, проведених за ургентними показаннями є показником адекватної диспансеризації вагітних жінок в умовах жіночих консультацій і достатньою допологовою підготовкою в умовах акушерського стаціонару.

Аналіз структури показань для проведення операцій КР у жінок з РМ показав, що в період з 2001-2010 р. показаннями до цієї операції були: неспроможність РМ, два і більше РМ, РМ у поєднанні з іншою акушерською патологією. При цьому, провідне місце займала неспроможність РМ, яка коливалась в межах (86,6-98,0) % (рис. 3.12), також відбувалося щорічне зростання (з 2,0 до 12,2) % операцій КР з приводу двох і більше рубців на матці, ($p < 0,05$). Збільшення таких показань до операції КР може бути пояснено

збільшенням кількості жінок з РМ після попереднього КР. Дослідження [27] свідчать, що кожна друга жінка з РМ планує повторні пологи, а кожна третя з них ці плани реалізує.

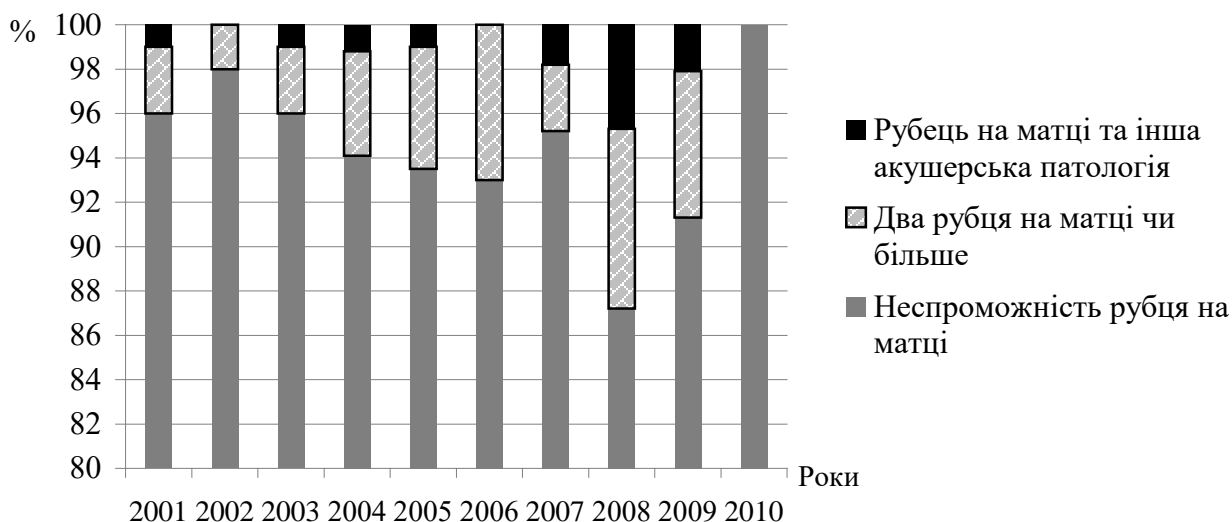


Рисунок 3.12 - Частота показань до операції кесарів розтин у жінок з рубцем на матці, після попередньої операції кесарів розтин проведених в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

Розподіл жінок за віком з РМ після попередньої операції КР, яким проведено операцію КР в КМПБ № 1 в 2001-2010 рр представлено на рис 3.13.

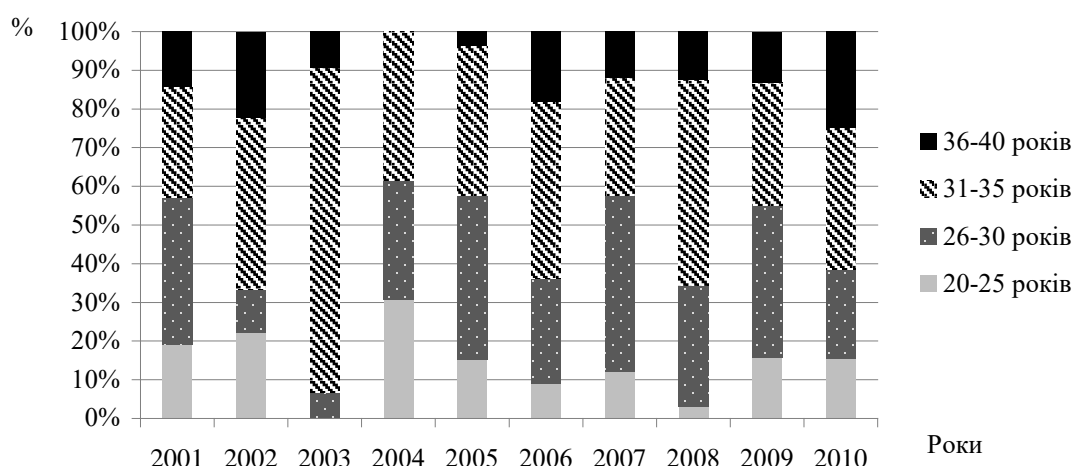


Рисунок 3.13 - Розподіл жінок за віком з рубцем на матці, яким проведено операцію кесарів розтин проведених в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

З вище наведеного можна відмітити, що близько половини (46,7 (42,8-50,6)) % жінок з РМ повторно народжували шляхом КР у віці 31-35 років. Це підтверджує загальновизнану статистику повторних пологів.

З урахуванням важливості такого показника, як об'єм загальної крововтрати підчас операції КР, в подальшому було проведено аналіз даного показника у жінок з РМ, яким проведено КР (рис. 3.14).

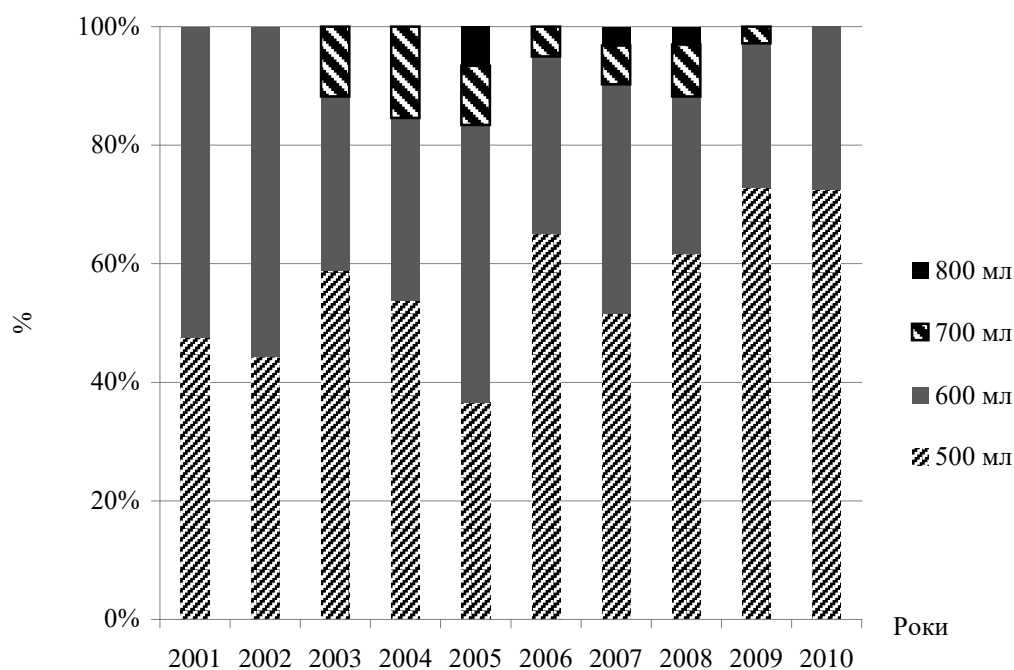


Рисунок 3.14 - Розподіл жінок з рубцем на матці, яким проведено операцію кесарів розтин за об'ємом загальної крововтрати в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

З наведених даних видно, що за досліджуваний період зменшилась кількість жінок з РМ, яким проведено операцію КР з об'ємом крововтрати підчас операції (600±20,0) мл, та збільшилась кількість таких жінок, які мали крововтрату підчас операції (500±20,0) мл ($p < 0,001$) (рис.3.14). Це вказує на удосконалення технік оперативного втручання, використання сучасного шовного матеріалу, що ґрунтуються на даних доказової медицини.

Поряд з цим у (40,0 (36,2-43,8)) % жінок з РМ після повторного КР основним ускладненням в післяопераційному періоді була анемія, при цьому, у

(7,1 (5,1-9,1)) % жінок - середнього ступеню тяжкості та у (1,7 (0,7-2,7)) % жінок тяжкого ступеню.

Оцінка стану новонароджених у жінок з РМ розроджених шляхом КР показала, що тільки у (48,0 (44,1-51,9)) % були вилучені здорові діти з оцінкою Апгар 8/9 балів, решту новонароджених було вилучено в порушеному стані.

Клініко-статистичний аналіз історії пологів жінок з РМ розроджених шляхом КР в 2001-2010 рр. дозволив зробити наступні висновки до підрозділу 3.2:

- РМ посідає перше місце в структурі показань до КР;
- значна кількість новонароджених (більше половини), що народилися у жінок з РМ шляхом операції КР народжуються в порушеному стані, це потребує розробки діагностичних та лікувальних заходів для покращення стану плода підчас вагітності та напередодні розродження з урахуванням особливостей родорозродження.

- резерв зниження частоти КР полягає у правильному веденні вагітності і пологів та вибору методу розродження у вагітних з РМ;

- існує необхідність удосконалення алгоритму ведення вагітності та пологів у жінок з РМ.

3.3 Клініко-статистичний аналіз розродження шляхом операції кесарів розтин жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій за попередні 10 років

У загальній структурі показань до КР за досліджуваний період вагоме місце посідає вагітність після застосування ДРТ, що стало підставою подальшого детального аналізу історій пологів з даним показанням.

При вивченні звертає на себе увагу збільшення ($p < 0,001$) кількості жінок після застосування ДРТ з 6 (1,7 (0,3-3,1)) % в 2001 році до 32 (4,1 (2,7-5,5)) % - в 2010 році (рис. 3.15).

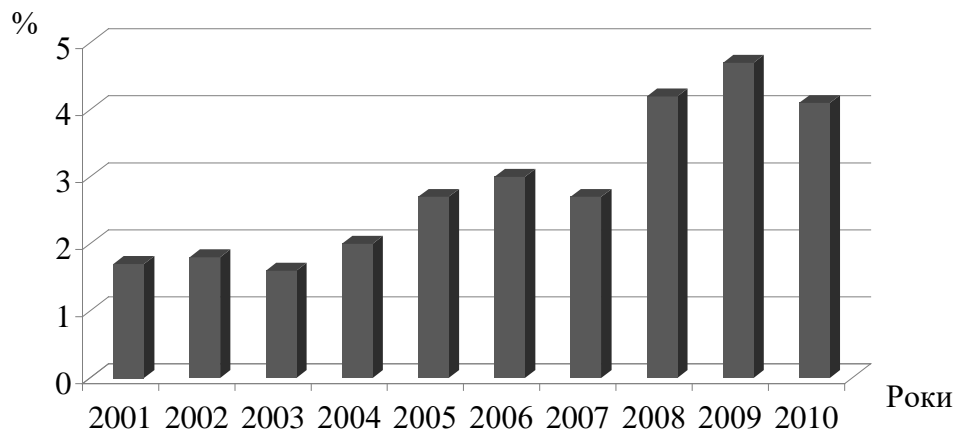


Рисунок 3.15 - Кількість операцій кесарів розтин проведених у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій за 2001-2010 рр., %

Дана ситуація пов'язана з вдосконаленням техніки ДРТ, динамічним розвитком репродуктології, зростанням безплідних пар та, відповідно, кількості жінок із застосуванням ДРТ.

Змін зазнала і структура показань до КР у жінок після застосування ДРТ . Так до 2010 року переважало показання до КР - екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) і складало практично (90 %), а показання ЕКЗ поєднане з РМ.

Наступним етапом був аналіз структури КР за екстреністю проведення у жінок після застосування ДРТ. До 2007 року практично при всіх вагітностях, які настали після застосуванням ДРТ, розродження проводилось тільки шляхом операції КР в плановому порядку у (100 %) (рис. 3.16). Ситуація змінилася з 2008 року, частота планових операцій зменшилась до (86 %).

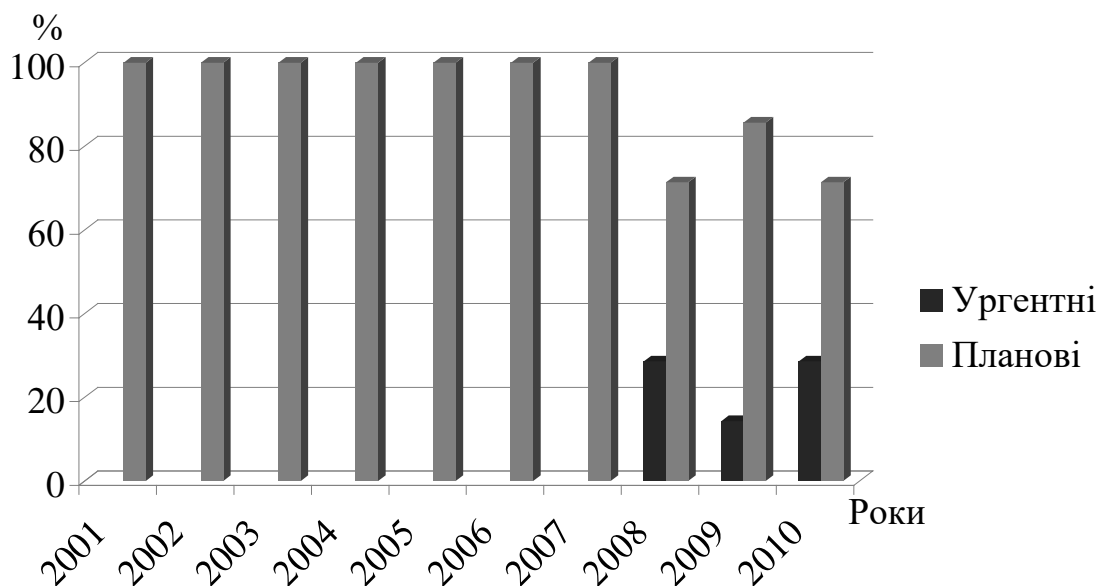


Рисунок 3.16 - Частота операцій кесарів розтин, за плановими та ургентними показаннями у жінок після застосування ДРТ з 2001 по 2010 рр., %

Проведений аналіз кількості попередніх пологів у жінок після застосування ДРТ, яким проведено КР за досліджуваний період показав, що основну частину жінок склали ті, хто народжували вперше і становили (83,0 (80,1-85,9)) % (рис. 3.17), жінки з другими пологами з'явилися лише з 2005 року та в середньому становить (15,0 (12,2-17,8)) % за досліджуваний період.

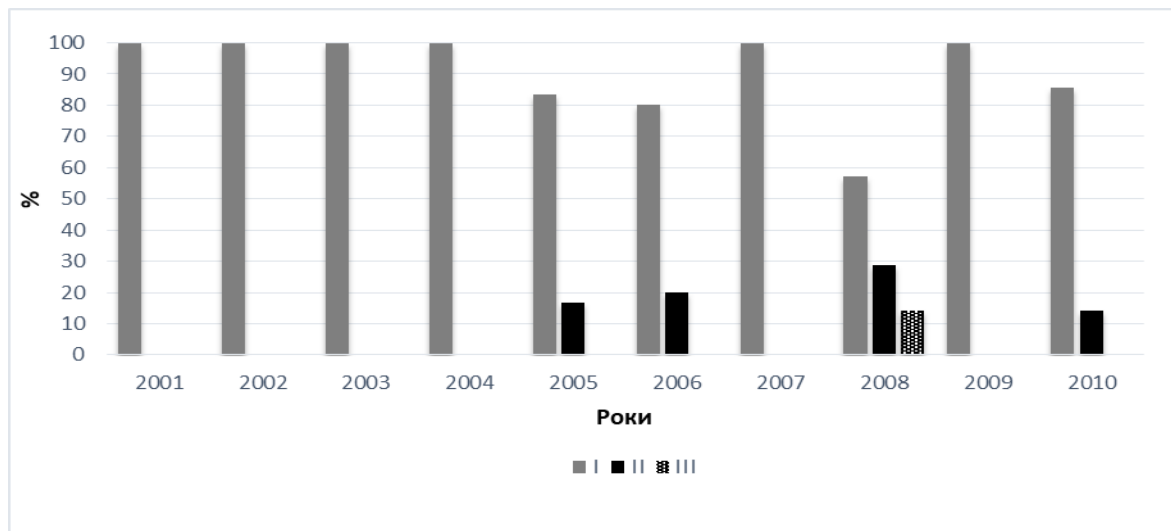


Рисунок 3.17 - Кількість попередніх пологів у жінок, яким проведено операцію кесарів розтин після застосування ДРТ, з 2001 по 2010 рр., %

Визначення розподілу за віком жінок, після застосування ДРТ, яким проведено КР явну перевагу кількості породіль у віковій групі старше 36 років, які складала (54,0 (50,1-57,9)) % та у віковій групі 31-35 років (40,0 (36,2-43,8)) % і динамічне зниження групи жінок в віці до 30 років (рис. 3.18.).

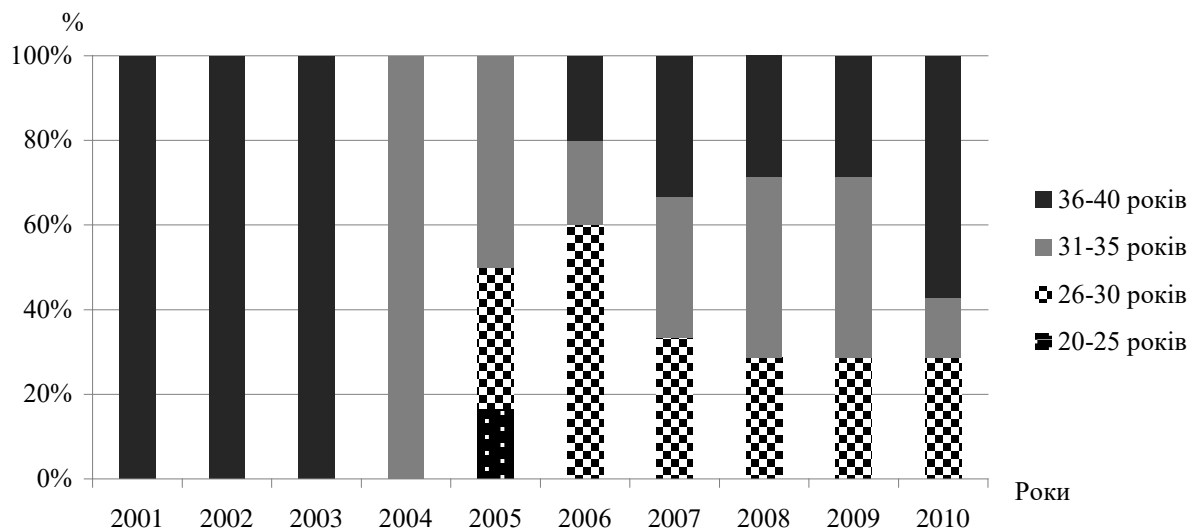


Рисунок 3.18 - Розподіл за віком жінок після застосування ДРТ , яким проведено операцію кесарів розтин в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

Такі показники у віковій структурі жінок викликані тривалим етапом обстеження подружньої пари для встановлення Б та для застосування ДРТ, значними економічними витратами та психологічною підготовкою.

Розподіл жінок після застосування ДРТ, яким проведено операцію кесарів розтин, за об'ємом загальної крововтрати в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр. (рис 3.19) дозволив з'ясувати, що у цих жінок спостерігалось збільшення об'єму загальної крововтрати. Так крововтрата 600 мл в середньому спостерігалася у (31,0 (27,4-34,6)) %, 700 мл – у (12,0 (9,5-14,5)) %, а 800 мл – у (8,0 (5,9-10,1)) %.

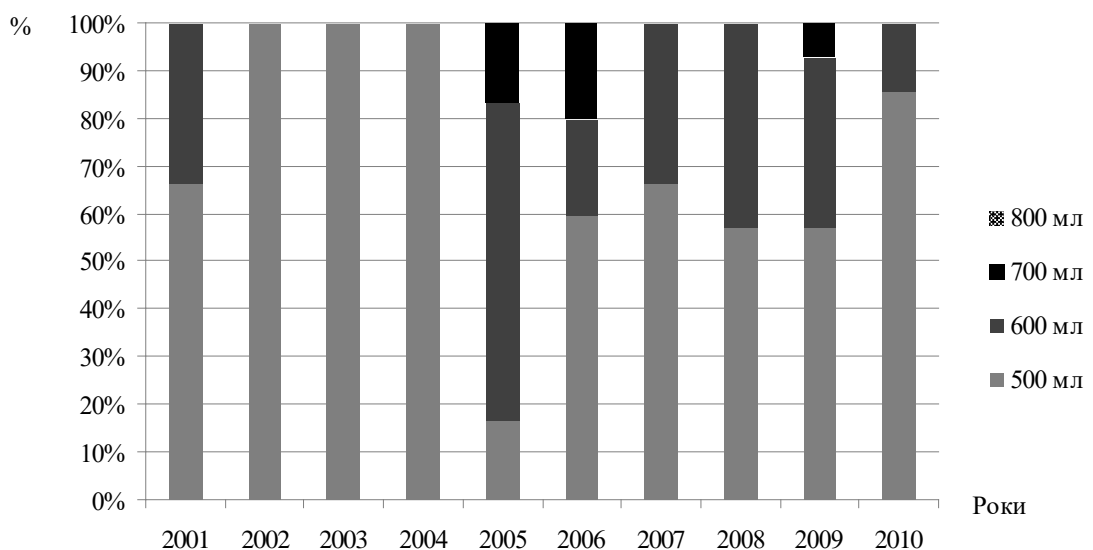


Рисунок 3.19 - Розподіл жінок після застосування ДРТ, яким проведено операцію кесарів розтин, за об'ємом загальної крововтрати в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр., %

Проте, даний об'єм загальної крововтрати не супроводжувався післяопераційними ускладненнями, зокрема анемії в післяпологовому періоді становили (13,0 (10,4-15,6)) % від прооперованих жінок після застосування ДРТ. За клінічними показниками анемії були легкого ступеню.

Оцінка стану новонароджених у жінок після застосування ДРТ, розроджених шляхом КР встановила, що тільки у (49,0 (45,1-52,9)) % були вилучені здорові діти з оцінкою за шкалою Апгар 8/8 балів.

Висновки до підрозділу 3.3:

- з кожним роком збільшується кількість операцій кесарева розтину жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій;
- існує необхідність перегляду тактики ведення пологів у жінок після допоміжних репродуктивних технологій, та розробки діагностичних та лікувальних заходів для покращення стану плода підчас вагітності та напередодні розродження з урахуванням особливостей родорозродження.

3.4 Клініко-статистичний аналіз розродження шляхом операції кесарів розтин жінок з аномаліями пологової діяльності за попередні 10 років

Аналіз КР за попередні 10 років показав, що у загальній структурі показань до розродження шляхом операції КР за досліджуваний період друге місце посідають АПД і складає, в середньому, (11,4 (8,9-13,9)) %. Саме тому був проведений клініко-статистичний аналіз розродження шляхом операції КР жінок з аномаліями пологової діяльності за попередні 10 років в КМПБ №1.

В результаті проведеного аналізу, щодо даного показання - розродження шляхом операції КР жінок за попередні 10 років було відзначено позитивну динаміку ($p < 0,001$) до його зменшення з 74 (20,9 (16,6-25,2)) % – у 2001 р. до 38 (4,9 (3,4-6,5)) % – у 2010 р. (рис. 3.20).

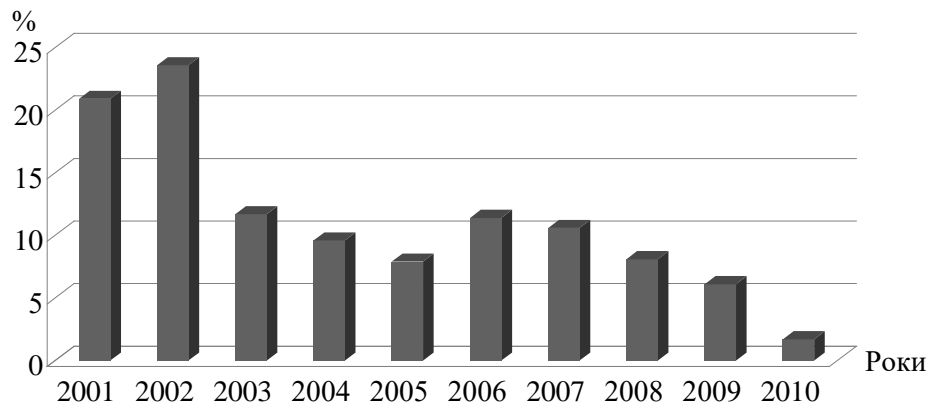


Рисунок 3.20 - Кількість операцій кесарів розтин проведених у жінок з аномаліями пологової діяльності 2001-2010 рр., %

Зменшення таких показань до КР може свідчити про використання комплексного підходу до діагностики АПД, яке ґрунтувалося на врахуванні як клінічних ознаках у роділлі, так і на даних інструментальних досліджень (результатів КТГ, УЗД, доплерометрії), що дозволило вчасно призначити адекватне лікування з використанням сучасних утеротонічних препаратів, та уникнути оперативного родорозродження.

Незважаючи на позитивну тенденцію до зниження аномалій пологової діяльності за досліджуваний період, рівень її залишався високим. Аналіз показників частоти проведених операцій КР у жінок з АПД в залежності від її структури за період 2001-2010 рр показав, що основним показанням до операції КР протягом усього періоду була первинна слабкість пологової діяльності, що в середньому становить (55,0 (51,1-58,9)) % (рис 3.21).

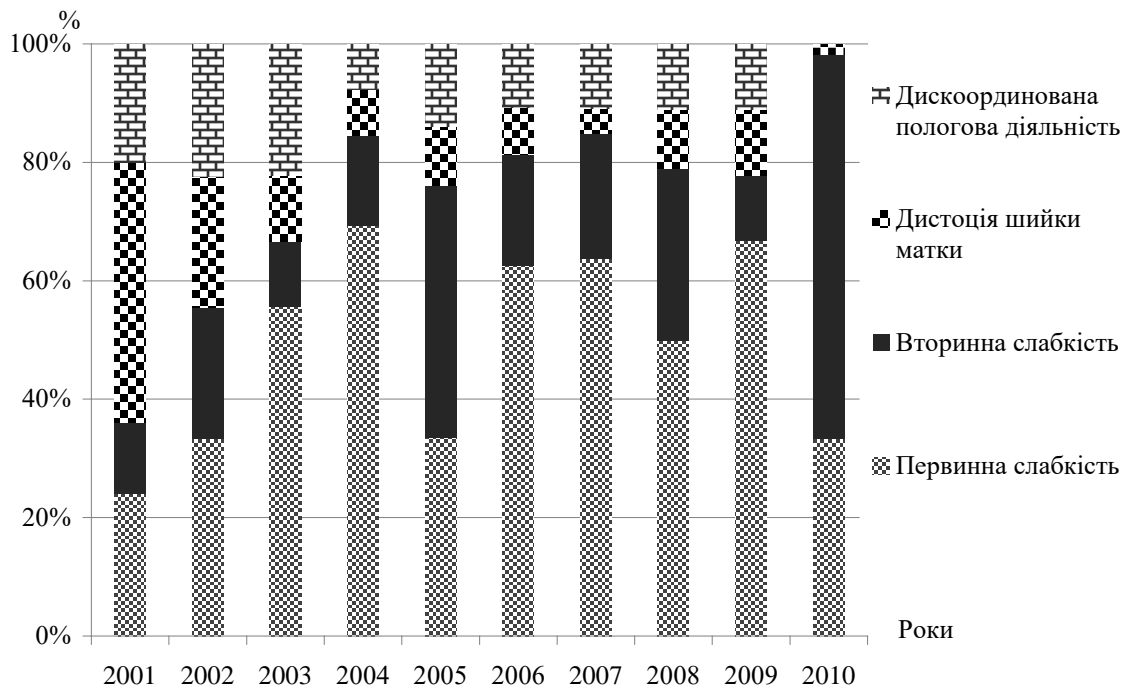


Рисунок 3.21 - Структура показань до операції кесарів розтин у жінок з аномаліями пологової діяльності в залежності від її структури, проведених в КМПБ № 1 за 2001-2010 р.р., %

Відомо [59,93,98], що первинна слабкість пологової діяльності може виникати внаслідок несвоєчасного лікування патологічного прелімінарного періоду або неадекватної оцінки передвісників пологів. Зважаючи на отримані результати, щодо високих показників СПД вищенаведені факти потребують подальшого ретельного вивчення.

Також високий рівень серед причин до оперативного пологорозродження займали АПД у вигляді вторинної слабкості, яка в середньому становить (30,0 (26,4-33,6)) %. Звертало на себе увагу значне зниження дистоції ШМ з 2001 р. по 2010 р. Дана ситуація обумовлена встановленням чітких критеріїв щодо оцінки зрілості ШМ у жінок, які плануються для програмованих пологів, та розроблення нових підходів до їх ведення [70].

При дослідженні розподілу за віком жінок з аномаліями пологової діяльності за 2001-2010 рр. було встановлено, що дана патологія найбільш часто зустрічається у віці 20-25 років (рис 3.22).

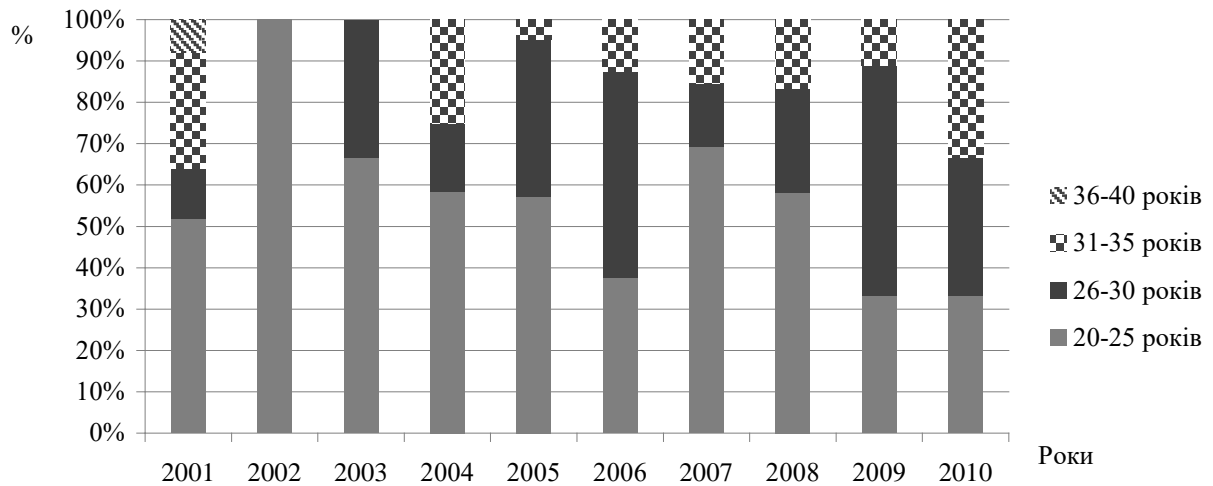


Рисунок 3.22 - Розподіл за віком жінок з аномаліями пологової діяльності, яким проведено операцію кесарів розтин в КМПБ № 1 за 2001-2010,%

Слід відмітити, що у даної когорти жінок було значне превалювання (до 2010 р.) перших пологів, що становило (95) %. Однак, структура кількості попередніх пологів змінилася з 2010 року з появою нового показання [73] - первинна СПД у поєднанні з РМ, кількість перших пологів зменшилась до (70 %) ($p < 0,005$).

Аналіз об'єму загальної крововтрати у жінок з аномаліями пологової діяльності, яким проведено КР показав (рис 3.23), що відмічалось збільшення об'єму загальної крововтрати у жінок з аномаліями пологової діяльності за досліджуваний період. Так крововтрата об'ємом 600 мл в середньому була у (41,0 (37,2-44,8)) % жінок, а 700 мл – у (12,0 (9,5-14,5)) % жінок.

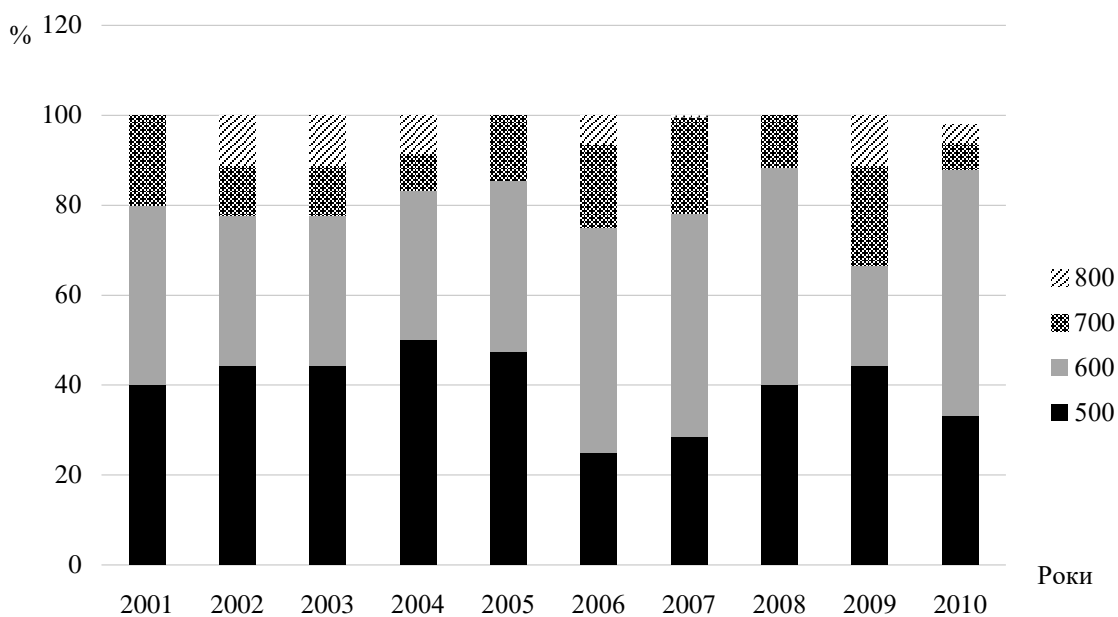


Рисунок 3.23. - Розподіл жінок з аномаліями пологової діяльності, яким проведено операцію кесарів розтин за об'ємом загальної крововтрати, в КМПБ№1 за 2001-2010 р.р., %

Основним ускладненням в післяопераційному періоді у таких жінок була анемія, яка становила в середньому (37,1 (33,3-40,9)) %, з них (23,3 (20,0-26,6)) % – середнього ступеню тяжкості та (27,8 (24,3-31,3)) % – тяжкого ступеню, що прямопропорційно корелює зі збільшенням об'єму загальної крововтрати ($r=0,45$).

Оцінка стану новонароджених у жінок з аномаліями пологової діяльності, розродженнях шляхом КР встановила, що у (42,9 (39,0-46,8)) % були вилучені здорові діти з оцінкою за шкалою Апгар 8/8 балів.

Клініко-статистичний аналіз розродження шляхом операції кесарів розтин жінок з аномаліями пологової діяльності за попередні 10 років (2001-2010 рр). дозволив зробити наступні висновки до підрозділу 3.4:

- у загальній структурі показань до розродження шляхом операції КР за досліджуваний період друге місце посідали АПД (11,4 (8,9-13,9)) %;
- існує необхідність удосконалення алгоритму ведення пологів у жінок з аномаліями пологової діяльності та розробці лікувально-профілактичних

заходів для плода і новонароджених, оскільки понад половина дітей у жінок з АПД народжуються в порушеному стані.

Висновки до розділу 3

1. Клініко-статистичний аналіз розродження жінок в умовах типового міського пологового будинку (за попередні 10 років) дозволив визначити структуру основних показань до операції кесарів розтин, а саме: дистрес плода – (25,7 %), рубець на матці – (16,08 %), аномалії пологової діяльності – (11,5 %), клінічно вузький таз – (8,7 %), вагітність, яка настала після застосування допоміжних репродуктивних технологій – (2,9 %).

2. З кожним роком збільшується кількість жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Частіше такі жінки розроджуються шляхом операції кесарів розтин, тому існує необхідність перегляду тактики ведення пологів у жінок після допоміжних репродуктивних технологій.

3. Визначено, що основним показанням протягом усього досліджуваного періоду серед аномалій пологової діяльності є первинна слабкість пологової діяльності, яка може виникати внаслідок несвоєчасного лікування патологічного прелімінарного періоду або неадекватної оцінки передвісників пологів.

4. Збільшення кількості жінок з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину потребує удосконалення методів прегравідарної підготовки, ведення вагітності та розродження з урахуванням стану здоров'я таких жінок.

5. Значна кількість новонароджених, що народилися у жінок з рубцем на матці, у жінок після допоміжних репродуктивних технологій та у жінок з АПД шляхом операції кесарів розтин народжуються в порушеному стані, це потребує розробки діагностичних та лікувальних заходів для покращення стану плода під час вагітності та напередодні розродження з урахуванням особливостей родорозродження.

Результати власних досліджень розділу 3 викладені у статтях: 2,4,5,6,7,10,12,13,19,20,21,24 (стор. 8-11).

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ У ЖІНОК ЗА НАЯВНОСТІ АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ОБТЯЖЕНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗУ

4.1. Перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок з рубцем на матці

Обстежені вагітні жінки з РМ були здебільшого молодого віку. Розподіл за віком вагітних жінок представлено в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1 - Розподіл обстежених вагітних жінок з рубцем на матці за віком,

абс.ч., %

Вік жінок, роки	Група жінок з рубцем на матці	
	абс.ч.	%
20-25	16	10,7 (5,8-15,6)
26-30	56	37,3 (29,6-45,0)
31-35	59	39,3 (31,5-47,1)
36-40	19	12,7 (7,4-18,0)
Разом	150	100,0

Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$

Дослідження анамнезу обстежених вагітних з РМ показало, що дитячі інфекції мали 130 (86,7 (81,3-92,1)) %. Серед інфекцій переважали: кір, вітряна віспа і червінка. Початок менструальної функції припадав на вік (12,5±1,1) років. У 110 (73,0 (65,9-80,1)) % обстежених жінок менструальний цикл встановився одразу чи впродовж перших трьох місяців. Професійні

шкідливості мали місце в поодиноких випадках 12 (8,0 (3,7-12,3)) %. Серед шкідливих звичок зустрічалось тютюнопаління у 15 (10,0 (5,2-14,8)) % жінок.

Дані акушерського анамнезу свідчили, що у жінок з РМ основну частку становили другі пологи – 127 (84,7 (78,9-90,5)) %, (рис 4.1.). Кількість перших пологів у жінок першої групи становила 2 (1,3 (0,5-3,1)) %. Такий показник у жінок першої групи пояснюється тим, що дані жінки перший раз були прооперовані з приводу консервативної міомектомії, яка проведена з причин Б у цих жінок та для профілактики невиношування вагітності.

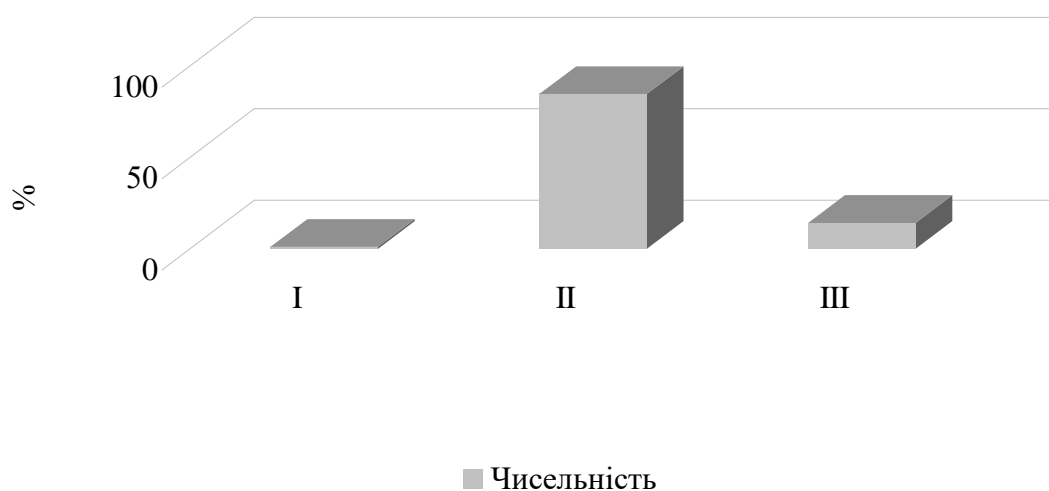


Рисунок 4.1 - Кількість попередніх пологів у вагітних жінок з рубцем на матці, %

З'ясування показань до попереднього розродження жінок першої групи шляхом операції КР (рис. 4.2) показало, що у 51 (34,0 (26,4-51,6)) % 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 (12,0 (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 аномалії пологової діяльності, у

21 (14,0 (8,9-19,6)) % жінок попередня вагітність настала з використанням допоміжних репродуктивних технологій, а у 8 (5,0 (1,5-8,5)) % жінок РМ був через попередні перенесені гінекологічні операції на матці.

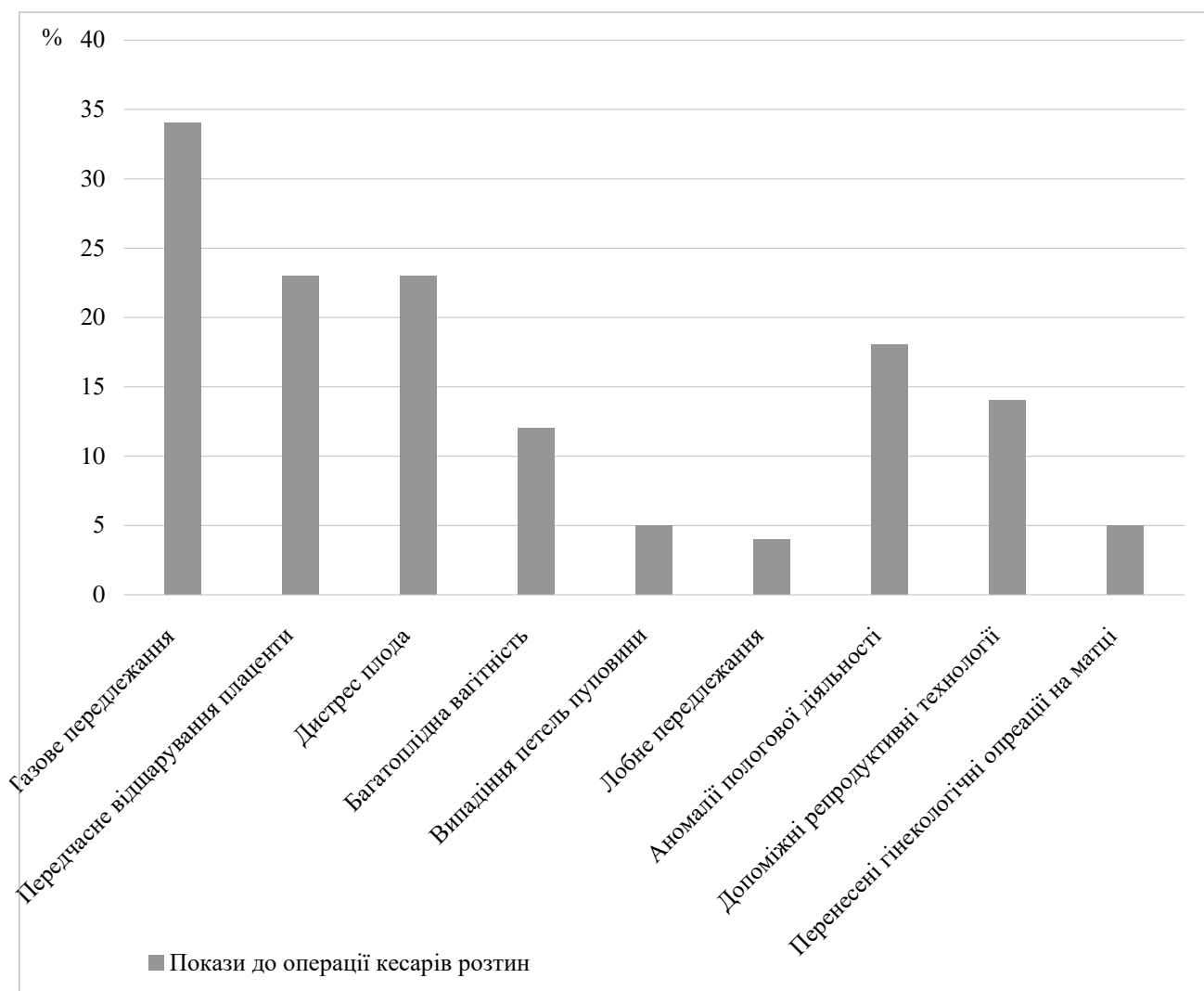


Рисунок 4.2 - Структура показань до попереднього оперативного розродження у жінок з рубцем на матці, %

Крім того звертала на себе увагу висока частота артифіційних абортів, яка складала 65 (43,3 (35,4-51,2)) % у жінок першої групи (табл. 4.2). Частота мимовільних ранніх та пізніх абортів була достатньо високою у жінок цієї групи 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.

Таблиця 4.2 - Частота перенесених абортів у жінок з рубцем на матці,

абс.ч.,%

Вид перенесених абортів	Група жінок з рубцем на матці	
	абс.ч.	%
Артифіційні аборти	65	43,3 (35,4-51,2)
Мимовільні аборти в ранні терміни вагітності	30	20,0 (13,6-26,4)
Мимовільні аборти в пізні терміни вагітності	15	10,0 (5,2-14,8)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0.05$		

Відомо [4,26,124], що рівень гінекологічної захворюваності суттєво впливає на частоту і особливості розвитку різної акушерської патології. Визначення частоти гінекологічних захворювань (табл. 4.3) показало, що найчастіше у обстежених жінок зустрічались запальні захворювання матки і придатків, а також захворювання ШМ.

Таблиця 4.3 - Гінекологічні захворювання у жінок з рубцем на матці,

абс.ч., %

Вид гінекологічних захворювань	Група жінок з рубцем на матці	
	абс.ч.	%
Захворювання шийки матки	58	38,7 (30,9-46,5)
Запальні захворювання статевих органів	87	58,0 (50,1-65,9)
Порушення менструального циклу	23	15,3 (9,5-21,1)
Гінекологічні захворювання, що потребували оперативного лікування	11	7,3 (3,1-11,5)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Частота різних запальних уражень геніталій (ендометрит, метроендометрит, сальпінгофорит, пельвіоперитоніт і параметрит) була

достатньо високою і складала 87 (58,0 (50,1-65,9)) %. Серед різних нозологічних форм запальних захворювань статевих органів переважали сальпінгофорити, які зустрічались у 45 (30,0 (22,7-37,3)) % жінок. Рівень різних порушень менструального циклу зустрічався у 23 (15,3 (9,5-21,1)) % жінок. Крім того, мали місце в анамнезі гінекологічні захворювання, що потребували оперативного лікування, а саме операції з приводу позаматкової вагітності, апоплексії яєчника і доброякісних пухлин придатків, які зустрічались у 11 (7,3 (3,1-11,5)) % жінок.

При оцінці рівня соматичної захворюваності, що має не менш суттєве значення для перебігу вагітності, було встановлено достатньо високу її частоту (табл. 4.4). 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)) %.

Таблиця 4.4 - Екстрагенітальні захворювання у жінок з рубцем на матці, абс.ч., %

Нозологічна форма екстрагенітальних захворювань	Група жінок з рубцем на матці	
	абс.ч.	%
Серцево-судинні захворювання	39	26,0 (19,0-33,0)
Ендокринні захворювання	31	20,7 (14,2-27,2)
Захворювання нирок	23	15,3 (9,5-21,1)
Захворювання шлунково-кишкового тракту	31	20,7 (14,2-27,2)
Захворювання легень	8	5,3 (1,7-8,9)
Варикозна хвороба	16	10,7 (5,8-15,6)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Також звертає на себе увагу висока частота захворювань нирок 23 (15,3 (9,5-21,1)) % та захворювань шлунково-кишкового тракту 31 (20,7 (14,2-27,2)) %. У обстежених жінок першої групи мали місце також захворювання легень і варикозна хвороба відповідно 8 (5,3 (1,7-8,9)) % та

16 (10,7 (5,8-15,6)) %. Наявність екстрагенітальних захворювань у обстежених вагітних, в тому числі запального генезу, може суттєво впливати на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок з рубцем на матці.

При аналізі перебігу даної вагітності (рис. 4.3) встановлено, що найбільш частими ускладненнями у обстежених вагітних першої групи були: гестоз II половини вагітності, плацентарна недостатність, анемія. Так частота плацентарної дисфункції 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)) %.

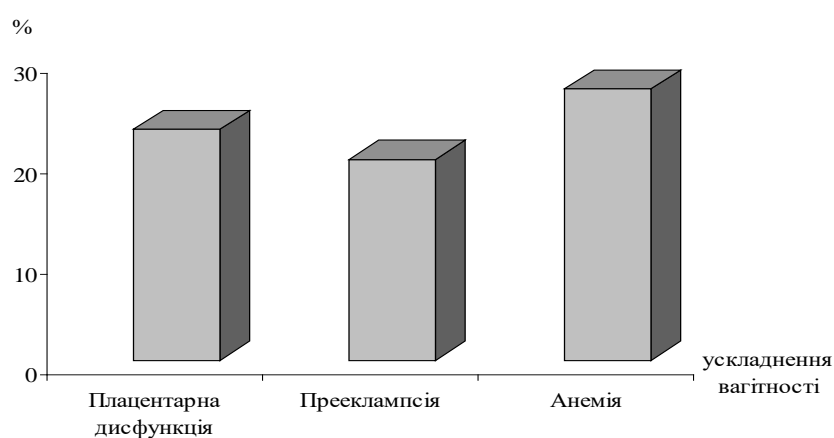


Рисунок 4.3 - Частота ускладнень вагітності у жінок з рубцем на матці, %

Всі жінки під час вагітності та в передопераційному періоді були обстежені в повному обсязі згідно з існуючими нормативно-правовими документами.

Для оцінки характеру мікрофлори пологових шляхів і визначення мікробіологічних факторів ризику розвитку післяопераційних запальних ускладнень перед операцією було проведено мікробіологічне обстеження пацієнток.

Аналіз проведених досліджень показав, що стан мікроценозу піхви відповідав критеріям норми (титр лактофлори 10^5 - 10^8 КУО/мл) менш ніж у половини пацієнток (табл. 4.5). *Chlamidia trachomatis* і *Neisseria gonorrhoeae* не були виявлені у виділеннях цервікального каналу ні в однієї з жінок. У інших обстежених жінок відзначені різного ступеня вираженості дисбіотичні процеси:

зниження титру лактофлори, наявність умовно патогенних мікроорганізмів у високому титрі, виявлення грибів роду *Candida*. У 18 (12 (6,8-17,2)) % обстежених жінок першої 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 першої 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 рубцем на матці на передодні 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, що відмічають в своїх дослідженнях більшість вчених [4,17, 283, 284].

Таблиця 4.5 - Показники біоценозу піхви у вагітних з рубцем на матці напередодні розродження,

абс.ч.,%

Види мікроорганізмів	Група жінок з рубцем на матці	
	абс.ч.	%
<i>Escherichia coli</i>	25	16,7 (10,7-22,7)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	10	6,7 (2,7-10,7)
<i>Enterococcus spp.</i>	12	8,0 (3,7-12,3)
<i>Streptococcus gr. B</i>	7	4,7 (1,3-8,1)
Зменшення титра лактобацил $< 10^4$ КОЕ/мл	45	30,0 (22,7-37,3)
Нормоциноз	60	40,0 (32,2-47,8)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

За досліджений період змінилася структура методів розродження жінок з рубцем на матці (рис. 4.4). Більшість жінок з рубцем на матці була розроджена шляхом операції КР - 141 (94 (90,2-97,8)) % і тільки 9 (6,0 (2,2-9,8)) % жінок цієї групи мала ВП.

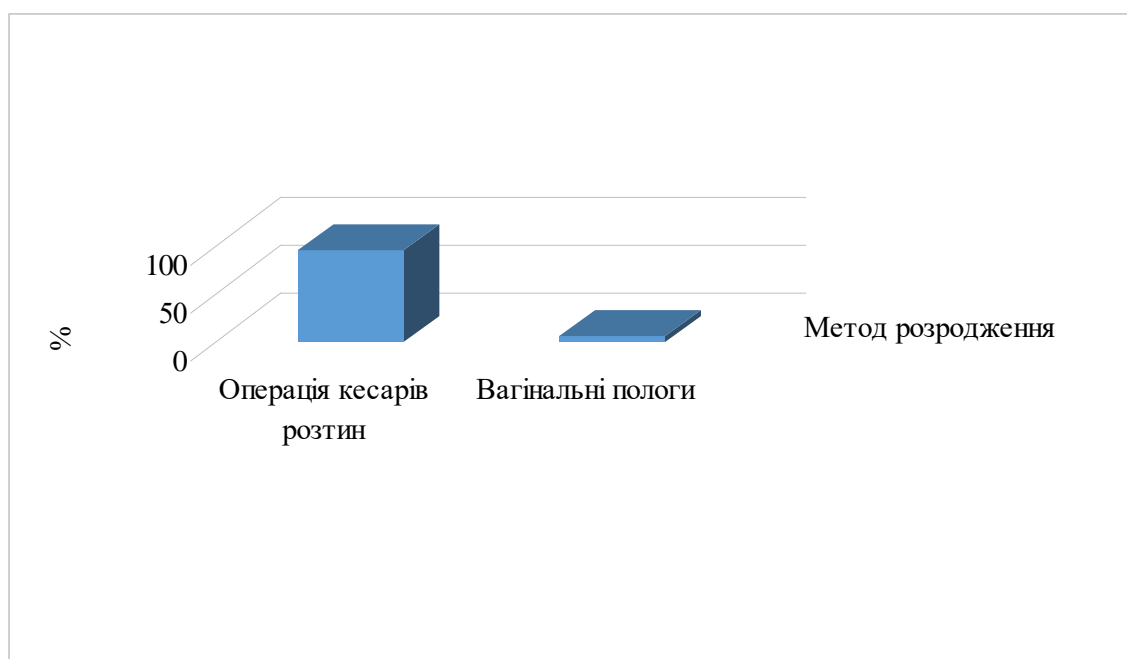


Рисунок 4.4 - Структура методів розродження жінок з рубцем на матці

Аналіз показань до оперативного розродження у жінок з РМ (рис. 4.5) 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)) % (рис. 4.5).

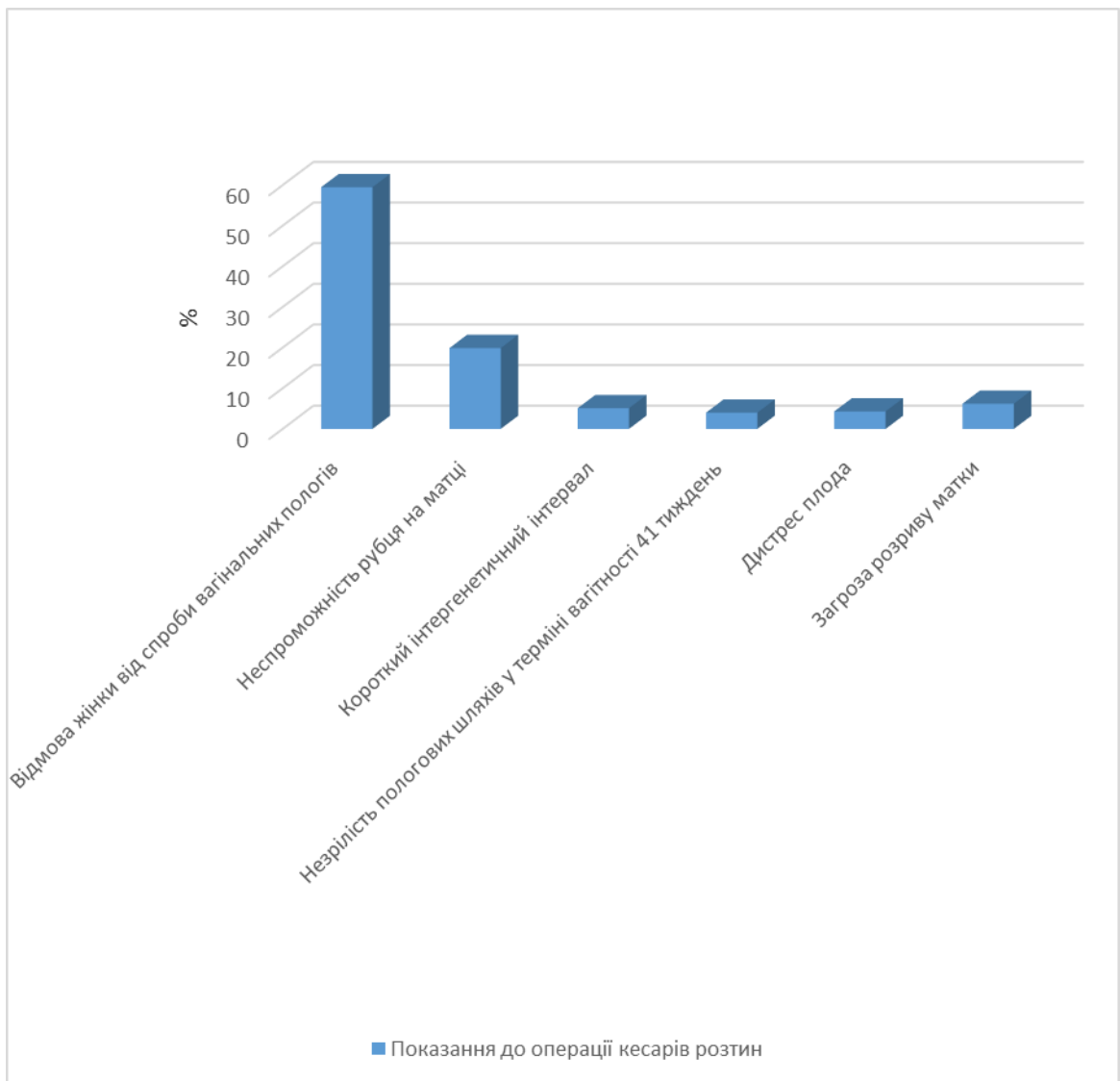


Рисунок 4.5. - Структура показань до оперативного розродження у жінок з рубцем на матці, %

Планові операції у жінок першої 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», було проведено шляхом анонімного анкетування з'ясування причин відмови. Результати цього анкетування (табл. 4.6) показали, що серед причин відмов жінок від спроби вагінальних пологів превалюють недостатня інформованість вагітної, що поступає на пологи щодо можливості вагінальних пологів у жінок з РМ – 134 (89 (84,0-94,0)) %.

Таблиця 4.6 - Структура причин відмови від спроби вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці,

%

Причини відмов	%
Недостатня поінформованість вагітної жінки, яка поступає на пологи, щодо можливості вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці	89 (84,0-94,0)
Стереотипне мислення про те, що у жінок з рубцем на матці – обов'язково має бути оперативне розродження	5 (1,5-8,5)
Страх жінок після перших пологів «були довгі перейми..., все одно пологи закінчилися операцією кесарів розтин ...»	3 (0,3-5,7)
Хибна інформація щодо операції кесарів розтин – «Це легко і безболісно. Я так хочу...»	3 (0,3-5,7)

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 першої 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 фетоплацентарного комплексу, у формуванні якого вагоме значення відіграє РМ.

Як видно з табл. 4.7, найбільший відсоток 66 (44,0 (36,1±51,9)) % займають новонароджені з масою тіла 3001-3500 г. З масою тіла 3501-4000 г. народилось 51 (34,0 (26,4-41,6)) % новонароджених. Малюки з масою тіла більше 4001,0 г. народились у 8 жінок (5,3 (1,7-8,9)) %.

Таблиця 4.7 - Показник маси новонароджених у жінок з рубцем на матці,

абс.ч., %

Маса тіла (г)	абс.ч.	%
2500-3000	25	16,7 (10,7-22,7)
3001-3500	66	44,0 (36,1±51,9)
3501-4000	51	34,0 (26,4-41,6)
більше 4001	8	5,3 (1,7-8,9)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

З усіх новонароджених більше було малюків зростом 46-50 см і становило 114 (76,0 (69,2±82,8)) %. Зріст більше 50 см встановлено у 34 (22,7 (16,0-29,4)) % випадках (табл. 4.8).

Таблиця 4.8 - Показник зросту новонароджених у жінок з рубцем на матці,

абс.ч., %

Зріст новонародженого (см)	абс.ч.	%
35-40	-	-
41-45	2	1,3 (0,5-3,1)
46-50	114	76,0 (69,2±82,8)
більше 50	34	22,7 (16,0-29,4)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Оцінка новонароджених проводилась за шкалою Апгар (табл. 4.9). Більшість новонароджених від жінок з рубцем на матці - 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 рубцем на матці можуть бути пояснені як ускладненим перебігом вагітності, змінами в

стані утробного плода у вагітних з рубцем на матці та результатом повторного оперативного родорозродження.

Таблиця 4.9 - Оцінка новонароджених за шкалою Апгар у жінок з рубцем на матці,

абс.ч., %

Оцінка за шкалою Апгар, (бали)	абс	%
8-9	63	42,0 (34,1-49,9)
6-7	52	34,7 (27,1-42,3)
4-5	35	23,3 (16,5-30,1)
2-3	-	-
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Для дітей, народжених абдомінальним шляхом була, характерна велика вірогідність розвитку пограничних та патологічних станів у ранньому неонатальному періоді, що співпадає з даними інших авторів [22, 131]. У немовлят розвивався дезадаптаційний синдром у вигляді нестійких фізіологічних рефлексів, зниження тону м'язів, порушення мозкового кровообігу, синдрому дихальних розладів, описаний попередніми дослідниками [67].

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 [9].

Звертає на себе увагу аналіз післяопераційних ускладнень у породіль з РМ. Спостерігається стабільне зменшення кількості післяопераційних ускладнень у породіль з РМ (табл. 4.10).

Таблиця 4.10 - Частота ускладнень в післяопераційному періоді у жінок з рубцем на матці,

абс.ч., %

Післяопераційні ускладнення	абс.ч.	%
Субінволюція матки	34	22,7 (16,0-29,4)
Анемія (гемоглобін <100 г/л)	61	40,7 (32,8-48,6)
Інфільтрат рани черевної стінки	19	12,7 (7,4-18,0)
Інфільтрат рубця на матці	13	9,3 (4,7-13,9)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

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 підчас 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 (6,0 (2,2-9,8)) % жінок з РМ.

Пологи у 3 (2,0 (0,2±4,2)) % жінок в I групі закінчилися вакуум екстракцією плода внаслідок дистресу плода у другому періоді пологів, у 4 (0,9±7,1) % - ручним відділенням та виділенням посліду з причин щільного прикріплення плаценти.

У післяпологовому періоді всім жінкам, що народили шляхом ВП проводилося УЗД матки, при цьому РМ був спроможним, без патологічних включень.

З метою профілактики висхідної інфекції в післяпологовому періоді була проведена одноразово антибіотикопрфілактика. Середня маса тіла новонароджених у жінок з РМ, що народили шляхом вагінальних пологів становила 3380 ± 720 г (табл. 4.11).

Таблиця 4.11 - Маса новонароджених у жінок з рубцем на матці, які народили шляхом вагінальних пологів,

абс.ч.,%

Показник	абс.ч.	%
2500-3000 г	3	33,3 (25,8-40,8)
3001-3500 г	5	55,6 (47,6-63,6)
3501-4000 г	1	11,1 (6,1-16,1)
більше 4001 г		
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Всі ВП у жінок з РМ закінчилися народженням здорових дітей з оцінкою 7-8 балів 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. Післяпологовий період у всіх породіль і новонароджених перебігав без ускладнень, вони виписані із стаціонару додому. Середня тривалість перебування у пологовому закладі – $99,4 \pm 11,3$ год. (3-4 доби).

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.

Висновки до підрозділу 4.1:

- Найбільш частими показаннями до оперативного розродження жінок з рубцем на матці є відмова жінки від спроби вагінальних пологів, що свідчить про неналежну прегравідарну та неповноцінну психологічну підготовку лікарями жіночих консультацій жінок з рубцем на матці до вагінальних пологів.

- Розродження жінок з рубцем на матці вагінальним шляхом є суттєвим резервом зниження частоти кесарева розтину.

4.2. Перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій

Середній вік жінок другої групи склав $31,2 \pm 2,6$ років. Дана тенденція була обумовлена тривалим етапом психологічної підготовки, великою кількістю необхідних обстежень перед застосуванням ДРТ, дороговартісним лікуванням, більш пізнім прийняттям рішення вагітною жінкою та її сім'єю, щодо застосування ДРТ.

Менструальна функція у жінок II групи розпочиналась із 12 років у 24 (16,0 (10,1-21,9)) % жінок, з 13-15 років у 107 (71,3 (64,1-78,5)) % жінок та після 16 років у 19 (12,7 (7,4-18,0)) % жінок.

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)) % (рис. 4.6).

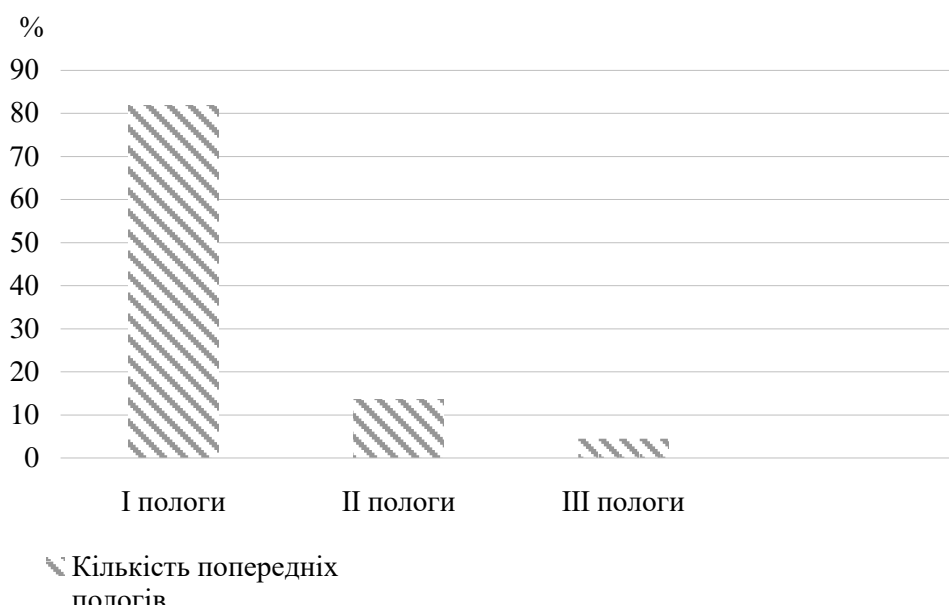


Рисунок 4.6 - Кількість попередніх пологів у жінок II групи, яким проведено операцію кесарев розтин після застосування допоміжних репродуктивних технологій, %

У жінок II групи звертають на себе достатньо високі показники переривання вагітності, які відбулись до застосування ДРТ (табл. 4.12). 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 другої групи.

Таблиця 4.12 - Частота перенесених абортів в анамнезі, у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій,

абс.ч.,%

Вид перенесених абортів	абс.ч.	%
Артифіційні аборти	5	3,3 (0,4-6,2)
Мимовільні аборти в ранні терміни вагітності	55	36,7 (29,0-44,4)
Мимовільні аборти в пізні терміни вагітності	24	16,0 (10,1-21,9)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

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. Отримані дані знаходять підтвердження в роботах ряду авторів [55].

При оцінці рівня соматичної захворюваності у жінок II групи (табл. 4.13) часто зустрічались серцево-судинні захворювання – 37 (24,7 (17,8-31,6)) % і ендокринні захворювання – 30 (20,0 (13,6-26,4)) %.

Таблиця 4.13. - Екстрагенітальні захворювання в анамнезі, у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій,

абс.ч, %

Нозологічна форма екстрагенітальних захворювань	абс.ч.	%
Серцево-судинні захворювання	37	24,7 (17,8-31,6)
Ендокринні захворювання	30	20,0 (13,6-26,4)
Захворювання нирок	21	14,0 (8,4-19,6)
Захворювання шлунково-кишкового тракту	32	21,3 (14,7-27,9)
Захворювання легень	5	3,3 (0,4-6,2)
Варикозна хвороба	15	10,0 (5,2-14,8)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Також, звертає на себе увагу достатньо висока частота захворювань нирок 21 (14,0 (8,4-19,6)) % і шлунково-кишкового тракту 32 (21,3 (14,7-27,9)) %. В поодиноких випадках у жінок цієї групи мали місце захворювання легень і варикозна хвороба відповідно 5 (3,3 (0,4-6,2)) % та 15 (10,0 (5,2-14,8)) %.

При аналізі перебігу вагітності у жінок II групи (рис. 4.7) 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 ІЦН.

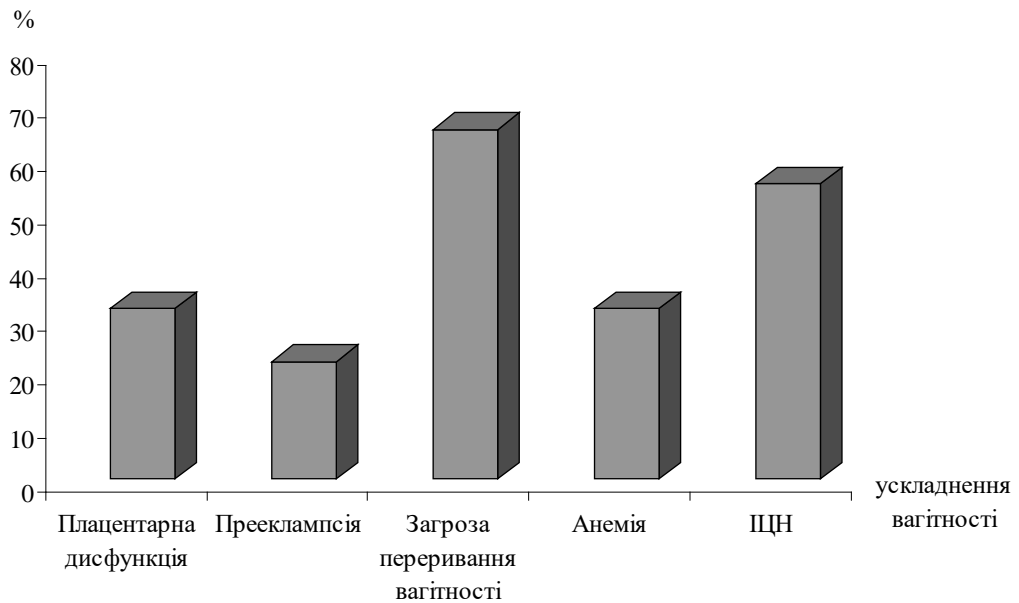


Рисунок 4.7 - Частота ускладнень вагітності у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій, %

Своєчасна і рання її діагностика можлива за допомогою УЗД з використанням вагінального датчика з подальшим хірургічним лікуванням, а саме - накладанням циркулярного шва на ШМ або нехірургічним методом корекції ІЦН за допомогою акушерського розвантажувального песарія. Крім цього, у жінок II групи спостерігались гестоз другої половини вагітності 20 (13,3 (7,9-18,7)) %, ПД 48 (32,0 (24,5-39,5)) % та анемія 48 (32,0 (24,5-39,5)) %.

За даними літератури, частота виникнення пізнього гестозу у вагітних жінок після ДРТ значно перевищує показники в загальній популяції. Частота пізнього гестозу становить у 51 (34 %) вагітної [51]. Значна розбіжність даних може бути пояснена різницею у визначенні поняття «гестоз» вітчизняними та іноземними дослідниками, а також невідповідністю у визначенні його клінічних проявів. Разом з тим, наведені дані сучасної літератури свідчать про те, що питання розвитку пізнього гестозу після ДРТ потребує подальшого вивчення. Крім цього, реєструвалися випадки ендокринних порушень у вигляді гіперандрогенії – 10 (6,7 %) та ожиріння – 14 (9,1 %).

Закономірність до збільшення кількості пацієнтів з патологічними станами під час вагітності обумовлена розвитком діагностичних критеріїв та методів діагностики, збільшенням кількості пацієнтів з важкою екстрагенітальною патологією, нелікованими формами Б протягом довгого періоду.

Всі вагітні після ДРТ отримували підтримуючу гормональну терапію, при цьому препарати, дози і способи застосування визначалися індивідуально, тривалість в середньому становила 12-14 тижнів.

В Україні в даний момент не існує єдиного погляду щодо доз і термінів застосування гормональної підтримки після ДРТ. Дані літератури щодо терміну проведення гормональної підтримки вагітності після ДРТ різноманітні: від 4 до 5 тижнів [200], в середньому 9,4 тижнів [146]. За даними західних фахівців проведення гормональної підтримки обов'язково здійснюють не менше 2 тижнів після перенесення ембріона, але не більше 4-5 тижнів.

Це одне з важливих питань щодо збереження вагітностей після ДРТ, який потребує детального вивчення. І тут варто згадати і погодитися з думкою науковців [297, 308], що тривале застосування гормональних препаратів після ДРТ відображає більш психологічну залежність лікарів і пацієнтів, ніж об'єктивну необхідність.

З огляду на високий відсоток загрози переривання вагітності у даної когорти жінок, було проаналізовано клінічні прояви цього ускладнення. Суб'єктивним проявом, що частіше спостерігалися у даної категорії вагітних був біль внизу живота, що становив 57 (38,0 (30,2-45,8)) %. Об'єктивно, у більшості випадків у 25 (16,7 (10,7-22,7)) % вагітних дана патологія проявлялася наявністю кров'яних виділень з піхви. Однак, УЗД прояви (ретроамніальна гематома) діагностовано лише у 15 (10,0 (5,2-14,8)) %. Всім пацієнткам проводилася терапія, спрямована на пролонгування вагітності.

Таким чином, вагітності, що настали в результаті ДРТ, у більшості випадків протікали з тими чи іншими ускладненнями, що підтверджує дослідження інших фахівців [172, 253], які відзначали таку ж закономірність.

Виявлені в гестаційному періоді порушення вимагали проведення необхідної терапії. При цьому, у 75 (50 %) пацієнток для збереження досягнутої вагітності необхідно було здійснити 2-3-кратну госпіталізацію.

Аналіз причин Б у жінок із застосуванням ДРТ показав наявність різних факторів (рис. 4.8.). Вагоме місце займає трубно-перитонеальний фактор Б, що становить 70 (46,7 (38,7-54,7)) %. Тобто можливо припустити, що з плином часу даний фактор має тенденцією до зниження, як варіант якісної профілактичної роботи чи перерозподіл, тобто зростання інших факторів.

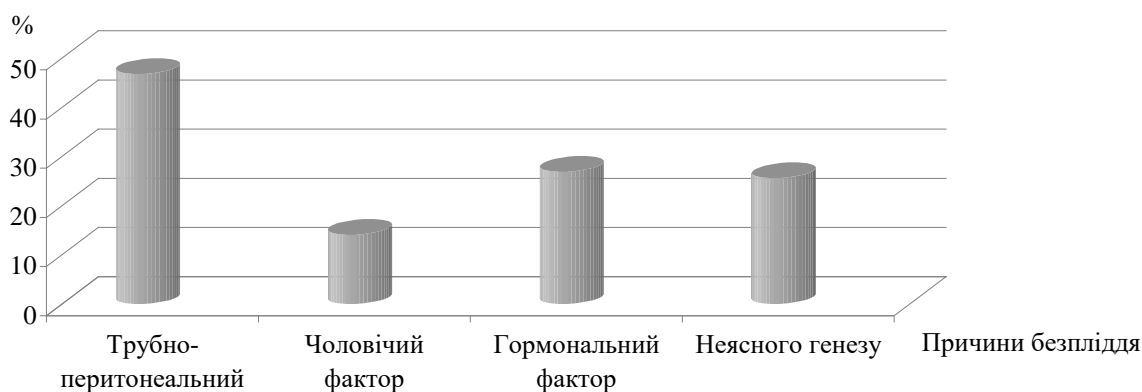


Рисунок 4.8 - Причини безпліддя у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій, %

Особливої уваги заслуговує фактор чоловічого Б, показник якого у жінок другої групи становив 21 (14,0 (8,4-19,6)) %. Висока частота фактора чоловічого Б відображає картину в цілому по всій Україні. Так, за літературними джерелами з 2006 року відбувається зростання частоти реєстрації випадків чоловічого Б майже у 2 рази [12].

Також, важливо відмітити частоту гормонального фактору Б, яка склала 40 (26,7 (19,6-33,8)) %. Однак, залишається стабільно високим показник Б нез'ясованого генезу, що становить 38 (25,3 (18,3-32,3)) %.

При вивченні розподілу обстежених жінок з урахуванням тривалості Б було встановлено, що кількість жінок з відносно нетривалим (менше 5 років) Б

становило 52 (34,7 (27,1-42,3)) %. Решта жінок мали більш тривалий період Б, що становив 5-10 років. При оцінці числа виконаних процедур ДРТ, що передували даній вагітності було використано від 1-ї до 3-ох спроб ДРТ. При цьому було встановлено, що переважали жінки з виконаною 1-ю спробою ДРТ 111 (74,0 (67,0-81,0)) %. Кількість жінок з 2-ма спробами ДРТ становила 20 (13,3 (7,9-18,7)) % відповідно. Кількість пацієнток з 3-ма і більше спробами ДРТ була приблизно рівним із невисоким показником 19 (12,7 (7,4-18,0)) %.

Визначення структури методів розродження жінок після застосування ДРТ (рис. 4.9) показало, що кількість КР у жінок II групи становила 144 (96,0 (92,9-99,1)) %, а кількість ВП становила 6 (4,0 (0,9-7,1)) %.

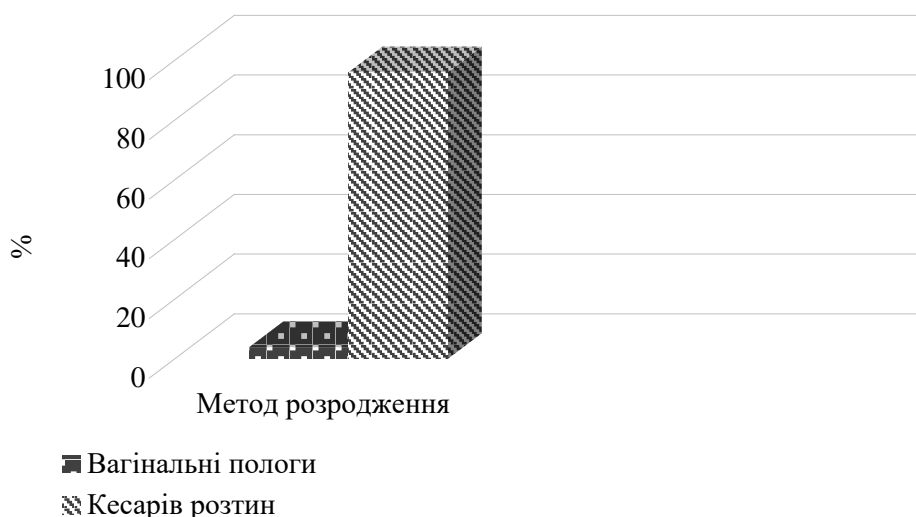


Рисунок 4.9 - Структура методів розродження жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій, %

Аналіз частоти операцій кесарів розтин, за плановими та ургентними показаннями у жінок після застосування ДРТ (рис. 4.10) показав, що домінували планові КР які становили 132 (88,0 (82,8-93,2)) %.

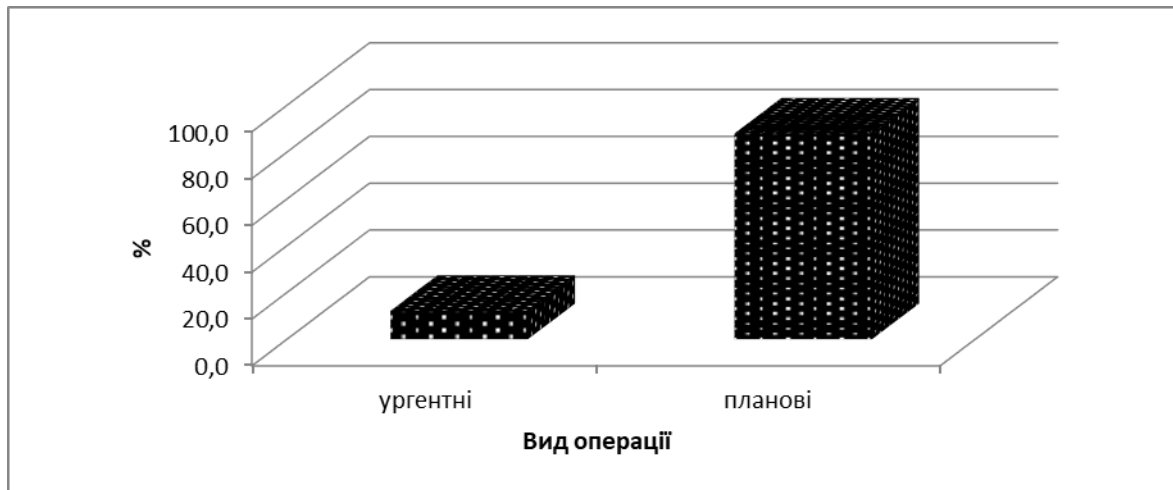


Рисунок 4.10 - Частота операцій кесарів розтин, за плановими та ургентними показаннями у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій, %

Перше місце у структурі показань до КР займає – ДРТ і становить 127 (84,9 (79,2-90,6)) % у жінок II групи (рис. 4.11), 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 плода 11 (7,2 (3,1-11,3)) %.

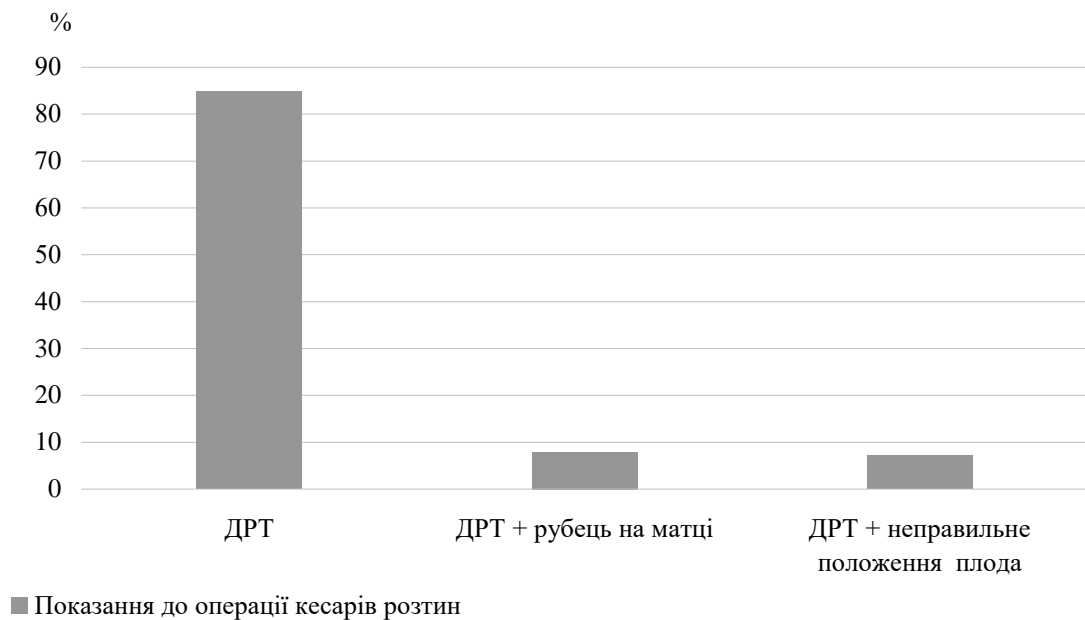


Рисунок 4.11 - Структура показань до оперативного розродження жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій, %

Всі жінки під час вагітності та в передопераційному періоді були обстежені в повному обсязі згідно існуючих нормативно-правових документів.

Проведене дослідження біохімічних показників протягом 3 триместрів показало, що у пацієток, яким проводилось ДРТ, середні рівні показників АЛТ та АСТ були вище ($p < 0,05$) показників у жінок з природньою 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 білірубіну 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.

Як орган, який регулює всі види обміну, печінка відіграє головну роль в адаптаційних процесах при вагітності. Функціонування печінки у вагітних, яким проводили ДРТ, з додатковим навантаженням потребує мобілізації додаткових функціональних ресурсів. Отримані дані відображають початкові явища зриву адаптаційних реакцій організму, що проявляється розвитком пізнього гестозу.

Загальний стан малюків, народжених був обумовлений акушерськими і супутніми екстрагенітальними захворюваннями. Фактором ризику можливих порушень розвитку плода і становлення у нього постнатальної адаптації є стан фетоплацентарного комплексу, 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 від матерів 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.

Отримані дані показали (табл. 4.14), що найбільший відсоток займають новонароджені з масою тіла 3001-3500 г – 55 (36,7 (29,0-44,4)) %. У жінок II групи новонароджених з масою тіла 3501-4000 г – народилося 32 (21,3 (14,7-27,9)) %.

Таблиця 4.14 - Показник маси новонароджених у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій,

абс.ч., %

Маса тіла, г	абс.ч.	%
Менше 2500	9	6,0 (2,2-9,8)
2500-3000	30	20,0 (13,6-26,4)
3001-3500	55	36,7 (29,0-44,4)
3501-4000	32	21,3 (14,7-27,9)
більше 4001	24	16,0 (10,1-21,9)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

З усіх новонароджених від жінок II групи більше було малюків зростом 46-50 см, що становило 96 (64,0 (56,3-71,7)) %. Зріст новонароджених від жінок цієї групи більше 50 см встановлено у 49 (32,7 (25,2-40,2)) % випадків (табл. 4.15).

Таблиця 4.15 - Показник зросту новонароджених у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій,

абс.ч.,%

Зріст новонародженого, (см)	абс.ч.	%
35-40	–	–
41-45	5	3,3 (0,4-6,2)
46-50	96	64,0 (56,3-71,7)
більше 50	49	32,7 (25,2-40,2)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Оцінка новонароджених від жінок II групи за шкалою Апгар (табл. 4.16) 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.

Таблиця 4.16 - Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій,

абс.ч.,%

Оцінка за шкалою Апгар, (бали)	абс.ч.	%
8-9	65	43,3 (35,4-51,2)
6-7	53	35,4 (27,7-43,1)
4-5	32	21,3 (14,7-27,9)
2-3	-	-
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

ВП відбулись у жінок II групи у 6 (4,0 (0,9-7,1)) % випадків від усіх жінок після застосування ДРТ.

Консервативне розродження здійснювалося при ретельному спостереженні за розвитком пологової діяльності та внутрішньоутробним станом плода. Однією з обов'язкових умов була наявність бажання жінки на

здійснення спроби ВП.

Велику у роль у відборі жінок до ВП був ретельний збір анамнестичних даних.

За віком всі жінки, яким здійснювалось ДРТ та у яких відбулись ВП були у віковій категорії 25-30 років.

Отримані дані свідчать про те, що вік не повинен бути критерієм виключення жінки після ДРТ із здійснення спроби ВП та не впливає на їх успішність.

У жінок, яким здійснювалось ДРТ та у яких відбулись ВП в структурі причини Б (рис. 4.12) перше місце займав чоловічий фактор – 50 (33,3 (25,8-40,8)) %, трубно-перитонеальний фактор – у 50 (33,3 (25,8-40,8)) %, гормональний фактор – 25 (16,7 (10,7-22,7)) %, фактор нез'ясованого генезу – 25 (16,7 (10,7-22,7)) %.



Рисунок 4.12 - Структура причин безпліддя у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій та у яких відбулись вагінальні пологи, %

Отже, можна констатувати, що вид Б у жінок, яким здійснювалось ДРТ не є показанням, як для проведення оперативного розродження так і для проведення ВП.

Тривалість Б до моменту проведення процедури ДРТ у всіх жінок II групи, які мали ВП склала до 5 років.

Випадків багатоплідної вагітності у жінок II групи не було.

Структура пологів у жінок з ДРТ, які здійснили розродження вагінальним шляхом (рис. 4.13) показує, що у більшості жінок – 4 (66,7 (29,0-104,4)) % відбулись фізіологічні пологи, у одної жінки (16,7 (13,1-46,5)) % відбулись ускладнені пологи та ще у одної жінки (16,7 (13,1-46,5)) % - патологічні.

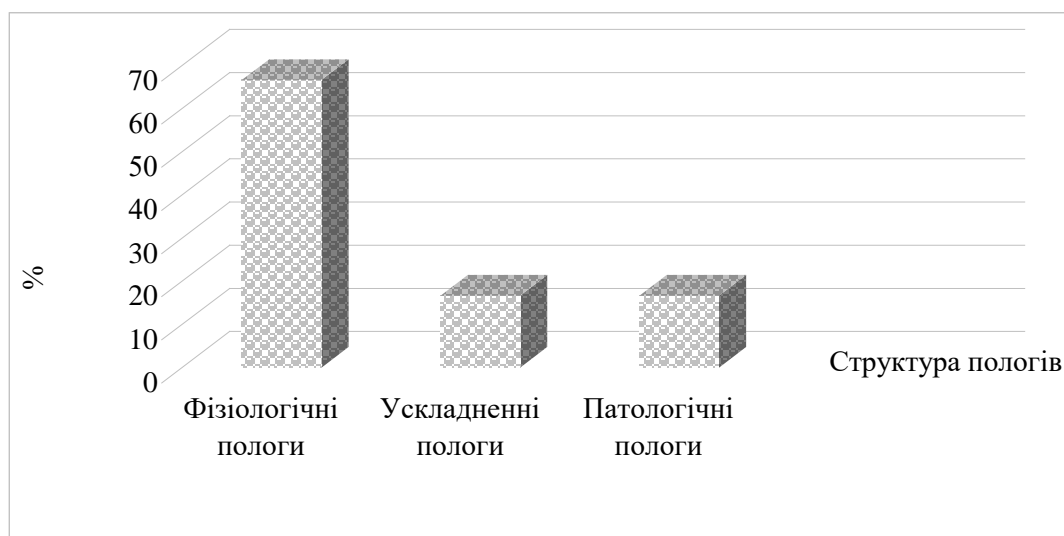


Рисунок 4.13 - Структура пологів у жінок після ДРТ, у яких відбулись вагінальні пологи, %

Патологічні пологи були внаслідок дефекту плацентарної тканини, що потребувало проведення ручної ревізії стінок порожнини матки. Ускладнені пологи були спричинені розривом стінок піхви та проведенням кольпорафії.

Всі ВП у жінок, у яких були застосовані ДРТ, закінчилися народженням здорових дітей з оцінкою 8-9 балів за шкалою 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.

Післяпологовий період у всіх породіль і новонароджених перебігав без ускладнень, вони виписані із стаціонару додому.

Висновки до підрозділу 4.2:

У жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій, які народжували через природні пологові шляхи, пологи закінчилися фізіологічно (66,7 (29,0-104,4)) %. Це говорить про те, що розродження жінок після допоміжних репродуктивних технологій через природні пологові шляхи є резервом до значного зниження відсотка кесарева розтину в типовому міському пологовому будинку.

Встановлено, що вік жінки, вид та тривалість безпліддя суттєво не впливають на результати розродження природнім шляхом у жінок після допоміжних репродуктивних технологій. Отже вид безпліддя у жінок, яким здійснювалось допоміжних репродуктивних технологій не є показанням, як для проведення оперативного розродження так і для проведення вагінальних пологів.

Для визначення оптимального методу розродження у пацієток після допоміжних репродуктивних технологій, в першу чергу, необхідно враховувати етіологічний фактор безпліддя і особливості перебігу даної вагітності, а не сам факт наявності допоміжних репродуктивних технологій в анамнезі, як показання до кесарева розтину.

Суттєвим резервом зниження частоти кесарева розтину після застосування допоміжних репродуктивних технологій, безумовно, є група пацієток, 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.

4.3 Перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок з аномаліями пологової діяльності

Проведений аналіз розподілу жінок з АПД за віком показав, що всі жінки цієї групи 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)) %.

Таблиця 4.17 - Частота перенесених абортів в анамнезі, у жінок з аномаліями пологової діяльності,

абс.ч.,%

Вид перенесених абортів	абс.ч.	%
Артифіційні аборти	16	10,7 (5,8-15,6)
Мимовільні аборти в ранні терміни вагітності	25	16,7 (10,7-22,7)
Мимовільні пізні аборти в пізні терміни вагітності	19	12,7 (7,4-18,0)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Високі показники переривання вагітності могли стати причиною або підґрунтям для виникнення інших гінекологічних захворювань, що, в свою чергу, могло вплинути на перебіг даної вагітності. Тому був проаналізований не тільки перебіг даної вагітності але й гінекологічний та соматичний анамнез жінок з АПД.

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 (62,7-77,3)) %, тобто поєднана патологія спостерігалась майже у кожній другій жінки (рис. 4.14).

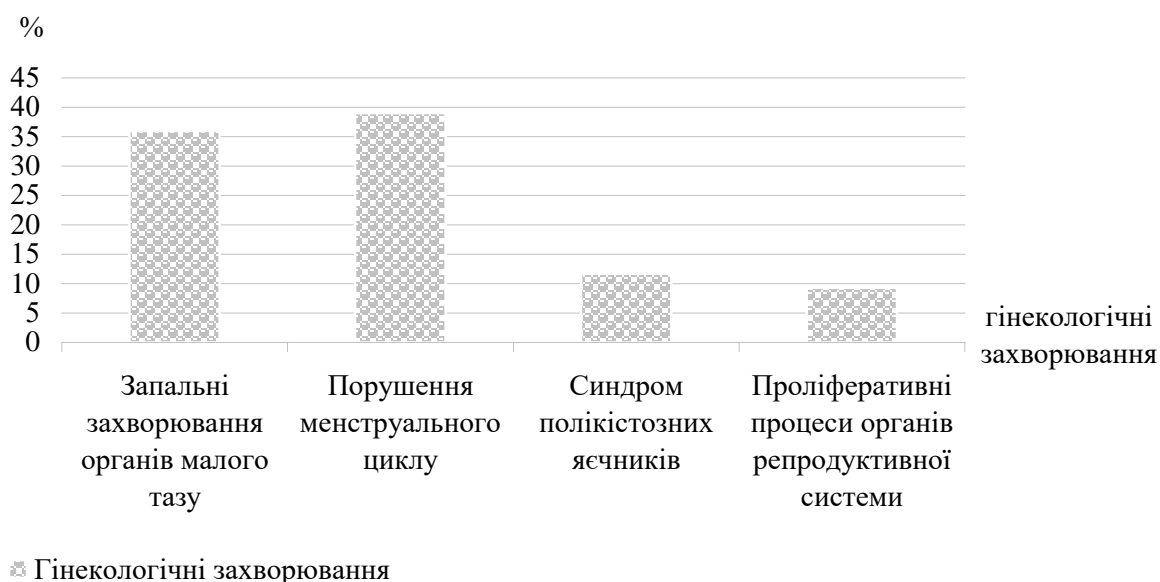


Рисунок 4.14 - Структура гінекологічних захворювань в анамнезі у жінок з аномаліямипологової діяльності, %

У жінок III групи часто зустрічалось ожиріння – 80 (53,0 (45,0-51,0)) %. Високу частоту ожиріння у жінок з АПД відмічали також в своїх роботах інші науковці [289]. При цьому, автори вважають, що підвищений синтез андрогенів підшкірною жировою клітковиною призводить 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 зустрічалися тільки в поодиноких випадках.

Вагітність у жінок III групи протікала з загрозою переривання вагітності в I триместрі у 78 (52,0 (44,0-60,0)) % та у 27 (18,0 (11,9-24,1)) % у II триместрі. Вагітні з загрозою переривання вагітності скаржилися на болі ниючого

характеру, на мажучі кров'янисті виділення зі статевих шляхів, що супроводжуються болями, іноді кровотечами в I триместрі, що було несприятливим фоном для формування фетоплацентарного комплексу.

Вагітні були обстежені в повному обсязі згідно відповідних протоколів. Всі загальноклінічні аналізи були в межах норми.

Визначення структури методів розродження у жінок з АПД (табл. 4.18) 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.

Таблиця 4.18 - Структура методів розродження у жінок з аномаліями пологової діяльності,

абс.ч., %

Метод розродження	Абс.	%
Кесарів розтин	135	90,0 (85,2-94,8))
Вагінальні пологи	15	10,0 (5,2-14,8)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Аналіз показань до проведення КР у жінок з АПД (рис. 4.15) показав, що в структурі показань до оперативного розродження найвищий відсоток становила первинна СПД, що склала 86 (57,3 (49,4-65,2)) %. Вагоме місце також займає показання до оперативного розродження жінок третьої групи - вторинна СПД до 53 (35,3 (27,7-42,9)) %.

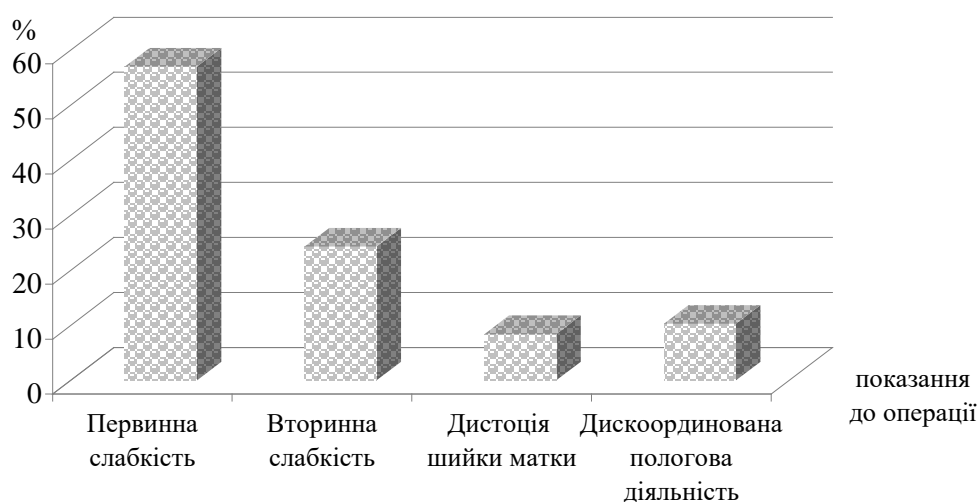


Рисунок 4.15 - Структура показань до оперативного розродження жінок з аномаліями пологової діяльності, %

Необхідно відмітити значні зміни у структурі показань до розродження шляхом операції КР у даної групи жінок. Так, кількість показань дистоція ШМ спостерігалась у 6 жінок - (4,0 (0,9-7,1)) % III групи, а показання ДПД, спостерігалось у 7 (4,7 (1,3-8,1)) % жінок.

Звертає на себе увагу наявність великої кількості 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 (табл. 4.19).

Таблиця 4.19 – Структура ускладнень пологів у жінок з аномаліями пологової діяльності, що мали патологічний прелімінарний період,

абс.ч.,%

Ускладнення пологів	абс.ч.	%
Первинна слабкість пологової діяльності	12	32,0 (16,1-47,9)
Вторинна слабкість пологової діяльності	5	12,8 (1,4-24,2)
Дискоординована пологова діяльність	9	23,1 (8,7-37,5)
Стрімкі пологи	7	17,9 (4,8-31,0)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Несприятлива ситуація констатована у жінок III групи із ППП. У 33 жінок III групи в разі появи ППП спостерігались різноманітні порушення скоротливої активності матки (22,0 (15,4-28,6)) % випадків. У таких жінок серед порушень скоротливої активності матки переважала первинна СПД 12 (32,0 (16,1-47,9)) %, високий рівень ДПД 9 (23,1 (8,7-37,5)) % та стрімких пологів 7 (17,9 (4,8-31,0)) %.

В подальшому нами було проаналізовано частоту акушерської допомоги і оперативних втручань у жінок з ППП (табл. 4.20).

Таблиця 4.20 - Структура методів розродження у жінок з аномаліями пологової діяльності, що мали патологічний прелімінарний період,

абс.ч., %

Метод розродження	абс.ч.	%
Кесарів розтин	28	84,8 (72,6-97,0)
Вагінальні пологи	5	15,2 (3,0-27,4)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

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)) % жінок спостерігався ПРПО з передчасним вилиттям навколоплідних вод, а у 41 (27,3 (20,2-34,4)) % жінок спостерігалось раннє вилиття навколоплідних вод (табл. 4.21).

Таблиця 4.21 – Структура ускладнень пологів, пов'язаних з станом плодових оболонок у жінок з аномаліями пологової діяльності,

абс.ч., %

Ускладнення пологів	абс.ч.	%
Передчасний розрив плодових оболонок та передчасне вилиття навколоплідних вод	61	40,7 (32,8-48,6)
Раннє вилиття навколоплідних вод	41	27,3 (20,2-34,4)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Дослідження інших характеристик навколоплідних вод у жінок III групи (табл. 4.22) 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 підчас 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)) %. Такі показники стану навколоплодових вод у жінок з АПД можливо були підґрунтям для народження дітей у жінок цієї групи в порушеному стані.

Таблиця 4.22 - Стан навколоплідних вод у жінок з аномаліями пологової діяльності,

абс.ч., %

Стан навколоплідних вод	абс.ч.	%
Багатоводдя	42	28,0 (20,8-35,2)
Маловоддя	11	7,3 (3,1-11,5)
Світлі навколоплідні води	107	71,3 (64,1-78,5)
Меконіальні навколоплідні води	43	28,7 (21,5-35,9)
Примітка. Достовірність вибірки, $p < 0,05$		

На момент початку пологової діяльності була проведена оцінка ступеня зрілості ШМ за шкалою Бішопа (табл. 4.23). 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)) %.

Таблиця 4.23 - Оцінка зрілості шийки матки за шкалою Бішопа у жінок з аномаліями пологової діяльності,

абс.ч., %

Стан зрілості шийки матки	абс.ч.	%
Незріла (0-2 балів)	17	11,3 (6,2-16,4)
Недостатньо зріла (3-5 балів)	56	37,3 (29,6-45,0)
Зріла (більше 6 балів)	77	51,4 (43,4-59,4)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Оцінка ступеня зрілості ШМ у жінок III групи з ПРПО (табл. 4.24) 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.

Таблиця 4.24 - Оцінка зрілості шийки матки за шкалою Бішопа у жінок з аномаліями пологової діяльності та передчасним розривом плідних оболонок,

абс.ч., %

Стан зрілості шийки матки	абс.ч.	%
Незріла (0-2 балів)	28	27,5 (20,4-34,6)
Недостатньо зріла (3-5 балів)	54	52,9 (44,9-60,9)
Зріла (більше 6 балів)	20	21,6 (15,0-28,2)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

У жінок з АПД часто народжувались діти з масою тіла більше 4000 г (табл. 4.25) – 51 (34,0 (26,4-41,6)) % та 3501-4000 г – 48 (32,0 (24,5-39,5)) %, і зростом більше 50 см (табл. 4.26) – 94 (62,7 (55,0-70,4)) % .

Таблиця 4.25 - Показник маси новонароджених у жінок з аномаліями пологової діяльності,

абс.ч., %

Маса тіла, (г)	абс.ч.	%
Менше 2500	10	6,7 (2,7-10,7)
2500-3000	26	17,3 (11,2-23,4)
3001-3500	15	10,0 (5,2-14,8)
3501-4000	48	32,0 (24,5-39,5)
більше 4001	51	34,0 (26,4-41,6)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

З вище наведеного можна вважати, що передбачувана маса плода 3501-4000 г та більше 4000 г є одними з факторів ризику розвитку АПД.

Таблиця 4.26 - Показник зросту новонароджених у жінок з аномаліями пологової діяльності,

абс.ч., %

Зріст новонародженого, (см):	абс.ч.	%
35-40	–	–
41-45	5	3,3 (0,4-6,2)
46-50	51	34,0 (26,4-41,6)
більше 50	94	62,7 (55,0-70,4)
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар у жінок з АПД (табл. 4.27) 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 важкого 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.

Таблиця 4.27 - Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар у жінок з аномаліями пологової діяльності,

абс.ч., %

Оцінка за шкалою Апгар, (бали)	абс.ч.	%
8-9	69	46,0 (38,0-54,0)
6-7	52	34,7 (27,1-42,3)
4-5	29	19,3 (13,0-25,6)
2-3	-	-
Примітка. Достовірність вибірки $p < 0,05$		

Аналіз об'єму крововтрати у жінок III групи (рис. 4.16.) показав, що, крововтрата більше 700 ± 25 мл спостерігалась у 12 (17,2 (13,7-20,7)) % жінок, а крововтрата більше 800 ± 25 мл спостерігалась у 12 (6,2 (4,1-8,3)) % жінок.

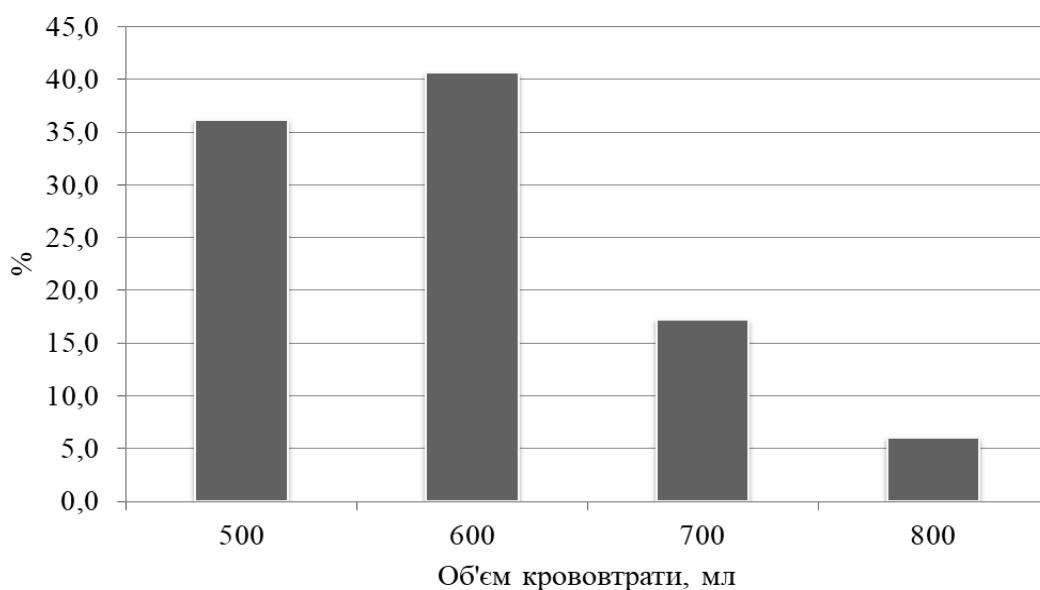


Рисунок 4.16 – Об'єм крововтрати в пологах у жінок з аномаліями пологової діяльності, %

ВП успішно відбулись у 15 жінок III групи 10,0 (5,2-14,8)) %, а у 5 з них був ППП.

Висновки до підрозділу 4.3:

Жінки з аномаліями пологової діяльності мали в анамнезі проблеми, пов'язані з змінами репродуктивного здоров'я. Це проявлялося високими показниками артіфіційних 16 (10,7 (5,8-15,6)) % та мимовільних абортів, як ранніх 25 (16,7 (10,7-22,7)) % так і пізніх 19 (12,7 (7,4-18,0)) %, запальних захворювань органів малого тазу 54 (36,0 (28,3-43,7)) %, порушення менструального циклу були у - 59 (39,0 (31,2-46,8)) %, синдром полікістозних яєчників у – 35 (11,7 (6,6-16,8)) %, та проліферативні процеси органів репродуктивної системи в анамнезі були виявлені у - 14 (9,3 (4,7-13,9)) %. Такі зміни репродуктивного здоров'я безумовно супроводжувались порушеннями балансу статевих гормонів і могли стати підґрунтям для розвитку в пологах АПД.

У жінок III групи в механізмі розвитку аномалій пологової діяльності певну роль можуть відігравати особливості конституції та соматичні захворювання, по це свідчать високі показники ожиріння 80 (53,0 (45,0-61,0)) % та ендокринних захворювань - 19 (12,7 (7,4-18,0)) %.

Вагітність у жінок III групи протікала з ускладненнями частіше з загрозою переривання вагітності в I триместрі у 78 (52,0 (44,0-60,0)) %, у 27 (37,0 (11,9-24,1)) % у II триместрі, розвиток при доношеній вагітності патологічного прелімінарного періоду - 17 (11,3 (6,2-16,4)) %, 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)) %

В пологах у жінок III групи основними ускладненнями на тлі аномалій пологової діяльності були розвиток передчасного розриву плодових оболонок – 61 (40,7 (32,8-48,6)) %, дистоції шийки матки - 6 (4,0 (0,9-7,1)) % та гіпоксичних станів плода - 43 (28,7 (21,5-35,9)) %.

Високі показники змін репродуктивного та соматичного здоров'я ускладнень вагітності та пологів призвели до оперативного розродження у 135 (90,0 (85,2-94,8)) % шляхом операції кесарів розтин. Вище наведене вказує на необхідність розробки діагностичних та лікувально-профілактичних заходів

направлених на зменшення частоти ускладнень вагітності і пологів, частоти кесарева розтину та аномалій пологової діяльності.

Висновки до розділу 4:

1. 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 істмікоцервікальної недостатності; у жінок з аномалією пологової діяльності спостерігається загроза переривання вагітності в I триместрі у 78 (52,0 (44,0-60,0)) %, у 27 (18,0 (11,9-24,1)) % у II триместрі, розвиток при доношеній вагітності патологічного прелімінарного періоду - 17 (11,3 (6,2-16,4)) % та недостатньо підготовлена до пологів шийки матки: незріла шийка матки - 17 (11,3 (6,2-16,4)) %, недостатньо зріла шийка - 56 (37,3 (29,6-45,0)) %, що може негативно впливати на перебіг пологів та на стан новонароджених у таких жінок.

2. Жінки з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом розроджуються частіше шляхом операції кесарів розтин. Так у жінок з рубцем на матці частота кесарева розтину складає (94,0 (90,2-97,8)) %, у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій (96,0 (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 відсотка кесарева розтину в типовому міському пологовому будинку.

3. Висока частота ускладнень вагітності і пологів, порушений стан плода та новонароджених у жінок з акушерською патологією та обтяженим

репродуктивним анамнезом вимагає перегляду тактики ведення пологів та розробки діагностичних та лікувальних заходів для покращення стану плода підчас вагітності та напередодні розродження з урахуванням особливостей методу родорозродження.

Результати власних досліджень розділу 4 викладені у статтях: 1,2,3,4,5,6,7,10,12,13,19,20,22,24 (стор. 8-11).

РОЗДІЛ 5

СТАН ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ З УРАХУВАННЯМ НАЯВНОСТІ АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ОБТЯЖЕНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗУ

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.

Вміст гормонів ФПС, як білкової та і стероїдної структури, що забезпечують життєдіяльність плода, визначався в сироватці крові вагітних в залежності від виду акушерської патології та особливостей репродуктивного анамнезу (табл. 5.1, 5.2, 5.3). Дослідження гормональних показників проводилось в динаміці вагітності.

Отримані дані показали, що у жінок з рубцем на матці до 20 тижнів вагітності не відбуваються змін в рівні ПЛ в порівнянні із здоровими вагітними без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу (табл. 5.1). Оскільки гормон білкової природи – ПЛ є певним біологічним маркером, який утворюється лише в плаценті під час вагітності можна з впевненістю стверджувати, що у жінок I групи до 20 тижня вагітності плацента, а від так і вагітність розвивалась у відповідності до нормальних показників. Поряд з цим у жінок II та III групи до 20 тижня вагітності вже відмічались достовірні зміни в рівні ПЛ (табл. 5.2 та 5.3). 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 ($p < 0,05$).

Таблиця 5.1 – Вміст гормонів фето-плацентарної системи в сироватці крові вагітних з рубцем на матці

нмоль/л

Термін вагітності в тижнях	Показник гормонів фето-плацентарної системи							
	Плацентарний лактоген		Естріол		Естрадіол		Прогестерон	
	Група вагітних							
	I	0	I	0	I	0	I	0
до 20	56,5± ±1,7	61,7± ±10,2	(18,4± ±2,1)*	30,2± ±2,2	(14,7± ±3,5)*	3,9± ±4,1	(82,7± ±9,1)*	115,2± ±7,7
21-30	(82,6± ±2,5)*	185,7± ±31,1	(27,3± ±2,1)*	66,8± ±5,4	(27,7± ±4,5)*	71,7± 5,2	(147,9± 21,9)*	241,7± ±22,8
31-40	(155,9± ±5,7)*	253,7± ±24,3	(49,8± ±3,4)*	108,7± 6,8	48,5± ±7,8	55,5± 5,7	(254,6± 35,7)*	387,7± ±27,5
Примітка: * - Достовірність при $p < 0,05$, між I групою і групою 0 – показник у здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу.								

Таблиця 5.2 – Вміст гормонів фето-плацентарної системи в сироватці крові у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій,

нмоль/л

Термін вагітності в тижнях	Показник гормонів фето-плацентарної системи							
	Плацентарний лактоген		Естріол		Естрадіол		Прогестерон	
	Група вагітних							
	II	0	II	0	II	0	II	0
до 20	(41,7± ±5,1)*	61,7± ±10,2	(13,4± ±1,7)*	30,2± ±2,2	(12,1± ±3,5)*	3,9± ±4,1	(62,7± ±17,5)*	115,2± ±7,7
21-30	(90,5± ±15,4)*	185,7± ±31,1	(32,3± ±2,1)*	66,8± ±5,4	(30,1± ±3,1)*	71,7± 5,2	(139,2± ±17,8)*	241,7± ±22,8
31-40	(160,7± 20,1)*	253,7± ±24,3	(49,5± ±2,3)*	108,7± 6,8	50,3± ±5,7	55,5± 5,7	(237,2± ±31,3)*	387,7± ±27,5
Примітка: * - Достовірність при $p < 0,05$, між II групою і групою 0 – показник у здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу.								

Таблиця 5.3 – Вміст гормонів фето-плацентарної системи в сироватці крові у вагітних з аномаліями пологової діяльності,

нмоль/л

Термін вагітності в тижнях	Показник гормонів фето-плацентарної системи							
	Плацентарний лактоген		Естріол		Естрадіол		Прогестерон	
	Група вагітних							
	III	0	III	0	III	0	III	0
до 20	(40,7± ±1,8)*	61,7± ±10,2	(16,3± ±0,8)*	30,2± ±2,2	(15,7± ±3,1)*	3,9± ±4,1	(80,9± ±21,1)*	115,2± ±7,7
21-30	(79,5± 13,2)*	185,7± ±31,1	(31,4± ±1,6)*	66,8± ±5,4	(31,2± ±4,1)*	71,7± 5,2	(135,9± ±25,1)*	241,7± ±22,8
31-40	(167,5± 8,5)*	253,7± ±24,3	(45,3± ±1,7)*	108,7± 6,8	49,4± ±6,7	55,5± 5,7	(251,1± ±38,2)*	387,7± ±27,5
Примітка: * - Достовірність при $p < 0,05$, між III групою і групою 0 – показник у здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу.								

З збільшенням терміну вагітності при її нормальному перебігу вміст ПЛ в сироватці крові збільшується, оскільки збільшується розмір плаценти та кількості синсиціобластів та дицидуальної тканини, які і забезпечують безпосередній синтез ПЛ. У обстежених вагітних всіх груп вже починаючи з 21 тижня вагітності і до її завершення відмічалось зменшення рівня ПЛ (табл. 5.1, 5.2, 5.3).

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. Саме відставання показників зростання рівня ПЛ, який регулює вуглеводний, ліпідний та білковий обмін в організмі плода, у жінок всіх обстежуваних груп може бути діагностичним маркером доклінічних проявів порушеного стану плода у жінок з рубцем на матці, після застосування ДРТ та в разі аномалії пологової діяльності.

Найбільше відставання в рівні ПЛ спостерігалось у жінок з аномаліями пологової діяльності в терміні 21-30 тижнів вагітності – $(79,5 \pm 13,2)$ нмоль/л, ($p < 0,05$) та у жінок з рубцем на матці в терміні вагітності 31-40 тижнів – $(155,9 \pm 5,7)$ нмоль/л, ($p < 0,05$). Такі зміни в рівні ПЛ у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом можуть пояснювати народження дітей від цих жінок з масою тіла нижче 2 500 грам та народження значної кількості дітей в порушеному стані.

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 (табл. 5.1, 5.2, 5.3), 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.

Важливою для розвитку плода та зростання терміну вагітності є естрогенна функція фето-плацентарного комплексу. Для з'ясування естрогенної функції фето-плацентарного комплексу були досліджені вміст в сироватці крові в динаміці вагітності E та E₂.

Результати досліджень підтвердили відповідність між вмістом П і естрогенів. Так, у всіх групах обстежених жінок в терміні до 20 тижнів вагітності спостерігалось зниження вмісту в сироватці крові як E, так і E₂. Найнижче зниження E та E₂ 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, E та E₂. Такі ж клінічні прояви зниження рівнів E і E₂ відбувались і у жінок I та III групи.

Динаміка вмісту E та E₂ в крові вагітних всіх груп в терміні вагітності 21-30 тижнів характеризувалась приблизно однаковими рівнями зниження порівняно із здоровими вагітними без акушерських ускладнень та без обтяженого репродуктивного анамнезу, ($p < 0,05$).

У обстежених вагітних зниження вмісту E спостерігалось і в терміні вагітності 31-40 тижнів, у жінок всіх груп в приблизно однаковому рівні, ($p < 0,05$), поряд з цим достовірного зниження E₂ 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, змінами метаболічних процесів в матці і в організмі плода, а порушення співвідношення П і естрогенів може обумовлювати зміни в скоротливій діяльності матки, як на передодні пологів, так і під час пологів.

Зважаючи на виявлені зміни вмісту гормоні ФПС в сироватці вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом важливим є визначення стану плода у обстежених жінок. В сучасних умовах найбільш простим, доступним та достовірним методом є проведення кардіотокографічних досліджень, які були проведені у відповідності до існуючих рекомендацій та нормативів. Показники кардіотокограми плода у обстежених вагітних показали наявність змін в стані плода порівняно з показниками кардіотокограми у здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу (табл. 5.4).

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 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 (табл. 5.4). Найбільш виражені зміни в показниках децелерації спостерігались у вагітних III групи: їх кількість складала – $0,6 \pm 0,07$, глибина – $(6,1 \pm 1,5)$ уд/хв, та тривалість – $(3,5 \pm 1,2)$ с., ($p < 0,05$). 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.

Таблиця 5.4 – Показники кардіотокограми плода у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом

Група вагітних	БЧСС, уд/хв	АМО, уд/хв	Кількість акцелера- цій	Амплітуда акцелера- ції, уд/хв	Тривалість акцелера- ції, с	Кількість децелера- цій	Глибина децелера- цій, уд/хв	Тривалість децелера- цій, с
I	(142,5± ±2,5)	(7,1± ±0,2)*	(6,2± ±0,3)*	(19,1± ±1,1)*	(17,2± ±1,2)*	(0,1± ±0,02)*	(3,7± ±1,3)*	(2,0± ±0,7)*
II	(148,9± ±2,7)*	(6,3± ±0,2)*	(5,0 ±0,2)*	(18,5± ±1,7)*	(16,1± ±1,3)*	(0,2± ±0,03)*	(5,4± ±1,3)*	(3,0± ±1,1)*
III	(151,1± ±2,9)*	(6,0± ±0,3)*	(4,2± ±0,2)*	(17,7± ±1,3)*	(16,0± ±1,1)*	(0,6± ±0,07)*	(6,1± ±1,5)*	(3,5± ±1,2)*
Здорові вагітні без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу (група контролю - 0)	(140,0± ±1,1)	(9,7± ±0,3)	(8,1± ±0,2)	(25,3± ±0,7)	(18,7± ±0,8)	(0)	(0)	(0)
Примітка. * - Достовірність різниці між показниками в групах I, II, III та показником у здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу, при p<0,05.								

Всі кардіотокограми плода оцінювались за допомогою прийнятої в світі системою Фішера в балах (табл. 5.5). 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.

Таблиця 5.5 – Оцінка показників кардіотокограм плода у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом,

в балах

Група вагітних	Оцінка в балах
I	(7,1 (6,8-7,4))*
II	(6,5 (5,9-7,1))*
III	(5,7 (5,2-6,2))*
Здорові вагітні без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу (група 0)	8,5 (8,4-8,6)
Примітка. * - Достовірність різниці між показниками в групах I, II, III та показником у здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу, при $p < 0,05$.	

При проведенні кардіотокографічних досліджень з метою уточненої діагностики стану плода проводився нестресовий тест у відповідності до існуючих рекомендацій. В тих випадках коли тест був негативний, а зміни БЧСС, АМО були не значними збільшувалась кількість акцелерацій та були відсутні децелерації, стан плода розцінювався як компенсований і не потребував додаткових лікувальних дій. Друга ступінь змін на кардіотокограмі за Фішером, яка характеризується зниженням АМО до 30 уд/хв, поодинокими

акцелераціями та появою патологічних децелерацій розцінювалась як прояв вираженої гіпоксії плода. В пологах новонароджені з другим ступенем змін на кардіотокограмі отримували оцінку від 3 до 7 балів, що було проявом асфікції новонароджених і результатом гіпоксичних змін в стані плода під час вагітності.

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. Дані кардіотокографічних досліджень є важливим діагностичним критерієм проявів гіпоксії плода у вагітних з акушерською патологією та з обтяженим репродуктивним анамнезом і співпадають з проведеними дослідженнями вмісту в сироватці крові гормонів ФПС, які також вказали на зміни в стані ФПС взагалі і плода зокрема.

Іншим достовірним методом діагностики стану ФПС у обстежених вагітних стало проведення ультразвукових спостережень за станом плода та плаценти в динаміці вагітності (табл. 5.6).

Динаміка показника розміру голівки плода – БПР у обстежених жінок всіх груп в терміні вагітності 19-20 тижнів достовірно не відрізнялась від показника у здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу. Такі ж показники фотометрії були і в терміні 29-30 тижнів вагітності у жінок I і III групи і дещо менше у жінок II групи, ($p < 0,05$). Така ж тенденція при вимірюванні БПР спостерігалась і в терміні вагітності 35-36 тижнів. ОГ плода була змінена в терміні вагітності у жінок I та III групи і в терміні вагітності 29-30 тижнів у жінок II та III групи, ($p < 0,05$). Зміна ОЖ плода спостерігалась в терміні 19-20 тижнів у жінок всіх груп та в терміні 29-30 тижнів у жінок III групи, ($p < 0,05$).

Таблиця 5.6 – Зміна ехографічних показників у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом,

мм

Група вагітних	Термін вагітності, в тижнях	Ехографічні показники				
		БПР	ОГ	ОЖ	ДСК	ДПК
I	19-20	45,2±2,8	(143,2±±23,3)*	(130,2±±21,8)*	30,8±2,2	28,3±2,4
	29-30	76,3±3,1	270,2±±27,1	252,1±±22,5	56,3±2,3	51,7±2,6
	35-36	(80,1±2,7)*	323,5±±8,7	316,7±±33,0	67,5±2,7	60,7±2,5
II	19-20	45,1±3,2	143,4±±34,1	(123,5±±23,8)*	31,2±2,2	27,9±1,7
	29-30	(72,2±2,4)*	(267,0±±28,1)*	(240,5±±22,9)	55,6±2,7	52,0±1,8
	35-36	(85,3±3,1)*	321,6±32,1	316,5±31,1	66,3±2,4	61,1±2,1
III	19-20	45,1±2,7	(146±±27,8)*	(124,1±±23,5)*	30,9±3,1	28,0±1,9
	29-30	70,0±2,4	(265,3±±32,7)*	(241,7±±22,4)*	55,4±2,8	51,9±2,2
	35-36	84,1±2,6	322,3±22,5	315,6±27,7	67,7±2,4	60,8±2,7
0	19-20	46,5±2,3	164,2±37,2	139,5±21,9	31,5±2,1	28,5±1,8
	29-30	77,1±2,2	280,1±28,5	258,5±34,2	56,3±2,4	52,1±1,9
	35-36	89,2±2,7	324,2±26,1	319,3±27,3	68,1±2,3	61,5±2,4

Примітка. * - Достовірність різниці з показниками I, II, III груп та групою здорових вагітних, що не мали акушерської патології та не мали обтяженого репродуктивного анамнезу, при $p < 0,05$.

При цьому, показники ДСК та ДПК у жінок всіх груп в зазначені терміни ехографічних досліджень відповідали нормі. Такі зміни виявлені при вимірюванні фотометричних показників дозволяють стверджувати про декотру диспропорцію в розвитку плода у жінок з акушерською патологією та з обтяженим репродуктивним анамнезом в термінах вагітності 19-20 та 29-30 тижнів, яка після 35 тижнів вирівнюється і не дозволяє говорити про розвиток симетричної або асиметричної гіпотрофії плода у обстежених вагітних.

Результати ехографічних досліджень, що виявили зміни в стані плода у вагітних з акушерською патологією та з обтяженим репродуктивним анамнезом обумовили необхідність визначення особливостей матково-плацентарного і плодового кровообігу у обстежених жінок (табл. 5.7, 5.8, 5.9). У вагітних I групи зміни доплерометричних показників (табл. 5.7) 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 С/Д, ІР та ПІ. Зміна доплерометричних показників в маткових артеріях може бути з одного боку змінами в кровопостанні викликаними оперативними втручаннями на матці та з іншого як до клінічні прояви подальших змін в судинах плода. В терміні вагітності 35 і більше зміна цих доплерометричних показників спостерігалася у жінок I групи і в артерії пуповини: С/Д – $4,0 \pm 1,8$, ІР – $0,7 \pm 0,2$, ПІ – $1,7 \pm 0,7$ та в середньо мозковій артерії плода; С/Д – $7,5 \pm 0,7$, ІР – $0,1 \pm 0,4$, ПІ – $1,9 \pm 0,2$, ($p < 0,05$). 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.

Таблиця 5.7 – Середнє значення доплерометричних показників у вагітних з рубцем на матці в динаміці вагітності

Назва судини	Доплер показники	Група вагітних					
		I	0	I	0	I	0
		Термін вагітності					
		22-27		28-34		35 і більше	
Артерія пуповини	С/Д	3,6±1,5	3,5±1,5	3,4±1,3	4,3±1,8	(4,0±1,8)*	3,8±1,7
	IP	0,7±0,1	0,6±0,1	0,7±0,1	0,7±0,1	(0,7±0,2)*	0,5±0,1
	ПШ	1,0±0,4	0,9±1,4	1,2±0,3	0,7±1,1	(1,7±0,7)*	1,4±0,5
Права маткова артерія	С/Д	(3,1±0,5)*	1,9±0,7	(2,3±1,5)*	1,7±0,2	(2,9±1,3)*	1,7±0,7
	IP	(0,7±0,1)*	0,4±0,1	(0,5±0,3)*	0,3±0,1	(0,5±0,3)*	0,3±0,1
	ПШ	(1,3±0,3)*	0,7±1,5	(0,9±0,1)*	0,3±0,1	(0,9±0,1)*	0,6±0,8
Ліва маткова артерія	С/Д	(2,4±0,3)*	1,9±0,2	(2,1±0,2)*	1,7±0,2	(2,4±0,2)*	1,7±0,2
	IP	(0,6±0,4)*	0,4±0,1	(0,6±0,1)*	0,3±0,1	(0,7±0,3)*	0,3±0,1
	ПШ	(0,9±0,1)*	0,7±1,5	(0,9±0,2)*	0,3±0,1	(0,9±0,5)*	0,9±0,3
Середня мозкова артерія плода	С/Д	(8,3±0,9)*	4,4±0,8	(8,1±0,8)*	4,5±0,5	(7,5±0,7)*	4,0±0,4
	IP	1,0±0,1	0,6±0,1	1,1±0,2	0,6±0,5	(0,1±0,4)*	0,9±0,3
	ПШ	1,5±0,2	2,1±0,5	1,6±0,1	1,8±0,2	(1,9±0,2)*	1,6±0,1
Аорта плода	С/Д	5,5±0,3	5,8±0,6	5,8±0,4	5,7±0,5	5,5±0,3	5,1±0,5
	IP	0,7±0,3	0,5±0,1	1,2±0,2	0,6±0,1	0,7±0,5	0,5±0,1
	ПШ	1,8±0,1	2,5±0,3	1,7±0,5	2,7±0,3	1,4±0,1	2,8±1,2
Примітка. * - Достовірність при $p < 0,05$, між I групою і групою 0 – показник у здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу.							

Таблиця 5.8 – Середнє значення доплерометричних показників у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій,

Назва судини	Доплер показники	Група вагітних					
		II	0	II	0	II	0
		Термін вагітності					
		22-27		28-34		35 і більше	
Артерія пуповини	С/Д	(3,4±1,2)*	3,5±1,5	(3,3±1,2)*	4,3±1,8	(3,2±1,7)*	3,8±1,7
	IP	(0,7±0,1)*	0,6±0,1	(0,8±0,1)*	0,7±0,1	(0,7±0,2)*	0,5±0,1
	ПІ	(1,2±1,4)*	0,9±1,4	(1,2±0,2)*	0,7±1,1	(1,7±0,7)*	1,4±0,5
Права маткова артерія	С/Д	2,9±0,3	1,9±0,7	(2,1±1,3)*	1,7±0,2	(2,4±1,2)*	1,7±0,7
	IP	0,7±0,1	0,4±0,1	0,5±0,3	0,3±0,1	(0,5±0,3)*	0,3±0,1
	ПІ	1,2±0,2	0,7±1,5	0,8±0,2	0,3±0,1	0,9±0,1	0,6±0,8
Ліва маткова артерія	С/Д	2,3±0,4	1,9±0,2	(2,2±0,1)*	1,7±0,2	2,4 ±0,2	1,7±0,2
	IP	0,4±0,4	0,4±0,1	0,6±0,1	0,3±0,1	0,7±0,3	0,3±0,1
	ПІ	0,9±0,2	0,7±1,5	0,9±0,2	0,3±0,1	0,9±0,5	0,9±0,3
Середня мозкова артерія плода	С/Д	(8,2±0,7)*	4,4±0,8	(8,3±0,7)*	4,5±0,5	(7,3±0,6)*	4,0±0,4
	IP	0,9±0,2	0,6±0,1	(1,0±0,1)*	0,6±0,5	1,0±0,4	0,9±0,3
	ПІ	1,3±0,3	2,1±0,5	1,5±0,2	1,8±0,2	1,7±0,2	1,6±0,1
Аорта плода	С/Д	5,3±0,4	5,8±0,6	5,4±0,3	5,7±0,5	(5,3±0,4)*	5,1±0,5
	IP	0,7±0,3	0,5±0,1	(1,1±0,4)*	0,6±0,1	0,7±0,5	0,5±0,1
	ПІ	1,7±0,2	2,5±0,3	1,6±0,3	2,7±0,3	1,4±0,1	2,8±1,2

Примітка. * - Достовірність при $p < 0,05$, між II групою і групою 0 – показник у здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу.

Таблиця 5.9 – Середнє значення доплерометричних показників у вагітних з аномаліями пологової діяльності

Назва судини	Доплер показники	Група вагітних					
		III		0		III	
		Термін вагітності					
		22-27		28-34		35 і більше	
Артерія пуповини	С/Д	3,2±1,3	3,5±1,5	(3,3±1,2)*	4,3±1,8	(3,9±1,6)*	3,8±1,7
	IP	0,7±0,1	0,6±0,1	(0,7±0,1)*	0,7±0,1	(0,7±0,1)*	0,5±0,1
	ПІ	1,0±0,1	0,9±1,4	(1,3±0,4)*	0,7±1,1	(1,9±0,5)*	1,4±0,5
Права маткова артерія	С/Д	(2,9±0,5)*	1,9±0,7	(2,4±0,3)*	1,7±0,2	2,5±0,5	1,7±0,7
	IP	(0,7±0,1)*	0,4±0,1	0,5±0,3	0,3±0,1	0,5±0,3	0,3±0,1
	ПІ	(1,4±0,3)*	0,7±1,5	0,9±0,1	0,3±0,1	0,9±0,1	0,6±0,8
Ліва маткова артерія	С/Д	(2,5±0,2)*	1,9±0,2	(2,2±0,2)*	1,7±0,2	2,5±0,4	1,7±0,2
	IP	(0,6±0,4)*	0,4±0,1	0,6±0,3	0,3±0,1	0,7±0,3	0,3±0,1
	ПІ	(0,9±0,1)*	0,7±1,5	0,9±0,2	0,3±0,1	0,9±0,5	0,9±0,3
Середня мозкова артерія плода	С/Д	(8,4±0,9)*	4,4±0,8	(8,4±0,5)*	4,5±0,5	(7,6±0,6)*	4,0±0,4
	IP	0,9±0,2	0,6±0,1	1,2±0,4	0,6±0,5	(1,2±0,3)*	0,9±0,3
	ПІ	1,2±0,3	0,32,1±0,5	1,5±0,1	1,8±0,2	(1,7±0,2)*	1,6±0,1
Аорта плода	С/Д	5,4±0,2	5,8±0,6	5,4±0,3	5,7±0,5	(5,5±0,3)*	5,1±0,5
	IP	0,08±0,3	0,5±0,1	1,3±0,4	0,6±0,1	(0,7±0,5)*	0,5±0,1
	ПІ	1,8±0,4	2,5±0,3	1,6±0,3	2,7±0,3	(1,4±0,1)*	2,8±1,2

Примітка. * - Достовірність при $p < 0,05$, між III групою і групою 0 – показник у здорових вагітних без акушерської патології та без обтяженого репродуктивного анамнезу.

У жінок II групи при визначенні середнього значення доплерометричних показників (табл. 5.8) 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 аномалій пологової діяльності – 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 (табл. 5.9) 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 (табл. 5.10). У обстежених жінок відбувалися 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. Також у обстежених жінок відбувалися зміни в товщині плаценти. Збільшення товщини плаценти були у жінок III групи - $4,7$ ($4,3-5,1$) % жінок, в цій же групі частіше спостерігалось і зменшення товщини плаценти - $10,0$ ($13,3-16,7$) % жінок. Дослідження плаценти виявило різні зміни в структурі плаценти, зокрема у багатьох обстежених жінок спостерігались дистрофічні зміни в плаценті та кальциноз плаценти. Частіше такі зміни виявлялись у жінок III групи відповідно: дистрофічні зміни - $50,0$ ($44,7-55,3$) % та кальциноз - $11,3$ ($9,9-12,7$) %.

Таблиця 5.10 – Показники ультразвукової плацентометрії у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом,

абс.ч., (%)

Показник плацентометрії	Група вагітних					
	I		II		III	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Збільшені розміри плаценти	21	14,0 (11,7-16,7)	25	16,7 (14,6-18,8)	19	12,7 (11,2-13,9)
Зменшені розміри плаценти	12	8,0 (6,8-9,2)	14	9,3 (7,8-10,8)	28	18,7 (16,4-21,0)
Збільшена товщина плаценти	4	2,7 (2,4-3)	6	4,0 (3,7-4,3)	7	4,7 (4,3-5,1)
Зменшена товщина плаценти	10	6,7 (5,6-7,8)	11	7,3 (7-7,6)	15	10,0 (13,3-16,7)
Дистрофічні зміни в плаценті	35	23,3 (20,9-25,7)	57	38,0 (33,7-42,3)	75	50,0 (44,7-55,3)
Кальциноз плаценти	11	7,3 (6,1-8,5)	15	10,0 (13,3-16,7)	17	11,3 (9,9-12,7)
Ступінь зрілості плаценти:						
- I	114	76,0 (68,8-83,2)	106	70,7 (64,2-77,2)	102	68,0 (62,6-73,4)
- II	19	12,7 (11,2-13,9)	25	16,7 (14,6-18,8)	27	18,0 (15,3-20,7)
- III	17	11,3 (9,9-12,7)	19	12,7 (11,2-13,9)	21	14,0 (11,7-16,3)

Важливе значення для оцінки зрілості плаценти має оцінка яка була проведена при ультразвуковій плацентометрії за класифікацією P.A.Grannum в модифікації Г.М. Савельєвої (табл. 5.10). Було визначено, що у більшості жінок ступінь зрілості відповідає терміну вагітності 32 тижні, що за класифікацією відповідає I ступеню, але у частини жінок спостерігалось передчасне визрівання плаценти, при якому на УЗ зображенні виявлялись зубці в хорреальній пластинці та різних розмірів ерогенні ділянки в тканині плаценти і в базальній мембрані дрібні лінійні «ехо». Другий і третій ступінь зрілості плаценти частіше виявлялася у жінок III групи, відповідно 18,0 (15,3-20,7) % жінок та 14,0 (11,7-16,3) % жінок.

Виявлені ехографічні та доплерометричні зміни показали, що у жінок з акушерською патологією та з обтяженим репродуктивним анамнезом плоди знаходяться в порушеному стані, що потребує розробки лікувальних і профілактичних заходів направлених на корекцію виявлених змін.

Висновки до розділу 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.

Результати власних досліджень розділу 5 викладені у статтях: 2,3,4,7,10,20,25 (стор. 8-11).

РОЗДІЛ 6

СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВАГІТНИХ ЗА НАЯВНОСТІ АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ОБТЯЖЕНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗУ

Наявність проблем в стані репродуктивного здоров'я у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом потребує визначення стану їх психічного здоров'я, що відповідає вимогам ВООЗ до обстеження таких жінок. Для визначення стану психічного здоров'я були використані психологічні методи та тести, які доповнювали за інформативністю один одного. Одним з найважливіших показників, що характеризує психоемоційний стан особи жінки є показник тривожності. Для визначення тривожності в структурі особи жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом були визначені показники ситуативної та особистої тривожності за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна. Використання цього методу психологічного дослідження дозволило з'ясувати причини на які жінка реагує станом тривоги, що, безумовно, впливає на стан її соматичного і безпосередньо репродуктивного здоров'я.

Визначення показників ситуативної та особистої тривожності у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом (табл. 6.1) показало, що вже в першому триместрі вагітності у жінок I та II групи відмічались високі показники рівня ситуативної тривожності, відповідно у 31 (20,7 (16,2-25,2)) % вагітної та у 21 (14,0 (9,7-19,3)) % вагітної. У жінок цих груп значно часто реєструвався в першому триместрі і помірний рівень ситуативної тривожності, відповідно у 52 (34,7 (30,5-38,9)) % вагітних та у 58 (38,7 (32,9-44,4)) % вагітних. Поряд з цим, у жінок III групи помірні та високі показники ситуативної тривожності були не високі, а в більшості вагітних взагалі низькими – 127 (84,7 (75,9-93,4)) %.

Таблиця 6.1 – Показники рівня ситуативної та особистої тривожності у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом, в першому триместрі вагітності,

абс.ч., (%)

Група вагітних	Рівень ситуативної тривожності						Рівень особистої тривожності					
	низький		помірний		високий		низький		помірний		високий	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
I	67	44,7 (39,4-50,0)	52	34,7 (30,5-38,9)	31	20,7 (16,2-25,2)	72	48,0 (40,8-55,2)	51	34,0 (27,8-40,2)	27	18,0 (14,6-24,4)
II	71	47,3 (40,1-54,5)	58	38,7 (32,9-44,4)	21	14,0 (9,7-19,3)	68	45,3 (39,2-51,4)	57	38,0 (30,8-45,2)	25	16,7 (12,2-21,2)
III	127	84,7 (75,9-93,4)	13	8,7 (6,5-10,9)	10	6,7 (4,6-8,8)	130	86,7 (77,6-95,8)	11	7,3 (5,8-8,8)	9	6,0 (4,2-7,8)

Помірні та високі показники ситуативної тривожності у вагітних I групи можуть бути пояснені перенесеними операціями, що спричинило рубця на матці та у жінок II групи, перенесеними ДРТ, оскільки саме рівень ситуативної тривожності характеризує стан жінки з пережитими емоціями. Така ж динаміка спостерігалась у жінок I і II груп щодо рівня особистої тривожності, так помірний рівень особистої тривожності зустрічався відповідно у 51 (34,0 (27,8-40,2)) % вагітних та у 57 (38,0 (30,8-45,2)) % вагітних. Високий рівень особистої тривожності достатньо часто реєструвався у вагітних I групи – 27 (18,0 (14,6-24,4)) % та у вагітних II групи – 25 (16,7 (12,2-21,2)) %. У більшості вагітних III групи реєструвались низькі показники рівня особистої тривожності – 130 (86,7 (77,6-95,8)) %.

Отримані дані щодо рівня особистої тривожності у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом дозволяють стверджувати, що серед обстежених жінок значна кількість може бути віднесена до категорії високотривожних, які мають схильність розцінювати різні життєві ситуації, як загрозу своїй життєдіяльності, що негативно впливає на їх психоемоційний стан.

В другому триместрі вагітності у жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом (табл. 6.2) різких змін в показниках ситуативної та особистої тривожності не спостерігалось, проте слід зазначити, що у жінок III групи намітилась тенденція до збільшення показника помірною та високою рівня як ситуативної так і особистої тривожності, відповідно помірною рівня - у 18 (12,0 (7,9-16,1)) % вагітних та високою рівня – у 12 (8,0 (5,7-10,3)) % вагітних і особистої - у 15 (8,0 (5,7-10,3)) % вагітних та у 10 (6,7 (4,6-8,8)) % вагітних.

В третьому триместрі вагітності у жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом спостерігалось збільшення показників помірною та високою рівнів, як ситуативної так і особистої тривожності в усіх групах обстежених вагітних (табл. 6.3).

Таблиця 6.2 – Показники рівня ситуативної та особистої тривожності у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом, в другому триместрі вагітності,

абс.ч., (%)

Група вагітних	Рівень ситуативної тривожності						Рівень особистої тривожності					
	низький		помірний		високий		низький		помірний		високий	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
I	60	40,0 (33,8-46,2)	58	38,7 (31,5-45,9)	32	21,3 (16,5-26,1)	65	43,3 (37,6-79,0)	59	39,3 (25,9-46,0)	26	17,3 (13,0-21,6)
II	62	41,3 (35,0-47,6)	60	40,0 (33,8-46,2)	28	18,7 (14,9-22,5)	63	42,0 (34,9-49,1)	61	40,7 (33,9-47,4)	26	17,3 (13,0-21,6)
III	120	80,0 (71,5-88,5)	18	12,0 (7,9-16,1)	12	8,0 (5,7-10,3)	125	83,3 (75,4-91,2)	15	8,0 (5,7-10,3)	10	6,7 (4,6-8,8)

Таблиця 6.3 – Показники рівня ситуативної та особистої тривожності у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом, в третьому триместрі вагітності,

абс.ч., (%)

Група вагітних	Рівень ситуативної тривожності						Рівень особистої тривожності					
	низький		помірний		високий		Низький		помірний		Високий	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
I	45	30,0 (25,3-34,7)	71	47,3 (40,1-54,5)	34	22,7 (17,9-27,4)	46	30,7 (24,9-36,5)	69	46,0 (37,4-54,6)	35	23,3 (19,1-27,5)
II	47	31,3 (26,2-36,4)	73	48,7 (39,9-57,4)	30	20,0 (15,3-24,7)	45	30,0 (25,3-34,7)	72	48,0 (39,7-56,3)	33	22,0 (17,3-26,7)
III	102	68,0 (58,3-77,7)	29	19,3 (13,9-24,7)	19	12,7 (8,9-16,5)	110	73,3 (64,7-81,9)	23	15,3 (10,0-20,6)	17	11,3 (7,4-15,2)

Найбільш часто помірний рівень ситуативної та особистої тривожності реєструвався у жінок II групи відповідно у 73 (48,7 (39,9-57,4)) % та у 72 (48,0 (39,7-56,3)) %. Такі зміни в рівнях тривожності у обстежених жінок можуть характеризувати небезпечні тенденції в психоемоційному стані вагітних, які зумовлені зміною самооцінки та самоповажання, як реакцію на значну кількість життєвих ситуацій, що виникають у жінок на передодні пологів. Психоемоційний стан таких вагітних може характеризуватися як депресивний, через сприйняття вагітною життєвих перспектив загрозливими для своєї життєдіяльності.

Враховуючи високі показники рівнів тривожності у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом важливим стало проведення психологічного тестування (табл. 6.4, 6.5, 6.6), за допомогою скороченого багатофакторного опитувальника (опитувальник Міні-мульти). Проведене психологічне тестування дозволило оцінити рівень нервово-емоційної стійкості, ступінь інтеграції особистісних властивостей та рівень адаптації особи обстежених вагітних до соціального оточення. Так, проведенне тестування вагітних з рубцем на матці (табл. 6.4) показало, за шкалою брехні низька оцінка зустрічалась у 42 (28,7 (25,9-30,1)) % вагітних, що можна розцінювати такий показник у вагітних, як відкритість, не приховування своїх труднощів та слабкостей на тлі психопатологічних розладів. Такі вагітні схильні перебільшувати ніж недооцінювати ступінь своїх між особистих конфліктів. Високі значення шкали L зустрічались у 58 (38,7 (36,5-40,9)) % вагітних. Такі вагітні схильні до демонстрації суворого дотримання соціальних норм за для мети представити себе в більш вигідному світлі. Профіль особистості таких вагітних в подальшому був проаналізований з їх відомими клінічними даними. У жінок II групи за шкалою L низька оцінка зустрічалась у 48 (32,0 (29,7-34,3)) % вагітних, а висока оцінка у 62 (41,3 (39,6-43,0)) % вагітних (табл. 6.5). Отримані результати були дещо вище ніж у вагітних I групи. В психологічному профілі вагітних II групи за шкалою L з низькою оцінкою відмічалась схильність критичного ставлення до себе та оточуючих, а

також схильність до скептицизму. Висока оцінка за шкалою L у вагітних II групи була притаманна особам з високим інтелектом і великим життєвим досвідом, що також відповідало прагненню виглядати в доброму сприятливому світлі. Низька оцінка за шкалою L у вагітних III групи зустрічалась рідше – 39 (26,0 (23,7-28,3)) %, психологічна оцінка таких вагітних характеризувалась незадоволеністю і схильністю перебільшувати істотність конфліктів, що робить їх легко вразливими і створює незручність міжособистих стосунків. Висока оцінка за шкалою L у вагітних III групи дозволяла охарактеризувати їх як осіб з обмеженим кругозором, які слідують встановленому стандарту поведінки і дотримуються незначних і немаючих цінностей правил.

Таблиця 6.4 – Результати психологічного тестування, проведеного за допомогою скороченого багатофакторного опитувальника (опитувальник Міні-мульти) для дослідження особистості у вагітних з рубцем на матці,

абс.ч., (%)

Назва оціночної шкали опитувальника	Частота виявлення оцінки за шкалами у вагітних			
	низька оцінка (нижче 40 балів)		висока оцінка (вище 70 балів)	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
L - шкала брехні	42	28,7 (25,9-30,1)	58	38,7 (36,5-40,9)
F – шкала вірогідності	21	14,0 (11,7-16,3)	35	23,3 (21,2-25,4)
K – шкала корекції	15	10,0 (7,6-12,4)	10	6,7 (4,6-8,8)
1 - іпохондрія	17	11,3 (8,8-13,8)	32	21,3 (18,8-23,8)
2 – депресія	18	12,0 (10,9-13,1)	42	28,0 (25,9-30,1)
3 – істерія	11	7,3 (6,1-8,5)	21	14,0 (11,7-16,3)
4 – психопатія	7	4,7 (2,3-7,1)	19	12,7 (10,2-15,2)
6 – паранойяльність	5	3,3 (1,2-5,4)	7	4,7 (2,3-7,1)
7 - психастенія	7	4,7 (2,3-7,1)	8	5,3 (4,1-6,5)
8 – шизоїдність	6	4,0 (1,6-6,4)	5	3,3 (1,2-5,4)
9 - гіпотонія	41	27,3 (25,4-29,2)	37	24,7 (21,9-27,4)

Низька оцінка за шкалою F – шкала вірогідності у вагітних I групи (табл. 6.4) зустрічалась у 14,0 (11,7-16,3) % вагітних, у вагітних II групи – у 27 (18,0 (16,9-19,1)) % (табл. 6.5), та у вагітних III групи – у 28 (18,7 (16,9-20,5)) % (табл. 6.6), що вказує на достовірність психологічного тестування. Поряд з цим найвищі показники високої оцінки за шкалою F реєструвалися у вагітних II групи – 41 (27,3 (25,0-29,6)) %. Такі показники у вагітних II групи дозволяли характеризувати психологічний стан особистості, як некомформний з своєрідним сприйняттям і логікою до якого відносились вагітні з 8 базисною шкалою опитувальника і які мали психопатоподібну поведінку з вираженою тривожністю і потребою в допомозі з боку оточуючих з вираженими труднощами в міжособистісних контактах. Така характеристика особистості жінок з високою оцінкою була притаманна і для жінок I та III груп вагітних.

Визначення характеристики особистості вагітних за шкалою K показало, що низька оцінка реєструвалася у 15 (10,0 (7,6-12,4)) % вагітних I групи (табл. 6.4), у 18 (12,0 (10,9-13,1)) % вагітних II групи (табл. 6.5) та у 16 (10,7 (8,4-13,0)) % вагітних III групи (табл. 6.6). Такі показники у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом розглядається, як прогностично сприятлива ознака. Особистість таких вагітних характеризується розсудливістю, доброзичливістю та товариськими відносинами, що мають позитивний досвід міжособистісних контактів. Такі вагітні мають вміння знаходити правильну лінію поведінки. Висока оцінка за шкалою K зустрічалася у 10 (6,7 (4,6-8,8)) % вагітних I групи (табл. 6.4), у 15 (10,0 (7,6-12,4)) % вагітних II групи (табл. 6.5) та у 12 (8,0 (6,9-9,1)) % вагітних III групи (табл. 6.6). Такі показники за шкалою K вказують, що вагітна визначає свою поведінку залежно від соціального схвалення, має схильність заперечувати будь-які труднощі в міжособистісних відносинах та прагне дотримуватись прийнятих норм поведінки щоб утриматись від критики оточуючих. За клінічними психологічними ознаками такі вагітні часто

виражають занепокоєння, невпевненість в собі і мають бажання домогтися доброзичливого до себе ставлення.

Таблиця 6.5 – Результати психологічного тестування, проведеного за допомогою скороченого багатофакторного опитувальника (опитувальник Міні-мульти) для дослідження особистості у вагітних після застосування допоміжні репродуктивні технології,

абс.ч., (%)

Назва оціночної шкали опитувальника	Частота виявлення оцінки за шкалами у вагітних			
	низька оцінка (нижче 40 балів)		висока оцінка (вище 70 балів)	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
L - шкала брехні	48	32,0 (29,7-34,3)	62	41,3 (39,6-43,0)
F – шкала вірогідності	27	18,0 (16,9-19,1)	41	27,3 (25,0-29,6)
K – шкала корекції	18	12,0 (10,9-13,1)	15	10,0 (7,6-12,4)
1 - іпохондрія	21	14,0 (11,7-16,3)	35	23,3 (21,2-25,4)
2 – депресія	17	11,3 (8,8-13,8)	45	30,0 (27,8-32,2)
3 – істерія	13	8,7 (6,5-10,9)	24	16,0 (14,2-17,8)
4 – психопатія	6	4,0 (1,6-6,4)	21	14,0 (11,7-16,3)
6 – паранойяльність	4	2,7 (1,6-3,8)	5	3,3 (1,2-5,4)
7 - психастенія	8	5,3 (4,1-6,5)	10	6,7 (4,6-8,8)
8 – шизоїдність	5	3,3 (1,2-5,4)	3	2,0 (0,9-3,1)
9 - гіпотонія	43	28,7 (26,9-30,5)	41	27,3 (25,0-29,6)

Аналіз психологічного тестування за базисними шкалами (1-9) показав, що за 1 шкалою (іпохондрія) низька оцінка виявлялася у 17 (11,3 (8,8-13,8)) % вагітних (табл. 6.4), у 21 (14,0 (11,7-16,3)) % вагітної II групи (табл. 6.5) та 21 (14,0 (11,7-16,3)) % вагітної III групи (табл. 6.6). Для особистості вагітних з низькою оцінкою за цією шкалою була характерна більш адаптивна форма поведінки, відсутністю стурбованістю станом свого здоров'я та більш успішне вирішення життєвих проблем і труднощів. Звертає на себе увагу достатньо часто висока оцінка за 1 шкалою в I і II групі вагітних, відповідно: 32 (21,3 (18,8-23,8)) % і 35 (23,3 (21,2-25,4)) %. У жінок III групи частота виявлення високої оцінки за 1 шкалою була дещо нижчою –

18 (12,0 (0,9-13,1)) %. Досліджувана особистість вагітних з такою високою оцінкою за шкалою іпохондрія була близькою до антено-невротичного типу. Клінічні прояви психологічного портрету таких вагітних характеризувалися повільністю, пасивністю, поганою зміною обстановки, прийняттям всього на віру, виказами покірності до оточуючих і середовища, але легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах. Вагітні з високою оцінкою за 1 шкалою проявляють значну тривогу щодо стану свого фізичного здоров'я, загального самопочуття, працездатності, мають порушення соматичних функцій і часті больові відчуття.

Таблиця 6.6 – Результати психологічного тестування, проведеного за допомогою скороченого багатофакторного опитувальника (опитувальник Міні-мульти) для дослідження особистості у вагітних з аномаліями пологової діяльності,

абс.ч., (%)

Назва оціночної шкали опитувальника	Частота виявлення оцінки за шкалами у вагітних			
	низька оцінка (нижче 40 балів)		висока оцінка (вище 70 балів)	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
L - шкала брехні	39	26,0 (23,7-28,3)	45	30,0 (27,8-32,2)
F – шкала вірогідності	28	18,7 (16,9-20,5)	39	26,0 (23,7-28,3)
K – шкала корекції	16	10,7 (8,4-13,0)	12	8,0 (6,9-9,1)
1 - іпохондрія	21	14,0 (11,7-16,3)	18	12,0 (0,9-13,1)
2 – депресія	10	6,7 (4,6-8,8)	21	14,0 (11,7-16,3)
3 – істерія	7	4,7 (2,3-7,1)	15	10,0 (7,6-12,4)
4 – психопатія	8	5,3 (4,1-6,5)	15	10,0 (7,6-12,4)
6 – паранойяльність	3	2,0 (0,9-3,1)	6	4,0 (1,6-6,4)
7 - психастенія	10	6,7 (4,6-8,8)	14	9,3 (7,2-11,4)
8 – шизоїдність	5	3,3 (1,2-5,4)	7	4,7 (2,3-7,1)
9 - гіпотонія	42	28,0 (25,9-30,1)	35	23,3 (21,2-25,4)

Частота виявлення низької оцінки за 2 шкалою (депресія) у вагітних I групи становила 18 (12,0 (10,9-13,1)) % (табл. 6.4), у вагітних II групи - 17 (11,3 (8,8-13,8)) % (табл. 6.5) та у вагітних III групи – 10 (6,7 (4,6-8,8)) %. Особистість обстежених вагітних з низькою оцінкою за 2 шкалою

характеризувалась низьким рівнем тривоги, значною активністю, відчуттям своєї значущості, сили, бадьорості та енергії. Протилежна висока оцінка за 2 шкалою була притаманна значній кількості вагітних I та II груп відповідно: 42 (28,0 (25,9-30,1)) % та 45 (30,0 (27,8-32,2)) %, дещо менший цей показник був у жінок III групи – 21 (14,0 (11,7-16,3)) %. До вагітних з високою оцінкою за 2 базисною шкалою відносились сенситивні особи схильні до тривог, боязкі і сором'язливі. Особистість таких вагітних характеризувалась сумлінністю, старанням і високоморальним виконанням своїх обов'язків, але невпевненістю в собі, нездатністю прийняття самостійних рішень, частим впаданням у відчай, вони відзначались більшими проявами тривоги ніж депресії. За клінічними ознаками у вагітних з високою оцінкою за 2 шкалою спостерігались відчуття внутрішньої напруженості, тривожне очікування загрози від будь-якого явища, неприємний емоційний настрій, часті страхи щодо невідворотності катастрофи. Такі вагітні сприймаються оточуючими, як песимісти замкнуті, мовчазні, сором'язливі і надмірно серйозні. На ситуацію дезадаптації реагують проявами астенії, інертністю та пасивністю.

Низька оцінка за 3 базисною шкалою (істерія) зустрічалась у невеликій кількості обстежених вагітних (табл. 6.4, 6.5, 6.6). Особистість таких вагітних характеризувалась інтроверсією, скептицизмом та прагненням звернути на себе увагу. Висока оцінка за 3 шкалою зустрічалась частіше, найвищі показники були у жінок I та II групи, відповідно: у 21 (14,0 (11,7-16,3)) % вагітної та у 24 (16,0 (14,2-17,8)) % вагітних. Особистість вагітних з високою оцінкою за 3 шкалою характеризувалась схильністю до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Ігнорування негативних сигналів з зовні дозволяє зберігати високу самооцінку, що часто переходить до самолюбівання. Така особистість прагне бути в центрі уваги, шукає визнання і підтримки, живе за методом «проб і помилок». У таких вагітних можуть виявлятися конверсійна симптоматика або зміни вегетативної регуляції.

Достатньо рідко у обстежених вагітних зустрічалась низька оцінка за наступними шкалами: 4 шкала (психопатія), 6 - (паранойяльність), 7 -

(психастенія), 8 – (шизоїдність). Частота виявлення низької оцінки складала від 3 % до 7 % вагітних (табл. 6.4, 6.5, 6.6). При виявленні низьких значень оцінки за 4 шкалою особистість вагітних характеризувалась конвенціональністю, високим рівнем ідентифікації за своїм соціальним статусом та тенденції до збереження інтересів. При виявленні низьких значень оцінки за 6 шкалою особистість вагітних характеризувалась недовірливістю, обережністю, швидкою зміною своєї точки зору та боязливістю неприємних наслідків своїх дій. В разі виявлення низької оцінки за 7 шкалою вагітні характеризувались низьким рівнем тривожності, рішучістю, впевненістю щодо прийняття рішень. При низьких оцінках за 8 шкалою у вагітних всіх обстежених груп виявлялась відсутність шизоїдних рис характеру. Високі оцінки у обстежених вагітних виявлялися при тестуванні за 4 шкалою у вагітних II і I груп відповідно: у 21 (14,0 (11,7-16,3)) % вагітної і у 19 (12,7 (10,2-15,2)) % вагітних. При цьому, для особистості обстежених вагітних з високою оцінкою а 4 шкалою була характерна психоподібна поведінка та зневага до встановлених правил, частими конфліктами з оточуючими. Такі вагітні проявляють егоцентризм, імпульсивність та емоційну незрілість, часто стають похмурими, напруженими та депресивними. Дещо вищими були показники виявлення високої оцінки при тестуванні за 7 шкалою (психастенія). Найвища частота цієї оцінки була у вагітних III групи – у 14 (9,3 (7,2-11,4)) %. Особистість таких вагітних характеризувалась схильністю до виникнення тривожних реакцій, напруженістю, труднощами соціального пристосування, сором'язливістю та боязкістю. Рідко виявлялися високі оцінки за 6 та 8 шкалами у обстежених вагітних – від 2 % до 5 % вагітних, їх особистості характеризувались в разі тестування за 6 шкалою регідністю, підозрілістю, образливістю, схильністю до звинувачення інших, зокрема обґрунтувати свою недовіру до медицини. В разі тестування за 8 шкалою особистість вагітних характеризувалася виникненням стійких і тривалих негативних емоцій, емоційною холодністю та відходом від реалій у свій внутрішній світ.

Проведе психологічне тестування за опитувальником СБОО показало достатньо високу частоту виявлення, як низької оцінки так і високої оцінки за 9 шкалою – гіпотонія (табл. 6.4, 6.5, 6.6). Частота виявлення низької оцінки за 9 шкалою була близькою в усіх обстежених груп вагітних і складала в I групі - 41 (27,3 (25,4-29,2)) % вагітної, в II групі – 43 (28,7 (26,9-30,5)) % вагітних та у III групі – 42 (28,0 (25,9-30,1)) % вагітних. Особистості вагітних з такою оцінкою характеризувались зниженням активності і контактів з людьми. Висока оцінка за 9 шкалою частіше зустрічалась у вагітних II групи – 41 (27,3 (25,0-29,6)) %. Для особистості вагітних з високою оцінкою за 9 шкалою була характерна дезадаптація поведінки, погано спрямована активність, емоційне збудження, дратівливість. Такі жінки до настання вагітності мали напади депресії.

Зважаючи на прояви тривоги та депресії у обстежених вагітних було проведене додаткове з'ясування частоти таких станів та їх особливості за допомогою тестування з використанням шкали депресії Бека (табл. 6.7). Отримані результати показали, що у більшості вагітних депресія була відсутня: в I групі у 120 (80,0 (72,5-87,5)) %, в II групі у 119 (79,3 (72,6-86,0)) % та в III групі у 135 (90,0 (81,9-98,1)) % вагітних. Помірна депресія виявлялася у вагітних I і II груп, відповідно: 28 (18,7 (14,4-23,0)) % і 27 (18,0 (14,5-21,5)) %, при цьому вагітним рекомендували звернутися до психолога для проведення психотерапії. Депресія середнього рівня спостерігалася у 6 обстежених вагітних, зокрема у 3 після застосування ДРТ і пов'язане було з декількома невдалими спробами застосування ДРТ.

Такі вагітні також скеровувались на консультацію до психолога для отримання психотерапевтичного лікування. Одна з протестованих за шкалою Бека вагітна після застосування ДРТ (з використанням донорської яйцеклітини та донорської сперми) мала тяжку депресію і потребувала консультації психіатра та відповідного лікування.

Таблиця 6.7 – Результати тестування вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом за шкалою депресії Бека,

абс.ч., (%)

Група вагітних	Частота виявлення депресії за її рівнем у вагітних							
	відсутність депресії (0-11 балів)		помірна депресія (12-19 балів)		середня депресії (20-25 балів)		тяжка депресія (26-63 балів)	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
I	120	80,0 (72,5-87,5)	28	18,7 (14,4-23,0)	2	1,3 (1,2-1,4)	-	-
II	119	79,3 (72,6-86,0)	27	18,0 (14,5-21,5)	3	2,0 (1,9-2,1)	1	0,7 (0,6-0,8)
III	135	90,0 (81,9-98,1)	14	9,3 (6,8-11,8)	1	0,7 (0,6-0,8)	-	-

Висновки до 6 розділу

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 %).

Результати власних досліджень розділу 6 викладені у статтях: 2,4,7,8,11,27 (стор. 8-11).

РОЗДІЛ 7

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОМЕТРІУ В ДІЛЯНЦІ РУБЦЯ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ТА ПЛАЦЕНТИ У ЖІНОК ЗА НАЯВНОСТІ АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ОБТЯЖЕНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗУ

Результати аналізу перебігу вагітності, пологів, стану плода та новонароджених у жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом виявили високу частоту ускладнень та станів, які призводили до розродження жінок шляхом операції КС. Зважаючи на наявність післяопераційного рубця у обстежених вагітних після попередніх хірургічних втручань на матці важливим стало з'ясування морфо-функціонального стану післяопераційного рубця у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом. 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.

Зовнішній огляд рубця на передній черевній стінці у вагітних I групи показав, що в попередніх хірургічних втручаннях, які зумовили наявність післяопераційного рубця на передній черевній стінці та на матці були проведені розрізом за Пфаненштілем. 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 (фото 7.1), який зустрічався у 12 вагітних – (8,0 (6,8 -9,2)) %, рубець з ділянками деформації (фото 7.2), які свідчили про за живлення ділянок рубця шляхом вторинного натягіння (вразі можливих інфекційних післяопераційних ускладнень) у 23 вагітних – (15,3 (11,4-19,2)) % та рубець з гіпертрофічними змінами та

ділянками заживлення шляхом вторинного натяжіння (фото 7.3), у 8 вагітних – (5,0 (2,3-8,3)) %. У вагітних з першим видом післяопераційного рубця на передній черевній стінці давність оперативного втручання до двох років була у 3 вагітних – (2 (1,9-2,1)) %, давність оперативного втручання до 3 років була у 5 вагітних – (3,3 (3,0-3,3)) % та більше 3 років у 4 вагітних – (2,7 (2,4-3,0)) %. У вагітних з другим видом стану післяопераційного рубця на передній черевній стінці давність оперативного втручання до року була у 7 вагітних – (4,7 (3,7-5,8)) %, до 3 років - у 15 вагітних – (10,0 (7,9-12,1)) % а більше 3 років була у 1 вагітної – (0,7 (0,6-0,8)) %. У вагітних з третім видом стану післяопераційного рубця на передній черевній стінці давність оперативного втручання до року була у 2 вагітних – 1,3 ((1,2-1,4)) %, до 3 років - у 4 вагітних – (2,7 (2,4-3,0)) %, а більше 3 років була у 2 вагітної – (1,3 (1,2-1,4)) %.



Фото 7.1 - Післяопераційний рубець на передній черевній стінці вагітної з вираженими гіпертрофічними змінами (рубець колоїдного типу).



Фото 7.2 - Післяопераційний рубець на передній черевній стінці вагітної з ділянками деформації, які свідчили про за живлення ділянок рубця шляхом вторинного натяжіння.



Фото 7.3 - Післяопераційний рубець на передній черевній стінці вагітної з гіпертрофічними змінами та ділянками заживлення шляхом вторинного натяжіння.

Такі види післяопераційних рубців на передній черевній стінці були притаманні вагітним у яких в подальшому діагностувався неспроможний післяопераційний рубець на матці. Слід зазначити, що у жінок, які перенесли в анамнезі гінекологічні оперативні втручання 8 – (5 (2,3-8,3)) %, зміни в стані післяопераційного рубця на передній черевній стінці та неспроможний післяопераційний РМ не виявлялись. Неспроможний післяопераційний РМ був діагностований у 39 вагітних І групи, через що всі вони були родорозрішені шляхом КС, при цьому, у 9 (6,2 (4,3-8,6)) % з них операція КС проводилась в ургентному порядку, в зв'язку з загрозою розрива матки. Давність попереднього КС у вагітних з діагностованим неспроможним післяопераційним рубцем у 9 (6,2 (4,3-8,6)) % вагітних з діагностованою загрозою розрива рубця в пологах складала у 5 вагітних (3,3 (2,3-8,3)) % до двох років та у 4 вагітних до 3 років. У решті 30 (19,9 (15,7-24,4)) % вагітних з діагностованим

неспроможним післяопераційним РМ давність попереднього КС до двох років була у 17 вагітних (11,3 (9,0-13,6)) % до 3 років - у 10 вагітних (6,7 (5,5-7,9)) % та більше 3 років – у 3 вагітних (2 (1,9-2,1)) %.

При пальпаторному обстеженні в ділянці після було виявлення симптомів болючості, що клінічно було розцінено, як незадовільний стан після операційного рубця. При цьому, локальна болючість при пальпації у вагітних з діагностованим неспроможним післяопераційним РМ виявлялась у 27 вагітних (18 (14,5-21,5)) %, болючість при пальпації по всій проекції рубця спостерігалась у 12 вагітних – (8 (5,6-10,4)) %. Серед вагітних І групи з діагностованим неспроможним післяопераційним РМ скарги на больові відчуття в ділянці післяопераційного рубця мали 14 вагітних – (9,3 (6,0-12,6)) %. Всім вагітним І групи з діагностованим неспроможним післяопераційним РМ в динаміці вагітності проводилось пильне ультразвукове та доплерометричне спостереження за станом післяопераційного рубця. При цьому, у вагітних І групи з діагностованим неспроможним післяопераційним РМ виявлялись такі ультразвукові зміни: витончення стінки РМ, гіперехогенність по всій проекції РМ, нерівномірність нижнього сегменту матки в ділянці післяопераційного рубця, дефекти РМ, нерівність контуру нижнього сегмента матки та витончення та дефекти РМ (фото 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9).



Фото 7.4 – Стан післяопераційного рубця у вагітних з рубцем на матці (витончення стінки рубця на матці) за даними ультразвукового дослідження

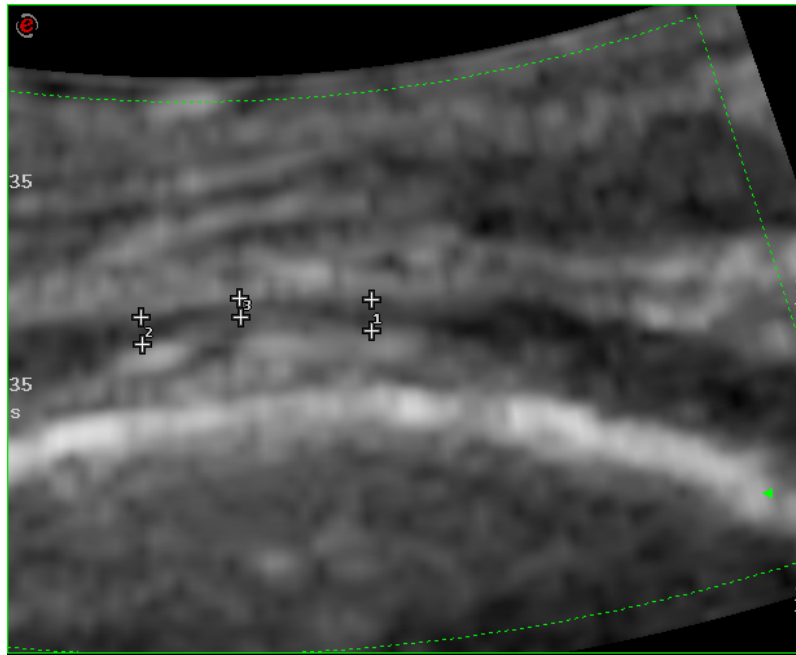


Фото 7.5 - Стан післяопераційного рубця у вагітних з рубцем на матці (гіперехогенність по всій проекції рубця на матці) за даними ультразвукового дослідження

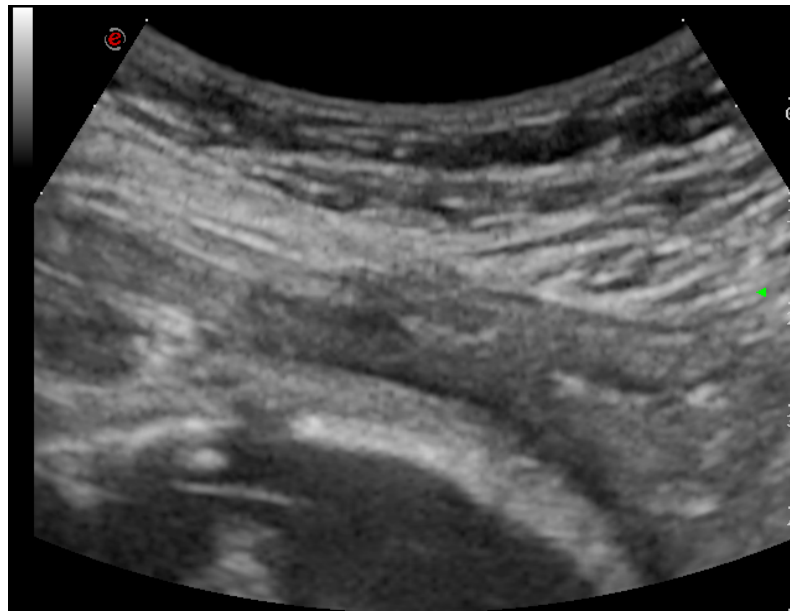


Фото 7.6 – Стан післяопераційного рубця у вагітних з рубцем на матці (нерівномірність нижнього сегменту матки в ділянці післяопераційного рубця) за даними ультразвукового дослідження.

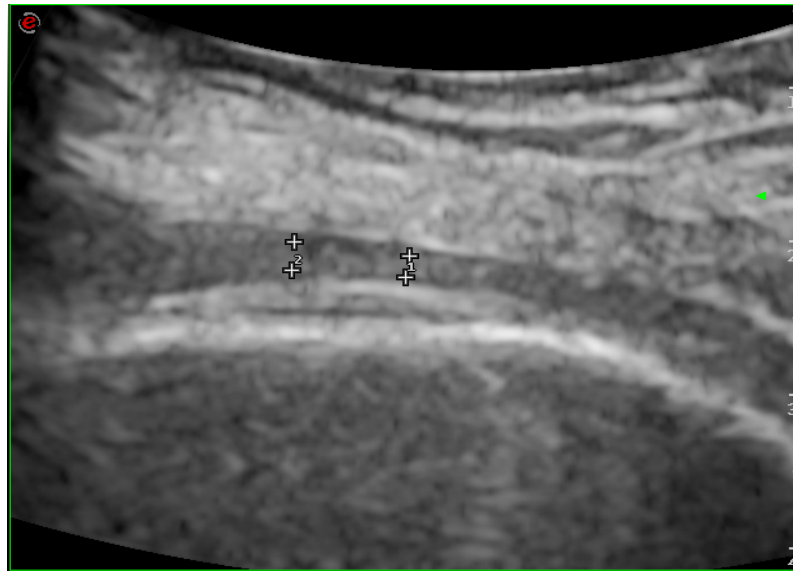


Фото 7.7 – Стан післяопераційного рубця у вагітних з рубцем на матці (дефекти рубця на матці) за даними ультразвукового дослідження.

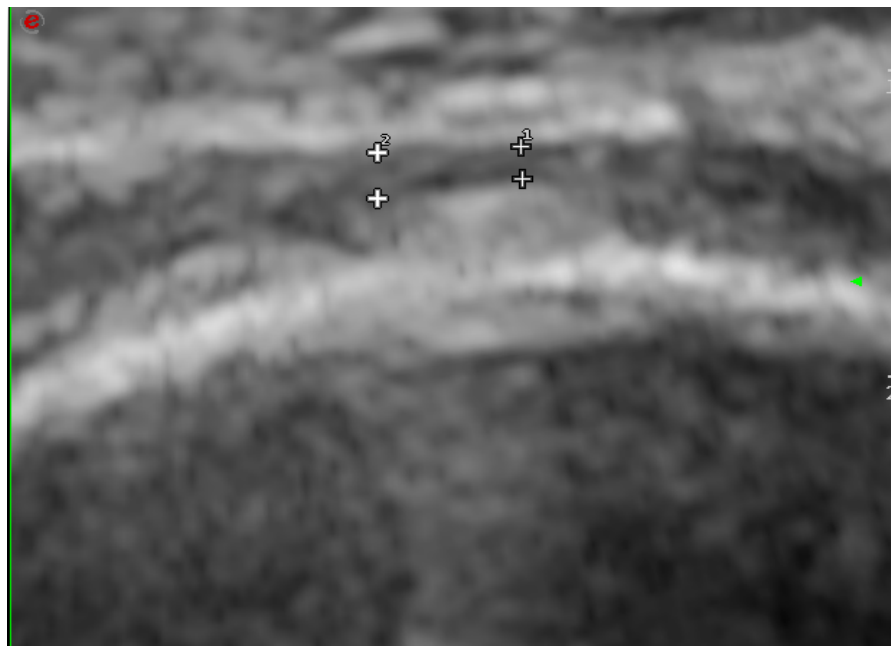


Фото 7.8 – Стан післяопераційного рубця у вагітних з рубцем на матці (нерівність контуру та витончення нижнього сегмента матки) за даними ультразвукового дослідження.

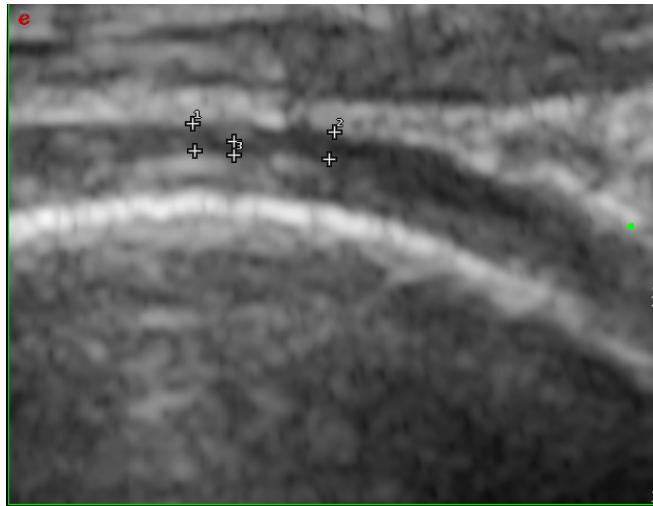


Фото 7.9 – Стан післяопераційного рубця у вагітних з рубцем на матці. (витончення та дефекти рубця на матці) за даними ультразвукового дослідження.

Серед ультразвукових ознак, що можуть бути ранніми діагностичними критеріями виявлення неспроможності післяопераційного РМ є витончення стінки РМ (фото 7.4) у 12 вагітних – (8 (6,8-9,2)) %, гіперехогенність по всій проекції РМ (фото 7.5), яка зустрічалась у 28 вагітних I групи – (18,7 (13,0-24,4)) %, нерівномірність нижнього сегменту матки в ділянці післяопераційного рубця (фото 7.6) у 19 вагітних (12,7 (9,5-15,9)) %, дефекти РМ (фото 7.7) зустрічались у 14 вагітних (9,3 (7,8-10,8)) %, нерівність контуру та витончення нижнього сегмента матки (фото 7.8) у 26 вагітних (17,3 (13,9-20,7)) %, а також витончення та дефекти РМ (фото 7.9) – 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 І 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 РМ.

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 рубцевозміненого 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 (рис. 7.1). В полях зору зі слабо вираженим фіброзним компонентом м'язові волокна мають чітку орієнтацію з повнокровними судинами мікроциркуляторного русла (рис. 7.2). Судинний компонент міометрію представлений сформованими товстостінними судинами з помірним кровонаповненням, які розташовуються серед організованої фіброзної тканини з чіткою візуалізацією волокнистої структури (рис. 7.3).

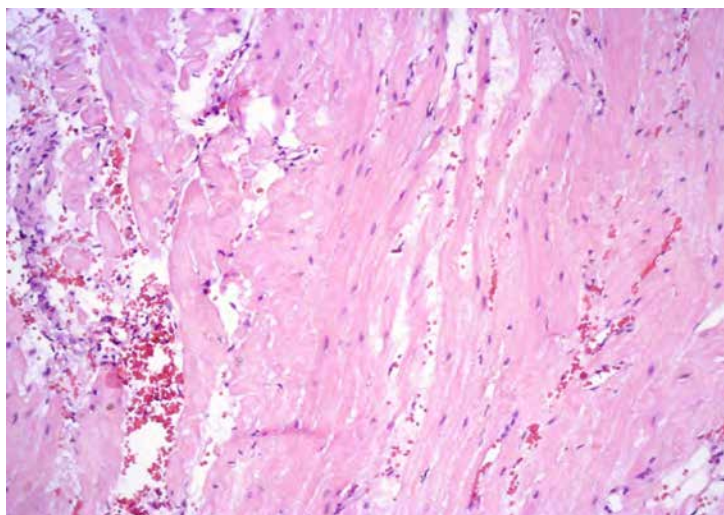


Рисунок 7.1 - Фрагмент тканини рубцезміненого міометрію у вагітної з рубцем на матці. Відмічаються упорядковані пучки м'язових волокон серед яких в незначному об'ємі пролягають пучки фіброзної тканини. Забарвлення Гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

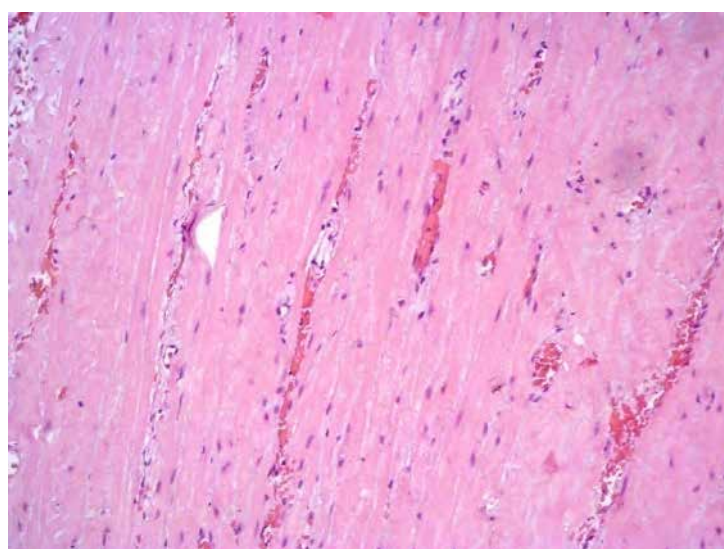


Рисунок 7.2 - Фрагмент рубця міометрію з повнокровними судинами переважно дрібного калібру, тонькими прошарками пухкої фіброзної тканини між м'язовими волокнами у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення Гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

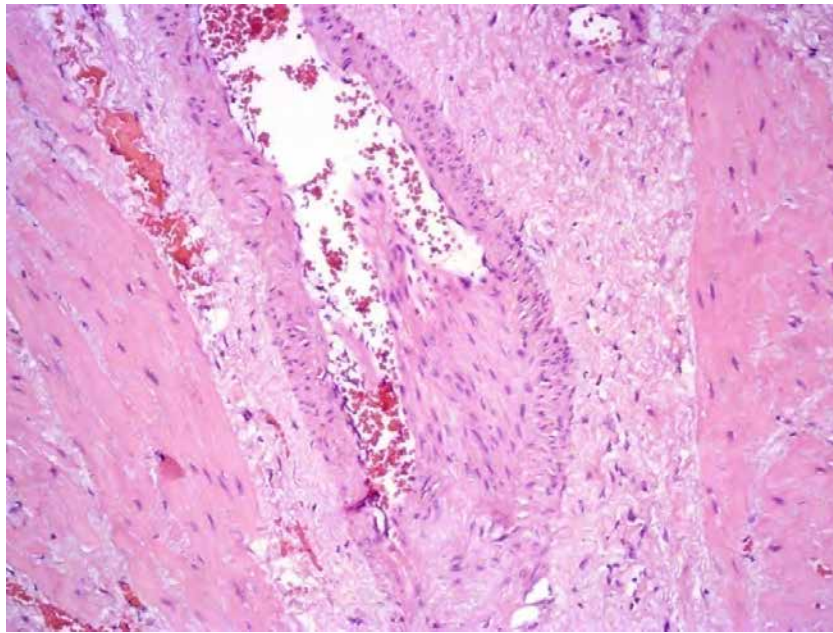


Рисунок 7.3 - Тканина рубця міометрію з товстостінною судиною, яка залягає в компактній фіброзній тканини у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення Гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

Для візуалізації фіброзної тканини, оцінки ступеня зрілості її нами використано методику за Ван-Гізоном, що забарвлює волокна сполучної тканини різного ступеня зрілості в червоний колір (різного ступеня інтенсивності), гладком'язові волокна набувають жовтого та/або жовто-цегляного кольору. В ділянках рубцевої тканини з переважанням судин мікроциркуляторного типу, фіброзна тканина представлена «ніжними» пучками волокон червоного кольору, яка помірно звивалась серед м'язової тканини (рис. 7.4). В ділянках міометрію з судинами більшого калібру сполучно-тканинний компонент представлений паравазальними групами компактних волокон зрілої сполучної тканини (фіброзної), які радіально проростають в підлеглі ділянки тканини міометрію (рис. 7.5).

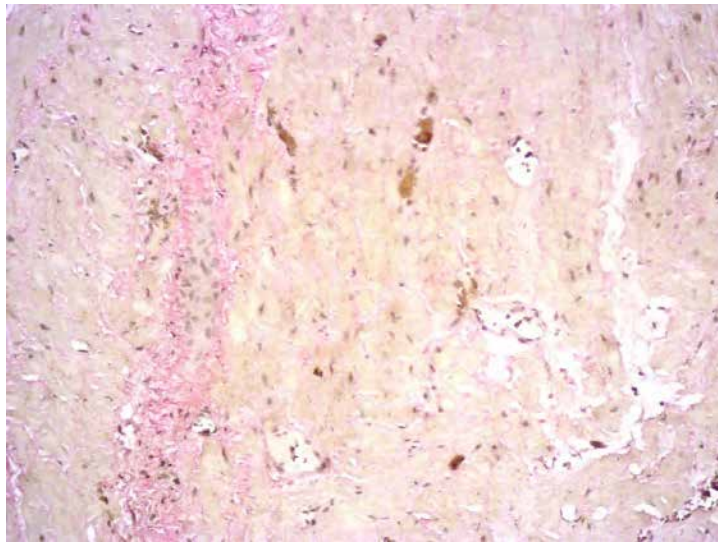


Рисунок 7.4 - Фрагмент рубця міометрію з групами волокон фіброзної тканини, що в незначній кількості розповсюджуються в м'язовій тканині у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення за Ван-Гізоном. Збільшення x100.

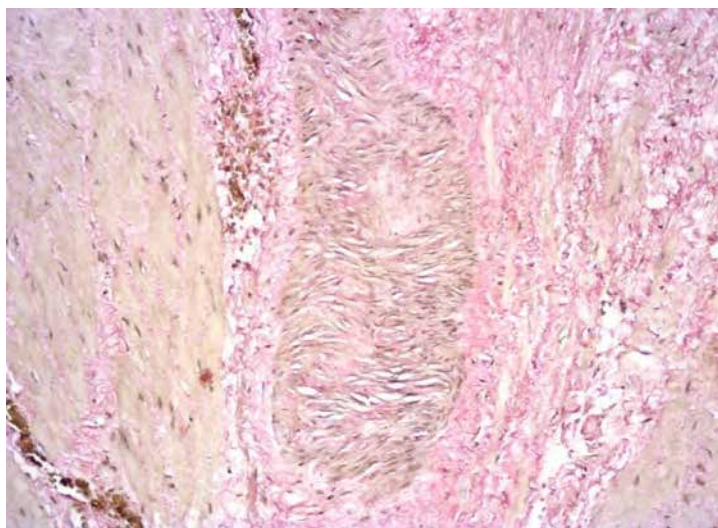


Рисунок 7.5 - Фрагмент рубця міометрію з товстостінною судиною, від якої радіально розростається компактна фіброзна тканина у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення за Ван-Гізоном. Збільшення x100.

Окрім того, для візуалізації та встановлення співвідношення колагенових волокон, фіброзної, м'язової тканини використана методика забарвлення за Масоном (забарвлення колагенових волокон, фіброзної тканини в синій колір). В ділянках з незначним судинним компонентом колагенові волокна в помірній кількості розташовуються між м'язовими волокнами (рис. 7.6), в ділянках з

вираженим переважанням судин мікроциркуляторного типу кількість колагенових волокон зростала (рис. 7.7).

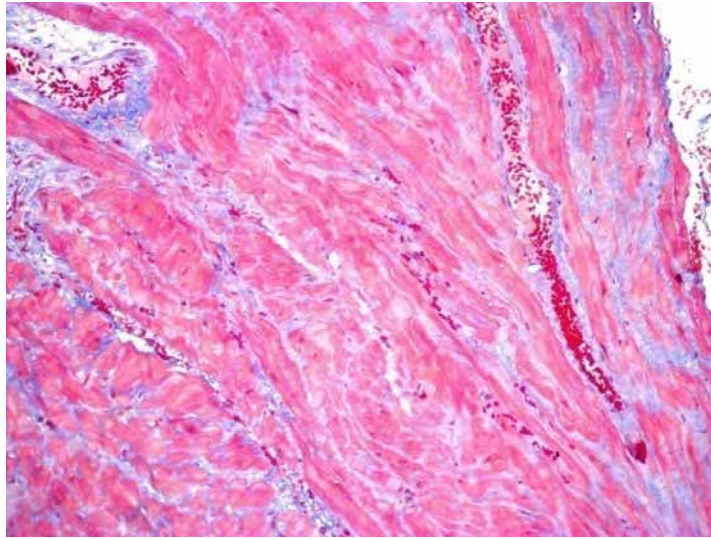


Рисунок 7.6 - Фрагмент рубця міометрію, колагенові волокна (синій колір) розташовуються навколо судин та між пучками м'язової тканини у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення за Массоном. Збільшення x100.

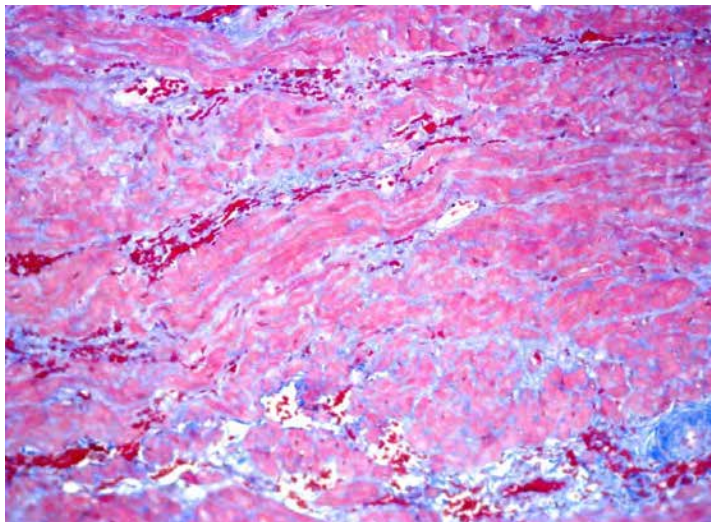


Рисунок 7.7 - Фрагмент рубця міометрію з вираженим колагеновим компонентом навколо судин дрібного та середнього калібру, великі ділянки розростання фіброзної тканини у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення за Массоном. Збільшення x100.

Для оцінки стану та ступеня васкуляризації, оцінки стану гладком'язового компоненту нами застосовано ІГХД з використанням моноклональних антитіл (МАТ) до CD31 та α -SMA.

При ІГХД з CD31 виявлялася виражена позитивна реакція/експресія з інтенсивністю забарвлення до +++ в клітинах ендотелію судин мікроциркуляторного русла, що утворювали безперервні ланцюжки (рис. 7.8), та позитивна реакція до +++ в ендотеліальних клітинах судинах більшого калібру (рис. 7.9).

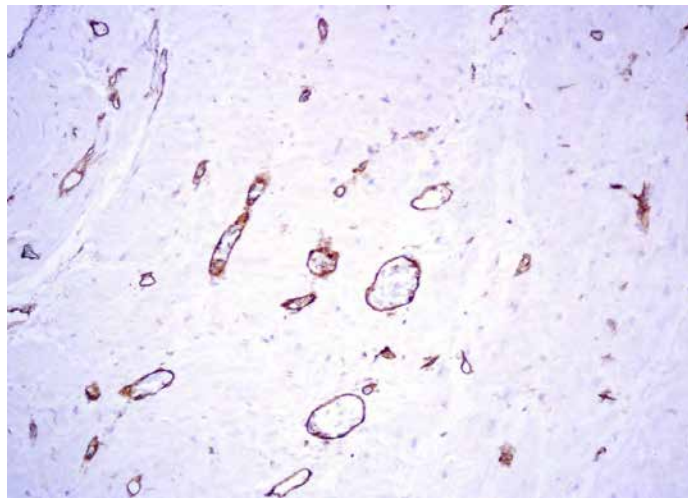


Рисунок 7.8 - Ділянка рубця міометрію з позитивним забарвленням клітин ендотелію судин мікроциркуляторного русла у вагітної з рубцем на матці. ІГХДз МАТ до CD31.Збільшення x100.

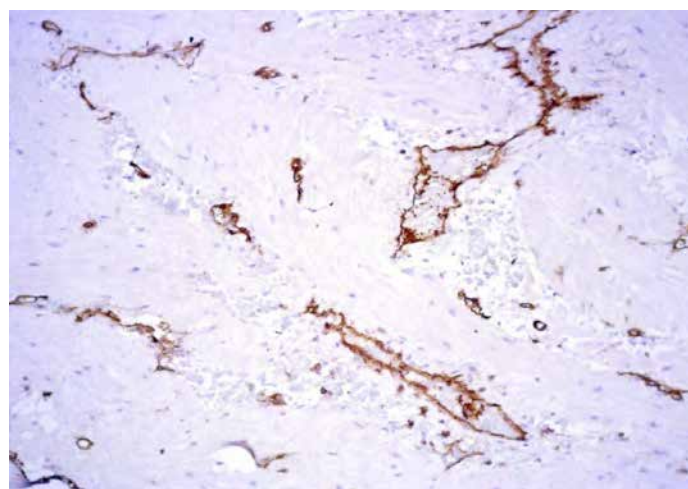


Рисунок 7.9 - Тканина рубця міометрію з різко позитивною експресією клітин ендотелію судин середнього калібру у вагітної з рубцем на матці. ІГХД з МАТ до CD31.Збільшення x100.

При проведенні ІГХД з МАТ до α -SMA встановлено виражену рівномірну позитивну реакцію в гладком'язових волокнах з інтенсивністю забарвлення від ++ до +++, як в ділянках тканини з незначним фіброзним компонентом (рис. 7.10), так і в зонах з більшим розповсюдженням сполучної тканини (рис. 7.11).

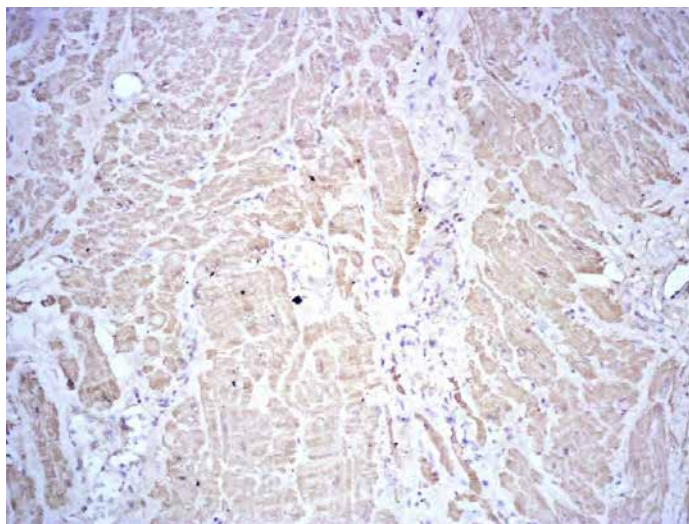


Рисунок 7.10 - Позитивна рівномірна експресія в м'язових волокнах тканини рубця матки в зоні з незначними фіброзними змінами у вагітної з рубцем на матці. ІГХД з МАТ до α -SMA. Збільшення x100.

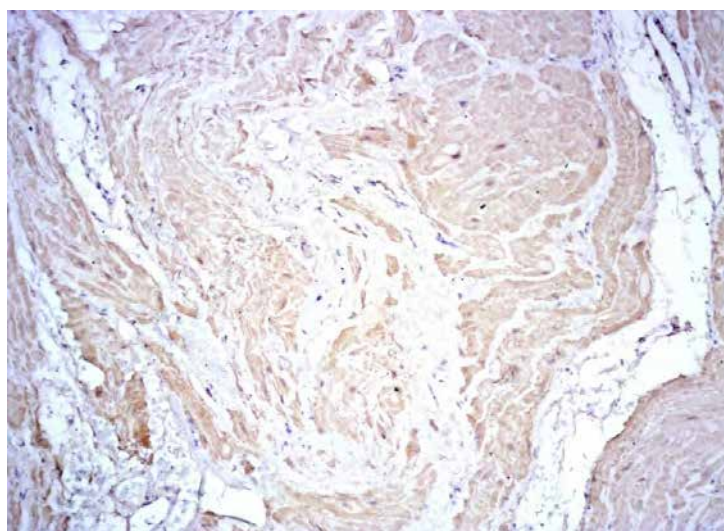


Рисунок 7.11 - Позитивна експресія різного ступеня інтенсивності в гладком'язових волокнах тканини рубця матки в зоні з помірними фіброзними змінами у вагітної з рубцем на матці. ІГХД з МАТ до α -SMA. Збільшення x100.

Дослідження стану рубця міометрію були проведені в разі діагностики у вагітних I групи неспроможності після операційного РМ при попередніх оперативних втручаннях та в разі коли вагітні I групи були прооперовані через загрозу розриву матки. При патоморфологічному дослідженні тканини рубця міометрію даної групи вагітних визначаються, як зміни самої тканини міометрію, так й відносне збільшення фіброзного компоненту. М'язова тканина без чіткої візуалізації волокон, ознаки з вираженою дезорганізацією тканин, зустрічаються волокна з втратою ядер, дегенеративними змінами в клітинах. В частині пучків м'язів прояви виражених дегенеративних змін, що проявляються різною інтенсивністю забарвлення, різним розміром та формою окремих м'язових волокон (рис. 7.12). На окремих ділянках спостерігались осередки гомогенізації (рис. 7.13). Серед м'язової тканини наявні пучки фіброзної тканини, що дифузної її проростають в неї. Навколо судинного компоненту присутній периваскулярний набряк, що створює ефект оптичних пустот. Судини великого розміру з дегенеративними змінами в стінці та в ендотелії (рис. 7.14).

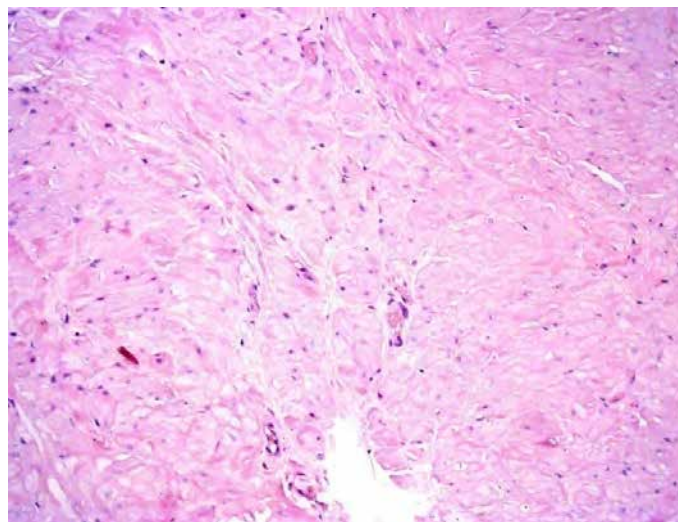


Рисунок 7.12 - Тканина рубця міометрію з різними за розмірами та формою м'язовими волокнами, різною інтенсивністю забарвлення клітин значні прошарки сполучної тканини у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. Забарвлення гематоксилином та еозином. Збільшення x100.

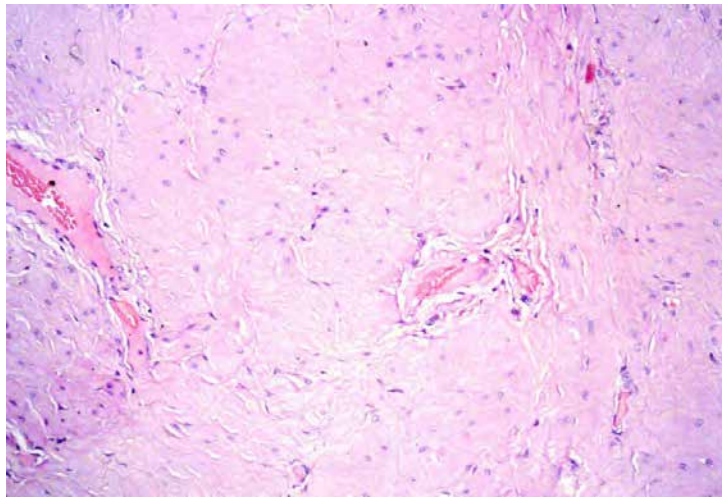


Рисунок 7.13 - Фрагменти тканини рубця міометрію з ділянками гомогенних волокон, набряк та повнокров'я судин у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

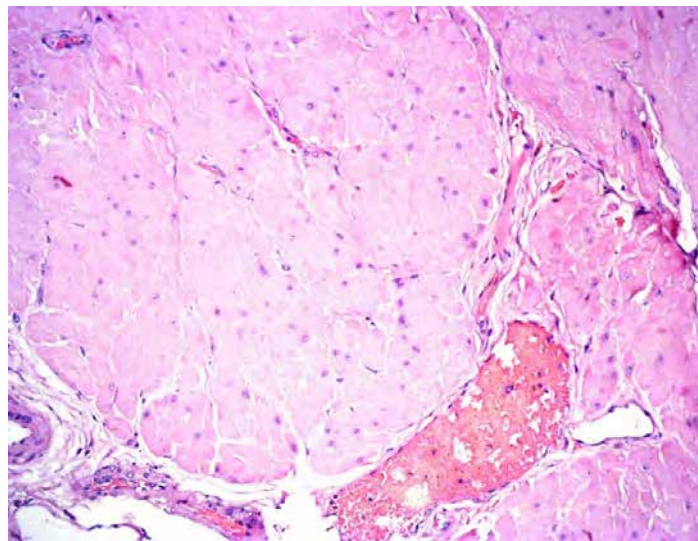


Рисунок 7.14 - Тканина рубця міометрію з гіпертрофованими клітинами, ділянками без'ядерних м'язових волокон, периваскулярний набряк та вираженими внутрішньосудинними еритростазами у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

При забарвленні за Ван-Гізоном тканини рубця міометрію у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця, візуалізуються пучки фіброзної тканини (червоного кольору), що дифузно проростають між м'язовими

волокнами (рис. 7.15), на окремих ділянках фіброзна тканина виповнює більшість площі поля зору (рис. 7.16).

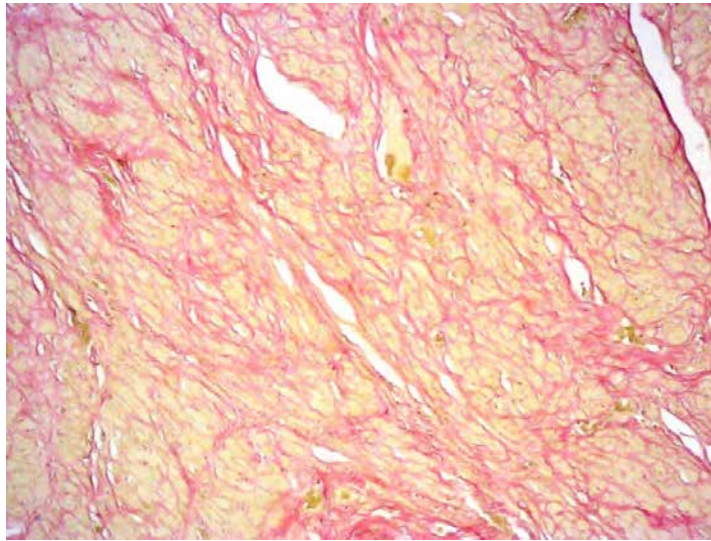


Рисунок 7.15 - Фрагмент рубця міометрію з вираженою фіброзотканинною сіткою у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. Забарвлення за Ван-Гізоном. Збільшення x100.

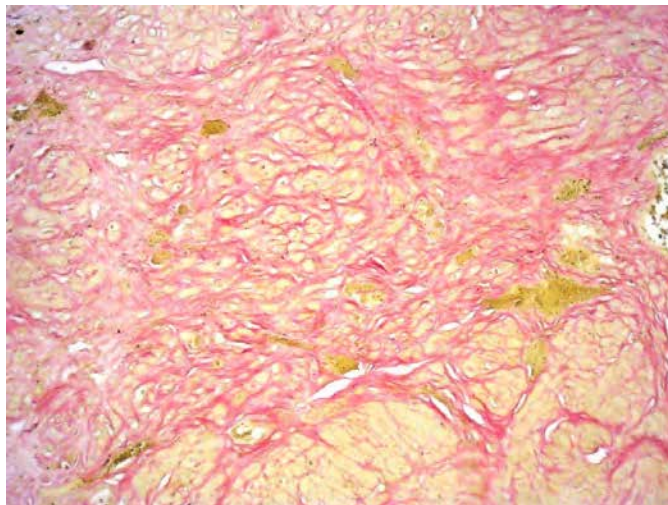


Рисунок 7.16 - Фрагмент рубця міометрію, частини м'язових клітин гіпертрофована, на більшій площі тканина заміщена зрілою сполучною (фіброзною) тканиною у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. Забарвлення за Ван Гізоном. Збільшення x100.

При забарвленні за Масоном тканини рубця міометрію у вагітної з РМ в разі неспроможності рубця, колагенові волокна (забарвлені синім кольором) «грубо» розділяють м'язову тканину на окремі дрібні пучки (рис. 7.17), а в

деяких випадках - в полі зору спостерігалися незначні комплекси м'язової тканини серед волокон колагенового типу, в яких визначався слабо виражений судинний компонент (рис. 7.18).

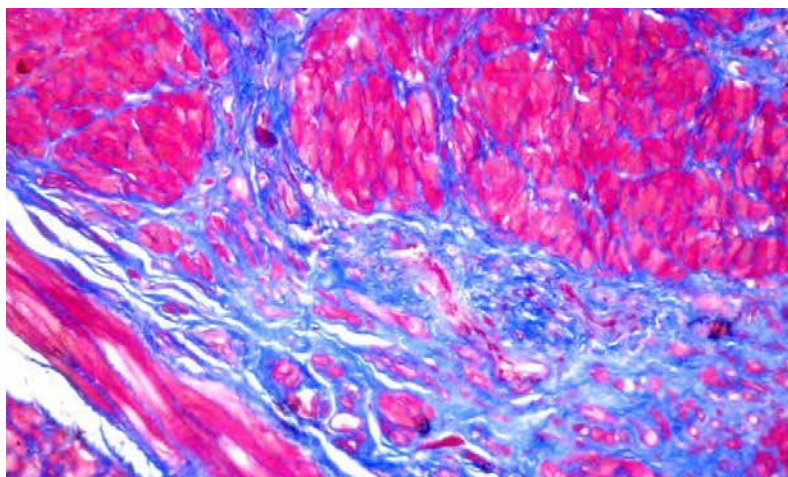


Рисунок 7.17 - Фрагмент тканини рубця міометрію з окремо відділеними дрібними пучками м'язової тканини у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. Забарвлення за Масоном. Збільшення x200.

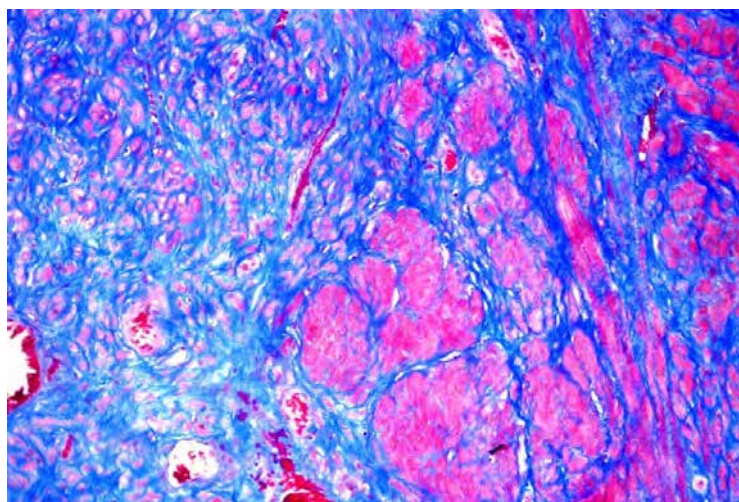


Рисунок 7.18 - Фрагмент рубця міометрію з незначним м'язовим компонентом та дифузним розростанням колагенових волокон, зрілої фіброзної тканини, поодинокі розширені тонкостінні судини у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. Забарвлення за Масоном. Збільшення x100.

При виконанні ІГХД з МАТ до CD31 тканини рубця міометрію у вагітної з РМ в разі неспроможності рубця, відмічається позитивна експресія в клітинах ендотелію судин з помірною інтенсивністю забарвлення до ++, яке

спостерігається у вигляді тоненьких переривчастих ланцюжків клітин (рис. 7.19). Судинний компонент переважно у всіх полях зору мав вигляд поодиноких продовгуватих слабо виражених судин (рис. 7.20).

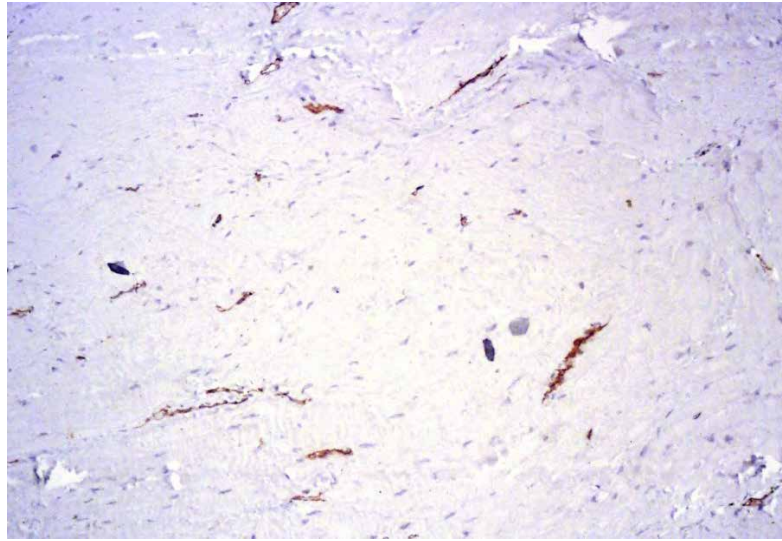


Рисунок 7.19 - Фрагмент рубця міометрію з позитивним забарвленням клітин ендотелію судин мікроциркуляторного русла, що представлені переривчастими ланцюжками у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. ІГХД з МАТ до CD31. Збільшення x100.

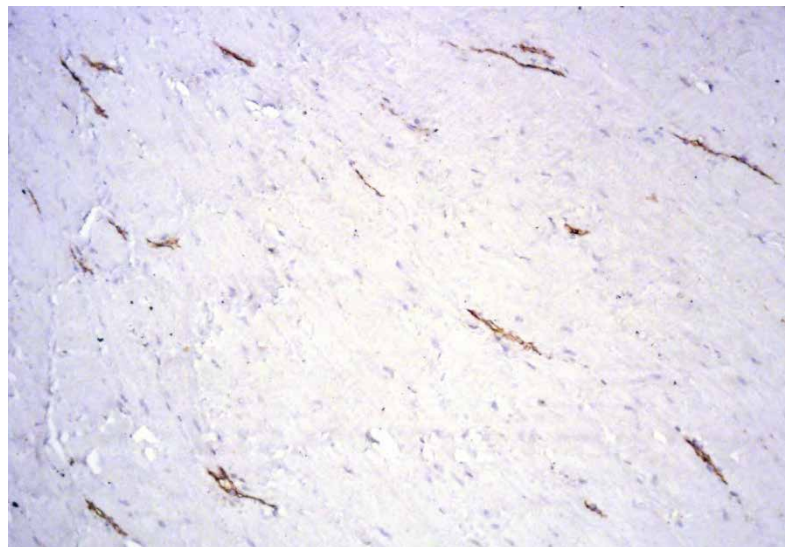


Рисунок 7.20 - Фрагмент рубця міометрію з позитивною реакцією в клітинах ендотелію, що формують продовгуваті дрібні структури у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. ІГХД з МАТ до CD31. Збільшення x100.

При проведенні ІГХД з МАТ до α -SMA відмічається нерівномірна позитивна реакція з інтенсивністю забарвлення від + до ++ в частині гладком'язових волокнах, що може свідчити про дегенеративні зміни в них (рис. 7.21). В відносно збережених сегментах можна спостерігати виражену позитивну експресію α -SMA з інтенсивністю +++ (рис. 7.22).

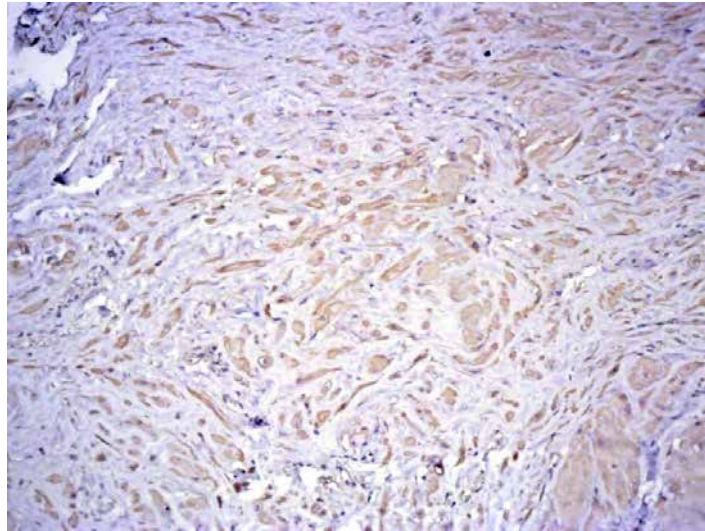


Рисунок 7.21 - Позитивна нерівномірна експресія в частині м'язових волокнах тканини рубця матки в зоні з вираженими фіброзними змінами у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. ІГХД з МАТ до α -SMA. Збільшення x100.

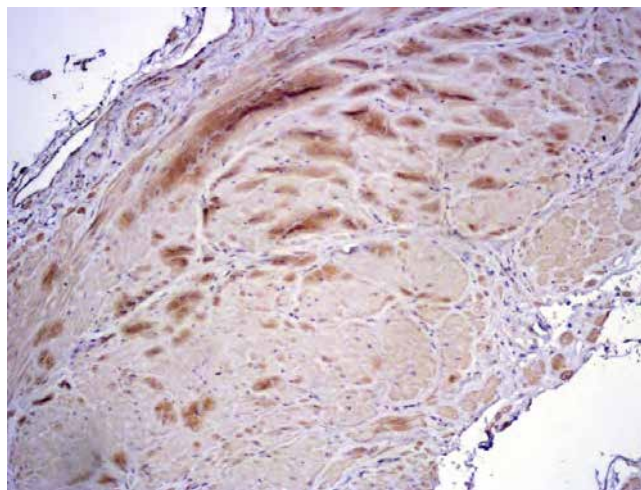


Рисунок 7.22 - Вогнища вираженої позитивної експресія в відносно інтактних та гіпертрофованих гладком'язових волокнах у вагітної з рубцем на матці в разі неспроможності рубця. ІГХД з МАТ до α -SMA. Збільшення x100.

Проведені морфологічні (гістологічні) дослідження стану післяопераційного рубця у жінок I групи показали наявність певних морфологічних змін. 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 повнокров'ям судин, гіпертрофованими клітинами, з ділянками без'ядерних м'язових волокон, периваскулярним набряком та вираженим внутрішньосудинним еритростазом, частиною м'язових клітин гіпертрофованих та на більшій площі заміщенням тканини зрілою сполучною (фіброзною) тканиною у вигляді «сітки», дифузним розростанням колагенових волокон.

При патоморфологічному дослідженні плацент від жінок I групи в разі діагностики під час вагітності гіпоксичних змін з боку плода та плацентарної недостатності легкого ступеня (23 (15,3 (11,4-19,2)) % в тканині зрілої плаценти діагностувалися прояви вогнищового повнокрів'я, ворсини з незначним набряком строми, дрібними крововиливами (рис. 7.23). В ворсинах великого калібру розвинений судинний компонент з проявами еритростазів, поодинокими вогнищами гіперплазії синцитіотрофобласту (рис. 7.24). Ворсини середнього та дрібного калібру з поодинокими ділянками фібриноїдного некрозу (рис. 7.25). Дані морфологічних змін в плаценті від таких жінок 52 (34,7 (32,2-37,2)) % були характерні для зрілої плаценти з проявами хронічної компенсованої недостатності.

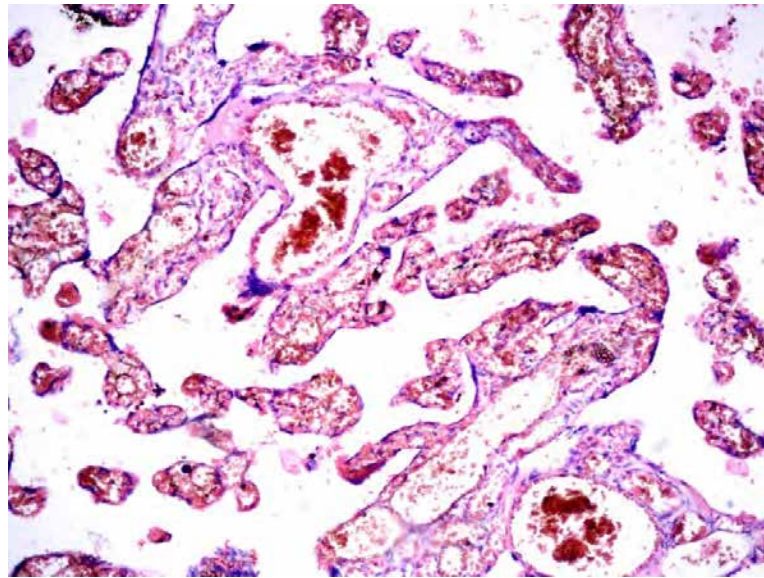


Рисунок 7.23 - Тканина зрілої плаценти з проявами вогнищового повнокрів'я та явищами еритростазів в судинах середнього калібру у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

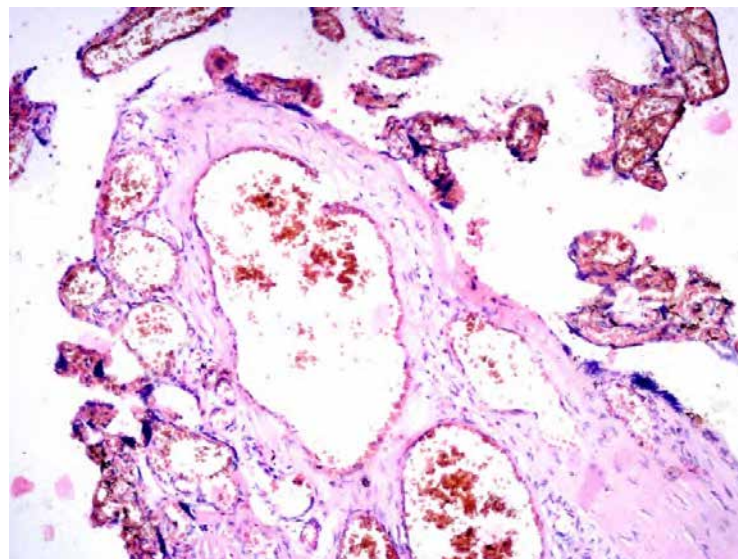


Рисунок 7.24 - Тканина зрілої плаценти, ворсина крупного калібру з явищами вогнищової гіперплазії синцитіотрофобласту, повнокровні дрібні ворсини у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

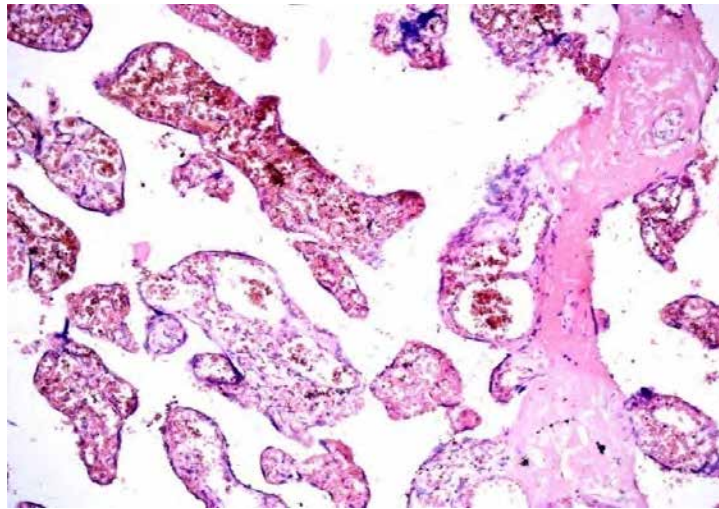


Рисунок 7.25 - В тканині зрілої плаценти вогнищевий фібриноїдний некроз в ворсинах середнього калібру у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

Тканина зрілої плаценти у жінок I групи з морфологічними проявами субкомпенсованої хронічної плацентарної недостатності 35 (23,3 (21,2-25,4)) % була представлена ворсинами різного калібру. В ворсинах дрібного калібру спостерігаються вогнища гіперплазії синцитіотрофобласту, прояви дисмукоїдозу та вогнищеве повнокрів'я (рис. 7.26). Тоді як в ворсинах середнього та великого розміру спостерігаються масивні поля фібриноїдного некрозу, виражені групи гіперплазованих клітин синцитіотрофобласту та масивні поля петрифікатів (рис. 7.27 та рис. 7.28).

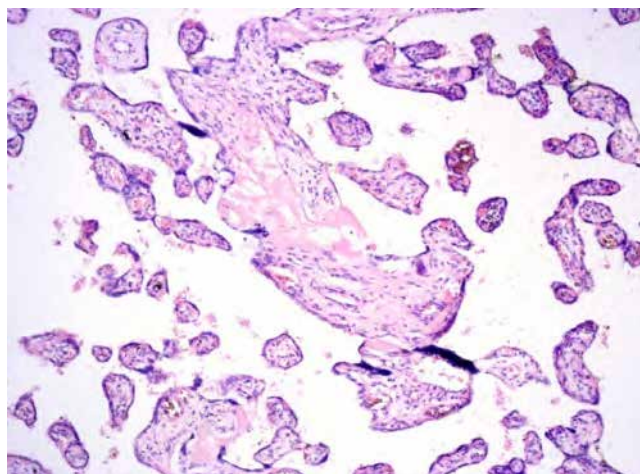


Рисунок 7.26 - Тканина зрілої плаценти з проявами вогнищевої гіперплазії синцитіотрофобласту та ділянками фібриноїдного некрозу у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

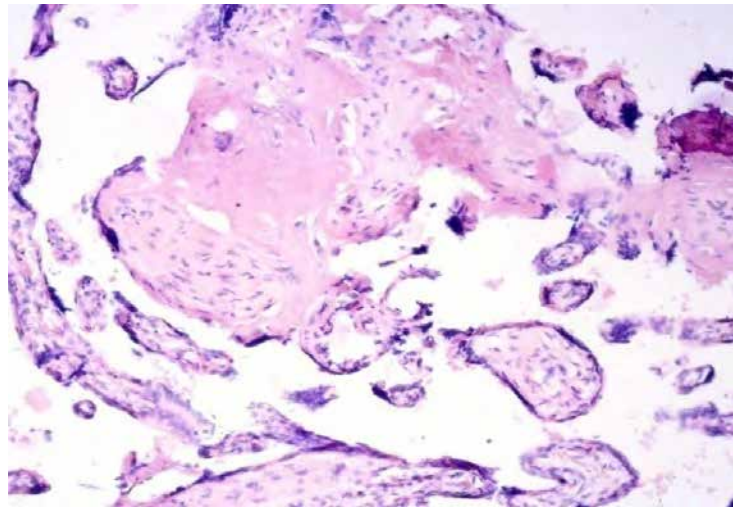


Рисунок 7.27 - Тканина зрілої плаценти з масивними полями фібриноїдного некрозу в ворсинах великого розміру у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

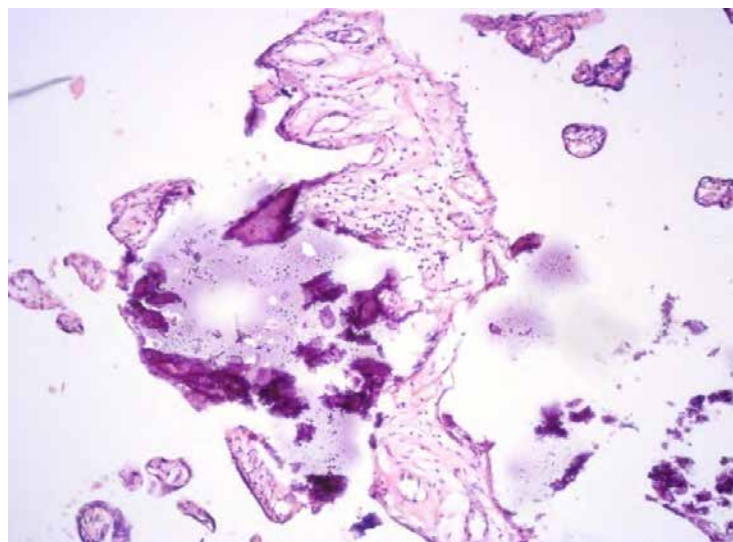


Рисунок 7.28 - Тканина зрілої плаценти з проявами дисмукоїдозу та масивними петрифікатами у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

При патоморфологічному дослідженні тканини зрілої плаценти в разі компенсованої хронічної плацентарної недостатності виявлялись ознаки повнокров'я ворсин дрібного та середнього калібру, вогнищевими проявами дисмукоїдозу (рис. 7.29), ділянками фібриноїдного некрозу в периваскулярній зоні в ворсинах великого розміру (рис. 7.30) та прояви еритростазів в судинах мікроциркуляторного русла (рис. 7.31).

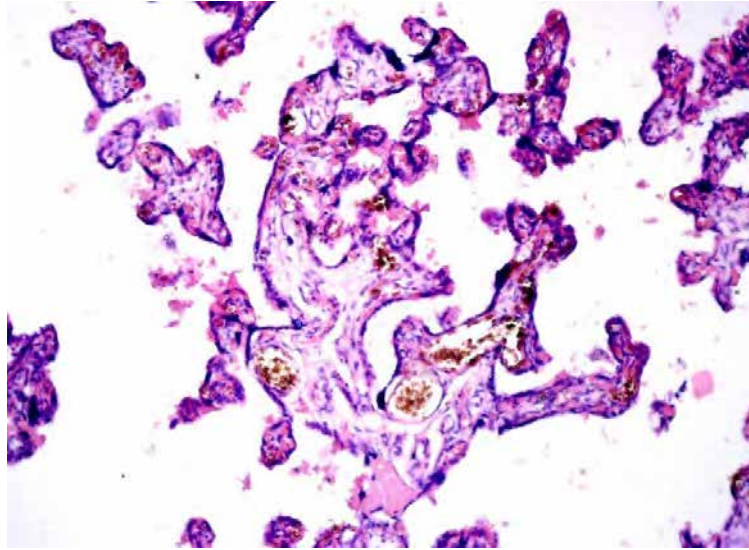


Рисунок 7.29 - Тканина зрілої плаценти з проявами дисмукоїдозу, дрібними вогнищами відкладання фібрину, повнокрів'я судин у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення гематоксилином та еозином. Збільшення x100.

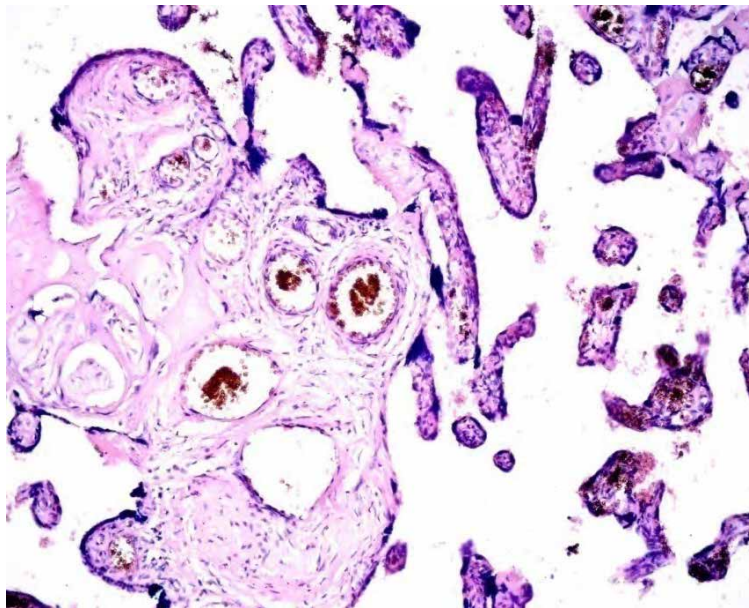


Рисунок 7.30 - Тканина зрілої плаценти з ділянками периваскулярного фібриноїдного некрозу у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення гематоксилином та еозином. Збільшення x100.

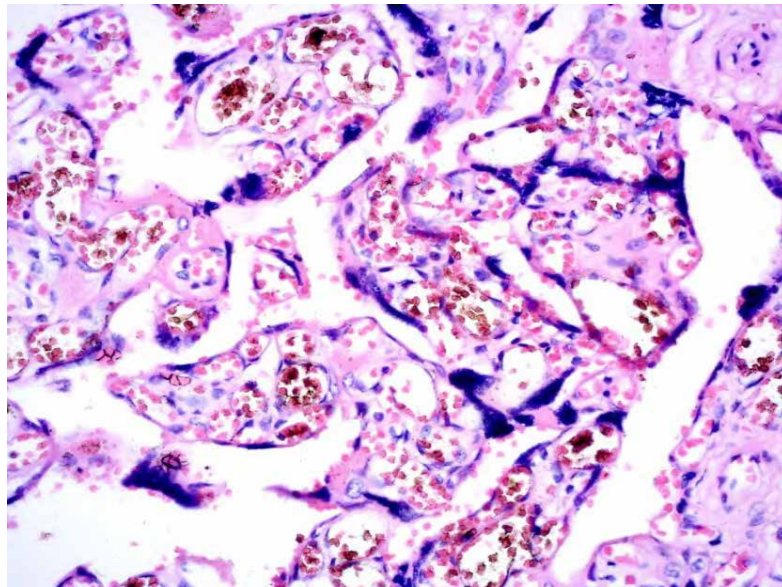


Рисунок 7.31 - Тканина зрілої плаценти з вираженими еритростазами в просвітах судин мікроциркуляторного русла та вогнища гіперплазії синцитіотрофобласту у вагітної з рубцем на матці. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x200.

При патоморфологічному дослідженні тканини плаценти у жінок після застосування ДРТ вразі виявлення плацентарної недостатності легкого ступеня - 48 (32,0 (27,3-36,7)) % відмічалось нерівномірне розташування ворсин, ділянки повнокрів'я міжворсинчастого простору (рис. 7.32, 7.33). Ворсини крупного калібру з проявами дисмукоїдозу, зонами масивних фібринозних некрозів та ділянками петрифікатів (рис. 7.34). Ворсини середнього розміру місцями створюють конгломерати, судинний компонент яких з проявами еритростазів та вогнищами пристінкового тромбоутворення. В ворсинах з частковими проявами фібриноїдного некрозу відмічались вогнищева гіперплазія синцитіотрофобласту (рис. 7.35). В значній кількості виявлялись ворсини дрібного калібру, які аваскуляризовані.

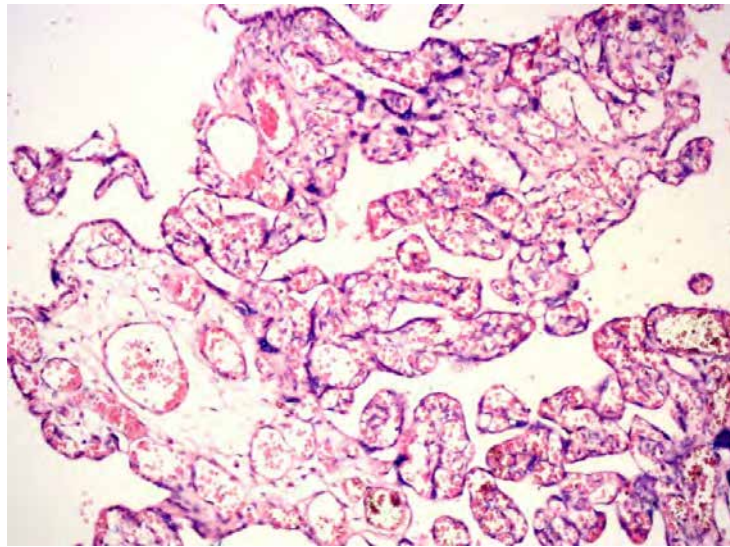


Рисунок 7.32 - Тканина зрілої плаценти з нерівномірним розташуванням ворсин у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксилином та еозином. Збільшення x100.

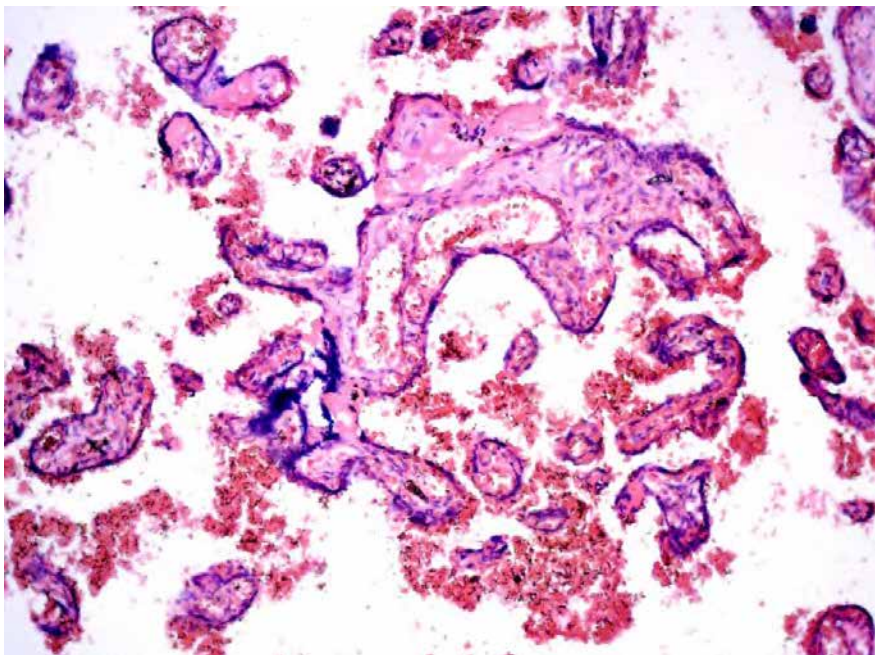


Рисунок 7.33 - Тканина плаценти з ділянкою повнокрів'я міжворсинчатого простору та осередком проліферації синцитіотрофобласту у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксилином та еозином. Збільшення x100.

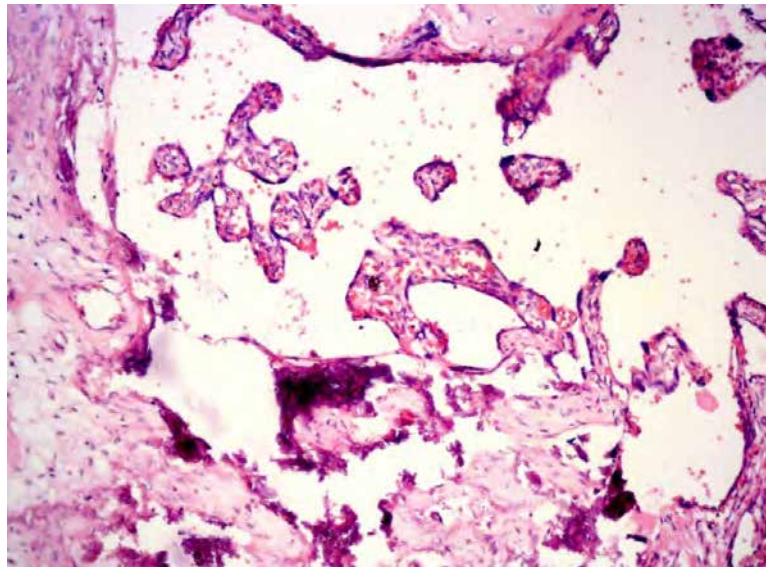


Рисунок 7.34 - Тканина плаценти з ділянками дисмукоїдозу та вогнищами петрифікатів у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

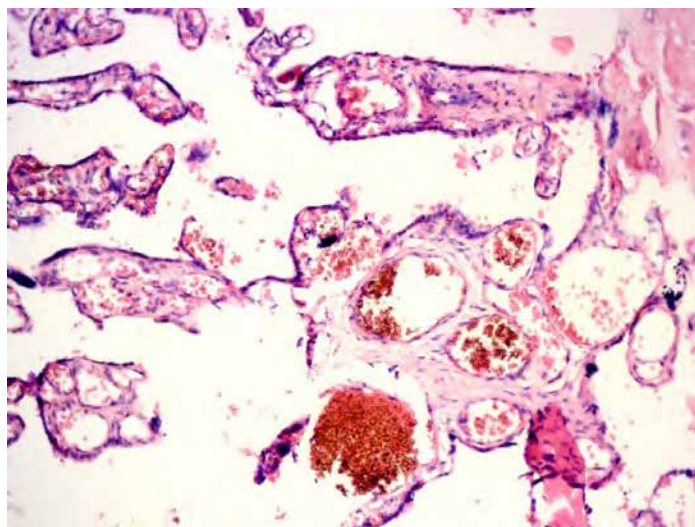


Рисунок 7.35 - Тканина плаценти з проявами еритростазів та пристінкового тромбоутворення у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x200.

При дослідженні тканини плодових оболонок у вагітних II групи виявляються прояви помірного набряку, ділянки дисмукоїдозу, дрібні крововиливи (рис. 7.36).

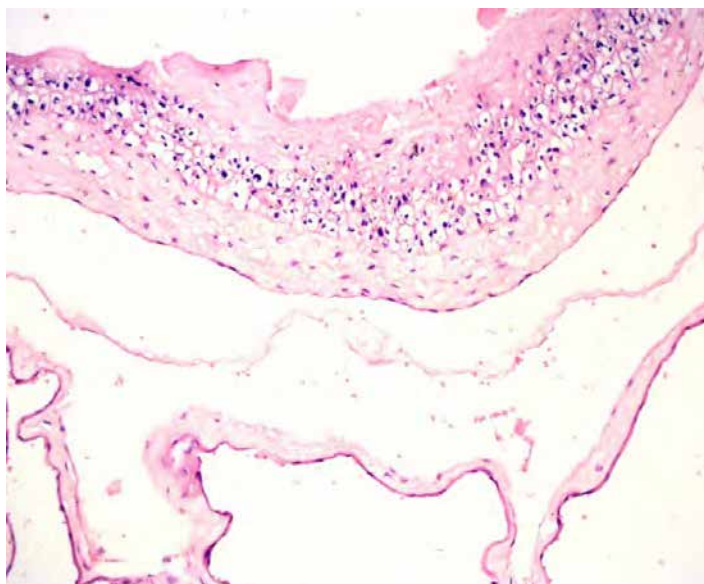


Рисунок 7.36 - Тканина плодової оболонки з ознаками помірного набряку та осередками дисмукоїдозу у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксилином та еозином. Збільшення x200.

При патоморфологічному дослідженні тканини плаценти у жінок II групи в разі діагностики під час вагітності гіпоксичних змін з боку плода та проявів хронічної компенсованої плацентарної недостатності 53 (35,4 (33,9-36,9)) % в тканині зрілої плаценти відмічалось переважання ворсин середнього калібру з вогнищевим повнокрів'ям, ділянками відкладання фібрину в міжворсинчастому просторі, вільно лежачими фрагментами синцитіотрофобласту (рис. 7.37). В ворсинах середніх розмірів відмічається групи гіперплазованих клітин синцитіотрофобласту, ознаки вогнищевого повнокрів'я міжворсинчатого простору та зони субтотального фібриноїдного некрозу ворсин другого порядку (рис. 7.38, 7.39). В ворсинах зі слабо вираженим судинним компонентом прояви дисмукоїдозу та фібриноїдного некрозу мають значніші ніж в ворсинах з збереженим судинним руслом (рис. 7.40). Серед полів зору спостерігаються ворсини з масивними петрифікатами, які займали більшу частину площі поперечного зрізу ворсини (рис. 7.41).

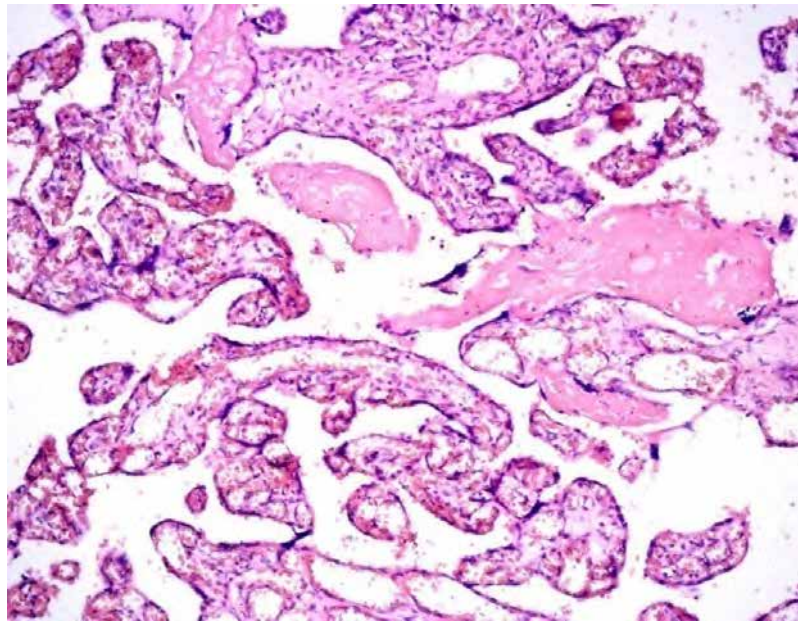


Рисунок 7.37 - Відкладання фібринових мас в між ворсинчастому просторі та виявлення вільно лежачих клітин синцитіотрофобласту у вагітної після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

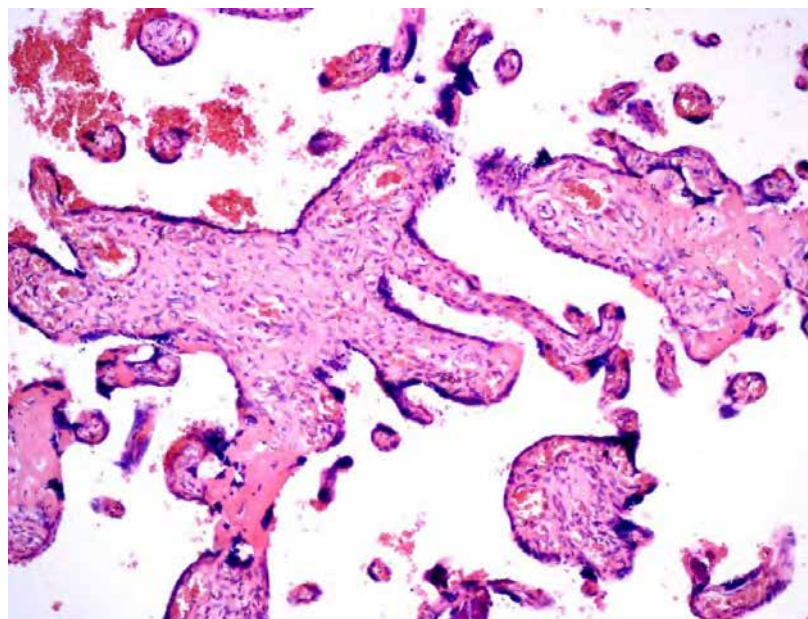


Рисунок 7.38 - Фрагмент тканини плаценти з вогнищами повнокрів'я між ворсинчастого простору та гіперплазії синцитіотрофобласту у вагітної після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

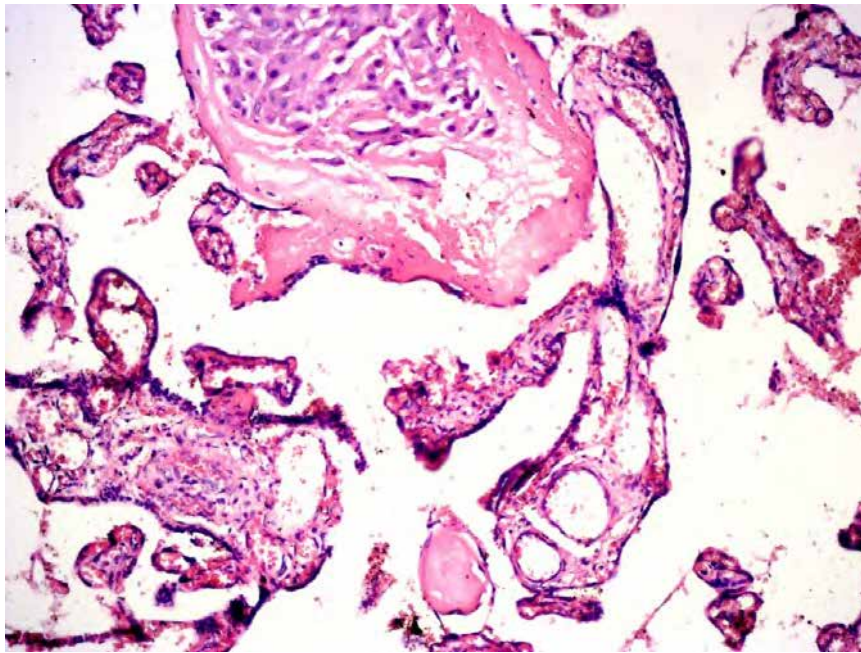


Рисунок 7.39 - Фрагменти тканини плаценти з масивним фібриноїдним некрозом та проявами дисмукоїдозу ворсин у вагітної після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Збарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x200.

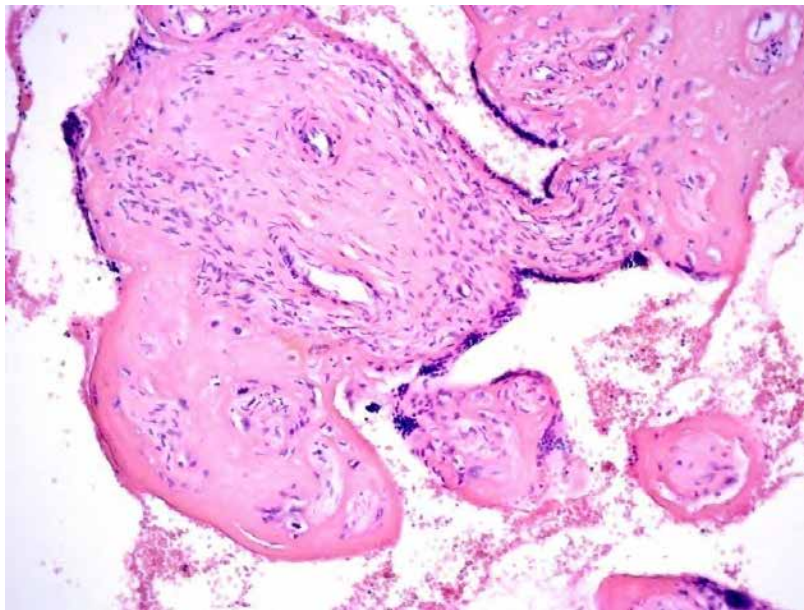


Рисунок 7.40 - Масивні поля фібриноїдного некрозу та дисмукоїдозу в ворсинах, слабо виражений судинний компонент у вагітної після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Збарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x200.

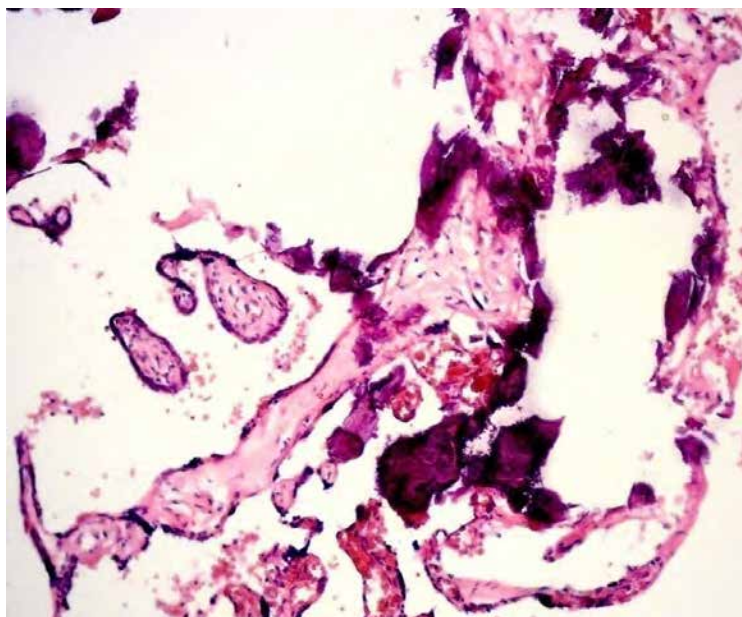


Рисунок 7.41 - Масивні петрифікати які займають більшу частину поперечного зрізу ворсини у вагітної після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x200.

При патоморфологічному дослідженні тканини плаценти у жінок II групи в разі діагностики під час вагітності гіпоксичних змін з боку плода та проявів субкомпенсованої хронічної плацентарної недостатності 32 (21,3 (20,0-22,6)) % в тканині зрілої плаценти відмічалось збільшення міжворсинчастого простору з рівномірним розташуванням ворсин (рис. 7.42). В більшості випадків переважали ворсини середнього та дрібного калібру з незначними ознаками «старіння» плаценти, а саме дрібними ділянками фібриноїдного некрозу та нерівномірною проліферацією синцитіотрофобласту (рис. 7.43, 7.44). В просвіті судин відмічаються прояви еритростазів, в поодиноких ворсинах крупного та середнього калібру спостерігались ознаки периваскулярного фібриноїдного некрозу (рис. 7.45). Дані морфологічні зміни плаценти притаманні для плаценти з пристосувально-компенсаторними змінами.

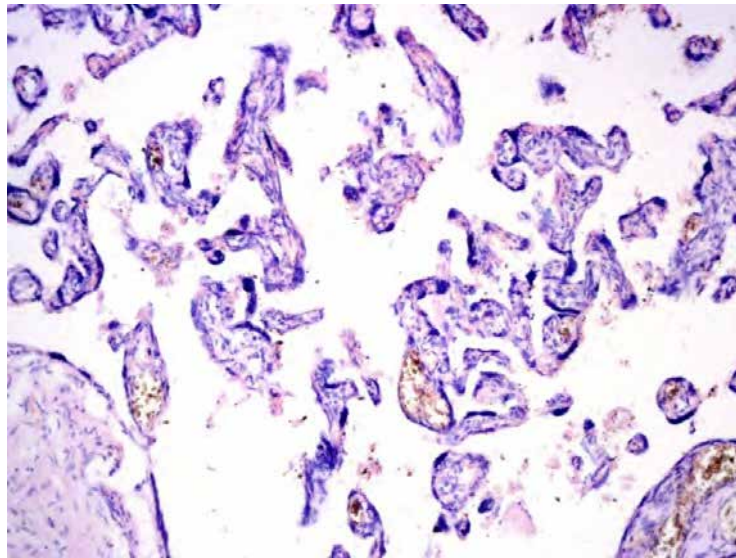


Рисунок 7.42 - Тканина плаценти з нерівномірним збільшенням міжворсинчастого простору та рівномірним розташуванням ворсин у вагітної після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

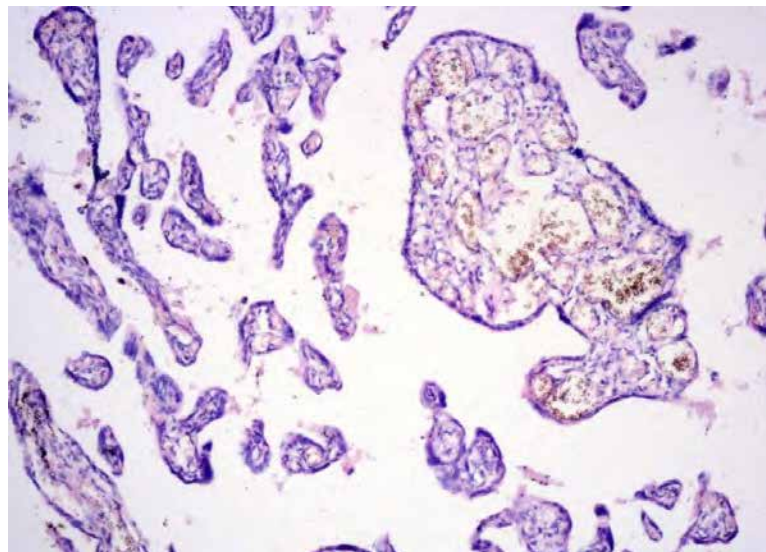


Рисунок 7.43 - Тканина плаценти з гіперваскуляризацією за типом неоангіогенеза в ворсині середнього калібру та відкладанням фібрину на поверхні дрібних ворсинок у вагітної після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

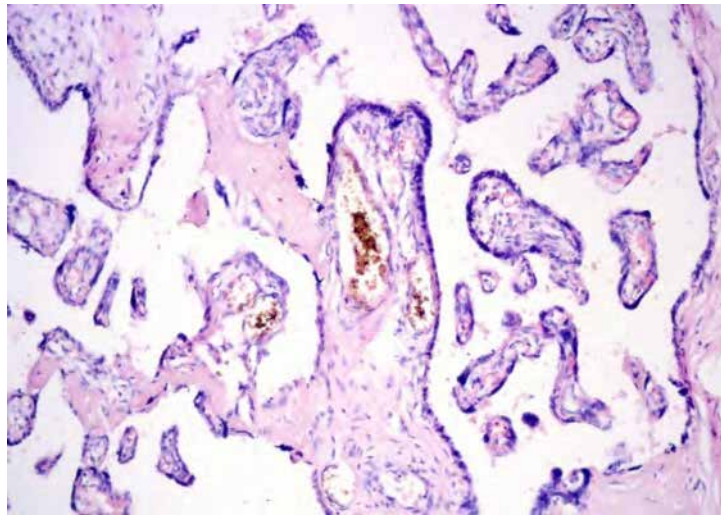


Рисунок 7.44 - Тканина плаценти з ділянками фібриноїдного некрозу в ворсинах середнього калібру та нерівномірним потовщенням синцитіотрофобласту у вагітної після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

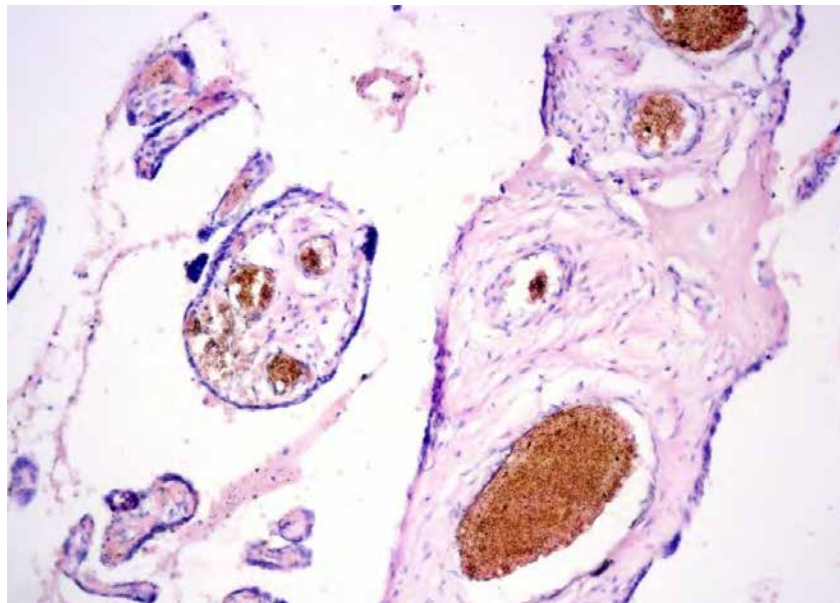


Рисунок 7.45 - Ворсини плаценти середнього розміру з проявами дисматюроїду, ділянками фібриноїдного некрозу, вираженим еритростазом у вагітної після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x200.

При патоморфологічному дослідженні тканини плаценти у жінок III групи - 52 (34,7 (33,9-36,4)) % в разі діагностики під час вагітності гіпоксичних змін з боку плода та проявів хронічної компенсованої плацентарної недостатності спостерігались як ознаки «старіння плаценти», так і ознаки компенсаторно-приспосувальних процесів. Зустрічаються ділянки інтактної плаценти з рівномірним розташуванням ворсин з помірними вогнищевими проявами дисмукоїдозу та набряку (рис. 7.46). Поряд з цим спостерігались вогнища з повнокровними судинами, компенсаторною дилатацією в судин в ворсинах крупного калібру в осередках вираженого фібриноїдного некрозу (рис. 7.47) та проявами гіперплазії синцитіотрофобласту в ворсинах середнього та мілкового калібру (рис. 7.48). В окремих ворсинах спостерігались субтотальні осередки некрозу (рис. 7.49) та ділянки відкладання солей кальцію в аваскулярних ворсинах (рис. 7.50), що відповідає морфологічним змінам хронічної компенсованої плацентарної недостатності.

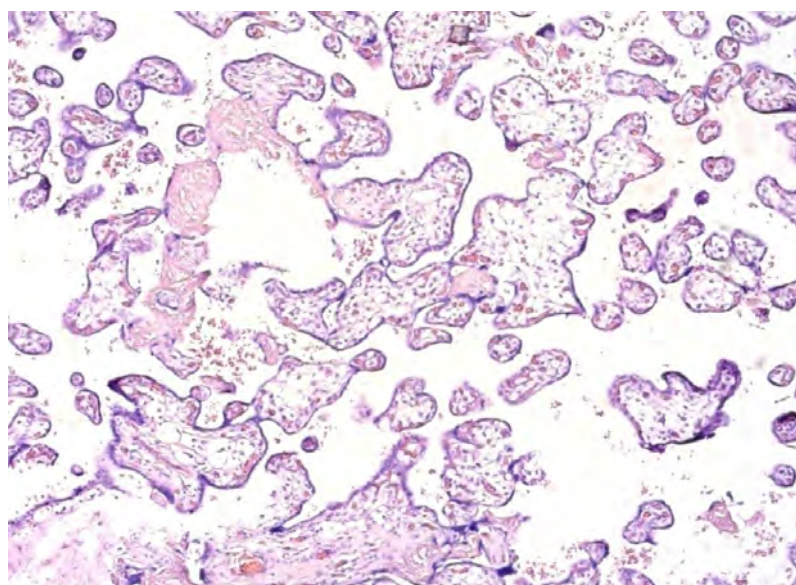


Рисунок 7.46 - Тканина зрілої плаценти з відносно рівномірним розташуванням ворсин та незначними проявами дисмукоїдозу у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

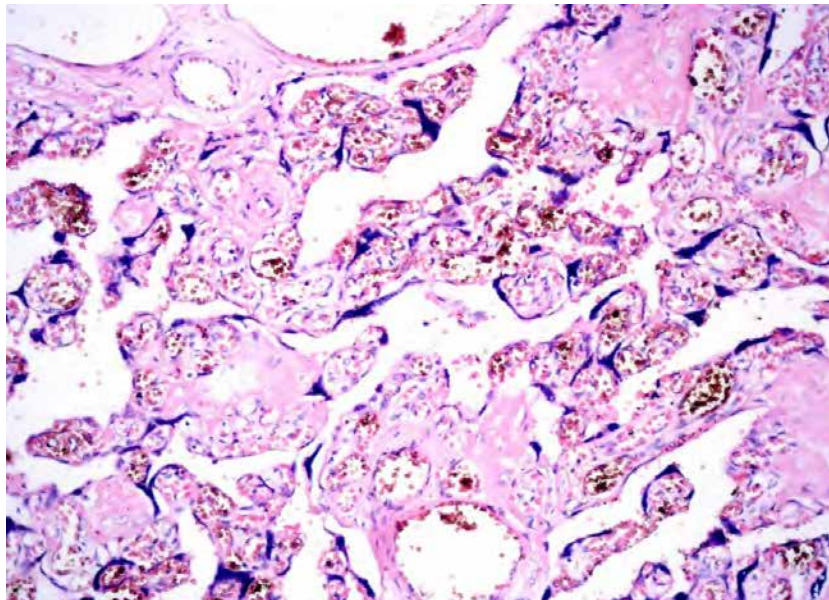


Рисунок 7.47 - Ділянка тканини плаценти з повнокровними, дилатованими судинами середнього діаметру, пристінковим стоянням еритроцитів, еритростазами на фоні масивних полів фібриноїдних некрозів у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

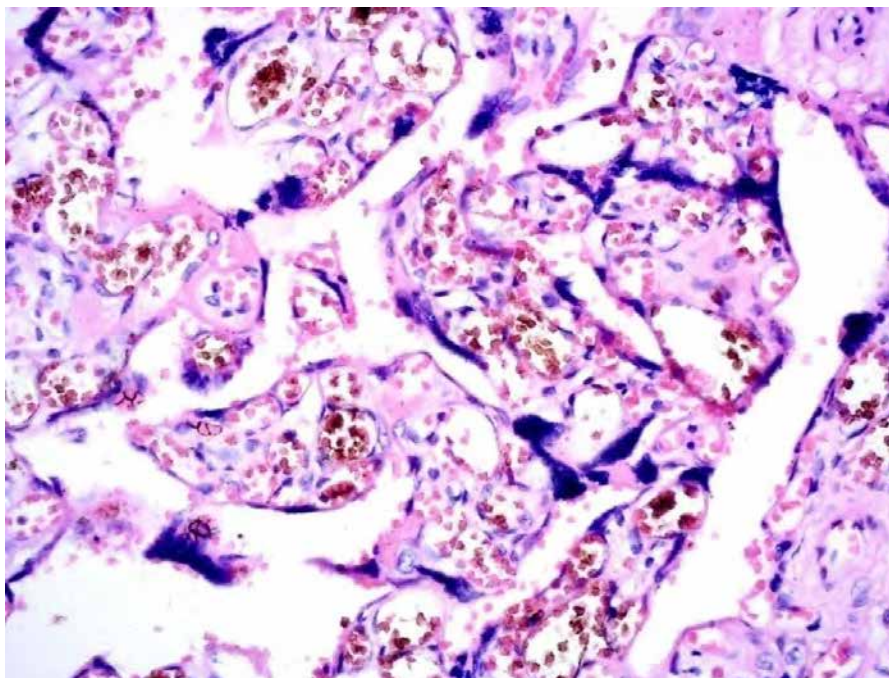


Рисунок 7.48 - Вогнища вираженої гіперплазії синцитіотрофобласту та «муфти» фібриноїдного некрозу навколо ворсин у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x200.

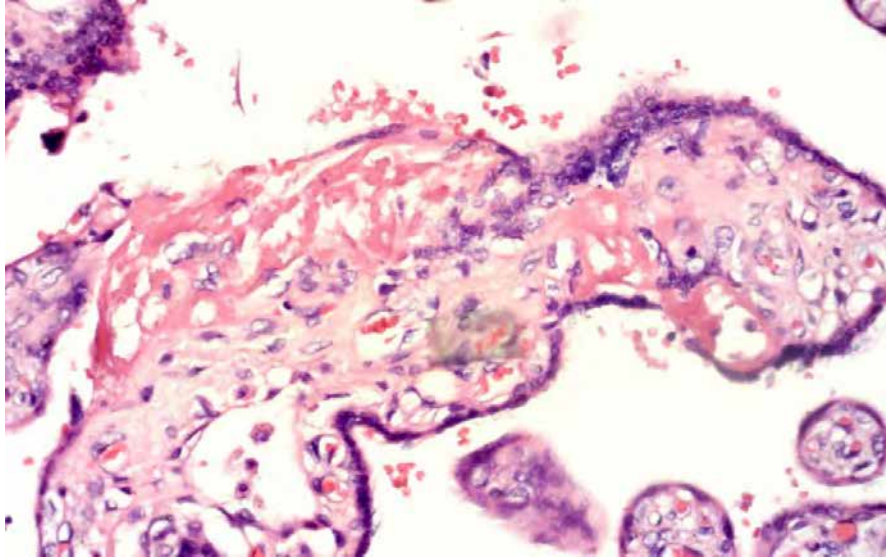


Рисунок 7.49 - Ознаки набряку, гіперплазії синцитіотрофобласту, дисмукоїдозу та фібриноїдного некрозу в структурі ворсини у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x200.

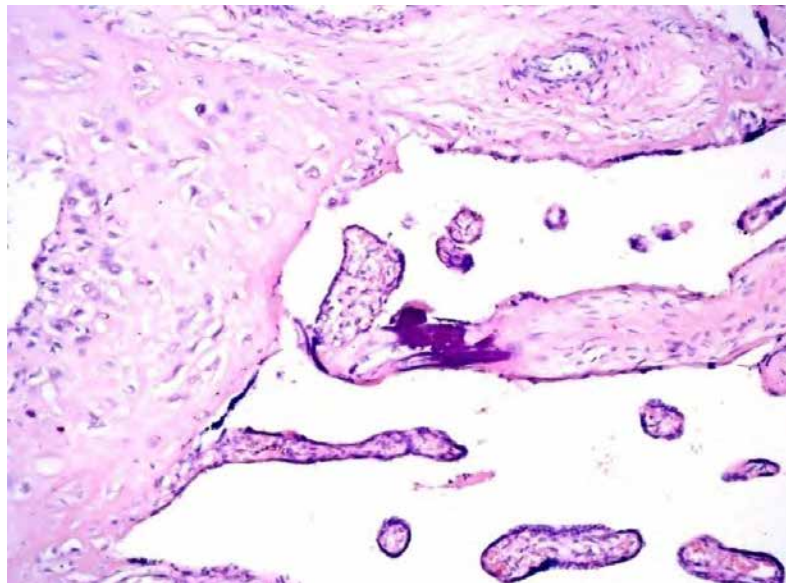


Рисунок 7.50 - Ворсина плаценти крупного калібру з проявами вираженого дисмукоїдозу та ділянками петрифікатів у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

Тканина плодових оболонок з проявами нерівномірного набряку від помірного до вираженого, ділянками дисмукоїдозу та дрібних крововиливів з відкладанням еритроцитарних мас на поверхні (рис. 7.51).

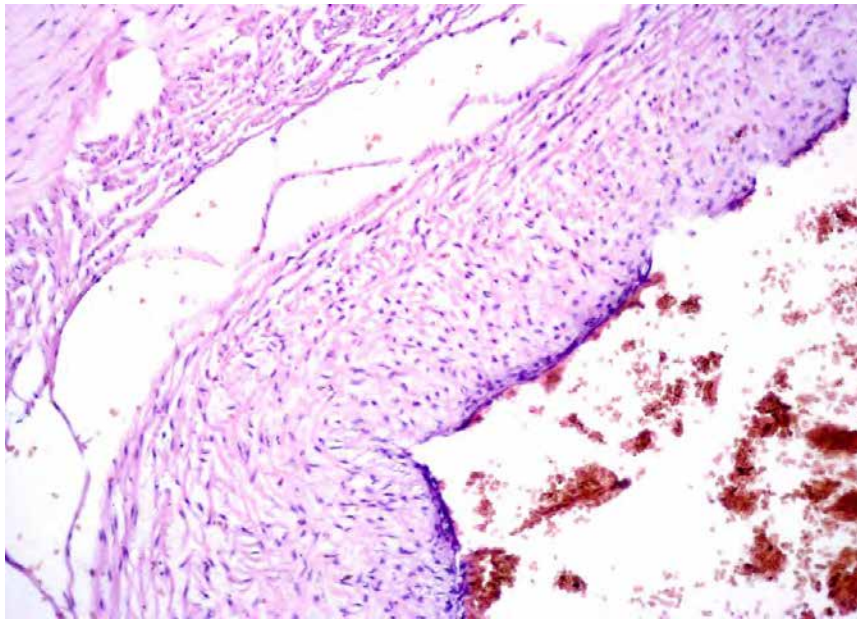


Рисунок 7.51 - Тканина плодових оболонок з ділянками вираженого набряку, дисмукоїдозу та нашаруванням дрібних тромбоподібних мас на поверхню у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x200.

При патоморфологічному дослідженні тканини плаценти у жінок III групи – 29 (19,3 (16,2-21,7)) % в разі діагностики під час вагітності гіпоксичних змін з боку плода та проявів хронічної субкомпенсованої плацентарної недостатності виявлялись вогнищеві повнокрів'я міжворсинчастого простору та ознаки помірного набряку (рис. 7.52). В окремих ділянках плацентарної тканини визначалися вогнища фібриноїдного некрозу ворсин з помірними склеротичними проявами судинного компоненту (рис. 7.53). Часина плацентарних ворсин з вогнищами перттрифікатів та ознаками еритростазів. Гіперплазія синцитіотрофобласту відмічається переважно у ворсинах середнього та дрібного калібру (рис. 7.54, 7.55).

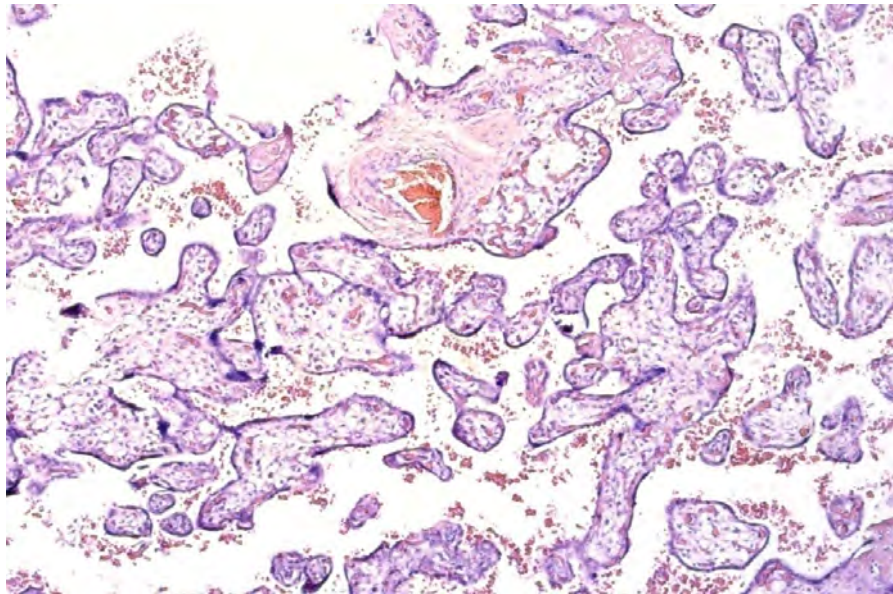


Рисунок 7.52 - Тканина плаценти з нерівномірним повнокрив'ям між ворсинчастого простору та проявами помірного набряку у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

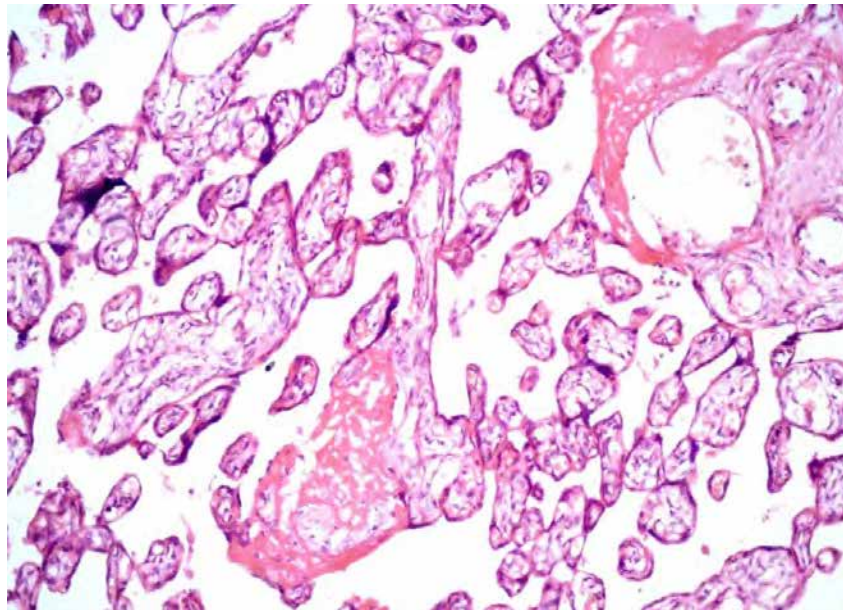


Рисунок 7.53 - Тканина зрілої плаценти з вогнищами фібриноїдного некрозу, проявами фіброзу стінки судин в ворсинах крупного калібру у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

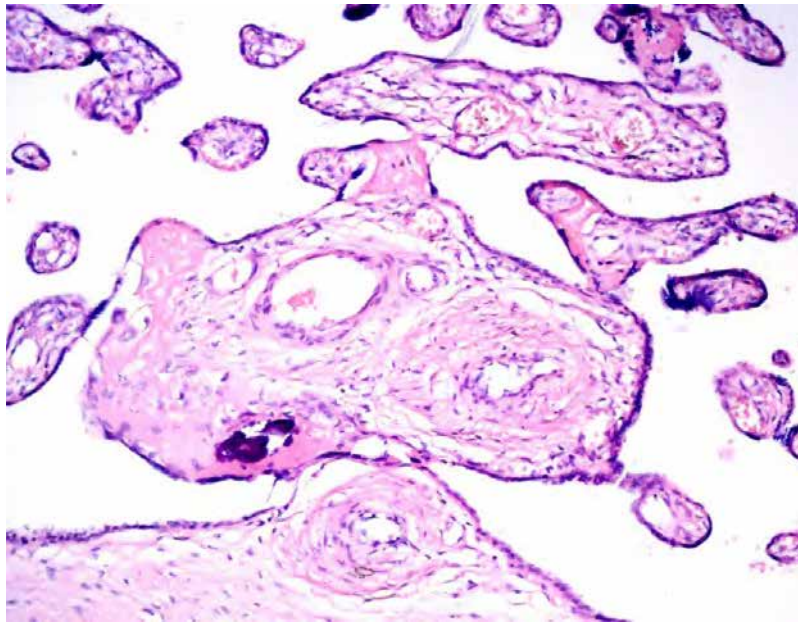


Рисунок 7.54 - Поперечний зріз ворсини плаценти з ознаками фібриноїдного некрозу та осередками петрифікатів у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x200.

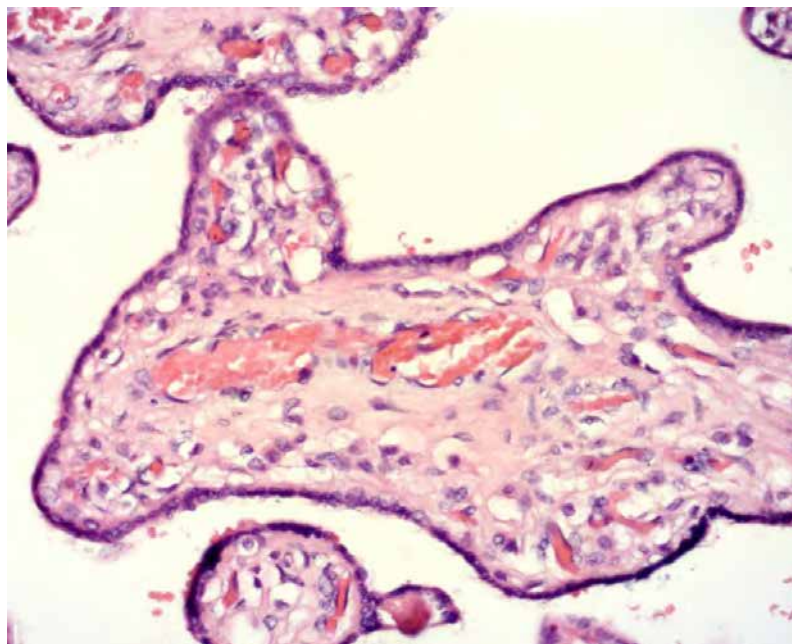


Рисунок 7.55 - Ворсина зрілої плаценти, повнокров'я судин, еритростази, набряк у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x400.

В тканині плодових оболонок відмічається набряк, прояви помірного дисмукоїдозу та незначна лімфо-гістіоцитарна інфільтрація (рис. 7.56). В частині випадків спостерігалися незначні дрібні крововиливи з поверхневою локалізацією та частковим гемолізом еритроцитів (рис. 7.57).

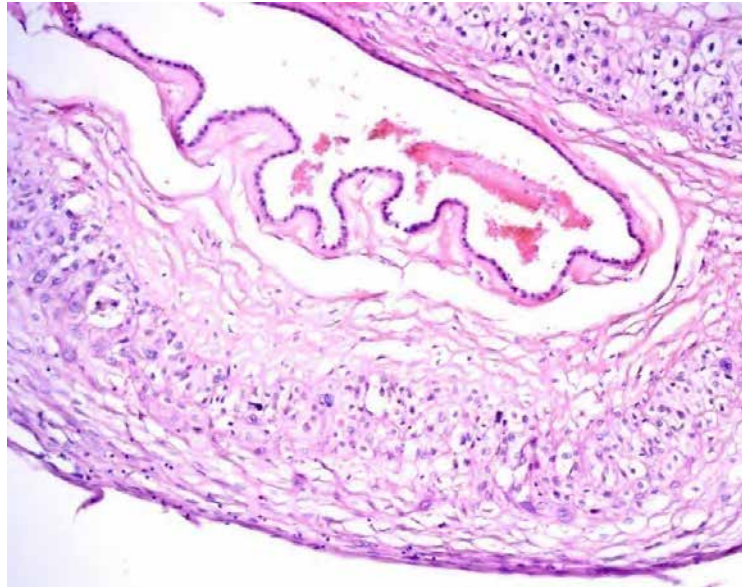


Рисунок 7.56 - Оболонки плаценти з явищами набряку та дрібними крововиливами у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x100.

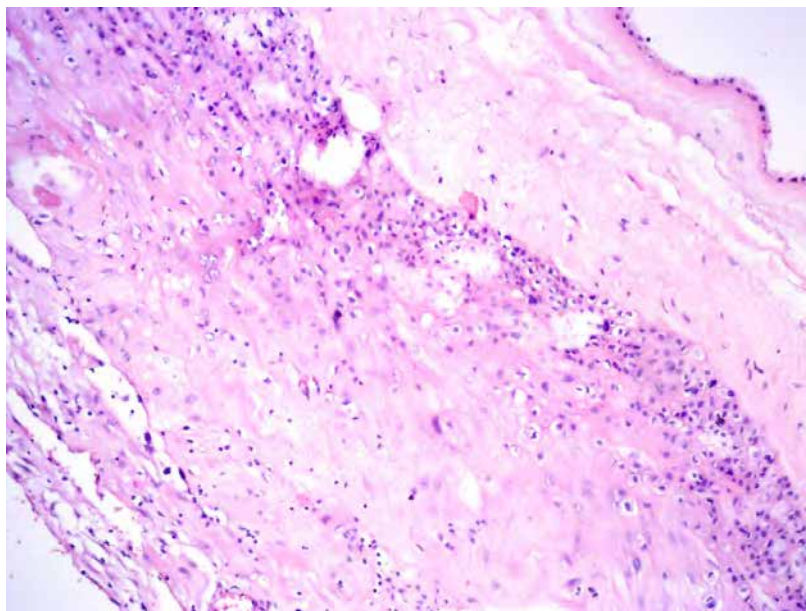


Рисунок 7.57 - Тканина плодових оболонок з проявами дисмукоїдозу, незначна периваскулярна лімфо-гістіоцитарна інфільтрація у вагітної з аномаліями пологової діяльності. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x200.

Таким чином, у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом на тлі порушення гормональної функції фето-плацентарного комплексу та змін гемодинаміки матково-плацентарного кровотоку розвивається плацентарна недостатність, яка в більшості випадків зустрічається легкого ступеня, але у значній 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.

Висновки до 7 розділу

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

Патоморфологічне дослідження тканини плаценти від жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом дозволило з'ясувати патогістичні механізми змін в матково-плацентарному комплексі, що призводить до розвитку плацентарної недостатності різного ступеня вираженості та виникненню гіпоксії плода і новонароджених у обстежених вагітних.

Результати власних досліджень розділу 7 викладені у статтях: 2,3,4,7,8,10,12,14,20,25 (стор. 6-9).

РОЗДІЛ 8

АЛГОРИТМ ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ШАНСИ КЛІНІЧНОЇ НЕОБХІДНОСТІ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК ЗА НАЯВНОСТІ АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ОБТЯЖЕНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗУ ШЛЯХОМ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРІВ РОЗТИНУ

Аналіз перебігу вагітності і пологів стану плода і новонародженого та показники особливостей психоемоційного стану, результати спеціальних обстежень вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу шляхом операції КР і їх плода показали наявність відхилень та різноманітних змін в організмі, що обумовлює виникнення ускладнень. Більшість таких вагітних розроджувалась шляхом операції КР, однак виникали сумніви в доцільності проведення розродження вагітних таким шляхом тому важливим напрямком досліджень було визначення можливої необхідності розродження вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу шляхом операції КР ще до початку пологової діяльності. Визначення значення впливу різноманітних факторів на розродження таких жінок шляхом операції КР може бути проведена шляхом складання на основі обчислення коефіцієнтів кореляції формули прогнозування впливу факторів на можливість розродження вагітних шляхом операції КС. Були розроблені наступні формули прогнозування впливу факторів на можливість розродження вагітних шляхом операції КС для вагітних з РМ, для вагітних після застосування ДРТ та для вагітних з можливим розвитком АПД в пологах та з розвившимися АПД.

ФПВФ на можливість розродження шляхом операції КР вагітних з РМ:

$$\text{Logit } P = 7,483 - (0,917 * \text{ Низький рівень ситуативної тривожності}) + (3,562 * \text{ Помірний рівень ситуативної тривожності в I триместрі}) - (0,128 * \text{ Помірний рівень ситуативної тривожності в I триместрі}) + (2,312 * \text{ Помірний рівень ситуативної тривожності в I триместрі})$$

Низький рівень ситуативної тривожності в II триместрі) – (0,0355*Помірний рівень ситуативної тривожності в II триместрі) + (0,795* Високий рівень ситуативної тривожності в II триместрі) – (4,880* Низький рівень ситуативної тривожності в III триместрі) – (1,656* Помірний рівень ситуативної тривожності в III триместрі) – (3,549* Високий рівень ситуативної тривожності в III триместрі)- (1,419*Низький рівень особистої тривожності в I триместрі) + (2,011* Помірний рівень особистої тривожності в I триместрі) + (19,047* Високий рівень особистої тривожності в I триместрі) – (1,886* Низький рівень особистої тривожності в II триместрі) – (1,873* Помірний рівень особистої тривожності в II триместрі) – (0,805* Помірний рівень особистої тривожності в III триместрі) + (1,570* Високий рівень особистої тривожності в III триместрі) + (2,505* Висока оцінка за шкалою депресії) + (20,113* Висока оцінка за шкалою іпохондрії) + (1,551* Висока оцінка за шкалою брехні) + (0,937* Висока оцінка за шкалою вірогідності) – (0,214*Плацентарна дисфункція)+ (0,367*Вагінальний кандидоз) + (0,280*Кишкова паличка) + (0,162*Неспроможність рубця на матці) + (17,738+Загроза розриву матки) + (0,169*Дистрес плода)- (0,311*Апгар 8-9 балів) + (20,348 * Апгар 6-7 балів) + (20,154*Апгар 4-5 балів) – (1,340*Недостатня проінформованість)- (20,834*Децелерації) – (0,126*Глибина децелерації) + (0,382*Тривалість децелерації) – (0,894*Вік 26-30 років) – (0,397*Передчасні пологи) + (17,653*Мимовільні аборти в ранні терміни) + (0,0107* Запальні захворювання статевих органів) + (0,330*Серцевосудинні захворювання) + (0,806* Ендокринні захворювання).

Вразі, якщо у вагітної з РМ присутні всі фактори для яких обраховані коефіцієнти кореляції, що знаходяться в формулі результуюча становить 2,076. Але у різних вагітних вразі коли відсутні, декотрі з перелічених у ФПВФ фактори, що впливають на можливість розродження шляхом операції КР вагітних з РМ, відсутні фактори з обрахованими коефіцієнтами кореляції з ФПВФ вилучаються і результуюча буде мати інше значення. В залежності від значення результуючої показник в межах до $\leq 0,7$ рахується як низький вплив

факторів на можливість проведення операції КР у вагітних з РМ; Вразі результуючої від $\leq 0,71$ до $\leq 1,4$ вплив трактується як середній та вразі результуючої від $\leq 1,41$ до $\leq 2,076$ вплив трактується як високий, що передбачає високу імовірність розродження вагітної шляхом операції КР.

Розрахунок впливу окремих факторів на шанси клінічної необхідності розродження жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу шляхом операції КР проведено для всіх груп обстежених вагітних (вагітним з РМ, вагітним після застосування ДРТ, з можливим розвитком АПД в пологах та з розвившимися АПД).

Вплив окремих факторів на шанси клінічної необхідності розродження жінок з РМ показав, що прояви помірного рівня ситуативної тривожності в I триместрі $b=3,562$, $SE=1,928$, $Wald=3,414$ має високий вплив, що підтверджується і обрахуванням шансів $OR=35,235$ (0,805-41,498). Прояви ситуативної тривожності навіть низького рівня в II триместрі у таких жінок має високий вплив на прогностичну модель $b=2,312$ $SE=1,649$, $Wald=1,965$, що підтверджується і обрахуванням шансів $OR=10,094$ (0,398-255,834), та для високого рівня ситуативної тривожності $OR=2,215$ (0,0373-131,528), такий же вплив має низький рівень ситуативної тривожності в III триместрі $b=4,880$, $SE=2,341$, $Wald=4,347$. Показники помірного та високого рівня ситуативної тривожності в III триместрі мають високий вплив на розродження жінок з РМ шляхом КР, відповідно $b=1,656$, $SE=0,897$, $Wald=1,748$ та $b = 3,549$, $SE=2,096$, $Wald 2,866$. Всі рівні особистої тривожності у жінок з РМ мають високий вплив, зокрема при низькому $b=1,419$, $SE=1,029$, $Wald=1,399$, помірний $b=2,011$, $SE=1,376$, $Wald=1,714$ і обрахуванням шансів $OR=7,468$ (0,260-214,899) та високий $b=19,047$, $SE=0,011$, $Wald=9,898$. Такий же високий вплив мали рівні особистої тривожності і в II триместрі відповідно при низькому $b=1,886$, $SE=1,453$, $Wald = 1,685$, при помірному $b=1,873$, $SE = 1,656$, $Wald = 1,279$, та при високому $b=1,082$, $SE = 1,897$, $Wald = 0,325$. В III триместрі високий вплив мали низький та високий рівні особистої тривожності відповідно при низькому $b=1,381$, $SE=1,544$, $Wald = 0,800$, при високому $b=1,570$, $SE=1,742$, $Wald=0,812$ і

обрахуванням шансів OR=4,805 (0,158-146,125). Високий вплив за коефіцієнтами множинної регресії і обрахуванням шансів мають також високі оцінки відповідно за шкалами депресії b=2,505, SE=1,742, Wald=0,812 і OR=12,240 (0,530-283,895), іпохондрії b=20,113, SE=2,006, Wald=0,0015 і OR=38,908 та брехні b=1,551, SE=1,650, Wald=0,884 і OR=4,716 (0,186-119,716). Шанси за шкалою вірогідності OR=2,552 (0,117-38,285). Високі шанси впливу у таких жінок мають прояви інфікування у вигляді вагінального кандидозу OR=1,444 (0,149-13,544) та виявлення в біотопах кишкової палички OR=1,323 (0,133-13,119). Високі шанси розродження шляхом КР мають жінки з РМ при загрозі розриву матки OR=37,955, при неспроможності РМ OR=1,176 та при дистресі плода OR=1,183, особливо при тривалих дициліраціях на КТГ OR=1,465, при цьому у цих жінок виявляється високий вплив з оцінкою за шкалою Апгар 6-7 балів OR=25,431 та з оцінкою 4-5 балів OR=82,550. Особливої уваги заслуговують високі показники шансів у таких жінок до оперативного розродження вразі других пологів OR=3,634 (0,739-17,883), передчасних пологів OR=88,486, та наявності в анамнезі мимовільних абортів в ранні терміни вагітності OR=76,814. Високий вплив на шанси розродження шляхом кесарева розтину мають запальні захворювання статевих органів OR=1,011 (0,247-7,839), серцево-судинні захворювання OR=1,391 (0,247-7,839) та ендокринні захворювання OR=2,239 (0,242-20,746).

ФПВФ на можливість розродження шляхом операції КР вагітних після застосування ДРТ:

Logit P=9,011 + (1,603* Вік від 31 року) - (4,567* Початок menses після 16 років) + (7,585 * Мимовільні ранні аборти) + (0,778* Передчасні пологи) + (15,075* Хронічний аднексит) + (5,727* Серцево-судинні захворювання) - (18,679 * Ендокринні захворювання) - (9,562* Загроза переривання вагітності в I триместрі) + (2,035* Загроза переривання вагітності в II триместрі) + (4,521* Апгар 8-9 балів) + (8,220* Апгар 6-7 балів) + (4,863* Апгар 4-5 балів) + (5,956* Плацентарна дисфункція) + (15,641* Ожиріння) + (7,866* Трубно-перитонеальне безпліддя) - (8,472* Гормональне безпліддя) + (40,870* Дистоція

ШМ) + (2,480* Низький рівень ситуативної тривожності в I триместрі) - (2,438* Помірний рівень ситуативної тривожності в I триместрі) - (8,114* Помірний рівень ситуативної тривожності в I триместрі) + (0,261* Низький рівень ситуативної тривожності в II триместрі) - (2,356* Помірний рівень ситуативної тривожності в II триместрі) + (9,489* Високий рівень ситуативної тривожності в II триместрі) + (1,342* Низький рівень ситуативної тривожності в III триместрі) - (10,116* Помірний рівень ситуативної тривожності в III триместрі) - (7,637* Високий рівень ситуативної тривожності в III триместрі) + (0,319* Низький рівень особистої тривожності в I триместрі) - (11,723* Помірний рівень особистої тривожності в I триместрі) + (3,148* Високий рівень особистої тривожності в I триместрі) - (0,841* Низький рівень особистої тривожності в II триместрі) + (20,798* Помірний рівень особистої тривожності в II триместрі) - (9,625* Високий рівень особистої тривожності в II триместрі) - (3,294* Низький рівень особистої тривожності в III триместрі) - (0,760* Помірний рівень особистої тривожності в III триместрі) + (6,502* Високий рівень особистої тривожності в III триместрі) + (4,560* Висока оцінка за шкалою депресії) + (11,912* Висока оцінка за шкалою іпохондрії) - (8,179* Висока оцінка за шкалою брехні) - (4,475* Висока оцінка за шкалою вірогідності) + (6,271* Недостатня проінформованість)

Вразі, якщо у вагітної після застосування ДРТ присутні всі фактори для яких обраховані коефіцієнти кореляції, що знаходяться в формулі результуюча становить 2,013. Але у різних вагітних вразі коли відсутні, декотрі з перелічених у ФПВФ фактори, що впливають на можливість розродження шляхом операції КР вагітних після застосування ДРТ, відсутні фактори з обрахованими коефіцієнтами кореляції з ФПВФ вилучаються і результуюча буде мати інше значення. В залежності від значення результуючої показник в межах до $\leq 0,7$ рахується як низький вплив факторів на можливість проведення операції КР у вагітних після застосування ДРТ; Вразі результуючої від $\leq 0,71$ до $\leq 1,4$ вплив трактується як середній та вразі результуючої від $\leq 1,41$ до $\leq 2,013$

вплив трактується як високий, що передбачає високу імовірність розродження вагітної шляхом операції КР.

Вплив окремих факторів на шанси клінічної необхідності розродження вагітних після застосування ДРТ показав, що високий вплив має вік вагітної від 31 року $OR=5,693$ (0,0257-1263,334). Високий вплив мають низький рівень ситуативної тривожності в I, II та III триместрі вагітності відповідно $OR=5,672$ (0,0411-782,238), $OR=1,398$ (0,0310-63,144) та $OR=1,310$ (0,00339-505,236), а також високі рівні ситуативної тривожності в II триместрі вагітності $OR=54,036$ (0,000861-83,713). Високий вплив на можливість розродження шляхом КР вагітних після застосування ДРТ мають низький рівень особистої тривожності в I та II триместрі відповідно $OR=3,054$ (0,0401-232,607) та $OR=2,624$ (0,0151-454,547), помірний рівень в II триместрі $OR=36,511$ та високий рівень в I і III триместрі, відповідно $OR=1,654$ (0,0164-167,377) та $OR=83,094$ (0,0330-448,460). Також високий вплив мають високі оцінки за шкалою депресії $OR=69,975$ (0,0610-41,973) та іпохондрії $OR=219,680$ (0,00473-716,100). Високий вплив має фактор недостатньої інформованості вагітних після застосування ДРТ, щодо можливості народження через природні пологові шляхи $OR=1,440$ (0,0391-4,966). Високий вплив має показник мимовільних ранніх абортів $OR=3,106$ (0,0108-890,698), передчасних пологів $OR=1,009$ (0,00698-146,341) та трубно-перитоніального Б $OR=63,103$ (0,00937-864,111). Високий вплив мають фактори ПД $OR=789,310$ (0,0939-6093,273), загрози переривання вагітності в II триместрі $OR=3,734$ (0,00308-4521,030), дистопії ШМ $OR=45,165$ та оцінка за шкалою Апгар 8-9 балів $OR=7,021$ (0,0247-1995,454), 6-7 балів $OR=60,997$ (0,111-586,078) та 4-5 балів $OR=31,070$ (0,0158-67,682). Високий вплив на оперативне розродження таких жінок мають ожиріння $OR=21,961$ (1,619-1,811), хронічний аднексит $OR=1168,028$ (0,0257-255,747) та серцево-судинні захворювання $OR=349,382$ (0,0287-905,737).

ФПВФ на можливість розродження шляхом операції КР вагітних з можливим розвитком АПД в пологах та з розвившимися АПД:

Logit P=3,840 - (4,771* Атрифіційний аборт) + (3,370* Самовільні аборти в ранні терміни) + (1,501* Самовільні пізні аборти) + (1,613* Запальні захворювання статевих органів) + (1,214* ППСШ) + (0,453* Порушення МЦ) - (1,690 * СПКЯ (22,188* Проліферативні процеси) + (2,702* Ожиріння) - (3,545*Ендокринні захворювання) - (0,992* Загроза переривання вагітності в I триместрі) - (1,230* Загроза переривання вагітності в II триместрі) + (2,142* Первинна слабкість пологової діяльності) - (0,878*Вторинна слабкість пологової діяльності) - (1,619* Патологічний прелімінарий. період) + (1,388* Передчасний розрив плодових оболонок.) + (1,645* Раннє вилиття вод) + (1,788 * Багатоводдя) + (17.537* Маловоддя) + (1,510* Меконіальне забарвлення вод) + (17,856* Незріла ШМ) + (4,227* Недостатньо зріла ШМ) - (2,520* Зріла ШМ) + (23,137* Помірний рівень ситуативної тривожності в I триместрі) + (18,153* Високий рівень ситуативної тривожності в I триместрі) + (1,221* Помірний рівень ситуативної тривожності в II триместрі) + (22,484* Високий рівень ситуативної тривожності в II триместрі) + (0,822* Помірний рівень ситуативної тривожності в III триместрі) + (0,974* Високий рівень ситуативної тривожності в III триместрі) - (3,062* Недостатня інформованість) - (2,826* Висока оцінка за шкалою депресії) - (0,803* Висока оцінка за шкалою іпохондрії) - (2,123* Висока оцінка за шкалою брехні) - (0,642* Висока оцінка за шкалою вірогідності).

Вразі, якщо у вагітної з можливим розвитком АПД в пологах та з розвившимися АПД присутні всі фактори для яких обраховані коефіцієнти кореляції, що знаходяться в формулі результуюча становить 2,093. Але у різних вагітних вразі коли відсутні, декотрі з перелічених у ФПВФ фактори, що впливають на можливість розродження шляхом операції КР вагітних з можливим розвитком АПД в пологах та з розвившимися АПД, відсутні фактори з обрахованими коефіцієнтами кореляції з ФПВФ вилучаються і результуюча буде мати інше значення. В залежності від значення результуючої показник в

межах до $\leq 0,7$ рахується як низький вплив факторів на можливість проведення операції КР у вагітних з можливим розвитком АПД; Вразі результуючої від $\leq 0,71$ до $\leq 1,4$ вплив трактується як середній та вразі результуючої від $\leq 1,41$ до $\leq 2,093$ вплив трактується як високий, що передбачає високу імовірність розродження вагітної шляхом операції КР.

Вплив окремих факторів на шанси клінічної необхідності розродження вагітних з можливим розвитком АПД в пологах та з розвившимися АПД показав, що високий вплив мають помірний та високий рівень ситуативної тривожності відповідно в I триместрі $OR=788,032$ та $OR=804,644$ в II триместрі $OR=3,389$ (0,127-90,448) і $OR=64,822$ та та в III триместрі $OR=2,275$ (0,149-34,789) і $OR=2,650$ (0,163-43,056). Високий вплив мають фактори, що відображають стан репродуктивного здоров'я таких жінок до настання вагітності. Зокрема перенесені ранні мимовільні аборти $OR=29,076$ (0,226-3738,152), перенесені пізні мимовільні аборти $OR=4,486$ (0,0598-336,334), запальні захворювання статевих органів $OR=5,019$ (0,194-129,767) в тому числі викликані ППШ $OR=3,368$ (0,203-55,863), порушення МЦ $OR=1,573$ (0,164-15,096) та ожиріння $OR=14,907$ (1,078-206,155). Важливим для оперативного розродження жінок з можливим розвитком АПД в пологах та з розвившимися АПД є високий вплив факторів, що виникають під час вагітності і в пологах. Зокрема: передчасний розрив плодових оболонок $OR=4,008$ (0,257-58,430), раннє вилиття вод $OR=5,182$ (0,199-135,001), багатоводдя $OR=5,976$ (0,326-109,699), маловоддя $OR=79,564$, меконіальне забарвлення вод $OR=4,527$ (0,150-136,288), недостатньо зліва ШМ $OR=68,500$ (1,061-4421,246), незріла ШМ $OR=560,560$ та первинна слабкість пологової діяльності $OR=8,519$ (0,396-183,439).

Враховуючи, що не існує чітких критеріїв, які передбачають розвиток АПД в пологах заздалегідь, для формування VI групи обстежених вагітних на підставі визначення значення впливу різноманітних факторів, які можуть мати значення для розвитку АПД в пологах було проведено шляхом складання на

основі обчислення коефіцієнтів кореляції формули прогнозування впливу факторів на розвиток АПД у вагітних.

ФПВФ на можливість розвитку у вагітних аномалій пологової діяльності в пологах:

$$\text{Logit } P = -20,421 + (21,309 * \text{Вік } 26-30 \text{ років}) - (22,992 * \text{Вік } 31-35 \text{ років}) + (3,010 * \text{Початок menses після } 16 \text{ років}) - (0,139 * \text{Самовільні ранні аборти}) - (0,785 * \text{Самовільні пізні аборти}) - (1,090 * \text{Атрифіційні аборти}) + (0,529 * \text{Ендокринні захворювання}) + (1,537 * \text{Ожиріння}) + (1,428 * \text{СПКЯ}) - (1,165 * \text{Запальні захворювання статевих органів}).$$

Вразі, якщо у вагітної присутні всі фактори для яких обраховані коефіцієнти кореляції, щодо можливості розвитку АПД, що знаходяться в формулі результуюча становить 1,344. Але у різних вагітних вразі коли відсутні, декотрі з перелічених у ФПВФ фактори, що впливають на можливість розвитку АПД, відсутні фактори з обрахованими коефіцієнтами кореляції з ФПВФ вилучаються і результуюча буде мати інше значення. В залежності від значення результуючої показник в межах до $\leq 0,7$ рахується як низький для включення вагітних в групу з можливим розвитком АПД в пологах. Вразі результуючої від $\leq 0,71$ до $\leq 1,4$ вплив трактується як середній та вразі результуючої від $\leq 1,41$ до $\leq 1,344$ вплив трактується як високий, що передбачає високу імовірність включення вагітних в групу з можливим розвитком АПД в пологах.

Визначення впливу окремих факторів на шанси включення вагітних в групу з можливим розвитком АПД в пологах показав, що високий вплив мають вік вагітної 26-30 років $OR=772,329$, початок менструальної функції після 16 років $OR=20,283$ (2,608-157,765), ендокринні захворювання $OR=1,697$ (0,319-9,024), ожиріння $OR=4,648$ (0,808-26,752) та СПКЯ $OR=4,170$ (1,068-16,287).

Проведене прогнозування та визначення шансів впливу різноманітних факторів на розвиток АПД у вагітних дозволило сформувати VI групу обстежених вагітних.

Висновки

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

2. Розроблені формули алгоритмів прогнозування 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 допоміжних репродуктивних технологій та у вагітних з можливістю розвитком аномалії пологової діяльності дозволяють своєчасно провести підготовку інших вагітних цих груп до розродження через природні пологові шляхи.

Результати власних досліджень розділу 8 викладені у статтях: 3,7,8,9,12,13,15,16,17,23 (стор. 8-11).

РОЗДІЛ 9

ДІАГНОСТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ ДЛЯ ВАГІТНИХ ЗА НАЯВНОСТІ АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ОБТЯЖЕНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗУ

Результати досліджень проведені в різних напрямках і представлені в попередніх розділах роботи показують, що вагітність, пологи у жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом перебігають з значною кількістю ускладнень, що призводить до змін в стані утробного плода та народження дітей в порушеному стані. В більшості випадків такі жінки розроджуються шляхом операції кесарева розтину. Проведені дослідження та аналіз показань до оперативного розродження жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом дозволяють з впевненістю стверджувати, що існує значний резерв для зниження частоти оперативного розродження таких жінок. Психологічний стан таких жінок змінений з багатьох причин. Все це потребувало розробки системи організаційних, діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом. Розроблена система організаційних, діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом складається з двох етапів обстеження та діагностичних дій: I етап - до настання вагітності, тобто проводиться на прегравідарном етапі та II етап – під час вагітності. Розроблені алгоритми обстеження та діагностичних заходів для кожної групи жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом, а саме для жінок з РМ (рис. 9.1, 9.2), для жінок після застосування ДРТ (рис. 9.3, 9.4) та для жінок з можливим розвитком АПД (рис. 9.5, 9.6).

І етап обстеження та діагностичних заходів до настання вагітності у жінок з рубцем на матці



Рисунок 9.1 –Алгоритм обстеження та діагностичних заходів для жінок з рубцем на матці до настання вагітності (І етап обстеження)

II етап обстеження та діагностичних заходів під час вагітності у жінок з рубцем на матці



Рисунок 9.2 – Алгоритм обстеження та діагностичних заходів для жінок з рубцем на матці під час вагітності (II етап обстеження)

І етап обстеження та діагностичних заходів до настання вагітності у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій

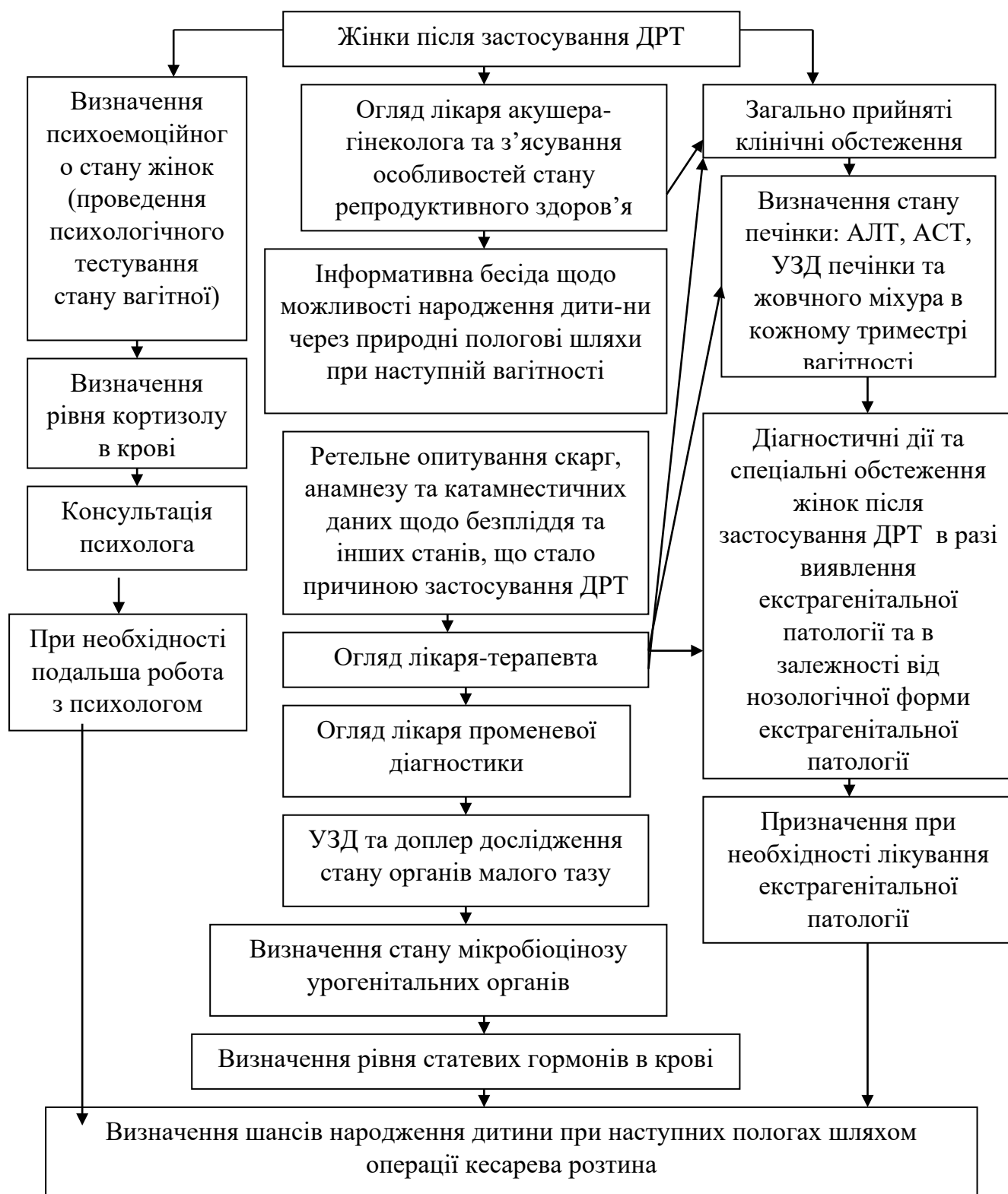


Рисунок 9.3 – Алгоритм обстеження та діагностичних заходів для жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій до настання вагітності (І етап обстеження)

II етап обстеження та діагностичних заходів для жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій під час вагітності

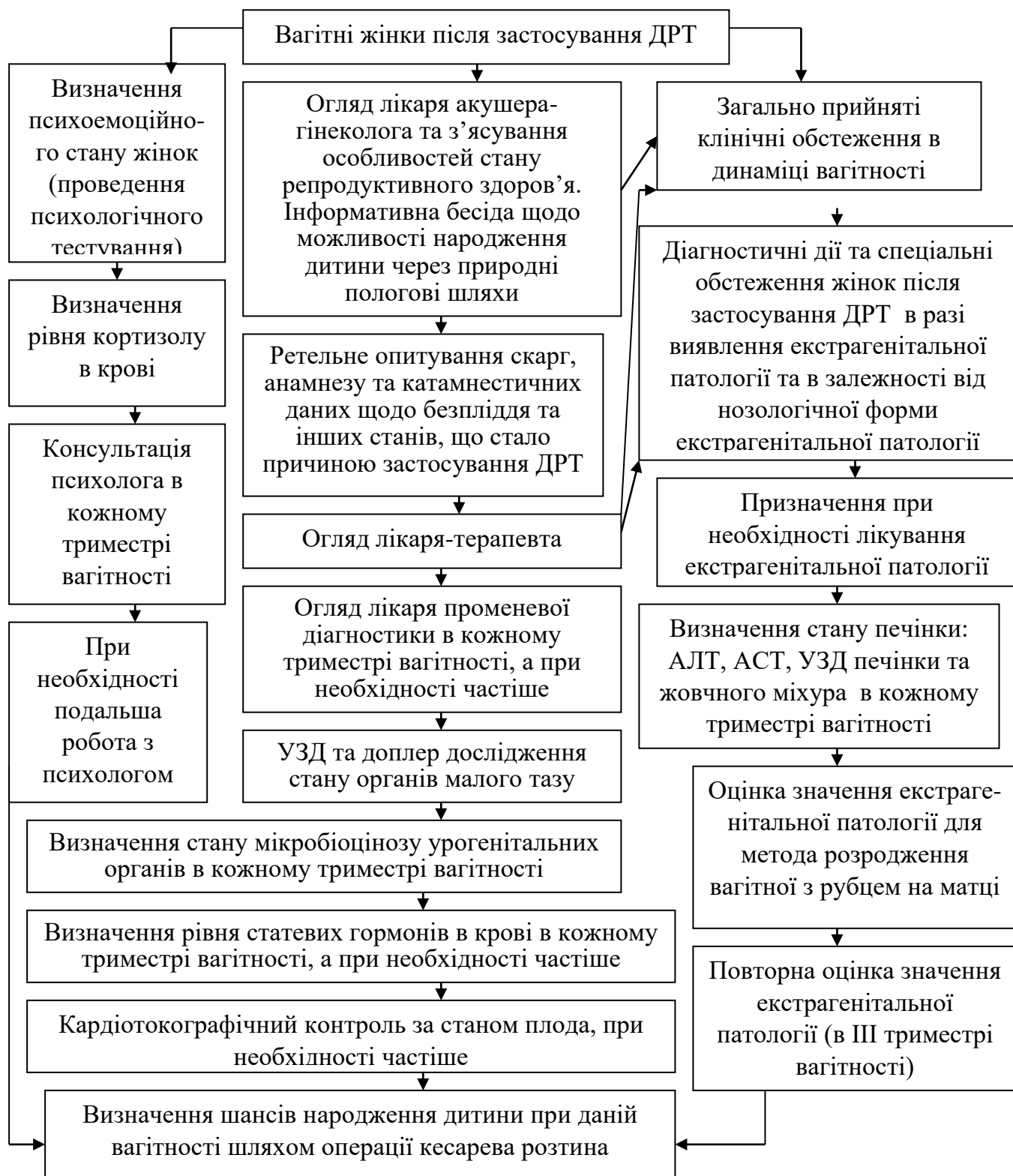


Рисунок 9.4 – Алгоритм обстеження та діагностичних заходів для жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій під час вагітності (II етап обстеження)

I етап обстеження та діагностичних заходів до настання вагітності у жінок з можливим розвитком аномалій пологової діяльності



Рисунок 9.5 –Алгоритм обстеження та діагностичних заходів для жінок з можливим розвитком аномалій пологової діяльності в пологах до настання вагітності (I етап обстеження)

II етап обстеження та діагностичних заходів під час вагітності у жінок з можливим розвитком аномалій пологової діяльності

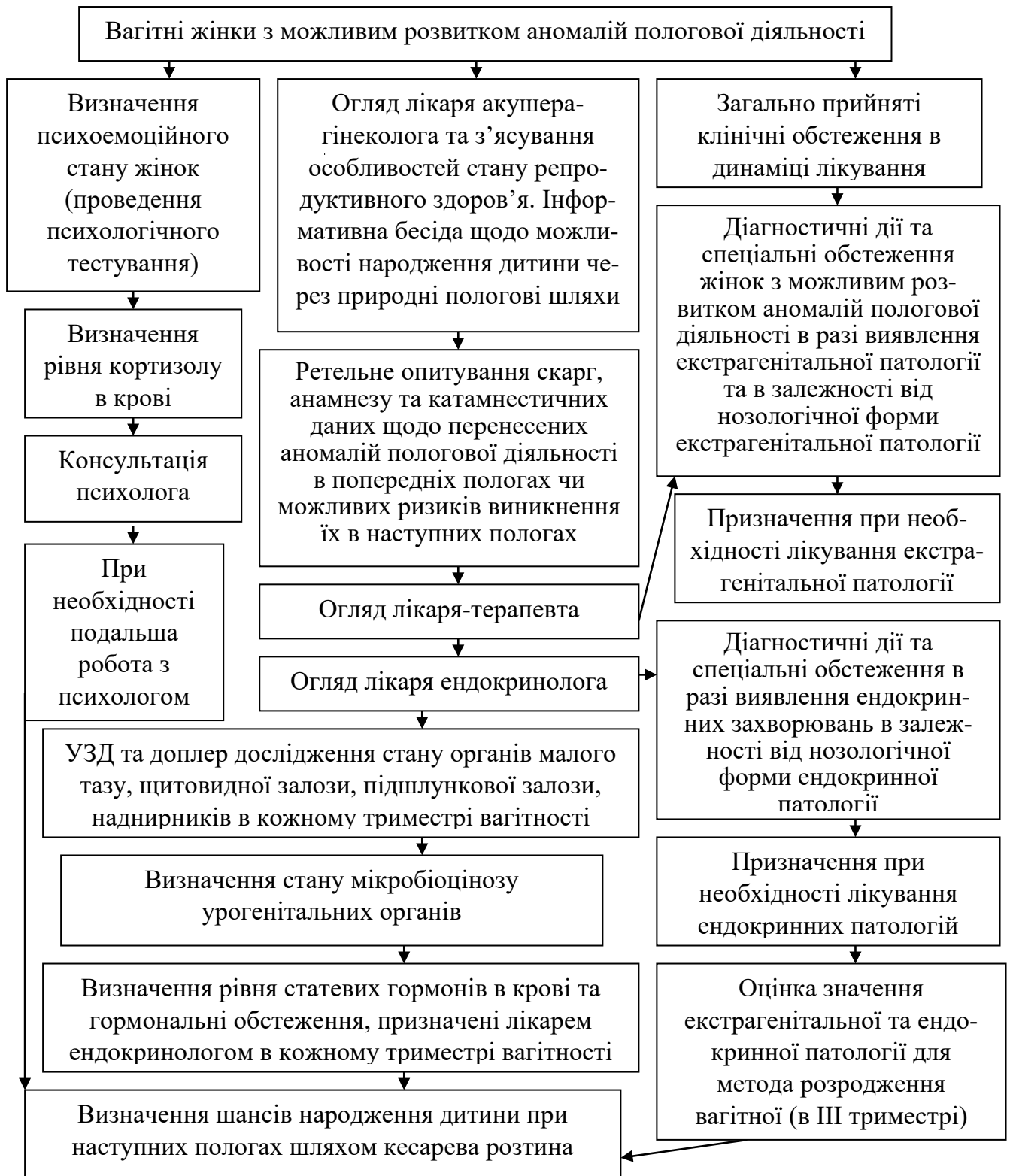


Рисунок 9.6 – Алгоритм обстеження та діагностичних заходів для жінок з можливим розвитком аномалій пологової діяльності в пологах під час вагітності (II етап обстеження)

Організаційні, діагностичні та лікувально-профілактичні заходи для вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом проводились окремо виділеним за принципом рандомізації жінкам з РМ, після застосування ДРТ та з можливим розвитком АПД (відповідно групи IV, V та VI) тобто за всіма показниками відібрані жінки, яким був запропонований та використовувався розроблений комплекс організаційних, діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом, були ідентичні показникам у жінок груп порівняння (жінки з РМ – I група, жінки після застосування ДРТ – II група, жінки з АПД – III група). Жінки груп порівняння (I, II та III групи) отримували діагностичні та лікувальні заходи у відповідності до існуючих протоколів та нормативних документів МОЗ України. Жінкам яким був запропонований та використовувався розроблений комплекс організаційних, діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом (IV, V та VI групи) поряд з ним також в повному обсязі були надані діагностичні та лікувальні заходи, що передбачаються існуючими протоколами та нормативними документами МОЗ України. Порівняння ефективності використання розробленого комплексу організаційних, діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом проводили між I і IV групами, між II і V групами та між III і VI групами.

Алгоритм обстеження та діагностичних заходів для жінок IV групи на I етапі (рис. 9.1) складався з огляду лікаря акушера-гінеколога та з'ясування особливостей стану репродуктивного здоров'я жінок. Лікар акушер-гінеколог проводить ретельне опитування скарг, анамнезу та катamnестичних даних щодо перенесених хірургічних втручань на матці. Під час свого огляду лікар акушер-гінеколог приділяв пильну увагу стану післяопераційного рубця на передній черевній стінці, призначав загально клінічні обстеження. Проводилось обов'язкове визначення психоемоційного стану жінок шляхом проведення

психологічного тестування, також визначався рівень кортизолу в крові. Лікар акушер-гінеколог на цьому етапі обстеження жінок IV групи обов'язково проводив бесіду щодо детального інформування жінок про можливість розродження через природні пологові шляхи в разі настання вагітності. При цій бесіді до відома жінки ставився розроблений алгоритм обстеження та діагностичних і можливих лікувальних заходів на етапі підготовки до наступної вагітності. Після проведеної бесіди отримувалась інформована згода жінки на застосування розробленого комплексу діагностичних і лікувальних дій. Всім жінкам після проведеного психологічного тестування призначалась консультація психолога, який при необхідності продовжував роботу з жінками IV групи. Жінки цієї групи проходили обов'язково огляд терапевта та вразі виявлення екстрагенітальної патології призначав додаткові діагностичні дії та спеціальні обстеження в залежності від нозологічної форми та номенклатури екстрагенітальної патології. В разі необхідності терапевтом призначалося лікування екстрагенітальної патології. Жінкам IV групи обов'язково призначався огляд лікаря променевої діагностики, який проводив УЗД та доплер дослідження стану органів малого тазу та стану РМ. Обов'язковим, згідно алгоритму було визначення стану мікробіоценозу урогенітальних органів. При визначенні змін в показниках мікробіоценозу призначалось відповідне лікування. Вразі виявлення у жінок IV групи змін репродуктивного здоров'я, що можуть супроводжуватись коливання рівня статевих гормонів, таким жінкам призначалося визначення рівня статевих гормонів в крові. За результатами цього обстеження проводилась відповідна корекція. В результаті проведеного обстеження та діагностичних дій всім жінкам IV групи проводилось визначення шансів народження дитини шляхом КР та проводилась повторна детальна бесіда щодо народження дитини при наступній вагітності через природні пологові шляхи.

II етап обстеження жінок IV групи проводиться під час вагітності (рис. 9.2). Він передбачає загальноприйняті обстеження, які проводяться вагітним жінкам у відповідності до існуючих нормативних документів МОЗ України та

огляд лікаря акушера гінеколога. Лікар акушер-гінеколог проводить ретельне опитування скарг, анамнезу та катamnестичних даних щодо перенесених хірургічних втручань на матці. За розробленим алгоритмом лікар акушер-гінеколог пильно спостерігає за станом післяопераційного рубця на передній черевній стінці та відмічає появу змін в його стані в кожному триместрі вагітності. Також, в кожному триместрі вагітності проводяться інформовані бесіди за результатами алгоритму обстеження та діагностичних і лікувальних заходів при, яких детально обговорюється можливість розродження через природні пологові шляхи. Як і до вагітності, під час вагітності визначається психоемоційний стан жінок шляхом проведення психологічного тестування та визначення рівня кортизону в крові. В кожному триместрі вагітності жінки IV групи консультуються, а при необхідності знаходяться під пильним наглядом психолога з проведенням лікувальних заходів. Обов'язковим є огляд та обстеження жінок IV групи лікарем-терапевтом, який проводить оцінку стану загального здоров'я вагітної та вразі виявлення екстаргенітальної патології призначає додаткові діагностичні дії та спеціальні обстеження в залежності від нозологічної форми та номенклатури екстаргенітальної патології. При необхідності призначається лікування екстаргенітальної патології під час вагітності. Важливим є оцінка значення екстаргенітальної патології для метода розродження вагітних з РМ. Така оцінка значення екстаргенітальної патології проводиться в I триместрі вагітності і повторно III триместрі вагітності не пізніше як за 3 тижні до дати передбачуваних пологів. Такий термін обумовлений необхідністю (вразі якщо є показання до оперативного розродження через показання з боку екстаргенітальної патології у вагітної) проведення підготовки до оперативного розродження вагітної. Важливим положенням алгоритму є огляд вагітної лікарем променевої діагностики, який проводив УЗД та доплер дослідження стану органів малого тазу та стану рубця на матці в кожному триместрі вагітності. При цьому, особлива увага приділяється діагностиці неспроможності післяопераційного РМ за визначеними критеріями. Така діагностика проводиться в визначені

терміни вагітності, а при необхідності і частіше. В кожному триместрі вагітності у вагітних IV групи визначається стан мікробіоценозу уrogenітальних органів та проводиться визначення рівня статевих гормонів в крові. Вразі виявлення змін в цих показниках призначається відповідне лікування. В результаті проведеного обстеження та проведених діагностичних заходів всім жінкам IV групи проводилось визначення шансів народження дитини шляхом КС та проводилась повторна детальна бесіда щодо можливості народження дитини через природні пологові шляхи. Така бесіда з вагітною проводиться лікарем акушером-гінекологом в кожному триместрі вагітності і обов'язково за два тижні до передбачуваного терміну пологів.

Алгоритм обстеження жінок з Б до настання вагітності (рис. 9.3) передбачає виконання всіх діагностичних дій, які передбачаються програмою підготовки до ДРТ та додатково цим жінкам серед звичайних обстежень, які передбачені протоколами МОЗ України. Лікар акушер-гінеколог проводить ретельне опитування скарг, анамнезу та катамнестичних даних щодо Б та інших станів, що стало причиною застосування ДРТ. За алгоритмом жінкам V групи приділяється більш пильна увага з боку лікаря-терапевта щодо стану печінки та жовчного міхура та обстеження їх функції з визначенням АЛТ, АСТ, проведення УЗД печінки та жовчного міхура. Так як і жінкам IV групи за алгоритмом розробленим для жінок V групи проводиться інформована бесіда з лікарем акушером-гінекологом щодо можливості, вразі настання вагітності, розродження через природні пологові шляхи. Проводиться визначення психоемоційного стану таких жінок, консультування психолога та при необхідності призначається корекція психоемоційного стану. Інші позиції алгоритму обстеження та проведених діагностичних заходів для жінок V групи на першому етапі відповідають таким, як і у жінок IV групи (за винятком пильної необхідності спостереження за станом післяопераційного рубця, якщо такого нема у жінок V групи). Всім жінкам V групи вже на I етапі алгоритму обстеження та діагностичних заходів проводилось визначення шансів

народження дитини шляхом КР та повторна детальна бесіда щодо народження дитини при наступній вагітності через природні пологові шляхи.

Під час вагітності жінкам V групи проводився II етап обстеження та діагностичних заходів (рис. 9.4). Основні позиції алгоритму II етапу співпадають з таким для жінок IV групи, однак відмінністю є з'ясування лікарем акушер-гінекологом скарг, анамнезу та катamnестичних даних щодо Б та інших станів, що стало причиною застосування ДРТ, пильне обстеження стану мікробіоценозу урогенітальних органів та рівня статевих гормонів в крові вагітної, які проводять в кожному триместрі вагітності, а при необхідності і частіше з відповідною корекцією виявлених змін. Також за II етапом алгоритму для жінок V групи приділяється більш пильна увага за обстеженням та визначення стану печінки і жовчного міхура. Всім жінкам V групи на II етапі алгоритму обстеження та діагностичних заходів проводилось визначення шансів народження дитини шляхом КР та повторна детальна бесіда щодо народження дитини через природні пологові шляхи.

Алгоритм обстеження жінок з можливим розвитком АПД під час вагітності передбачає до настання вагітності (рис. 9.5) ті ж позиції, що і алгоритм обстеження жінок з РМ та жінок, що готуються до застосування ДРТ. Додатковими позиціями алгоритму обстеження жінок VI групи є ретельне опитування лікарем акушер-гінекологом скарг, анамнезу та катamnестичних даних щодо перенесених АПД в попередніх пологах чи можливих ризиків виникнення їх в наступних пологах, обов'язковий огляд жінки лікарем-ендокринологом з проведенням діагностичних заходів та спеціального обстеження вразі виявлення ендокринних захворювань в залежності від нозологічної форми та номенклатури ендокринної патології. Такі обстеження обов'язково включають визначення стану щитовидної залози, підшлункової залози, наднирників, визначення рівня статевих гормонів в крові, а при необхідності і рівня інших гормонів. Вразі виявлення патологічних змін лікарем-ендокринологом призначаються лікувальні заходи.

Під час вагітності жінкам VI групи проводився II етап обстеження та діагностичних заходів (рис. 9.6). Лікар акушер-гінеколог проводить ретельне опитування скарг, анамнезу та катamnестичних даних щодо перенесених АПД в попередніх пологах та з'ясовує їх можливий ризик виникнення в пологах. Інші позиції алгоритму співпадають з такими як в алгоритмах для жінок з РМ та для жінок з застосуванням ДРТ. Відмінністю є пильне спостереження за рівнем статевих гормонів в крові. Таким вагітним обов'язково проводиться огляд лікарем-ендокринологом, а за наявності ендокринної патології його спостереження в кожному триместрі вагітності та проведення спеціальних ендокринологічних обстежень і при необхідності відповідного лікування. Всім жінкам VI групи на II етапі алгоритму обстеження та діагностичних заходів проводилось визначення шансів народження дитини шляхом КР та повторна детальна бесіда щодо народження дитини через природні пологові шляхи.

Лікувальні заходи для вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу складались з послідовних дій, які передбачали покращення психоемоційного стану і зниження стресорних навантажень та корекцію змін виявлених під час проведення алгоритму обстеження та діагностичних заходів для таких жінок до і під час вагітності. Комплекс діагностичних та лікувальних заходів на прегравідарному етапі жінкам за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу розпочинався не пізніше як за півроку до планування вагітності. Всім жінкам на прегравідарному етапі та під час вагітності призначалися психотерапія, аутотренінг та емоційне розвантаження. Ці лікувальні заходи проводились психологом, вразі спеціальної підготовки лікарем акушером-гінекологом та самою жінкою. Жінкам за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу серед багатьох видів психотерапії застосовувалась сугестивна психотерапія, яка включала навіювання та самонавіювання в поєднанні з психологічним розвантаженням. Позитивний вплив навіювання жінки відмічали не залежно коли сугестором виступали психолог, або лікар акушер-гінеколог. Для самонавіювання використовувався

метод Куе та аутогенне тренування. Самонавіювання проводилось в положенні лежачи коли жінка відчувала збудження або перед засинанням. Жінки автоматично повторювали набір фраз, які відображали зміст їх почуттів, переживань, тривоги або страху попередньо визначені в бесіді з психологом і узгодженні з ним для проведення самонавіювання. Таким чином, самі жінки приймали активну участь через застосування самонавіювання в корекції змін свого психоемоційного стану. Аутогенне тренування вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу проводилось за методикою В.М. Бехтерева з використанням стандартних схем, що включають шість вправ, при яких досягається релаксація м'язів, з'являється відчуття тепла та покращення дихання. При необхідності, яка визначалася психологом проводились групові заняття таких жінок два рази на тиждень протягом тридцяти хвилин. Самостійне аутогенне тренування жінки за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу проводили щоденно два рази на добу ранком перед вставання з ліжка та ввечері перед сном. Самостійне аутогенне тренування жінки проводили після ретельного консультування з психологом щодо особливостей та правильності проведення лікування.

Поряд з психотерапевтичними лікувальними діями жінкам за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу призначались медикаментозні препарати. Жінкам всіх груп (IV, V, VI) призначався комбінований препарат з лікарських рослин описаних в аюрведичній системі медицини до складу якого входять одинадцять лікарських рослин, які має адаптогенну антистресову та імуномодельюючу дію. Препарат призначався по одній капсулі на добу курсом 4 місяці. В залежності від змін психоемоційного стану (при легких та помірних змінах) жінок комплексній терапії також призначався препарат, одною таблеткою якого містить валеріани екстракту густого у перерахуванні на суху речовину – 40 мг. Препарат призначався по 1-2 таблетки 3 рази на добу курсом до 10 діб. При виражених змінах психоемоційного стану на тлі психотерапевтичних дій призначався седативний

препарат рослинного походження, одна таблетка якого містить сухий екстракт валеріани – 50 мг, сухий екстракт перцевої м'яти – 25 мг і сухий екстракт меліси – 25 мг. Препарат призначався при підвищеній нервовій збудливості, безсонності та подразливості оскільки рослини, які входять до його складу мають виражений седативний ефект та спазмолітичну дію. При виражених стресорних проявах та вразі поганого сну в комплексі лікувальних заходів на прегравідарному етапі призначався препарат 1 таблетка якого містить сухого екстракту пасіфлори – 100 мг. Препарат призначався по 1 таблетці 3 рази на день перед їжею протягом 10 днів. При вагітності з метою зниження стресорних навантажень та для забезпечення нормальної діяльності нервової системи вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу призначався комбінований препарат що містить вітамін В₆ - 5мг і магнія лактат дигідрат – 470 мг по 2 таблетки 3 рази на добу в кожному триместрі вагітності протягом 10 діб, а при необхідності частіше.

В комплексній терапії як джерело омега–3 поліненасичених жирних кислот з метою зміцнення організму та профілактики ліпідного обміну призначався жінкам всіх груп на етапі прегравідарної підготовки та під час вагітності в кожному триместрі по 1 капсулі 3 рази на добу курсом 3 місяці. комплексний препарат до якого входить рибачий жир (містить не менше 300 мг омега-3 поліненасичених жирних кислот, зокрема ейкозапентаєнової кислоти – 18 % та докозагексаєнової кислоти – 12 %) та олія паростків пшениці. Дія цього препарату базується на покращенні властивостей клітинних мембран зниження рівня тригліцеридів, холестерину, зменшення активності тромбоцитів. Олія пшениці є джерелом вітаміну Е, який зумовлює антиоксидантні властивості та бере участь тканинному диханні, покращує тканинний метаболізм і захищає клітини від перикисного окислення ліпідів.

З метою покращення стану м'язевої (гладких м'язів), сполучної тканини та судин призначався (в проміжках між курсами препарату що містить рибачий жир та олію пшениці) призначався препарат вітаміну Е по 300 мг 1 капсула на добу через день з 17 дня МЦ в прегравідарному періоді та під час

вагітності курсом в 10 днів в кожному триместрі вагітності по 1 капсулі – 200 мг 2 рази на добу.

Для стимуляції клітинного метаболізму у жінок всіх груп на прегравідарному етапі та під час вагітності призначався препарат який містить 10 мг нативного маткового молочка бджіл та комплекс вітамінів. На прегравідарному етапі препарат призначався по 1 таблетці 3 рази на добу щомісяця курсом 10 діб до настання вагітності. Під час вагітності по 1 таблетці 3 рази на добу в кожному триместрі вагітності.

В періоди коли не призначався препарат що містить вітаміни та нативне маткове молочко бджіл призначався препарат вітамінно-мінерального комплексу що містить всі необхідні для життєдіяльності організму людини вітаміни мінерали та мікроелементи по 1 таблетці курсами 4 тижні в прегравідарному періоді до настання вагітності та під час вагітності такими же курсами в кожному триместрі вагітності. Вразі виявлення несприятливих ознак в стані післяопераційного РМ у жінок IV групи в прегравідарному періоді в залежності від виявлених змін: при незначних змінах призначався препарат звільненого від білку (депротеїнізований) екстракт(гемо деривату) з крові телят в таблетках по 2 мг 1 таблетка 2 рази на добу протягом 14 діб 1 раз на місяць курсом 3 - 4 місяці; при виражених змінах в ділянці післяопераційного РМ цей препарат призначався внутрішньовенно крапельно 2 ампули на 100 мл фізрозчину 1 раз на добу 10 днів 1 раз на місяць курсом 3-4 місяці. Дія цього препарату основана на трьох ефектах: метаболічному, нейропротекторному та мікроцеркуляторному. Препарат впливає на покращення утилізації та поглинання кисню, енергетичного метаболізму та поглинання глюкози. Це приносить користь після ураження або пошкодження тканин або органів.

Вразі виявлення змін в стані післяопераційного рубця на передній черевній стінці у жінок IV групи в прегравідарному періоді призначався у вигляді гелю для зовнішнього застосування на ділянку зміненого рубця препарат, що містить в 1 гр – 100 мг екстракту цибулі, 50 МЕ гепарину та 10 мг

алантоїну. Препарат наносився на ділянку післяопераційного рубця два рази на добу протягом 10 діб курсами 2 рази на місяць до покращення стану післяопераційного рубця.

Вразі виявлення змін мікробіоценозу урагенітальних органів у жінок за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу (IV, V, VI групи) призначались лікувальні заходи з урахуванням результатів дослідження біотопів і наявності клінічних ознак запального процесу. На прегравідарному етапі такого лікування потребували 31 жінка IV групи (20,7 (18,4–23,0)) %, 45 жінок V групи (30,0 (26,8–33,2)) % та 15 жінок VI групи (10,0 (7,6–12,4)) %. Отримані дані свідчать про те, що до настання вагітності на етапі її планування найбільш часто зміни мікробіоценозу урагенітальних органів, на тлі запальних процесів, зустрічалися у жінок IV та V груп. Під час вагітності за результатами обстежень та клінічних проявів протимікробне лікування потребували 9 вагітних IV групи (6,0 (4,2–7,8)) %, 13 вагітних V групи (8,7 (6,5–10,9)) % та 6 жінок VI групи (4,0 (1,6–6,4)) %. Таким чином, можна стверджувати, що лікувальні заходи направлені на корекцію мікробіоценозу урагенітальних органів на прегравідарному етапі дозволили у більшості жінок відновити нормальну мікрофлору та зняти запальний процес. Такі дії вимагали призначення лікування за результатами обстеження та в залежності від виявлених мікроорганізмів призначалося лікування. Препарати для корекції порушень мікробіоценозу призначались не тільки за результатом дослідження біотопів, а вразі необхідності призначення антибіотико терапії і з урахування антибіотико резистентності. На прегравідарному етапі до отримання результатів мікробіологічних та вірусологічних досліджень стану біотопів урагенітальних органів при виражених запальних змінах нижнього рівня статевих органів призначався препарат у вигляді вагінальних таблеток, що містять 500 мг орнідозолу, 100 мг неоміцину сульфату та 100 000 Мо ністатину та 3 мг преднізолону терміном на 7 діб. Вразі необхідності призначення антибіотиків при виявленні патогенних мікроорганізмів частіше призначались фторхінолони, джозаміцин та доксіциклін. В комплексній терапії призначався

орнідазол по 50 мг 1 таблетка на добу, а при необхідності в інфузійній формі у вигляді розчину 100 мл. Для лікування виявленої грибової мікрофлори використовувався препарат в піхвових таблетках, що містить натаміцин. Паралельно з призначенням антибіотиків призначався пробіотик, збагачений вітамінами групи В. Комплексна терапія корекції змін мікробіоценозу на тлі запальних захворювань статевих органів призначалася курсом на 10 днів. Для лікування та профілактики запальних процесів нижнього рівня статевих органів призначався препарат в вагінальних свічках, що містить багатокomпонентну композицію на основі продуктів бджільництва та рослинних компонентів. Препарат призначався по 1 свічці в піхву на ніч 1 раз на добу протягом 10 днів, а потім з профілактичною метою 2 рази на тиждень загальним курсом 16 супозиторії. При виявленні змін мікробіоценозу на тлі запальних захворювань статевих органів у жінок IV, V, VI груп їм пропонували обстеження та при необхідності лікування статевих партнерів у лікаря-уролога. Під час вагітності жінкам IV, V, VI груп вразі необхідності призначення корекції мікробіоценозу урагенітальних органів на тлі запальних захворювань статевих органів до 14 тижнів вагітності призначались комплексні гомеопатичні препарати: препарат, що містить в 100 г - Ammonium bromatum D4 – 10 г, Apis mellifica D4 – 10 г, Aurum iodatum D12 – 10 г, Chamaelirium luteum D4 – 10 г, Lilium lancifolium D4 – 10 г, Melilotus officinalis D3 – 5 г, Naja naja D12 – 10 г, Palladium metallicum D12 – 10 г, Platinum metallicum D12 – 10 г, Vespa crabro D4 – 10 г, Viburnum opulus D2 – 5 г, та препарат що містить в 100 г - Myosotis arvensis D3 – 5 г, Veronica officinalis D3 – 5 г, Teucrium scorodonia D3 – 5 г, Pinus sylvestris D4 – 5 г, Gentiana lutea D5 – 5 г, Equisetum hyemale D4 – 5 г, Smilax D6 – 5 г, Scrophularia nodosa D3 – 5 г, Juglans regia D3 – 5 г, Calcium phosphoricum D12 – 5 г, Natrium sulfuricum D4 – 5 г, Fumaria officinalis D4 – 5 г, Levothyroxinum D12 – 5 г, Araneus diadematus D6 – 5 г, Geranium robertianum D4 – 10 г, Nasturtium officinale D4 – 10 г, Ferrum iodatum D12 – 10 г. Перший комплексний гомеопатичний препарат рекомендований в комплексному лікуванні запальних захворювань жіночих статевих органів і призначався по

8 крапель 3 рази на добу за 20 хвилин до прийому їжі курсом від 10 днів до 3-5 тижнів. Другий комплексний гомеопатичний препарат, який має імунорегулюючу протизапальну та дезінтоксикаційну дію, покращує відтік лімфи з усіх органів і тканин призначався по 10 крапель 3 рази на добу за 20 хвилин до прийому їжі курсом від 10 днів до 3-5 тижнів. Вагітним IV, V, VI груп вразі необхідності призначення корекції мікробіоценозу урагенітальних органів на тлі запальних захворювань статевих органів після 14 тижнів вагітності, при необхідності призначення антибіотико терапії особливо вразі виявлення представників мікроорганізмів, що передаються статевим шляхом призначався антибіотик групи джозаміцину. При цьому, також пропонували обстеження та при необхідності лікування статевих партнерів у лікаря-уролога. Противірусне лікування здійснювали на прегравідарному етапі за допомогою ацикловіру в таблетованій формі, а при необхідності в внутрішній формі в дозах в залежності від вірусної активності. Для корекції імунологічних змін в комплексній терапії призначався препарат акридоуксусної кислоти в 1 ампулі якого міститься 150 мг. Препарат є індуктором утворення ендogenous інтерферону і має широкий спектр біологічної активності (потенціює утворення в тканинах і органах високих титрів β - і α - інтерферонів, сприяє активізації клітин Т-пілорів і Т-лімфоцитів), препарат має також протихломедійну та протимікробну дію і призначався 1 раз на добу внутрішньом'язево курсом 10-14 днів. Вразі виявлення вірусного інфікування IV, V, VI груп під час вагітності та необхідності призначення лікування використовувався препарат, який містить флавоноїди диких злаків *Calamagrostis epigeios*L і *Deshampsia caespitosa*L, які інгібують ДНК полімерази і тимідин кіназу вірусів, що припиняє реплікацію ДНК вірусів. Препарат підвищує неспецифічний імунітет шляхом підвищення рівня ендogenous інтерферону. Препарат призначався у відповідності до інструкції до застосування: на 1 тижні лікування 15 крапель 3 рази на добу (по 5 крапель на прийом), на 2 і 3 тижні 10 крапель на прийом 3 рази на добу і на 4 тижні 8 крапель на прийом 3 рази на добу.

Вразі виявлення гормональних змін забезпеченості менструальної функції жінок IV, V, VI груп в залежності від гормональних змін використовувався для лікування на прегравідарному етапі мікронізований П. Сублінгвальна форма препарату призначалась якщо жінка хворіла на запальні захворювання статевих органів в інших випадках за бажанням жінки в сублінгвальній або піхвових формах. Доза та тривалість прийому препарату визначалась результатами змін рівня статевих гормонів (частіше при прогестероновій недостатності). Цей препарат призначався жінкам IV, V, VI груп і під час вагітності при виявлених гормональних змінах рівня статевих гормонів та клінічних проявах загрози переривання вагітності. Для профілактики змін рівня статевих гормонів у жінок V та VI груп на прегравідарному етапі призначався фітопрепарат до складу якого входить екстракт вітексу звичайного 100 мг, екстракту імбирю садового 50 мг, екстракту пажитника сінного 25 мг та екстракту яблуні лісної 7,5 мг препарат призначався по 1-2 капсулі 2 рази на день курсом від 1 до 2 місяців. Препарат є регулятором рівня П, ФСГ та ЛГ. При виявленому дефіциті йоду жінкам VI групи на прегравідарному етапі, а при необхідності і під час вагітності призначався препарат, що містить 200 мг йоду 1 таблетка 1 раз на добу протягом 2-3 тижнів. На час проведення лікувальних заходів в прегравідарному періоді жінкам IV, V, VI груп рекомендувалось використання бар'єрних методів контрацепції.

Аналіз перебігу вагітності у жінок IV групи у порівнянні з таким у жінок I групи показав, що після проведеної прегравідарної підготовки та використання розроблених алгоритмів обстеження і діагностичних заходів до та під час вагітності та лікувальних заходів під час вагітності у жінок IV групи вагітність перебігала з значно меншими ускладненнями (рис. 9.7). Так, ПД зустрічалась лише у 9 вагітних IV групи (6,0 (2,2-9,8)) % проти (15,3 (9,5-21,1)) % у 23 вагітних I групи, $p < 0,05$. Преєклампсія протягом вагітності була лише у 5 вагітних IV групи (3,3 (0,4-6,2)) % проти (13,3 (7,9-18,7)) % у 20 вагітних I групи, $p < 0,05$. Більш як в 3 рази рідше у вагітних IV групи – 8 вагітних зустрічалась протягом вагітності анемія, що

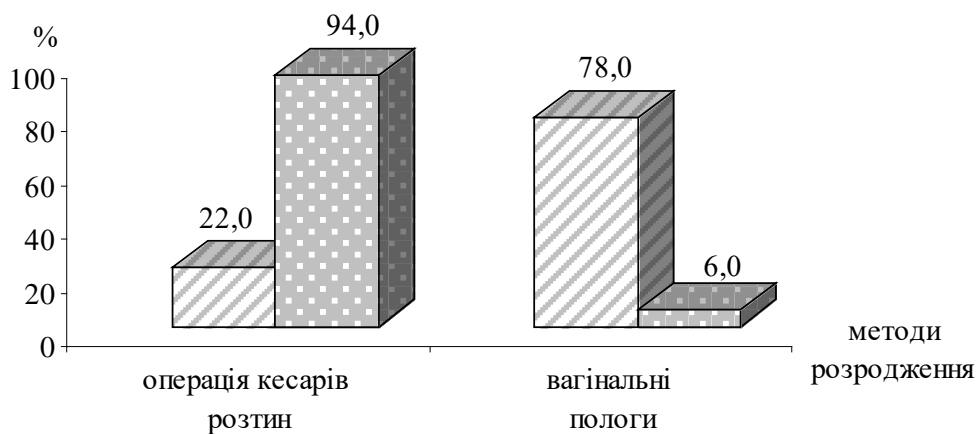
склало (5,3 (1,7-8,9)) %, а у вагітних I групи частота анемії склала (18,0 (11,9-24,1)) % і зустрічалась у 27 вагітних, $p < 0,05$.



Рисунок 9.7 – Частота ускладнень вагітності у жінок з рубцем на матці, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності, %

Сприятливий перебіг вагітності, визначення шансів оперативного розродження у вагітних IV групи дозволив значно знизити частоту операції КР (рис. 9.8), яка проведена у 33 вагітних і склала (22 (15,4-28,6)) % проти (94,0 (90,2-97,8)) % у вагітних I групи - 141 вагітна, $p < 0,05$. Відповідно кількість вагінальних пологів у вагітних IV групи склала (78 (71,4-84,6)) % тобто через природні пологові шляхи народило 117 із 150 вагітних IV групи, в той час як через природні пологові шляхи народило лише 9 вагітних I групи (6,0 (2,2-9,8)) %, $p < 0,05$. При цьому, у 31 вагітній IV групи операція КР відбулась в плановому порядку (20,7 (14,2-27,2)) %, що

склало 93,3 % від загальної кількості КР у жінок в цій групі проти (88,5 (83,4-93,6)) % у вагітних I групи та у 2 вагітних КР проведений в ургентному порядку (1,3 (0,5-3,1)) %, що склало 6,1 % від загальної кількості КР у жінок в цій групі проти 11,5 % у вагітних I групи.



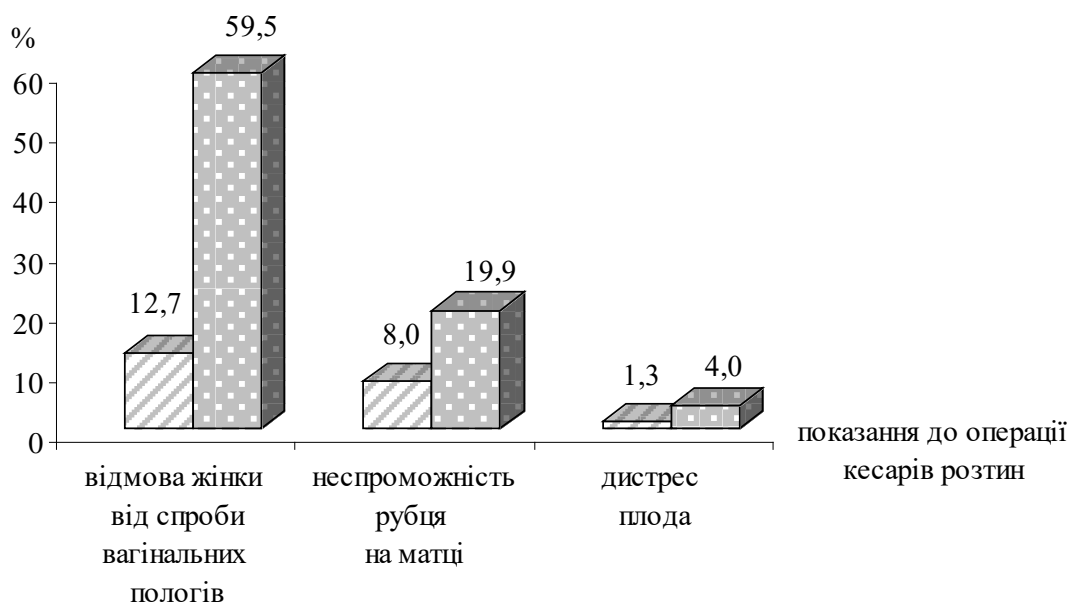
■ IV група (група вагітних з рубцем на матці, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності)

■ I група (група порівняння)

Рисунок 9.8 - Структура методів розродження вагітних з рубцем на матці, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності, %

Аналіз структури показань до оперативного розродження у жінок РМ (рис. 9.9) показав, що 19 вагітних IV групи (12,7 (7,4-18,0)) % відмовились від спроби вагінальних пологів, проте як цей показник був значно вищий у вагітних I групи – 89 вагітних (59,5 (51,6-67,4)) %, $p < 0,05$. Неспроможність післяопераційного РМ після попередніх хірургічних втручань стало показанням для оперативного розродження у 12 вагітних IV групи (8,0 (3,7-12,3)) % проти (19,9 (13,5-26,3)) % у 30 вагітних I групи, $p < 0,05$. Дистрес плода, як показання для оперативного розродження у вагітних IV групи був у 2 вагітних (1,3 (0,5-3,1)) % проти (4,0 (0,9-7,1)) % у 6 вагітних I групи, $p < 0,05$. Таким чином, у вагітних IV групи не тільки значно знизилась частота оперативного розродження, а і у порівнянні з показаннями до КР їх частота була значно

достовірна меншою порівняно з I групою вагітних. Проте, показник оперативного розродження у жінок IV групи міг бути нижчим, оскільки серед причин відмови вагітної від вагінальних пологів стереотипне мислення відмічалось у 12 вагітних (8,0 ((3,7-12,33)) %) та хибна інформація та негативний вплив оточення жінки щодо вагінальних пологів при наявності РМ у 7 вагітних (4,7 (1,3-8,1)) %.



- ▣ IV група (група вагітних з рубцем на матці, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності)
- ▣ I група (група порівняння)

Рисунок 9.9 – Структура показань до оперативного розродження у вагітних з рубцем на матці, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності, %

Більшість новонароджених у вагітних з IV групи народилось в гарному стані. Так, з оцінкою за шкалою Апгар (табл. 9.1) в 10 балів народились 16 дітей (10,7 (5,8-15,6)) % та з оцінкою 8-9 балів – 130 новонароджених (86,6 (81,1-92,1)) % і лише 4 новонароджених були в стані легкої гіпоксії з оцінкою 6-7 балів (2,7 (0,1-5,3)) %. В той час як у вагітних I групи з оцінкою

10 балів не народилася ні одна дитина, а з оцінкою 8-9 балів 63 новонароджених (42,0 (34,1-49,9)) %, $p < 0,05$.

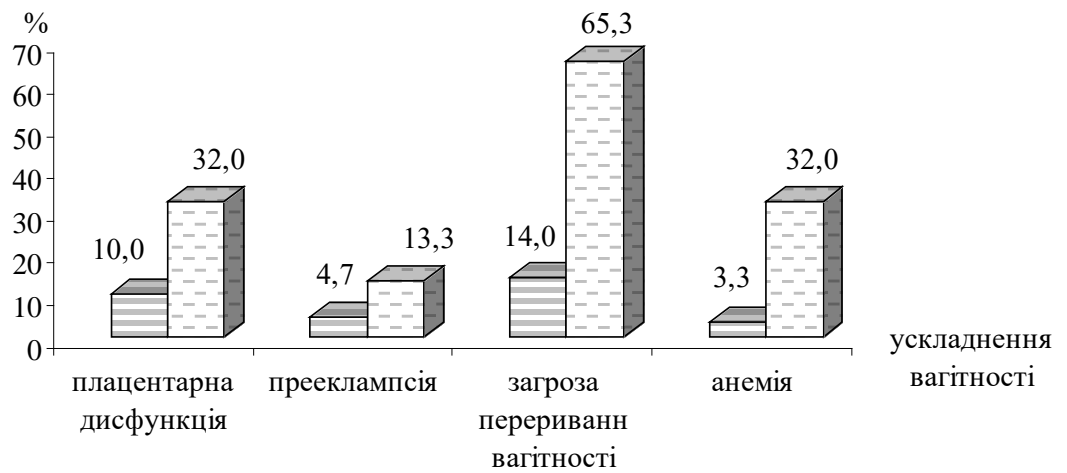
Таблиця 9.1 – Оцінка новонароджених за шкалою Апгар у вагітних з рубцем на матці, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності,

абс. ч., (%)

Оцінка за шкалою Апгар, (бали)	Новонароджені, що народилися від досліджуваних груп жінок			
	IV група		I група	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
10	16	10,7 (5,8-15,6)*	-	-
8-9	130	86,6 (81,1-92,1)*	63	42,0 (34,1-49,9)
6-7	4	2,7 (0,1-5,3)*	52	34,7 (27,1-42,3)
4-5	-	-	35	23,3 (16,5-30,1)
2-3	-	-	-	-

Примітка. * - статистична достовірність показника між групами при $p < 0,05$; Достовірність вибірки $p < 0,05$

Порівняння перебігу вагітності та частоти ускладнень у вагітних II та V груп (рис. 9.10) показало, що ПД зустрічалась у 15 вагітних V групи (10,0 (5,2-14,8)) % проти (32,0 (24,5-39,5)) % у 48 вагітних II групи, $p < 0,05$. Значно менший був відсоток прееклампсії у вагітних V групи, яка зустрічалась у 7 вагітних (4,7 (1,3-81)) % проти (13,3 (7,9-18,7)) % у 20 вагітних II групи, $p < 0,05$. Загроза переривання вагітності зустрічалася у 98 вагітних II групи (65,3 (57,7-72,9)) % проте, як у вагітних V групи це ускладнення зустрічалось більш як в 4 рази рідше, лише у 21 вагітної (14,0 (8,4-19,6)) %, $p < 0,05$. Значно рідше під час вагітності спостерігалась анемія у жінок V групи – у 5 вагітних (3,3 (0,4-6,2)) % проти у 48 вагітних II групи (32,0 (24,5-39,5)) %, $p < 0,05$.

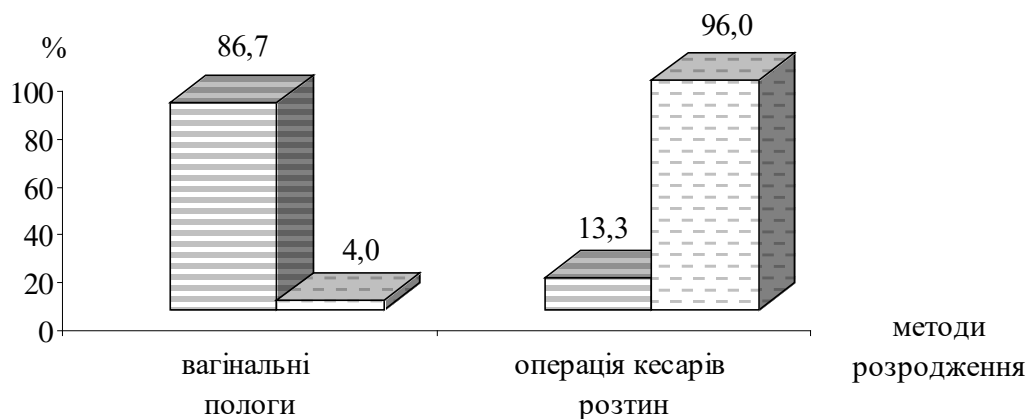


- V група (група вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності)
- II група (група порівняння)

Рисунок 9.10 – Частота ускладнень вагітності у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності, %

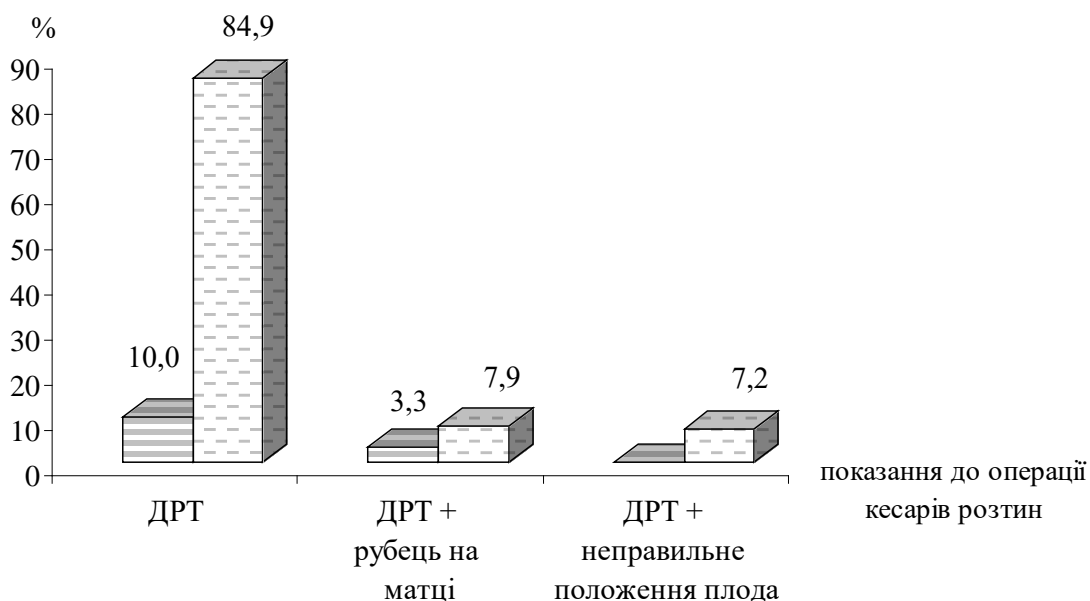
Аналіз структури методів розродження (рис. 9.11) показав, що у вагітних V групи вагінальні пологи відбулись у 130 вагітних (86,7 (81,3-92,1)) % і лише у 20 вагітних (13,3 (7,9-18,7)) % пологи відбулись шляхом КР, $p < 0,05$. Ці показники достовірно різняться з показниками у вагітних II групи, $p < 0,05$.

Показаннями до оперативного розродження (рис. 9.12) у вагітних V групи було проведення ДРТ у 15 вагітних (10,0 (5,2-14,8)) % та ДРТ в поєднанні з РМ у 5 вагітних (3,3 (0,4-6,2)) %, що значно менше ніж аналогічні показання до оперативного розродження у жінок II групи, $p < 0,05$. Всі операції КР у вагітних V групи були проведені в плановому порядку.



- V група (група вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності)
- II група (група порівняння)

Рисунок 9.11 - Структура методів розродження вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності, %



- V група (група вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності)
- II група (група порівняння)

Рисунок 9.12 - Структура показань до оперативного розродження у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності, %

Зважаючи на проведені лікувальні і профілактичні заходи та на проведення пологів через природні пологові шляхи діти у жінок V групи народилися в кращому стані порівняно з станом новонароджених II групи. Так, з оцінкою за шкалою Апгар 10 балів народилося 12 немовлят (8,0 (3,7-12,3)) % та з оцінкою 8-9 балів 138 немовлят (92,0 (87,7-96,3)) %, тобто у жінок V групи ознак гіпоксії за шкалою Апгар не визначалось у порівнянні з показниками стану новонароджених за оцінкою Апгар у вагітних II групи, $p < 0,05$ (табл. 9.2).

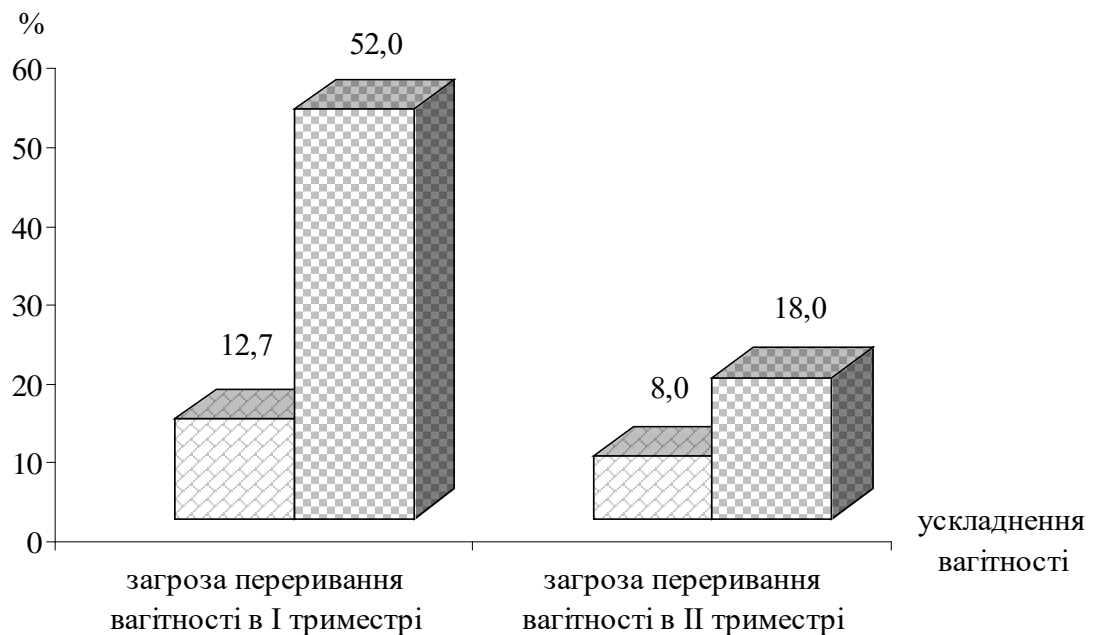
Таблиця 9.2 - Оцінка новонароджених за шкалою Апгар у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності,

абс. ч., (%)

Оцінка за шкалою Апгар, (бали)	Новонароджені, що народилися від досліджуваних груп жінок			
	V група		II група	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
10	12	8,0 (3,7-12,3)*	-	-
8-9	138	92,0 (87,7-96,3)*	65	43,3 (35,4-51,2)
6-7	-		53	35,4 (27,7-43,1)
4-5	-	-	32	21,3 (14,7-27,9)
2-3	-	-	-	-

Примітка. * - статистична достовірність показника між групами при $p < 0,05$; Достовірність вибірки $p < 0,05$

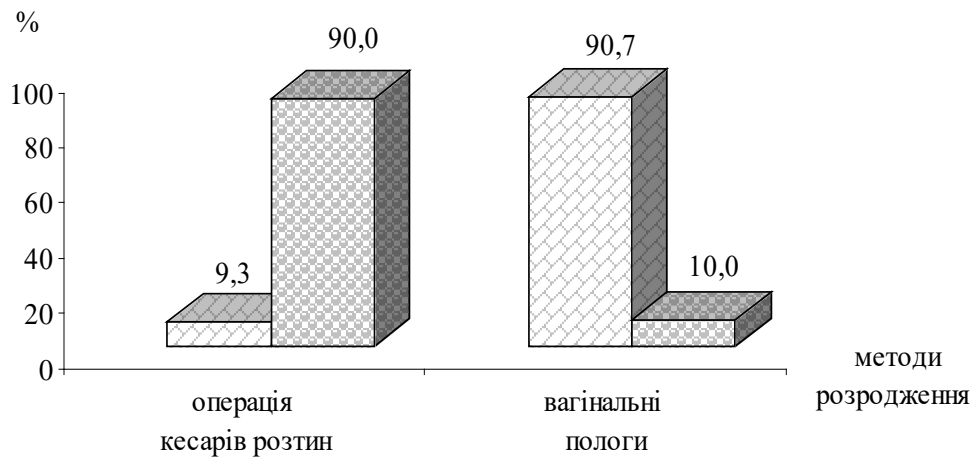
Частота ускладнень вагітності у жінок VI групи зустрічалась значно менша у порівнянні з аналогічними показниками у жінок III групи (рис. 9.13). Так, загроза переривання вагітності в I триместрі була у 19 вагітних VI групи (12,7 (7,9-18,0)) % проти (52,0 (44,0-60,0)) % у 78 вагітних III групи, $p < 0,05$, а загроза переривання вагітності в II триместрі спостерігалась у 13 вагітних VI групи (8,0 (3,7-12,3)) % проти (18,0 (11,9-24,1)) % у 27 вагітних III групи, $p < 0,05$.



- ☒ VI група (група вагітних з можливим розвитком аномалій пологової діяльності в пологах, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності)
- ☐ III група (група порівняння)

Рисунок 9.13 - Частота ускладнень вагітності у жінок з можливим розвитком аномалій пологової діяльності в пологах, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності, %

Значна більшість вагітних VI групи народила шляхом вагінальних пологів – 136 вагітних (90,7 (86,1-95,3)) %, а оперативне розродження у вагітних цієї групи відбулось у 14 вагітних (9,3 (4,7-13,9)) %, $p < 0,05$ (рис. 9.14). Ці показники достовірно різняться з показниками структури методів розродження у вагітних III групи, $p < 0,05$.

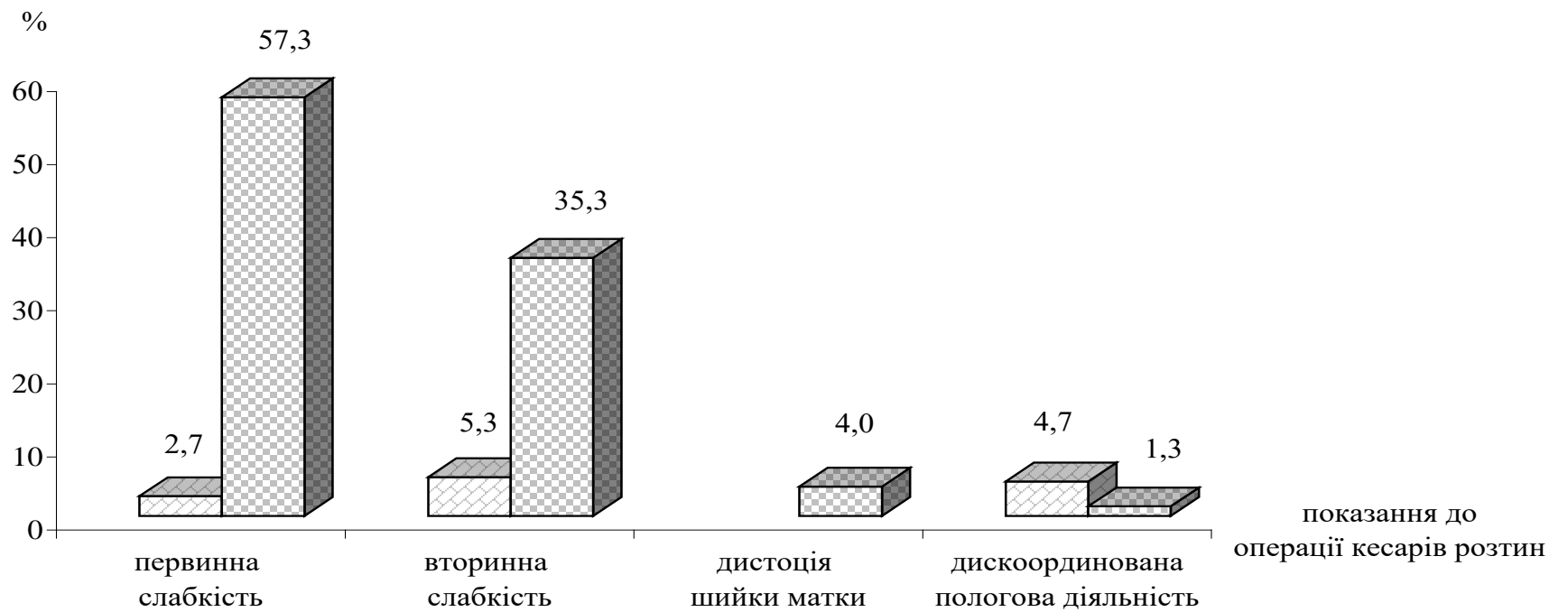


- VI група (група вагітних з можливим розвитком аномалій пологової діяльності в пологах, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності)
- III група (група порівняння)

Рисунок 9.14 - Структура методів розродження у вагітних з можливим розвитком аномалій пологової діяльності в пологах, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності, %

У відповідності до значного зменшення показника оперативного розродження у вагітних VI групи відбувалось зниження показників структури показань до оперативного розродження у порівнянні з такими у вагітних III групи (рис. 9.15).

Так, первинна слабкість у вагітних VI групи проти показника у вагітних III групи показаннями до оперативного розродження була відповідно у 4 вагітних (2,7 (0,1-5,3)) % та у 86 вагітних (57,3 (49,4-65,2)) %, $p < 0,05$, вторинна СПД відповідно у 8 вагітних (5,3 (1,7-8,9)) % та у 53 вагітних (35,3 (27,7-42,9)) %, $p < 0,05$, дистоція ШМ у вагітних VI групи, як показання до оперативного розродження не зустрічалась, $p < 0,05$, ДПД, як показання оперативного розродження зустрічалась у 2 вагітних VI групи (1,3 (1,2-1,4)) % та у 7 у вагітних (4,7 (1,3-8,1)) %, $p < 0,05$.



- ▣ VI група (група вагітних з можливим розвитком аномалій пологової діяльності в пологах, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності)
- ▣ III група (група порівняння)

Рисунок 9.15 - Структура показань до оперативного розродження у вагітних з можливим розвитком аномалій пологової діяльності в пологах, що отримували прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності, %

Всі операції КР у вагітних VI групи були проведені в ургентному порядку. У вагітних VI групи в яку були відібрані вагітні з можливим розвитком АПД, АПД реалізувалися у (20,0 (15,3-24,7)) %, тобто у 30 вагітних, з яких 14 вагітних народили шляхом КР (9,3 (7,0-11,6)) %, а 16 вагітних шляхом ВП (10,7 (8,4-13,0)) %. Лише 2 новонароджених у вагітних VI групи народилися в стані легкої гіпоксії з оцінкою за шкалою Апгар 6-7 балів (1,3 (0,7-1,9)) %, а 10 новонароджених (6,7 (2,7-10,7)) % народилися з оцінкою за шкалою Апгар 10 балів та 138 новонароджених (92,0 (88,3-95,7)) % з оцінкою 8-9 балів за шкалою Апгар, $p < 0,05$ (табл. 9.3). Ці дані достовірно різняться з показниками оцінки новонароджених за шкалою Апгар у вагітних III групи, $p < 0,05$.

Таблиця 9.3 – Оцінка новонароджених за шкалою Апгар у жінок з можливим ризиком аномалії пологової діяльності в пологах, що отримали прегравідарну підготовку та комплекс лікувальних заходів під час вагітності,
абс. ч., (%)

Оцінка за шкалою Апгар (бали)	Новонароджені, що народилися від допоміжних репродуктивних технологій			
	VI група		III група	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
10	10	6,7 (2,7-10,7)	-	-
8-9	138	12,0 (6,8-17,2)	69	46,0 (38,0-54,0)
6-7	2	1,3 (0,5-3,1)	52	34,7 (27,1-42,3)
4-5	-	-	29	19,3 (13,0-25,6)
2-3	-	-	-	-
Примітка. * - статистична достовірність показника між групами при $p < 0,05$; Достовірність вибірки $p < 0,05$				

Всі ВП у вагітних IV, V і VI груп відбувалися в індивідуальних та сімейних пологових залах.

Визначення показників стану плода, за даними кардіотокографії, у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом в

динаміці лікування (табл. 9.4) показало, що на лікувальні заходи, які проводились з метою покращення стану плода показники кардіотокограми в IV, V і VI груп були більш ефективними після лікування ніж в групах порівняння (I, II і III групи) і наближались до показників у здорових вагітних. Покращення кардіотокографічних показників після лікування у вагітних IV групи (табл. 9.4) проявлялася в збільшенні АМО до $(8,8 \pm 0,3)$ уд/хв, кількості акцелерації до $8,1 \pm 0,2$, амплітуди акселерації до $(23,1 \pm 1,1)$ уд/хв, тривалості акцелерації – $(18,2 \pm 1,2)$ с. та відсутності децелерації, $p < 0,05$. У вагітних V групи сприятливі кардіотокографічні показники виявлялися в збільшенні АМО до $(8,7 \pm 0,2)$ уд/хв, кількості акцелерації до $8,0 \pm 0,2$, амплітуди акселерації до $(22,3 \pm 1,7)$ уд/хв, тривалості акцелерації – $(18,1 \pm 1,3)$ с. та відсутності децелерації, $p < 0,05$. У вагітних VI групи після лікування показники кардіотокограми також наближались до показників у здорових вагітних. Так, відбувалось збільшення АМО до $(8,6 \pm 0,3)$ уд/хв, кількості акцелерації до $7,9 \pm 0,3$, амплітуди акселерації до $(21,9 \pm 1,6)$ уд/хв, тривалості акцелерації – $(18,0 \pm 1,2)$ с. та відсутності децелерації, $p < 0,05$. Ці показники, як до так і після лікування достовірно відрізнялися від показників, за даними кардіотокографії, у вагітних груп порівняння, $p < 0,05$.

Аналіз вмісту гормонів ФПС в сироватці крові вагітних з РМ в динаміці лікування показав, що спостерігалася статистично вірогідна різниця в досліджуваних показниках у вагітних IV групи до та після лікування та статистично вірогідна різниця в досліджуваних показниках у вагітних IV групи до та після лікування та аналогічними показниками у вагітних I групи (табл. 9.5). Так, протягом вагітності у вагітних IV групи в динаміці лікування збільшувався показник ПЛ і становив до 20 тижнів вагітності $(60,7 \pm 10,1)$ нмоль/л. в терміні 21-30 тижнів – $(127,3 \pm 12,4)$ нмоль/л та в терміні 31-40 тижнів – $(199,2 \pm 15,7)$ нмоль/л, $p < 0,05$. У цих жінок відновлювався показник Е в терміні до 20 тижнів $(28,3 \pm 2,1)$ нмоль/л, в терміні вагітності 21-30 тижнів – $(48,7 \pm 2,5)$ нмоль/л та в терміні 31- 40 тижнів – $(87,9 \pm 4,7)$ нмоль/л, $p < 0,05$. Така ж позитивна динаміка спостерігалась в зростанні показників рівня E_2 у вагітних IV групи, $p < 0,05$.

Таблиця 9.4 – Показники кардіотокограми плода у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом в динаміці лікування

Група вагітних	Час обстеження	БЧСС, уд/хв	АМО, уд/хв	Кількість акцелерацій	Амплітуда акцелерацій, уд/хв	Тривалість акцелерацій, с.	Кількість децелерацій	Глибина децелерацій, уд/хв	Тривалість децелерацій, с.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	до лікування	142,5± ±2,5	7,1±0,2	6,2±0,3	19,1±1,1	17,2±1,2	0,1±0,02	3,7±1,3	2,0±0,7
	після лікування	144,0± ±1,3	7,7±0,3	(6,7±0,3)*	19,8±1,2	17,6±1,3	0,1±0,02	(2,5± ±1,2)*	(1,0±0,2)*
II	до лікування	148,9± ±2,7	6,3±0,	5,0±0,2	18,5±1,7	16,1±1,3	0,2±0,03	5,4±1,3	3,0±1,1
	після лікування	146,3± ±2,1	6,9±0,3	(6,1±0,3)**	19,2±1,8	16,6±1,	(0,1±0,02) **	(3,2± ±1,4)**	(2,1±1,2)* *
III	до лікування	151,1± ±2,9	6,0±0,3	4,2±0,2	17,7±1,3	16,0±1,1	0,6±0,07	6,1±1,5	3,5±1,2
	після лікування	148,2± ±2,5	6,8±0,2	(6,2±0,3)***	(19,1±1,2)***	16,5±1,3	(0,3± ±0,03)***	(3,4± ±0,9)***	(2,2± ±1,1)***
IV	до лікування	143,2± ±2,2	6,7±0,3	6,5±0,3	19,3±1,2	17,1±1,1	0,1±0,02	3,7±1,3	2,0±0,7
	після лікування	140,2± ±2,1	(8,8± ±0,3)▲•	(8,1±0,2)▲•	(23,1±1,1)▲•	(8,2± ±1,2)▲•	-	-	-
V	до лікування	145,0± ±2,3	6,2±0,2	5,4±0,3	18,2±1,5	16,5±1,2	0,1±0,02	3,5±1,3	2,0±0,5
	після лікування	140,0± ±1,8	(8,7± ±0,2)▲▲••	(8,0± ±0,2)▲▲••	(22,3± ±1,7)▲▲••	(18,1± ±1,3)▲▲••	-	-	-

Продовження табл. 9.4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VI	до лікування	144,0± ±2,4	6,3±0,2	5,2±0,4	18,3±1,2	6,3±1,3	0,1±0,02	3,4±1,2	2,0±0,3
	після лікування	141,2± ±2,3	(8,3± ±0,3)▲▲▲, ●●●	(7,9± ±0,3)▲▲▲, ●●●	(21,9± ±1,6)▲▲▲, ●●●	(18,0± ±1,2)▲▲▲, ●●●	-	-	-
Примітка. * - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних до та після лікування, $p < 0,05$; ** - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних II групи до та після лікування, $p < 0,05$; *** - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних III групи до та після лікування, $p < 0,05$; ▲ - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних IV групи до та після лікування, $p < 0,05$; ▲▲ - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних V групи до та після лікування, $p < 0,05$; ▲▲▲ - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних VI групи до та після лікування, $p < 0,05$; ● - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних I і IV груп після лікування, $p < 0,05$; ●● - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних II і V груп після лікування, $p < 0,05$; ●●● - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних III і VI груп після лікування, $p < 0,05$.									

Таблиця 9.5 – Вміст гормонів фето-плацентарної системи в сироватці крові вагітних з рубцем на матці в динаміці лікування,

нмоль/л

Термін вагітності в тижнях	Час обстеження	Показник гормонів фето-плацентарної системи							
		Плацентарний лактоген		Естріол		Естрадіол		Прогестерон	
		Група вагітних							
		I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
до 20	до лікування	56,5± ±1,7	58,3±1,6	18,4± ±2,1	19,7±2,3	14,7±3,5	12,5±2,7	82,7± ±9,1	87,6±8,7
	після лікування	57,1± ±1,8	(60,7± 10,1)**,**	18,9± ±2,3	(28,3± ±2,1)**,**	14,3±3,1	(4,1± ±1,1)**,**	86,9± ±8,9	(102,3± ±8,9)**,**
21-30	до лікування	82,6± ±2,5	93,3±12,1	27,3± ±2,1	28,1±2,3	27,7±4,5	28,5±2,4	147,9± ±21,9	153,3±22,7
	після лікування	86,5± ±2,4	(127,3± ±12,4)**,**	29,2± ±2,7	(48,7± ±2,5)**,**	28,2±4,1	(49,3± ±2,7)**,**	(150,2± ±19,7)*	(194,3± ±21,9)**,**
31-40	до лікування	155,9± ±5,7	159,7±15,3	49,8± ±3,4	51,2±3,5	48,5±7,8	51,3±3,7	254,6± ±35,7	261,5±32,6
	після лікування	(161,2± ±5,1)*	(199,2± ±15,7)**,**	51,4± ±3,5	(87,9± ±4,7)**,**	48,7±7,5	(54,2± ±4,1)**,**	(261,1± ±31,2)*	(319,7± ±31,2)**,**
Примітка. * - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних I групи до та після лікування, p<0,05; ** - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних IV групи до та після лікування, p<0,05;*** - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних I та IV груп до та після лікування, p<0,05.									

Важливим показником ефективності лікувальних заходів стало підвищення рівня П протягом вагітності після лікування у вагітних IV групи. Так, до 20 тижнів вагітності цей показник становив $(102,3 \pm 8,9)$ нмоль/л, в терміні вагітності 21-30 тижнів – $(194,3 \pm 21,9)$ нмоль/л і в терміні вагітності 31-40 тижнів – $(319,7 \pm 31,2)$ нмоль/л, $p < 0,05$. Позитивна динаміка зміни вмісту гормонів ФПС в сироватці крові у вагітних з РМ в динаміці лікування забезпечило не тільки сприятливий перебіг вагітності, а і у більшості вагітних проведення пологів через природні пологові шляхи та народження дітей в доброму стані.

Визначення вмісту гормонів ФПС в сироватці крові вагітних після застосування ДРТ в динаміці лікування (табл. 9.6) показало, що лікувальні заходи, які проводились вагітним V групи були достатньо ефективними. У вагітних цієї групи після лікування у порівнянні з показниками до лікування та з аналогічними показниками у вагітних II групи в динаміці вагітності відбувалося зростання рівня ПЛ від $(61,2 \pm 7,8)$ нмоль/л в терміні вагітності 20 тижнів до $(195,3 \pm 11,7)$ нмоль/л в терміні вагітності 31-40 тижнів, $p < 0,05$. Також відповідно зростав показник естріолу з $(26,4 \pm 2,5)$ нмоль/л до $(79,3 \pm 4,5)$ нмоль/л, $p < 0,05$, Е2 з $(5,1 \pm 2,3)$ нмоль/л до $(53,1 \pm 3,2)$ нмоль/л, $p < 0,05$ та П з $(98,9 \pm 8,1)$ нмоль/л до $(305,3 \pm 30,1)$ нмоль/л, $p < 0,05$. Така позитивна динаміка зміни вмісту гормонів ФПС в крові вагітних V групи є показником ефективності проведення лікувальних заходів оскільки зміни в гормональних показниках до лікування у вагітних цієї групи були достатньо вираженими.

Позитивна динаміка визначення вмісту гормонів ФПС в сироватці крові вагітних з можливим розвитком АПД в пологах та з розвившимися АПД в динаміці лікування (табл. 9.7) виражала в зростання рівня ПЛ від $(60,3 \pm 7,5)$ нмоль/л в терміні вагітності 20 тижнів до $(192,7 \pm 10,7)$ нмоль/л в терміні вагітності 31-40 тижнів, $p < 0,05$.

Таблиця 9.6 – Вміст гормонів фето-плацентарної системи в сироватці крові у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій в динаміці лікування,

нмоль/л

Термін вагітності в тижнях	Час обстеження	Показник гормонів фето-плацентарної системи							
		Плацентарний лактоген		Естріол		Естрадіол		Прогестерон	
		Група вагітних							
		II	V	II	V	II	V	II	V
до 20	до лікування	41,7± ±5,1	57,2±1,5	13,4± ±1,7	18,5±2,1	12,1± ±3,5	13,2±2,5	62,7± ±17,5	75,3±5,8
	після лікування	44,1± ±5,2	(61,2± ±7,8)**,**	15,2± ±1,8	(26,4± ±2,5)**,**	11,2± ±3,4	(5,1± ±2,3)**,**	64,5± ±12,3	(98,9± ±8,1)**,**
21-30	до лікування	90,5± ±15,4	92,1±11,3	32,3± ±2,1	27,1±2,4	30,1± ±3,1	29,3±4,1	139,2± ±17,8	141,3±16,7
	після лікування	94,2± ±12,3	(112,3± ±11,2)**,**	34,1± ±2,5	(45,3± ±3,5)**,**	32,2± ±3,4	(48,4± ±2,8)**,**	(142,2± ±10,5)*	(189,5± ±19,4)**,**
31-40	до лікування	160,7± ±20,1	161,3±19,2	49,5± ±2,3	48,7±2,7	50,3± ±5,7	50,2±5,3	237,2±3 1,3	241,1±32,1
	після лікування	163,4± ±21,3	(195,3± ±11,7)**,**	50,5± ±2,3	(79,3± ±4,5)**,**	52,3± ±5,4	(53,1± ±3,2)**	(242,2± ±31,3)*	(305,3± ±30,1)**,**
Примітка: * - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних II групи до та після лікування, p<0,05; ** - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних I групи до та після лікування, p<0,05; *** - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних II та V груп до та після лікування, p<0,05.									

Таблиця 9.7 – Вміст гормонів фето-плацентарної системи в сироватці крові у вагітних з можливим розвитком аномалій пологової діяльності в пологах та з розвившимися аномаліями пологової діяльності і в динаміці лікування,

нмоль/л

Термін вагітності в тижнях	Час обстеження	Показник гормонів фето-плацентарної системи							
		Плацентарний лактоген		Естріол		Естрадіол		Прогестерон	
		Група вагітних							
		III	VI	III	VI	III	VI	III	VI
до 20	до лікування	40,7± ±1,8	55,3±1,7	16,3± ±0,8	17,7±2,4	15,7±3,1	14,5±3,7	80,9± ±1,1	97,9±19,7
	після лікування	42,2± ±1,5	(60,3± ±7,5)** ,***	17,2± ±1,2	(25,7± ±2,4)** ,***	13,7±3,5	(6,1± ±3,3)** ,***	81,7± ±20,3	(97,5± ±8,2)** ,***
21-30	до лікування	79,5± ±13,2	81,3±12,1	31,4± ±1,6	29,3±2,4	31,2±4,1	29,9±3,7	135,9± ±25,1	141,7±12,3
	після лікування	81,2± ±12,3	(109,3± ±10,5) ** ,***	33,2± ±1,7	(44,3± ±3,7)** ,***	32,7±4,3	(47,5± ±2,7)** ,***	(140,1± ±17,5)*	(181,7± ±15,3)** ,***
31-40	до лікування	167,5± ±8,5	169,3±8,1	45,3± ±1,7	48,4±,7	49,4±6,7	51,2±7,2	251,1± ±38,2	255,2±31,4
	після лікування	169,3± ±9,7	(192,7± ±10,7)** ,***	47,3± ±1,8	(73,2± ±5,2)** ,***	50,2±5,7	(53,7± ±5,2)**	(257,2± ±31,7)*	(302,7± ±3,1)** ,***
Примітка. * - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних III групи до та після лікування, p<0,05; ** - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних VI групи до та після лікування, p<0,05; *** - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних III та VI груп до та після лікування, p<0,05.									

Також відповідно зростав показник E з $(25,7 \pm 2,4)$ нмоль/л до $(73,2 \pm 5,2)$ нмоль/л, $p < 0,05$, E₂ з $(6,1 \pm 3,3)$ нмоль/л до $(53,7 \pm 5,2)$ нмоль/л, $p < 0,05$ та П з $(97,5 \pm 8,2)$ нмоль/л до $(302,7 \pm 32,1)$ нмоль/л, $p < 0,05$.

Наближення показників вмісту гормонів ФПС в сироватці крові вагітних з можливим розвитком АПД в пологах та з розвившимися АПД в динаміці лікування дозволив уникнути більшості ускладнень вагітності та пологів та значно знизити можливість реалізації розвитку в пологах АПД.

Особливу увагу в комплексі діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу приділялося психоемоційному стану жінок. Проведення цих заходів за розробленими алгоритмами та з відповідними лікувальними психотерапевтичними та медикаментозними діями показало свою високу ефективність в кожному триместрі вагітності (табл. 9.8, 9.9, 9.10). Так, в I триместрі вагітності за визначення показників рівня ситуативної та особистої тривожності значно збільшувалась кількість вагітних з низьким рівнем ситуативної та особистої тривожності відповідно: в IV групі до 140 вагітних $(94,7 (76,5-112,9))$ % та 141 вагітних $(94,0 (76,9-111,1))$ %, в V групі 125 вагітних $(83,3 (75,4-91,2))$ % та 132 вагітних $(88,0 (75,3-100,3))$ % та в VI групі – 145 вагітних $(96,7 (79,5-113,9))$ % та 143 вагітних $(95,3 (74,1-113,9))$ %, $p < 0,05$. Важливим показником стало відсутність в VI групі вагітних з високим рівнем ситуативної тривожності, а за рівнем особистої тривожності в цій групі була лише 1 вагітна $(0,7 (0,6-0,8))$ %. Такі показники реєстрації рівня ситуативної та особистої тривожності є показником ефективності проведення психотерапевтичних заходів та правильності вибору цього напрямку лікування вагітних.

Таблиця 9.8 – Показники рівня ситуативної та особистої тривожності у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом в динаміці лікування, в першому триместрі вагітності,

Група вагітних	Рівень ситуативної тривожності						Рівень особистої тривожності					
	низький		помірний		високий		низький		помірний		високий	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
I	67	44,7 (39,4-50,0)	52	34,7 (30,5-38,9)	31	20,7 (16,2-25,2)	72	48,0 (40,8-55,2)	51	34,0 (27,8-40,2)	27	18,0 (14,6-24,4)
II	71	47,3 (42,1-52,5)	58	38,7 (32,9-44,4)	21	14,0 (9,7-19,3)	68	45,3 (39,2-51,4)	57	38,0 (30,8-45,2)	25	16,7 (12,2-21,2)
III	127	84,7 (75,9-93,4)	13	8,7 (6,5-10,9)	10	6,7 (4,6-8,8)	130	86,7 (77,6-95,8)	11	7,3 (5,8-8,8)	9	6,0 (4,2-7,8)
IV	142	94,7 (76,5-102,9)*	7	4,7 (2,3-7,1)*	1	0,7 (0,6-0,8)*	141	94,0 (76,9-111,1)*	7	4,7 (2,3-7,1)*	2	1,3 (1,2-1,4)*
V	125	83,3 (75,4-91,2)**	20	13,3 (11,2-15,4)**	5	3,3 (1,2-5,4)**	132	88,0 (75,7-100,3)**	15	10,0 (7,6-12,4)**	3	2,0 (1,9-2,1)**
VI	145	96,7 (79,5-113,9)***	5	3,3 (4,2-5,4)***	-	-	143	95,3 (71,1-113,9)***	6	4,0 (1,6-6,4)***	1	0,7 (0,6-0,8)***

Примітка. * - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних I та IV груп, $p < 0,05$; ** різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних II та V груп, $p < 0,05$; *** - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних III та VI груп, $p < 0,05$.

Таблиця 9.9 – Показники рівня ситуативної та особистої тривожності у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом в динаміці лікування, в другому триместрі вагітності,

Група вагітних	Рівень ситуативної тривожності						Рівень особистої тривожності						абс.ч., (%)	
	низький		помірний		високий		низький		помірний		високий		абс.ч.	%
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%		
I	60	40,0 (33,8-46,2)	58	38,7 (31,5-45,9)	32	21,3 (16,5-26,1)	65	43,3 (37,6-79,0)	59	39,3 (25,9-46,0)	26	17,3 (13,0-21,6)		
II	62	41,3 (35,0-47,6)	60	40,0 (34,2-45,8)	28	18,7 (14,9-22,5)	63	42,0 (34,9-49,1)	61	40,7 (33,9-47,4)	26	17,3 (12,7-21,9)		
III	120	80,0 (71,5-88,5)	18	12,0 (7,9-16,1)	12	8,0 (5,7-10,3)	125	83,3 (75,4-91,2)	15	8,0 (5,7-10,3)	10	6,7 (4,6-8,8)		
IV	141	94,0 (76,9-111,1)*	7	4,7 (2,3-7,1)*	2	1,3 (1,2-1,4)*	139	92,7 (76,4-109,0)*	8	5,3 (4,1-6,5)*	3	2,0 (1,9-2,1)*		
V	122	81,3 (66,1-96,5)**	23	15,3 (10,0-20,6)**	5	3,3 (1,2-5,4)**	137	91,3 (77,1-105,5)**	9	6,0 (4,2-7,8)**	4	2,7 (1,6-3,8)**		
VI	143	95,3 (74,1-113,9)***	6	4,0 (1,6-6,4)***	1	0,7 (0,6-0,8)***	141	94,0 (76,9-111,1)***	8	5,3 (4,1-6,5)***	1	0,7 (0,6-0,8)***		

Примітка. * - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних I та IV груп, $p < 0,05$; ** різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних II та V груп, $p < 0,05$; *** - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних III та VI груп, $p < 0,05$.

Таблиця 9.10 – Показники рівня ситуативної та особистої тривожності у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом в динаміці лікування в третьому триместрі вагітності,

абс.ч., (%)

Група вагітних	Рівень ситуативної тривожності						Рівень особистої тривожності					
	низький		помірний		високий		низький		помірний		високий	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс.ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
I	45	30,0 (25,3-34,7)	71	47,3 (40,1-54,5)	34	22,7 (17,9-27,4)	46	30,7 (24,9-36,5)	69	46,0 (37,4-54,6)	35	23,3 (19,1-27,5)
II	47	31,3 (26,2-36,4)	73	48,7 (39,9-57,4)	30	20,0 (15,3-24,7)	45	30,0 (24,4-35,6)	72	48,0 (39,7-56,3)	33	22,0 (17,3-26,7)
III	102	68,0 (58,3-77,7)	29	19,3 (13,9-24,7)	19	12,7 (8,9-16,5)	110	73,3 (64,7-81,9)	23	15,3 (10,0-20,6)	17	11,3 (7,4-15,2)
IV	135	90,0 (73,7-106,3)*	10	6,7 (4,6-8,8)*	5	3,3 (1,2-5,4)*	132	88,0 (75,7-100,3)*	11	7,3 (5,8-8,8)*	7	4,7 (2,3-7,1*)
V	128	85,3 (70,0-100,6)**	15	10,0 (7,6-12,4)**	7	4,7 (2,3-7,1)**	125	83,3 (75,4-91,2)**	17	11,3 (8,8-13,8)	8	5,3 (4,1-6,5)**
VI	141	94,0 (76,3-111,1)***	6	4,0 (1,6-6,4)***	3	2,0 (1,9-2,1)***	140	93,3 (76,1-110,5)***	8	5,3 (4,1-6,5)***	2	1,3 (1,2-1,4)***

Примітка. * - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних I та IV груп, $p < 0,05$; ** різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних II та V груп, $p < 0,05$; *** - різниця статистично вірогідна між показниками у вагітних III та VI груп, $p < 0,05$.

В II триместрі вагітності кількість вагітних з низьким рівнем ситуативної та особистої тривожності також була достатньою, відповідно: в IV групі до 141 вагітна (94,0 (76,9-111,1)) % та 139 вагітних (92,7 (76,4-109,0)) %, в V групі 122 вагітних (81,3 (66,1-96,5)) % та 137 вагітних (91,3 (77,1-105,5)) % та в VI групі – 143 вагітних (95,3 (74,1-113,9)) % та 141 вагітних (94,0 (76,9-111,1)) %, $p < 0,05$.

Позитивна динаміка впливу лікувальних заходів направлених на покращення психоемоційного стану вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу зберігалася і в III триместрі вагітності. Однак, слід зазначити, що дещо підвищились показники кількості жінок з помірним та високим рівнем ситуативної та особистої тривожності, що безумовно вплинуло на кількість жінок особливо в IV та V групах, яких в подальшому розроджували шляхом КР. Проте, у більшості вагітних реєструвався низький рівень ситуативної та особистої тривожності, відповідно: в IV групі до 135 вагітних (90,0 (73,7-106,3)) % та 132 вагітних (88,0 (75,7-100,3)) %, в V групі 128 вагітних (85,3 (70,0-100,6)) % та 125 вагітних (83,3 (75,4-91,2)) % та в VI групі – 141 вагітних (94,0 (76,9-111,1)) % та 140 вагітних (93,3 (76,1-110,5)) %, $p < 0,05$. Зважаючи на отримані результати можна з впевненістю стверджувати, що у більшості жінок VI групи не відбулось реалізації розвитку АПД завдяки, в тому числі, проведенням лікувальним психотерапевтичним та медикаментозним заходам.

Висновок до розділу 9

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 аномалії пологової діяльності в пологах та у разі розвитку аномалій пологової діяльності розродження шляхом операції кесарева розтина знизилось в 9,6 разів і склала 9,3 %.

Результати власних досліджень розділу 9 викладені у статтях: 1,2,8,9,11,15,16,17,18,21,22,23,25 (стор. 8-11).

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Збереження та зміцнення здоров'я, профілактика захворюваності населення України є найважливішим стратегічним напрямком соціальної політики держави, вікова структура якої стабільно зміщується в бік старіння, що незмінно тягне за собою зменшення числа дитячого населення та людей фертильного віку. Сучасний стан загального здоров'я жінок характеризується погіршенням, в тому числі репродуктивного здоров'я внаслідок низької народжуваності, низької сексуальної культури, що спричиняє високу розповсюдженість медичних абортів, підвищення частоти Б, акушерської та перинатальної патології. В зв'язку з вище викладеним спостерігається відносно низький рівень нормальних пологів (близько 30 %). Підвищення частоти оперативного розродження жінок, зокрема шляхом КР, народження дітей в порушеному стані все це призводить до збільшення малюкової та дитячої захворюваності про, що свідчить показник високої кількості хворих дітей - біля 40 тисяч хворих дітей щорічно в Україні.

Саме тому визначення шляхів зниження частоти оперативного розродження жінок шляхом КР та покращення стану новонароджених є актуальною науковою задачею.

Враховуючи частоту ускладнень після оперативного розродження, будь-яка спроба зменшити асоційовані з КР ризики, буде мати суттєві переваги з точки зору як економічних витрат, так і покращення здоров'я жінок.

Беручи до уваги все вище зазначене, було проведено ретроспективний аналіз історій пологів породіль КМПБ № 1, пологи у яких відбулися шляхом операції КР за період з 2001-2010 рр. Кількість пологів неухильно зростала з кожним роком з 2082 пологів у 2001 році до 3845 пологів у 2010 році. Було проаналізовано також показник кількості пологів, з урахуванням способу розродження, проведених в КМПБ № 1 за 2001-2010 рр. 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. Результати дослідження співвідношення планових та ургентних операцій в динаміці за 2001-2010 рр. 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 СПД, яка може виникати внаслідок несвоєчасного лікування патологічного прелімінарного періоду або неадекватної оцінки передвісників пологів.

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, яка проведена з причин Б у цих жінок та для профілактики невиношування вагітності.

З'ясування показань до попереднього розродження жінок І 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 (12,0 (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 (8,4-19,6)) % 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 І групи. Частота мимовільних ранніх та пізніх абортів була достатньо високою у жінок цієї групи 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.

Відомо, що рівень гінекологічної захворюваності суттєво впливає на частоту і особливості розвитку різної акушерської патології. Визначення частоти гінекологічних захворювань показало, що найчастіше у обстежених жінок зустрічались запальні захворювання матки і придатків, а також захворювання ШМ.

Частота різних запальних уражень геніталій (ендометрит, метроендометрит, сальпінгофорит, пельвіоперитоніт і параметрит) була достатньо високою і складала 87 (58,0 (50,1-65,9)) %. Серед різних нозологічних форм запальних захворювань статевих органів переважали сальпінгофорити, які зустрічались у 45 (30,0 (22,7-37,3)) % жінок. Рівень різних порушень 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)) % прееклампсія 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 (12,0 (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 (24,0 (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 на передодні 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 була розроджена шляхом операції КР - 141 (9,0 (90,2-97,8)) % і тільки 9 (6,0 (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)) %.

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 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 (89,0 (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 фетоплацентарного комплексу, 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, дороговартісним 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 ЩН. Крім цього, у жінок II групи спостерігались гестоз другої половини вагітності 20 (13,3 (7,9-18,7)) %, 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 показало, що кількість КР у жінок II групи становила 144 (96,0 (92,9-99,1)) %, а кількість вагінальних пологів становила 6 (4,0 (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 природньою 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 малюків, народжених був обумовлений акушерськими і супутніми екстрагенітальними захворюваннями. Фактором ризику можливих порушень розвитку плода і становлення у нього постнатальної адаптації є стан фетоплацентарного комплексу, 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.

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 білів 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 Б суттєво не впливають на результати розродження природнім шляхом у жінок після ДРТ. Отже вид 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 пацієток 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 пацієток, де причиною Б 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 (62,7-77,3)) %, тобто поєднана патологія спостерігалась майже у кожної другої 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 зустрічалися 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'янисті виділення зі статевих шляхів, що супроводжуються болями, іноді кровотечами в I триместрі, що було несприятливим фоном для формування фетоплацентарного комплексу.

Визначення структури методів розродження у жінок з АПД 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 показань до проведення КР у жінок з АПД показав, що в структурі показань до оперативного розродження найвищий відсоток становила первинна 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 даної групи жінок. Так, кількість показань дистоція ШМ спостерігалась у 6 жінок - (4,0 (0,9-7,1)) % III групи, а показання ДПД спостерігалось у 7 (4,7 (1,3-8,1)) % жінок. Звертає на себе увагу наявність

великої кількості 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)) % жінок спостерігався 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 E_1 , так і E_2 . Найнижче зниження E_1 та E_2 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, E_1 та E_2 . Такі ж клінічні прояви зниження рівнів E_1 і E_2 відбувались і у жінок I та III групи. У обстежених вагітних зниження вмісту E_1 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, змінами метаболічних процесів в матці і в організмі плода, а порушення співвідношення П 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 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 – $(6,1 \pm 1,5)$ уд/хв. та тривалість – $(3,5 \pm 1,2)$ с., ($p < 0,05$). 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) балів. 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 С/Д, ІР та ІІІ. Зміна доплерометричних показників в маткових артеріях може бути з одного боку змінами в кровопостанні викликаними оперативними втручаннями на матці та з іншого як до клінічні прояви подальших змін в судинах плода. В терміні вагітності 35 і більше зміна цих доплерометричних показників спостерігалася у жінок I групи і в артерії пуповини: С/Д – $4,0 \pm 1,8$, ІР – $0,7 \pm 0,2$, ІІІ – $1,7 \pm 0,7$ та в середньо мозковій артерії плода; С/Д - $7,5 \pm 0,7$, ІР – $0,1 \pm 0,4$, ІІІ – $1,9 \pm 0,2$, ($p < 0,05$). 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 ІІІ) 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 – $0,7 \pm 0,1$, ПІ – $1,9 \pm 0,5$ та середньо мозкової артерії плода: С/Д – $7,6 \pm 0,6$, ІР – $1,2 \pm 0,3$, ПІ – $1,7 \pm 0,2$ 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 (в післяопераційному періоді).

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 (вразі 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 - $0,8 \pm 0,2$, ПІ - $2,4 \pm 0,3$, С/Д - $2,2 \pm 0,1$. Такі показники зміни кровотоку в ділянці післяопераційного рубця у вагітних I 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 II 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 рубцевозміненого 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. 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. Для оцінки стану та ступеня васкуляризації, оцінки

стану гладком'язового компоненту нами застосовано ІГХД з використанням моноклональних антитіл (МАТ) до CD31 та α -SMA. При патоморфологічному дослідженні тканини рубця міометрію даної групи вагітних визначаються, як зміни самої тканини міометрію, так й відносне збільшення фіброзного компоненту. М'язова тканина без чіткої візуалізації волокон, ознаки з вираженою дезорганізацією тканин, зустрічаються волокна з втратою ядер, дегенеративними змінами в клітинах. Найбільш виражені морфологічні зміни в ділянці попереднього післяопераційного рубця проявлялися у вагітних І групи з неспроможним післяопераційним РМ у вигляді: ділянок гомогенних м'язових волокон з набряком та повнокров'ям судин, гіпертрофованими клітинами, з ділянками без'ядерних м'язових волокон, периваскулярним набряком та вираженим внутрішньосудинним 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 фето-плацентарного комплексу 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 (9,5-21,2)) %, 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 II триместрі, розвиток при доношеній вагітності патологічного прелімінарного періоду - у 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 (94,0 (90,2-97,8)) %, у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій (96,0 (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 відповідні: 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 багатofакторного 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 розтину. 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 розтина у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій знизилась більш як в 7 разів і склала 13,3 % та у вагітних з можливим розвитком аномалії пологової діяльності в пологах та з розвившимися аномаліями пологової діяльності розродження шляхом операції кесарева розтина знизилось в 9,6 разів і склала 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 двох етапного 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 вразі виявлення екстрагенітальної патології призначення додаткових діагностичних та лікувальних заходів;

- огляд лікаря-ендокринолога та вразі 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 (вразі якщо такий є);

- визначення психоемоційного стану жінок з використанням сучасних психологічних тестів (шкала Спілбергера-Ханіна, тесту Бека та скороченого багатofакторного 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 (вразі 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 (вразі 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 (вразі можливих інфекційних післяопераційних ускладнень) та рубець з гіпертрофічними змінами та ділянками заживлення шляхом вторинного на тяжіння;

- визначається давність оперативного втручання на матці: до одного року 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 урагенітальних органів

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамченко В.В. Концепция энергетического дефицита и нарушенной функции митохондрий в патогенезе аномалий родовой деятельности / В.В. Абрамченко // Проблемы репродукции. – 2001. – № 4. – С.39-43.
2. Абрамченко В.В. Родовая деятельность и ее регуляция / В.В. Абрамченко. – СПб.: ЭЛБИ–СПб, 2006. – 387 с.
3. Абрамченко В.В. Индукция родов и их регуляция простагландинами / В.В. Абрамченко, Р.А. Абрамян; Руководство для врачей. – Элби: СПб, 2010. – 288 с.
4. Айламазян Э.А. Акушерство: Учебник для мед. вузов: / Э.А. Айламазян. – СПб: Специальная литература, 2013. – 528 с.
5. Айламазян Э.К. Использование спинальных методов анестезии в акушерстве для профилактики и лечения аномалий родовой деятельности / Э.К. Айламазян, Ю.С. Полушин, В.А. Первак // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007 – Т. LVI, №3. – С. 14-21.
6. Акушерство. Нац. руков. / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1030 с.
7. Антипкин Ю.Г., Давыдова Ю.В. Основные направления развития перинатальной медицины. // Журнал «Репродуктивная эндокринология». – 2012. – №2(4). – С. 5-7.
8. Анчокова М.Х. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин, беременность которых наступила в результате ЭКО и ПЭ / М.Х. Анчокова // Дис. канд. мед. наук. – М., 2007. – 114 с.
9. Аргунов В.А. Оценка полноценности рубца на матке после кесарева сечения: морфологические аспекты / В.А. Аргунов, Т.Ю. Павлова, Р.Д. Филиппова // Якутский медицинский журнал. 2007 – № 2. – С. 18-20.

10. Батман Ю.А. Прогнозування стану новонароджених, витягнених шляхом операції кесарського розтину / Ю.А. Батман // ПАГ. – 1994. – №3. – С. 14-15.
11. Бенюк В.А (Под ред.) Алгоритмы в акушерстве и гинекологии. Справочник врача. // К.: ТОВ «Доктор-медиа», 2009. – 428с.
12. Бенюк В.А (Под ред.) Справочник семейного врача по акушерству и гинекологии. (Серия «Бібліотека «Здоров'я України») // К.: ООО «Доктор-Медиа». – 2012. – 622 с.
13. Бенюк В.О. Сучасні аспекти безпечного материнства. // Издание для врача-практика «Медицинские аспекты здоровья женщины». – 2006. – №1 (1) – С. 25-27.
14. Бойчук А.В. Діагностика і корекція порушень у фетоплацентарному комплексі вагітних після лікування неплідності / А.В. Бойчук, О.І. Хлібовська, В.С. Шадріна [та ін.] // Вісн. наук. досліджень. – 2005. – № 2. – С. 74-75.
15. Бычков И.В. Состояние фетоплацентарной системы у женщин с неполноценным рубцом на матке / И.В. Бычков, С.В. Шамарин, В.И. Бычков.// Детская медицина Северо-Запада. – 2011. – Т. 2. – № 3. – С. 10-12.
16. Вакалюк Л.М. Клініко-ехографічна характеристика рубця на матці у вагітних жінок / Л.М. Вакалюк // Одеський медичний журнал. – 2003. – №4(78). – С.23-25.
17. Вдовиченко Ю.П. Взаємозв'язок мікробіоценозу піхви і кишечника з частотою розвитку післяпологової і неонатальної інфекції / Ю.П. Вдовиченко, Н.І. Генік, І.С. Глазков, Л.А. Журавльова, В.С. Остап'юк // Зб. наук. праць. Ас. акуш.-гін. Укр. – К.: „Фенікс”. – 2001. – С.87-89.
18. Вдовиченко Ю.П. (за ред.) Клінічні аспекти сучасної перинатології. Навчально-методичний посібник // Київ. – 2005. – 135 с.
19. Вдовиченко Ю.П., Гойда Н.Г., Юзько О.М. Вагітність та пологи у жінок з рубцем на матці після кесарського розтину. Частина II / Ю.П. Вдовиченко, Н.Г. Гойда, О. М. Юзько та ін. – К., 2011. – 328 с.
20. Вдовиченко Ю.П., Вдовиченко С.Ю. Современные аспекты

партнерских родов. // Научно-практический журнал «Здоровье женщины». – 2013. – №3(79). – С. 34-37.

21. Вдовиченко С.Ю. Профілактика акушерської і перинатальної патології при використанні родинно-орієнтованих технологій під час вагітності і пологів: дис. доктора мед наук : 14.01.01 / Вдовиченко Сергій Юрійович. – К., 2017. – 287 с.

22. Вдовин С.В. Диагностика и интенсивная терапия дискоординированной родовой деятельности / С.В. Вдовин, Т.В. Складановская // Пути сохранения репродуктивного здоровья женщины: материалы 12-й Поволжской научно-практической конференции акушеров и гинекологов. – Волгоград, 2008. – С. 20-23.

23. Венцовский Б.М. (Под ред.) Акушерство. // Киев: Медицина. – 2010. – 447 с.

24. Венцівський Б.М., Сенчук А.Я., Зелінський О.О. (за ред.) Невідкладні стани в акушерстві. // Посібник виданий Асоціацією акушерів-гінекологів України за підтримки проекту «Здоров'я матері і дитини» (USAID). – 2011. – 255 с.

25. Газазян М.Г. Нарушение маточной гемодинамики как причина аномалий родовой деятельности / М.Г. Газазян, О.Ю. Иванова, Н. В. Долженкова // Индукция сократительной деятельности матки: Сб. науч. тр. – Саратов, 2000. – С. 40-42.

26. Гойда Н.Г. (За ред.) Довідник з питань репродуктивного здоров'я. // К.: Вид-во Раєвського. – 2004. – 128 с.

27. Голяновський О.В. Комплексна медикаментозна терапія геморагічних ускладнень в акушерській практиці / О.В. Голяновський [и др.] // Репродуктивная эндокринология. - 2015. - №4. – С. 78-82.

28. Голяновський О.В. Морфологічні особливості послідів у разі синдрому затримки росту плода / О.В. Голяновський // Здоровье женщины. - 2014. - №9. – С. 128-130.

29. Горбунова О.В. Патологія репродуктивної системи у жінок з

оперованою маткою : дис. доктора мед наук : 14.01.01 / Горбунова Ольга Володимирівна. – К., 2007. – 236 с.

30. Грищенко І.І. Урогенітальна інфекція при вагітності і її роль у невиношуванні: дис. на здобут. наук.ступ. канд. мед. наук: 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / І.І. Грищенко. – К., 2012. – 180 с.

31. Гурженко О.Ю. Діагностика, лікування а профілактика сексуальних розладів у жінок з відділеними ускладненнями після кесаревого розтину // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ. – 2016. – 33 с.

32. Густоварова Т.А. Беременность и роды у женщин с рубцом на матке: клинико-морфологические и диагностические аспекты: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – М., 2007. – 31 с.

33. Гуцин И.В. Роль эхографической оценки состояния зоны послеоперацион-ного рубца в определении тактики родоразрешения у беременных, перенесших в прошлом кесарево сечение / И.В. Гуцин, З.Г. Меншиязова, С.А. Онищенко, О.В. Майборозова // IV Российский форум «Мать и Дитя»: тез. докл. – Москва, 2002. – С. 262-263.

34. Державний реєстр лікарських засобів України (Електронний ресурс). – Режим доступу до інформації: www.mozdocs.kiev.ua/likiview.php

35. Жордания И.Ф. Учебник акушерства. – М.: «Медицина», 1964. – 600 с.

36. Жук С.І. Слабкість пологової діяльності: прогнозування, діагностика та корекція». – Київ. – 1995.

37. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

38. Запорожан В.М., Цегельський М.Р., Рожковська Н.М. Акушерство і гінекологія. Підручник: У 2-х томах. Т. 1. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 472 с.

39. Захарян Е.Г. Етіотропна, патогенетична та реабілітаційна терапія хворих на постгонорейні ураження сечостатевого тракту та інші урогенітальні інфекції, ускладнені вторинним безпліддям: дис... канд. мед. наук : 14.01.20 / Е.

Г. Захарян. – К., 2006. – 189 с.

40. Иванов Д.О. Современные аспекты организации неонатальной помощи / Д.О. Иванов, Ю.В. Петренко // СПб.: Изд-во Н-Л, 2011. – 475 с.

41. Камінський В.В. Особливості перебігу вагітності, пологів, стану плода й новонародженого в жінки після програми ДРТ при функціональних порушеннях печінки / В.В. Камінський // Перинатологія та педіатрія. - 2015. - №1. – С. 32-35.

42. Камінський В.В. Фактори ризику акушерських і перинатальних ускладнень при індукованій вагітності у жінок з патологією печінки / В.В. Камінський, О.Г. Бойчук // Вісн. Вінниц. нац. мед. ун-ту ім. М. І. Пирогова. - 2016. - Т. 20, N 1 ч.1. - С. 47-50.

43. Кан Н.Е. Выбор способа родоразрешения после операции кесарева сечения / Н.Е. Кан, В.Л. Тютюнник, М.И. Кесова, А.А. Балушкина // Акушерство и гинекология. – 2014. – №6. – С. 4-8.

44. Керівництво Королівського коледжу акушерів і гінекологів Великобританії «Пологи після кесаревого розтину в анамнезі».–Жіночий лікар. – №6(74).–2017.– С.62-74.

45. Кобаса А.Д. Человек рождается / Кобаса А.Д // Одесса. – 2016 – С. 176-186.

46. Комиссарова Л.М. Кесарево сечение и его роль в снижении материнской и перинатальной патологии. – Автореф. дисс. докт. мед. наук. – М., 1998. – 28 с.

47. Корсак В.В. Особливості розродження жінок з рубцем на матці після попереднього кесаревого розтину / Пацкань І.І., Мойш А.Ю., В.В. Корсак, // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – Т. 16. – № 2, ч. 1 (62). – С.100-103.

48. Краснопольский В.И. Самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке как альтернативный и безопасный метод родоразрешения / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 5. – С.17-22.

49. Краснопольский В.И. Оценка влияния на выбор метода родоразрешения при индуцированной беременности факторов, связанных с причиной и длительностью бесплодия, возрастом пациенток и количеством выполненных процедур экстракорпорального оплодотворения / В.И. Краснопольский, М.В. Капустина, Л.У. Долгиева, Л.И. Федосенко // Российский Вестник Акушера-Гинеколога. – 2011. – № 2. – С.44-48.

50. Краснопольский В.И. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: причины формирования и лечебная тактика / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, С.Н. Буянова // Акушерство и гинекология. – 2013. - № 12. – С. 28-33.

51. Кулаков В.И. Кесарево сечение / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова. – М., 2004. – С.56-68.

52. Кульчицкий Д.В. Комплексна профілактика інтра та післяопераційних ускладнень при кесаревому розтині: автореф. дис. на здоб. наук. ступ. к.м.н.: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Кульчицкий Дмитро Вікторрович; МОЗУ НМА післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – К., 2017. – 32 с.

53. Лискович В.А. Особенности течения беременности, родов и состояния новорожденных, рожденных от матерей, перенесших экстракорпоральное оплодотворение / В.А. Лискович, Л.Н. Кеда, А.И. Пальцева // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2009. – № 6 (06). – С. 54.

54. Лікування безпліддя з використанням допоміжних репродуктивних технологій в Україні. Медичний центр лікування безпліддя, 2009. (Електронний ресурс). – Режим доступу до інформації: www.health.unian.net/ukr/detail/209083

55. Маєвський К.А. Профілактика порушень системи гемостазу під час операції КР // Автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. мед. наук. 14.01.01 / Ін-т педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. – К., 2000. – 18 с.

56. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. // М.: Медицина. – 1974. — 416 с.

57. Мазорчук Б.Ф., Жученко П.Г. Акушерство і гінекологія. Підручник

для сімейних лікарів. Том 1. // К.: Видавничий центр «Просвіта», ДП РВІАБ «Президентський контроль». – 2005. – 448 с.: 134 іл.

58. Мазорчук Б.Ф., Жученко П.Г. Акушерство і гінекологія. Підручник для сімейних лікарів. Том 2. // К.: ДП «Редакція журналу «Землевпорядний вісник». – 2007. – 464 с.: 54 іл.

59. Мисхин В.С. Роль адренореактивности в розвитку аномалій родової діяльності / В.С. Мисхин // Акушерство и гинекология. – 2007.–№ 6. – С. 6-8.

60. Михалевич С.И. Преодоление бесплодия. Диагностика, клиника, лечение: Учеб. пособие для студентов спец. «Лечебно-профилактическое дело» медицинских ВУЗов / С.И. Михалевич. – Минск: Беларус. навука, 2002. – 191 с.

61. Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). [Електронний ресурс] – 1999. – Режим доступу: <http://mkb-10.com/index.php?pid=13498>.

62. Мурадова З.Н. Прогнозирование и профилактика разрыва матки в Таджикистане // Дисс.... канд. мед. наук. – М., 2006. – 14 с.

63. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні».

64. Наказ МОЗ України №676 від 31.12.2004 (зі змінами – накази МОЗ України №782 від 29.12.2005, №624 від 03.11.2008, №205 від 24.03.2014) «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»:

- Гіпертензивні розлади під час вагітності;
- Ведення вагітних із гострим вірусним гепатитом;
- Ведення вагітних із хронічним гепатитом;
- Ведення вагітних із хронічним холециститом;
- Позаматкова вагітність;
- Доброякісні та передракові процеси ШМ;
- Профілактика і діагностика дисгормональних захворювань молочної залози.

65. Наказ МОЗ України №782 від 29.12.2005 (зі змінами – накази МОЗ

України №182 від 24.03.2009, №417 від 15.07.2011, №205 від 24.03.2014) «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»:

- Анемія у вагітних (зі змінами);
- Затримка росту плода.

66. Наказ МОЗ України №179 від 29.03.2006 «Про затвердження інструкції про визначення критеріїв живонародження, мертвонародження та перинатального періоду».

67. Наказ МОЗ України №900 від 27.12.2006 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Дистрес плода при вагітності та під час пологів».

68. Наказ МОЗ України №906 від 27.12.2006 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Перинатальні інфекції».

69. Наказ МОЗ України №624 від 03.11.2008 «Про внесення змін до наказу МОЗ України №582 від 15 грудня 2003 року «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ України №676 від 31.12.2004 року «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»:

- Нормальні пологи;
- Невиношування вагітності;
- Передчасні пологи.

70. Наказ МОЗ України №204 від 13.04.2011 «Про затвердження та впровадження Примірною переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання».

71. Наказ МОЗ України №417 від 15.07.2011 (зі змінами – накази МОЗ України №7 від 09.01.2014, №59 від 21.01.2014, №236 від 02.04.2014) «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

72. Наказ МОЗ України №715 від 28.10.2011 «Про подальше впровадження Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні».

73. Наказ МОЗ України №977 від 27.12.2011 «Про внесення змін до

наказу МОЗ України №582 від 15.12.2003 року «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (клінічний протокол «Кесарів розтин»).

74. Наказ МОЗ України №110 від 14.02.2012 (зі змінами – наказ МОЗ України №549 від 08.08.2014) «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

75. Наказ МОЗ України і НАМН України №1030/102 від 29.11.2013 «Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні».

76. Наказ МОЗ України №7 від 09.01.2014 «Про внесення змін до наказу МОЗ України №417 від 15 липня 2011 року «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

77. Наказ МОЗ України №59 від 21.01.2014 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з питань планування сім'ї».

78. Наказ МОЗ України №205 від 24.03.2014 «Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України від 29 грудня 2005 року №782 та від 31 грудня 2004 року №676»:

- Акушерські кровотечі;
- Геморагічний шок в акушерстві;
- Синдром ДВЗ в акушерстві.

79. Наказ МОЗ України №252 від 08.04.2014 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів (ЛЗ) та забезпечення його доступності» (Розділ 11. Акушерство, гінекологія. Лікарські засоби; Додаток 3: Особливості застосування ЛЗ у жінок в період вагітності та в період лактації).

80. Наказ МОЗ України №549 від 08.08.2014 «Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» (форма №003-6/о

«Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення»).

81. Наказ МОЗ України №205 від 08.04.2015 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги жінкам з багатоплідною вагітністю» (чинний з 06.05.2015).

82. Неймарк М.И. Современные подходы к обезболиванию самопроизвольных родов / М.И. Неймарк, В. Ю. Геронимус // Анестезиология и реаниматология. – 2007. – № 6. – С. 13-19.

83. Нецкар І.П. Оптимізація тактики ведення жінок з рубцем на матці з використанням родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів: автореф. дис. на здоб. наук. ступ. к.м.н. : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Ірина Петрівна Нецкар ; МОЗУ НМА післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – К., 2017. – 20 с.

84. Норвитц Эррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология. // Пер. с англ. // М.: ГЕОТАР-МЕД. – 2003. – 144 с.

85. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь. Материалы учебного семинара Всемирной организации здравоохранения, Европейского регионального бюро. – 2002.

86. Пальмер П.Е.С. (Под ред.) Руководство по ультразвуковой диагностике. // Калифорнийский университет Дейвис, штат Калифорния, США. // ВОЗ, Женева. – 2000. – 334 с.

87. Панова Т.В. Дифференцированная профилактика невынашивания беременности у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе / Т. В. Панова, Т. С. Качалина // Гинекология. – 2008. – № 1. – С. 4-6.

88. Пекарев О.Г. Прогноз и перспективы самопроизвольного родоразрешения у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения / О. Г. Пекарев, И.В. Майбородин, И.М. Поздняков и др. // Акушерство и гинекология. – 2007. – №3. – С. 33-37.

89. Первак В.А. Длительная перидуральная аналгезия при аномалиях родовой деятельности / Первак В.А., Абрамченко В.В., Куличкин Ю.В. и др. //

Материалы III Всероссийской научно-практической конференции «Критические состояния в акушерстве и неонатологии». – Петрозаводск, 2005. – С. 273-275.

90. Потапов В.А. Потенцирующий эффект клостилбегита в комбинации с гонадотропинами при стимуляции овуляции у женщин с бесплодием, обусловленным нарушением функции гипоталамо-гипофизарной системы / В.А. Потапов, Т.Н. Гринченко // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 3. – С. 26-29.

91. Приймак І.А. Реабілітація репродуктивної функції при ендометріозі у хворих з безплідністю із застосуванням лапароскопічної хірургії: автореф. дис... канд. мед. наук : спец. 14.01.01 / І.А. Приймак. – Вінниця, 2005. – 20 с.

92. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / Радзинский В. Е./- М.: Изд-во журн. Status Praesens, 2011. –С. 688.

93. Раушкина С.В. Аномалии родовой деятельности у первобеременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.В. Раушкина. – Омск, 2002. – 23 с.

94. Саввина Н.В. Кесарево сечение и пути снижения репродуктивных потерь / Н.В. Саввина, У.М. Новгородова // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2015. – № 4. – С. 24-26.

95. Савельева Г.М. Обезболивание родов (регионарная анестезия) / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, П.А. Клименко и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. – № 6. – С. 62-68.

96. Савельева Г.М. (Под ред.) Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. // М.: МИА. – 2006. – 720 с.

97. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. – 287 с.

98. Савицкий А.Г. Структура аномалий родовой деятельности в современном акушерстве: клинко-статистические аспекты / А.Г. Савицкий // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – № 2. – С. 17-22.

99. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Зелінський О.О., Заболотна А.В. Аку-шерський практикум. // БАГ серія «Акушерство» Одеса, 2009. – 299 с.

100. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Клинические рекомендации. Акушерство и

гинекология. – 4-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2014. – 1024 с.

101. Сидельникова В.М. Особенности гестационного процесса после ЭКО+ПЭ / В.М. Сидельникова, Б.В. Леонов, З.С. Ходжаева, М.Б. Стрельченко // Проблемы беременности. – 2000. – № 2. – С. 26-30.

102. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. – М.: МЕДпресс, 2000. – 320 с.

103. Сизова Е.Н. Физиологическая характеристика эндогенных модуляторов В-адрено- и М-холинореактивности / Е.Н. Сидорова, В. И. Циркин. – Киров: ВСЭИ, 2006. – 183 с.

104. Смольникова В.Ю. Принципы и схемы стимуляции суперовуляции в программе ЭКО и ПЭ / В.Ю. Смольникова, Е.Я. Финогенова // Лечение женского и мужского бесплодия. – М.: МИА, 2005. – С.347-367.

105. Сольский Я.П. Бесплодие как социальная проблема репродукции / Я.П. Сольский, И.Я. Кононенко // Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии: сб. науч. тр. симп. с междунар. участием. – К., 1997. – С. 78-79.

106. Стрижаков А.Н. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы / А.Н. Стрижаков, Т.Е. Кузьмина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. – том 1. – №2. – С. 40-46.

107. Стрижаков А.Н. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь / А.Н. Стрижаков, О.Р. Баев, М.В. Рыбин // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 12-17.

108. Струкова С.А. Перинатальные исходы у пациенток после экстракорпорального оплодотворения / С.А. Струкова, Т.В. Павлова // Научные ведомости. – 2009. – № 12(67) – С. 71.

109. Сулима О.Г. Фізичний розвиток і стан здоров'я новонароджених, дістаних при першій і повторній операції кесарського розтину / О.Г. Сулима, Т.В. Віговська, Р.А. Неїлко, Т.Д. Загорулько // Асоціація акушерів-гінекологів України: Зб. наук. пр. – Сімферополь, 1998. – С.317-318.

110. Теслова О.А. Разрывы матки при спонтанных и индуцированных

родах после предшествующего кесарева сечения: оценка рисков / О.А. Теслова // Проблемы здоровья и экологии. – 2014. – № 3(41). – С. 35-41.

111. Токарчук М.М. Пологи з рубцем на матці / М.М. Токарчук // К., 2010. – №3 (30). – С. 20-21.

112. Фаткуллин И.Ф. Роды через естественные родовые пути после кесарева сечения / И.Ф. Фаткуллин // StatusPraesens. – 2009. – № 1[2] 11. – С. 15-19.

113. Феськов О.М. Діагностика та лікування ендокринної неплідності у жінок в залежності від стану ендометрія: автореф. дис... д-ра мед. наук : спец. 14.01.01 / О.М. Феськов. – К., 2002. – 32 с.

114. Хміль С.В. Ефективність використання флуренізиду в профілактиці гнійно-септичних ускладнень після операції кесарського розтину / С.В. Хміль, Л.Є. Лимар, Т.В. Кравець та ін. // Асоціація акушерів-гінекологів України: Зб. наук. пр. – Сімферополь, 1998. – С.356-358.

115. Хомінська З.Б. Перебіг першої половини вагітності та динаміка гормональних показників після екстракорпорального запліднення з донацією ооцитів / З.Б. Хомінська, Л.Г. Туманова, В.І. Банніков // Педиатрія, акушерство та гінекологія. – №1 (419). – 2007. – С. 87-91.

116. Хофмаер Дж. Ю. и соавт. Под общей редакцией Сухих Г.Т. Кокрановское руководство: Беременность и роды. // Москва. «Логосфера», 2010 – 390 с.

117. Цивільний кодекс України

118. Чернишова Л.Є. Підвищення ефективності лікування безпліддя методом екстракорпорального запліднення з урахуванням імунологічних змін в організмі жінки : дис... канд. мед. наук : 14.01.01 / Л.Є. Чернишова. – Д., 2004. – 190 с.

119. Черношеина М.В. Влияние длительной эпидуральной анальгезии на сократительную деятельность матки при нормальных и осложненных родах / М.В. Черношеина, Ю.В. Куличкин, В.В. Абрамченко и др. // Материалы VII Российского форума "Мать и дитя". – М., 2005. – С. 293-294.

120. Чернуха Е.А. Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве? / Е.А. Чернуха // Акуш. и гин. – 2005. – № 5. – С. 8-12.

121. Чернуха Е.А. Родовой блок / Е.А. Чернуха // Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2009. – 712 с.

122. Шифман Е.М. Влияние эпидуральной анестезии на течение родов / Е. М. Шифман, Ю. Н. Ермилов // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – № 2. – С. 44-45.

123. Щербаков А.Ю. Особенности повторного родоразрешения у женщин после абдоминального кесарева сечения / А.Ю. Щербаков, Т.А. Гладкова, В.Ю. Щербаков // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 65-67.

124. Щукина Н.А. Причины формирования и методы профилактики несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения / Н.А. Щукина, Е.И. Благина, И. В. Барина // Альманах клинической медицины. – 2015. – № 37. – С. 85-92.

125. Ananth V., Joseph K.S., Oyelese Y., Demissie K., Vintzileos A.M. Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons: United States, 1989 through 2000 // *Obstet. Gynecol.* – 2005. – V. 105. – P. 1084-1091.

126. La Marca et al. Primary ovarian insufficiency: autoimmune causes / *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* – 2010. – Vol. 22. – P. 277–282.

127. Abraham W, Berhan Y. Predictors of labor abnormalities in university hospital: unmatched case control study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014 Aug 3;14:256.

128. Abrao K.C. Elevation of Uterine Basal Tone and Fetal Heart Rate Abnormalities After Labor Analgesia / Abrao K.C., Francisco R., Miyadahira S. // *Obstetrics and Gynecology.* – 2009. – Vol. 113, №1. – P. 41-47.

129. Abry P. Methodology for multifractal analysis of heart rate variability: from LF/HF ratio to wavelet leaders / P. Abry, H. Wendt, S. Jaffard // *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc.* – 2010. – P. 106-109.

130. Aikawa N. et al. Subclinical impairment of ovarian reserve in juvenile

systemic lupus erythematosus after cyclophosphamide therapy// Clin. Exp. Rheumatol. – 2012. – Vol. 30. – P. 445–459.

131. Alderdice F. Admission to neonatal intensive care with respiratory morbidity following 'term' elective caesarean section / F. Alderdice, E. McCall, C. Bailie, S. Craig, J. Dornan, R. McMillen, J. Jenkins // IrMedJ. – 2005 Jun. – 98(6):170-172.

132. Allen VM, Wilson RD, Cheung A. Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC); Reproductive Endocrinology Infertility Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). J Obstet Gynaecol Can. 2006 Mar;28(3):220–50.

133. American Society of Reproductive Medicine. Ovarian hyperstimulation syndrome // Fertil. Steril. – 2008. – Vol. 90, № 5 (Suppl.). – P. S188–193.

134. An immunological insight into premature ovarian failure (POF) / S. Dragojević–Dikić [et al.] // Autoimmun. Rev. – 2010. – Vol. 9. – P. 771–774.

135. An initial low response predicts poor outcome in in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection despite improved ovarian response in consecutive cycles / Z. Veleva [et al.] // Fertil. Steril. – 2005. – Vol. 83. – P. 1384–1390.

136. Anti–Mullerian hormone–based approach to controlled ovarian stimulation for assisted conception / S. M. Nelson [et al.] // Hum. Reprod. – 2009. – Vol. 24. – P. 867–875.

137. Anti–phospholipid antibodies against phosphatidylinositol, and phosphatidylserine are more significant in reproductive failure than antibodies against cardiolipin only / Z. Ulcova–Gallova [et al.] // Am. J. Reprod. Immunol. – 2005. – Vol. 54. – P. 112–117.

138. Arendt KW. The 2015 Gerard W. Ostheimer Lecture: What's New in Labor Analgesia and Cesarean Delivery. Anesth Analg. 2016 May;122(5):1524–31.

139. Assisted reproductive technology in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE / P. Ferraretti [et al.] // Hum. Reprod.– 2013.– Vol. 28,

№9.– P. 2318–2331.

140. Association of Serum AMH Level with Fragile X CGG Repeat Number Among Infertility Patients / S. Gustin [et al.] // *Fertil. Steril.* – 2014. – Vol. 101 (2). – P. e6–e7.

141. Aubert J, Bejan–Angoulvant T, Jonville–Bera AP. [Pharmacology of misoprostol (pharmacokinetic data, adverse effects and teratogenic effects)]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2014 Feb;43(2):114–22.

142. Baeza C., Mottet N., Coppola C. et al. Obstetrical prognosis of patients after a previous caesarean section performed before 32 weeks of amenorrhea. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016 Oct 17. P. 250–258.

143. Bakker, P.C. Uterine activity monitoring during labor / Bakker P.C., Rijsiwijk S., Geijn H.P. // *J. Perinat. Med.* – 2007. – Vol. 35. – P. 468–477.

144. Basal progesterone levels as the main determinant of progesterone elevation on the day of hCG triggering in controlled ovarian stimulation cycles / E. Papaleo [et al.] // *Arch. Gynecol. Obstet.* – 2014. – Vol. 290 (1). – P. 169–171.

145. Bell C. Genomic RNA profiling and the programme controlling preimplantation mammalian development / C. Bell, M. Calder, A. Watson // *Mol. Hum. Reprod.*– 2008.– Vol. 14.– P. 691–701.

146. Blomberg M. Avoiding the first cesarean section – results of structured organizational and cultural changes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 May;95(5): 580–6.

147. Bonnet MP, Prunet C, Baillard C, Kpéa L, Blondel B, Le Ray C. Anesthetic and Obstetrical Factors Associated With the Effectiveness of Epidural Analgesia for Labor Pain Relief: An Observational Population–Based Study. *Reg Anesth Pain Med*. 2016 Nov 9.: P.123–139.

148. Bonouvrié K, van den Bosch A, Roumen FJ, van Kuijk SM, Nijhuis JG, Evers SM, Wassen MM. Epidural analgesia during labour, routinely or on request: a cost–effectiveness analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016 Dec;207:23–31.

149. Bouet PE, Hachem H, Monceau E et al. Chronic endometritis in women with recurrent pregnancy loss and recurrent implantation failure: prevalence and role

of office hysteroscopy and immunohistochemistry in diagnosis. *Fertil Steril*. 2016 Jan;105(1):106–10.

150. Boukerrou M. Previous caesarean section is an operative risk factor in vaginal hysterectomy / M. Boukerrou, E. Lambaudie, P. Collinet, G. Crepin, M. Cosson // *Gynecol Obstet Fertil*. – 2004 Jun. – 32(6). – 490-495.

151. Bowes N., Watson A.J. Risk factors at Caesarean Section and Failure of subsequent Trial of Labour // *Obstet. Gynecol. Surv.* – 2002 – V. 57.–N. 12–P. 422–423.

152. Branigan E. F. Advanced semen analysis: a simple screening test to predict intrauterine insemination success / E. F. Branigan, M. A. Estes, C. H. Muller // *Fertil. Steril*. – 2007. – Vol. 71, N. 3. – P. 547-551.

153. Bretherick, K. L. FMR1 repeat sizes in the gray zone and high end of the normal range are associated with premature ovarian failure / K. L. Bretherick, M. R. Fluker, W. P. Robinson // *Hum. Genet.* – 2005. – Vol. 117. – P. 376–382.

154. Bujold E., Goyet M., Marcoux S., Brassard N., Cormier B., Hamilton E. et al. The role of uterine closure in the risk of uterine rupture. *Obstet. Gynecol*. 2010; 116(1):43–50.

155. Calhaz–Jorge C, de Geyter C, Kupka MS, de Mouzon J, Erb K, Mocanu E, Motrenko T, Scaravelli G, Wyns C, Goossens V. European IVF–Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Hum Reprod*. 2016 Aug;31(8):1638–52.

156. Chakravarty B. N. Unexplained infertility / B. N. Chakravarty, S. G. Dastidar // *J. Indian. Med. Assoc.* – 2006. – Vol. 99, N. 8. – P. 414–415.

157. Chandhiok N., Kambo I., Dhillon B.S., Saxena N.C. // XVII FIGO World Congress, Nov. 2–7, 2003, Santiago, Chile: Book of Abstracts. – Santiago, 2003. – Thursday, nov. 6. – P.6.

158. Chilaka VN, Cole MY, Habayeb OM, Konje JC. Risk of uterine rupture following induction of labour in women with a previous caesarean section in a large UK teaching hospital. // *J Obstet Gynaecol*. – 2004 Apr. – 24(3):264-5.

159. Choudhury S.D. Hyperprolactinemia and reproductive disorders – a

profile from north east / S.D. Choudhury, A. Goswami // J. Assoc. Physicians India. – 2010. – Vol. 43, N. 9. – P. 617–618.

160. Churchill H. Caesarean Birth: Experience Practice and History Hale. – Cheshire. –1997. – P.34–38.

161. Circulating auto-antibodies against the zona pellucida and thyroid microsomal antigen in women with premature ovarian failure / R. L. Kelkar [et al.] // J. Reprod. Immunol. – 2005. – Vol. 66 (1). – P. 53–67.

162. Clinical characteristics and genetic analysis in women with premature ovarian insufficiency / E. Ferrarini [et al.] // Maturitas. – 2013. – Vol. 74 (1). – P. 61–67.

163. Collingham JP, Fuh KC, Caughey AB, Pullen KM, Lyell DJ, El-Sayed YY. Oral misoprostol and vaginal isosorbide mononitrate for labor induction: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010 Jul;116(1):121–24.

164. Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology / F. Zegers-Hochschild // Fertil. Steril.–2009/– Vol. 92, № 5, P. 1520–1524.

165. Comparison of combined spinal-epidural and low dose epidural for labour analgesia / Hepner D. L., Gaiser R. R., Cheek T. G. [et al.] // Canadian J. Anesthesia. – 2010. – Vol. 47, № 3. – P. 232–236.

166. Contribution of the oocyte to embryo quality / M. A. Sirard [et al.] // Theriogenology.– 2006.– Vol. 65.– P. 126–136.

167. Crane JM, Magee LA, Lee T, et al. Maternal and perinatal outcomes of pregnancies delivered at 23 weeks' gestation. J Obstet Gynaecol Can. 2015 Mar; 37(3):214–24.

168. Crosby D, Ahmed S, Razley A, Morrison JJ. Obstetric and Neonatal Characteristics of Pregnancy and Delivery for Infant Birthweight ≥ 5.0 kg. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016 Dec 6:1–15.

169. De A, Bagga R, Gopalan S. The routine use of oxytocin after oral misoprostol for labour induction in women with an unfavourable cervix is not of benefit. J Obstet Gynaecol. 2006 Aug;46(4):323–9.

170. De Vos, M. Primary ovarian insufficiency / M. De Vos, P. Devroey, B. C. J. M. Fauser // *Lancet*. – 2010. – Vol. 376. – P. 911–921.

171. Defining infertility—a systematic review of prevalence studies / S. Gurunath [et al.] // *Hum. Reprod. Update*. – 2011. – Vol. 17, № 5, P. 575–588.

172. Delvigne A. Symposium: Update on prediction and management of OHSS. *Epidemiology of OHSS // Reprod. Biomed. Online*. – 2009. – Vol. 19, №1. – P. 8–13.

173. Dencker A. Identification of latent phase factors associated with active labor duration in low-risk nulliparous women with spontaneous contractions / A. Dencker, M. Berg, L. Bergqvist // *Acta Obstet Gynecol Scand*. – 2010. – № 8. – P. 1034-1039.

174. Diaz, F. J. Oocytes determine cumulus cell lineage Mouse ovarian follicles F. J. Diaz, K. Wigglesworth, J. J. Eppig // *J. Cell Sci*. – 2007. – Vol. 120 (Pt. 8). – P. 1330–1340.

175. Do etiologies of premature ovarian aging (POA) mimic those of premature ovarian failure (POF)? / N. Gleicher [et al.] // *Hum. Reprod*. – 2009. – Vol. 24 (10). –P. 2395–2400.

176. Dodd J.M., Crowther C.A., Huertas E., Guise J.M., Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2013; (12): CD004224.

177. Dosedla E, Calda P. Can the final sonographic assessment of the cesarean section scar be predicted 6 weeks after the operation? *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2016 Oct;55(5):718–720.

178. Elenis E, Svanberg AS et al. Adverse obstetric outcomes in pregnancies resulting from oocyte donation: a retrospective cohort case study in Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Oct 8;15: P. 247.

179. Enkin M.W., Wilkinson C. Single versus two layer suturing for closing the uterin incision at cesarean section // *Cochrane Database Syst. Rev*. – 2002 – N.2. –P.192.

180. ESHRE consensus on the definition of 'poor response' to ovarian

stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria / A. P. Ferraretti [et al.] / *Hum. Reprod.* – 2011. – Vol. 26, № 7. – P. 1616–1624.

181. Eude–Le Parco I, Dallot E, Breuiller–Fouché M. Protein kinase C and human uterine contractility. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2007 Jun 1;7

182. Expected poor ovarian response in predicting cumulative pregnancy rates : a powerful tool / D.J. Hendriks [et al.] // *J. Reprod. Biomed. Online.* – 2008. – Vol. 17.–P. 727–736.

183. Fantini E. Some biochemical aspects of the protective effect of trimetazidine on rat cardiomyocytes during hypoxia and reoxygenation / E. Fantini, L. Demaison, E. Sentex // *J. Moll. Cell. Cardiol.* – 2014. – № 12. – P. 949-958.

184. Fantini E. Some biochemical aspects of the protective effect of trimetazidine on rat cardiomyocytes during hypoxia and reoxygenation / E. Fantini, L. Demaison, E. Sentex // *J. Moll. Cell. Cardiol.* – 2014. – N 12. – P. 949-958.

185. Fawsitt C.G. At what price? A cost-effectiveness analysis comparing trial of labour after previous caesarean versus elective repeat caesarean delivery / C. G. Fawsitt, J. Bourke, R.A. Greene et al. // *PLoS One.* – 2013. – V.8(3): e58577.

186. Female infertility related to thyroid autoimmunity: the ovarian follicle hypothesis / P. Monteleone [et al.] // *Am. J. Reprod. Immunol.* – 2011. – Vol. 66 (2). –P. 108–114.

187. Fitzpatrick LA., Good A. Micronized progesterone: clinical indications and comparison with current treatments / *Fertil. Steril.* – 2006. – Vol. 72. – P. 389.

188. Flamm B. L. Cesarean section / B. L. Flamm, E. J. Quilligan // Springer-Verlag, New York, 1995.

189. Floris L, Irion O, Courvoisier D. Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: a prospective longitudinal study. *Psychol Health Med.* 2016 Nov 17:1–9.

190. Gearhart, J. In vitro fertilization, the Nobel Prize, and human embryonic stem cells / J. Gearhart, C. Coutifaris // *Cell Stem Cell.* – 2011. – Vol.8, № 1. – P. 12–15.

191. Genetic predictors of controlled ovarian hyperstimulation: where do we

stand today? / S. Altnae [et al.] // Hum. Reprod. Update. – 2011. – Vol. 17, №6 – P. 813–828.

192. Gleicher, N. Cutting edge assessment of the impact of autoimmunity on female reproductive success / N. Gleicher, A. Weghofer, D. Barad // J. Autoimmun. – 2012. – Vol. 38 (2–3). – P. J74–J80.

193. Gleicher, N. Effects of race/ethnicity on triple CGG Counts on FMR1 gene in infertile women and egg donors / N. Gleicher, A. Weghofer, D. H. Barad // Reprod. Biomed. – 2010. – Vol. 20 (4). – P. 485–491.

194. Gleicher, N. Female infertility due to abnormal autoimmunity: frequently overlooked and greatly underappreciated. Part II / N. Gleicher, A. Weghofer, D. Barad Expert Rev. Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 2 (4). – P. 465–475.

195. Gleicher, N. Intermediate and normal sized CGG repeat on the FMR1 gene does not negatively affect donor ovarian response / N.N. Gleicher, A. Weghofer, D.H. Barad // Hum. Reprod. – 2012. – Vol. 27 (7). – P. 2241–2242.

196. Gleicher, N. Ovarian reserve determinations suggest new function of FMR1 (fragile X) gene in regulating ovarian aging / N. Gleicher, A. Weghofer, D. H. Barad // Reprod. Biomed. Online. – 2010. – Vol. 20. – P. 755–768.

197. Gleicher, N. The FMR1 Gene as Regulator of Ovarian Recruitment and Ovarian Reserve / N. Gleicher, D.H. Barad // Obstet. Gynecol. Surv. – 2010. – Vol. 65(8). – P. 523–530.

198. Gorbunova O., Vdovichenko S., Labours With Partners And Sexual Health of Women / The Health of Society. – 2016. № 1-2. – P. 57-62.

199. Goswami, D. Premature ovarian failure / D. Goswami, G. S.Conway // Horm. Res. – 2007. – Vol. 68 (4). – P. 196–202.

200. Grobman W.A., Gilbert S., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Rouse D.J. et al. Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. Obstet. Gynecol. 2007; 109(2, Pt 1): 262–9.

201. Grobman W.A., Lai Y., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Rouse D.J. et al. Prediction of uterine rupture associated with attempted vaginal birth after cesarean delivery. Am. J. Obstet. Gynecol. 2008; 199(1): 30. e1–5.

202. Guisasola, J. F. Combined subarachnoid–epidural technique for obstetric analgesia / Guisasola J. F., Valle G., Gomes–Arnau L. // *Rev. Esp. Anaesthesiol. Reanim.* – 2004. – Vol. 51, № 7. – P. 409–10.

203. Guise J.M., Denman M.A., Emeis C. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet. Gynecol.* 2010;115(6):1267–78.

204. Hagerman, R.J. Testing for fragile X mutations throughout the life span / R.J. Hagerman, P.J. Hagerman // *J. Am. Med. Assoc.*–2008.–Vol. 300.–P.2419–2421.

205. Haller–Kikkatalo, K. Review on Autoimmune Reactions in Female Infertility: Antibodies to Follicle Stimulating Hormone / K. Haller–Kikkatalo, A. Salumets, R. Uibo // *Clin. Dev. Immunol.* – 2012. – Article ID 762541. – 15 p.

206. Halman SC et al. Single fetal death. *Obstet Gynecol.* 2011.

207. Halpern, S.H. Evidence–based Obstetric Anaesthesia / Halpern S.H., Douglas M.J. – USA: Blackwell Publishing, 2005. – 206 p.

208. Hirsch L, Borovich A, Gabbay–Benziv R, Maimon–Cohen M, Aviram A, Yogev Y, Ashwal E. Can we predict successful cervical ripening with prostaglandin E2 vaginal inserts? *Arch Gynecol Obstet.* 2016 Dec 7.: P. 56–57

209. Hill J.B., Ammons A., Chauhan S.P. Vaginal birth after cesarean delivery: comparison of ACOG practice bulletin with other national guidelines. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2012; 55(4): 969–77.

210. Hudson CA, López Bernal A. Phosphorylation of proteins during human myometrial contractions: A phosphoproteomic approach. *Biochem Biophys Res Commun.* 2016 Dec.: P. 84–91.

211. Hutton EK, Hannah ME, Ross S, Joseph KS, Ohlsson A, Asztalos E, Willan AR, Allen AC, Armson BA, Gafni A, Mangoff K, Sanchez JJ, Barrett JF; Twin Birth Study Collaborative Group.. Re: Maternal outcomes at 3 months after planned caesarean section versus planned vaginal birth for twin pregnancies in the Twin Birth Study: a randomised controlled trial: Counselling is difficult when outcomes are associated with mode of delivery and not the plan of mode of delivery. *BJOG.* 2016 Mar; 123 (4):644.

212. IgG–antiphospholipid antibodies in follicular fluid of IVF ET patients are

related to low fertilization rate of their oocytes / H. Matsubayashi [et al.] // Am. J. Reprod. Immunol. – 2006. – Vol. 55 (5). – P. 341–348.

213. Impact of antiovarian antibodies on ovarian responsiveness in vitro fertilization and embryo transfer / S. H. Zou [et al.] // Neuro. Endocrinol. Lett. – 2008.– Vol. 29 (6). – P. 949–952.

214. Influence of intermediate and uninterrupted FMR1 CGG expansion in premature ovarian failure manifestation / B. Bodega [et al.] // Hum. Reprod. – 2006. –Vol. 21. – P. 952–957.

215. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology: world report on assisted reproductive technology, 2005 / F. Zegers-Hochschild [et al.] // Fertil. Steril. – 2014. – Vol. 101, № 2. – P. 366–378.

216. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care / J. Boivin [et al.] // Hum. Reprod.– 2007. – Vol. 22, №6.– P. 1506–1512.

217. Is autoimmunity a matter of sex? / A. Lleo [et al.] // Autoimmun. Rev. – 2008. – Vol. 7 (8). – P. 626–630.

218. IVF outcomes in obese donor oocyte recipients: A systematic review and meta-analysis / E. S. Jungheim [et al.] // Hum. Reprod.– 2013.–Vol. 28, № 10.– P. 2720–2727.

219. Jackson A., Gibson K.A., Wu Y.W., Croughan M.S. Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis // Obstet. Gynecol. – 2004. – V. 103. – P. 551-563.

220. Jastrow N., Roberge S., Gauthier R.J., Laroche L., Duperron L., Brassard N., Bujold E. Effect of birth weight on adverse obstetric outcomes in vaginal birth after cesarean delivery. Obstet. Gynecol. 2010; 115(2, Pt 1): 338–43.

221. Jose-miller A. B. Infertility / A. B. Jose-miller, J. W. Boyden, K. A. Frey // Am. Fam. Physician.– 2007.– Vol. 75.– P. 849–856.

222. Jouatte F. Declenchement du travail d'indication medicalexomparaison du misoprostol intravaginal avec une prostaglandine E2 administree par voie intraveineuse / F. Jouatte, D. Subtil, P. Marquis // J. de Gynecol. Obstet. – 2011. – N

8. – P. 763.

223. Jozwiak M., Dodd J.M. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013; (3): CD009792.

224. Kallen B. In vitro fertilization in Sweden: child morbidity including cancer risk / et al. // *Fertil Steril.* – 2005. – Vol. 84, № 3. – P. 605-610.

225. Kalu, E. Spontaneous premature ovarian failure: management challenges / E. Kalu, N. Panay // *J. Gynecol. Endocrinol.* – 2008. – Vol. 24 (5). – P. 273–279.

226. Kawakita T, Reddy UM, Grantz KL, Landy HJ, Desale S, Iqbal SN. Maternal outcomes associated with early preterm cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Nov 10.: P. 86–97.

227. Kayani SI, Alfirevic Z. Uterine rupture after induction of labour in women with previous caesarean section // *BJOG.* – 2005 Apr. – 112(4):451-5.

228. Khunpradit S., Tavender E., Lumbiganon P., Laopaiboon M., Wasiak J., Gruen R.L. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011; (6): P. 55.

229. Kostrzewa T., Walczak J., Wieckowska K. Vaginal birth after cesarean delivery. *Ginekol. Pol.* 2010; 81(4): 287–91.

230. Kovac JR, Smith RP, Cajipe M, Lamb DJ, Lipshultz LI. Men with a complete absence of normal sperm morphology exhibit high rates of success without assisted reproduction. *Asian J Androl.* 2016 Sep 30.: P. 45–53.

231. Kovalevsky, G. High rates of embryo wastage with use of assisted reproductive technology: a look at the trends between 1995 and 2001 in the United States / G. Kovalevsky, P. Patrizio // *Fertil. Steril.*– 2005.– Vol.84, № 2.– P.325–330.

232. L. R. Pogacnik et al. Possible role of autoimmunity in patients with premature ovarian insufficiency // *Int. J. Fertil. Steril.*–2014.–Vol. 7(4).–P. 281–290.

233. Landau R, Carvalho B, Wong C, Smiley R, Tsen L, Van de Velde M. Elevation of uterine basal tone and fetal heart rate abnormalities after labor analgesia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2009 Jun;113(6):1374, author reply 1374–5.

234. Landon M.D. Predicting uterine rupture in women undergoing trial of labor after prior cesarean delivery. *Semin. Perinatol.* 2010; 34(4): 267–71.

235. Layman, L. C. Editorial: BMP15—the first true ovarian determinant gene on the X–chromosome? / L.C. Layman // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2006. – Vol. 91. –P. 1673–1676.

236. Liu J, Linara E, Zhao W, Ma H, Ahuja K, Wang J. Neonatal and obstetric outcomes of in vitro fertilization (IVF) and natural conception at a Chinese reproductive unit. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015;42(4):452–6.

237. Loftus FC, Richardson MJ, Shmygol A. Single–cell mechanics and calcium signalling in organotypic slices of human myometrium. *J Biomech.* 2015 Jun 25;48(9):1620–4.

238. Madi J.M., Deon J., Rombaldi R.L., de Araújo B.F., Rombaldi M.C., dos Santos M.B. Impact of vaginal delivery after a previous cesarean section on perinatal outcomes. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2013; 35(11): 516–22.

239. Maneschi F, Biccirè D, Santangelo G, Perrone S, Scaini A, Cosentino C. Implementation of the Four–Category Classification of Cesarean Section Urgency in Clinical Practice. A Prospective Study. *Gynecol Obstet Invest.* 2016 Sep 30.: 220–28.

240. Manjula BG, Bagga R, Kalra J, Dutta S. Labour induction with an intermediate–dose oxytocin regimen has advantages over a high–dose regimen. *J Obstet Gynaecol.* 2015 May;35(4):362–7.

241. McDonagh MS. The benefits and risks of inducing labour in patients with prior caesarean delivery: a systematic review / MS McDonagh, P. Osterweil, JM Guise. // *BJOG.* – 2005 Aug;112(8):1007-1015.

242. Mekiňová L, Janků P, Filipinská E, Kadlecová J, Ventruba P. Cesarean section incidence and vaginal birth success rate at term pregnancy after myomectomy. *Ceska Gynekol.* 2016 Winter;81(6):404–410.

243. Metz T.D., Stoddard G.J., Henry E., Jackson M., Holmgren C., Esplin S. Simple, validated vaginal birth after cesarean delivery prediction model for use at the time of admission. *Obstet. Gynecol.* 2013; 122(3): 571–8.

244. Moore, R.K. Molecular biology and physiological role of the oocyte

factor, BMP-15 / R. K. Moore, S. Shimasaki // *Mol. Cell Endocrinol.* – 2005. – Vol. 234 (1–2).– P. 67–73.

245. Moraes Filho OB, Albuquerque RM, Cecatti JG. A randomized controlled trial comparing vaginal misoprostol versus Foley catheter plus oxytocin for labor induction. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010 Aug;89(8):1045–52.

246. Nagpal MB, Raghunandan C, Saili A. Oral misoprostol versus intracervical prostaglandin E2 gel for active management of premature rupture of membranes at term. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009 Jul;106(1):23–6.

247. National Institute for Health and Care Excellence. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems / D. Barlow [et al.] // *NICE Clinical Guide.*– 2013.– 274 p.

248. National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section. *NICE clinical guideline*; 2011. 57 p.

249. National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel. National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8–10, 2010. *Obstet. Gynecol.* 2010; 115(6): 1279–95.

250. Obeidat N., Meri Z.B., Obeidat M., Khader Y., Al-Khateeb M., Zayed F. et al. Vaginal birth after caesarean section (VBAC) in women with spontaneous labour: predictors of success. *J. Obstet. Gynaecol.* 2013; 33(5): 474–8.

251. Offermann H, Gebauer C, Pulzer F, Bläser A, Thome U, Knüpfer M. Cesarean section increases the risk of respiratory adaptive disorders in healthy late preterm and two groups of mature newborns. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2015 Dec; 219(6):259–65.

252. Ogbonmwan S.E., Miller V., Ogbonmwan D.E., Akinsola A.A. Review of vaginal birth after primary caesarean section without prostaglandin induction and or syntocinon augmentation in labour. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2010;23(4):281-5.

253. Okun N, Sierra S. Pregnancy outcomes after assisted human reproduction. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014 Jan;36(1):64–83.

254. On behalf of the ESHRE working group ESHRE consensus on the definition of 'poor response' to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria / A. P. Ferraretti [et al.] // Hum. Reprod. – 2011. – Vol. 26 (7). – P. 1616–1624.

255. Обоскалова Т.А. Структура и причины перинатальной смертности недоношенных / Акуш. и гин. – 2005. – № 5. – С. 39–41.

256. Parant O. Uterine rupture: prediction, diagnosis et management. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2012; 41(8): 803–16.

257. Pearson G.A., Eckford S.D. Quantification of risk of emergency caesarean during labour after one previous caesarean section. J. Obstet. Gynaecol. 2013; 33(7): 692–4.

258. Polyzos, N. P. A systematic review of randomized trials for the treatment of poor ovarian responders: is there any light at the end of the tunnel? / N. P. Polyzos, P. Devroey // Fertil. Steril. – 2011. – Vol. 96, № 5. – P. 1058–1061 e1057.

259. Poor responders to controlled ovarian hyperstimulation for in vitro fertilization (IVF) / L. Kamble [et al.] // Hum. Fertil. (Camb). – 2011. – Vol. 14 (4). – P. 230–245.

260. Prediction and Diagnosis of Poor Ovarian Response: The Dilemma. / A. Badawy [et al.] // J. Reprod. Infertil. – 2011. – Vol. 12 (4). – P. 241–248.

261. Primary ovarian insufficiency: X chromosome defects and autoimmunity / L. Persani [et al.] // J. Autoimmun. – 2009. – Vol. 33. – P. 35–41.

262. Rebar, R. W. Premature ovarian failure / R. W. Rebar // Obstet. Gynecol. – 2009. – 113. – P. 1355–1363.

263. Recent advances in understanding immunology of reproductive failure/A. Makrigiannakisa [et al.] // J.Reprod Immunol. – 2011. – Vol. 90, №1. – P.96–104.

264. Report on Maternity 2000 and 2001. Ministry of Health. New Zeland Health Information Service, 2003. – P.3.

265. Revicky V., Muralidhar A., Mukhopadhyay S., Mahmood T.A. Case series of uterine rupture: lessons to be learned for future clinical practice. J. Obstet. Gynecol. India. 2012; 62(6): 665–73.

266. Rimm A. A. A metaHanalysis of the impact of IVF and ICSI on major malformations after adjusting for the effect of subfertility / A. A. Rimm, A. C. Katayama, K. P. Katayama // *J. Assist. Reprod. Genet.* – 2011. – Vol. 28. – P. 699-705.

267. Robker, R. L. Inflammatory pathways linking obesity and ovarian dysfunction / R. L. Robker, L. L. Y. Wu, X. Yang // *J. Reprod. Immunol.*– 2011.– Vol. 88, № 2.– P. 142–148.

268. Robson SJ, Vally H, Abdel–Latif ME, Yu M, Westrupp E. Childhood Health and Developmental Outcomes After Cesarean Birth in an Australian Cohort. *Pediatrics*. 2015 Nov;136(5):e1285–93.

269. S. Kalaidzhieva, D. Dimitrova–Dikanarova, R. Stanislavov, L. Nakov. Frequency of anti–sperm antibodies demonstrated by classical tests for sperm antibodies in patients with unexplained infertility. // *Akush. Ginekol. (Sofia)*. – 2007. – Vol. 38, N. 1. – P. 52–56.

270. Santos KJ, Santana GS, Vieira Tde O, Santos CA, Giugliani ER, Vieira GO. Prevalence and factors associated with cracked nipples in the first month postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Aug 5;16(1):209.

271. Scott J.R. Intrapartum management of trial of labour after caesarean delivery: evidence and experience. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2014; 121(2): 157–62.

272. Sentilhes L., Vayssière C., Beucher G., Deneux–Tharaux C., Deruelle P., Diemunsch P. et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2013; 170(1): 25–32.

273. Shah, D. Post Reproductive Health: The Journal of The British Menopause Society Premature menopause – Meeting / D. Shah, N. Nagarajan // *Post Reprod. Heal.*– 2014.– Vol. 1.– P. 1–7.

274. Sharma C, Soni A, Soni PK, Verma S, Verma A, Gupta A. A Retrospective Case–Control Study Evaluating the Role of Mifepristone for Induction of Labor in Women with Previous Cesarean Section. *J Obstet Gynaecol India*. 2016 Oct;66(Suppl1):30–7.

275. Silva C. A. Maintenance of fertility in patients with rheumatic diseases needing antiinflammatory and immunosuppressive drugs / C. A. Silva, E. Bonfa, M. Ostensen // *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. – 2010. – Vol. 62. – P. 1682–1690.

276. Sinha, P. Premature ovarian failure / P. Sinha, N. Kuruba // *J. Obstet. Gynaecol.* – 2007. – Vol. 27. – P. 16–19.

277. Society for Assisted Reproductive Technology and the American Society for Reproductive Medicine. Assisted reproductive technology in the United States : 2001 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology registry // *Fertil. Steril.* – 2007. – Vol. 87 (6). – P. 1253–1266.

278. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines N155: Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth (Replaces guideline N 147), February 2005. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2005; 89(3): 319–31.

279. Specific and sensitive immunoassay detects multiple anti-ovarian antibodies in women with infertility / E. S. Pires [et al.] // *J. Histochem. Cytochem.* – 2007. – Vol. 55. – P. 1181–1190.

280. Spong C.Y., Landon M.B., Gilbert S., Rouse D.J., Leveno K.J., Varner M.W. et al. Risk of uterine rupture and adverse perinatal outcome at term after cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.* 2007; 110(4): 801–17.

281. Stamilio D.M., DeFranco E., Paré E., Odibo A.O., Peipert J.F., Allsworth J.E. et al. Short interpregnancy interval: risk of uterine rupture and complications of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.* 2007; 110(5): 1075–82.

282. Stark M., Finkel A.R. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean section // *Eur. J. Obstetr. Gynecol. Reprod. Biol.* – 1994. – V.53. – P.121–122.

283. Studsgaard A., Skorstengaard M., Glavind J., Hvidman L., Ulbjerg N. Trial of labor compared to repeat cesarean section in women with no other risk factors than a prior cesarean delivery. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2013; 92(11): 1256–63.

284. Suneet P.C., Everett F.M., Christopher D.W. et al. Pregnancy after classic cesarean delivery // *Obstetrics and Gynecology*.-2002. – V. 100.–N. 5.–P. 946–950.

285. Tahseen S., Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC–2) – a systematic review with meta–analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC–2 versus VBAC–1 and repeat (third) caesarean sections. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2010; 117(1): 5–19.

286. Talge NM, Allswede DM, Holzman C. Gestational Age at Term, Delivery Circumstance, and Their Association with Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2016 Mar;30(2):171–80.

287. Tan JK et al. Multiple pregnancy is the leading contributor to cesarean sections in vitro fertilization pregnancies: An analysis using the Robson 10–group classification system. *J Obstet Gynaecol Res.* 2016 Sep;42(9):1141–5.

288. The association between severe obesity and characteristics of failed fertilized oocytes / R. MacHtinger [et al.] // *Hum. Reprod.*– 2012.–Vol. 27, № 11.– P. 3198–3207.

289. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009 / F. Zegers–Hochschild [et al.] // *Hum. Reprod.* – 2009. – Vol. 24, № 11. – P. 2683–2687.

290. The presence of anti– thyroid and anti–ovarian auto–antibodies in familial POF / M. Ashrafi [et al.] // *Int. J. Fertil. Steril.* – 2008. – Vol. 1 (4). – P. 171–174.

291. Thornton P, McFarlin BL, Park C, Rankin K, Schorn M, Stapleton S. Cesarean Outcomes in US Birth Centers and Collaborating Hospitals: A Cohort Comparison. *J Midwifery Womens Health.* 2016 Dec 7.: 67–69.

292. Tilden EL, Cheyney M, Guise JM, Emeis C, Lapidus J, Biel FM, Wiedrick J, Snowden JM. Vaginal Birth After Cesarean: Neonatal Outcomes and United States Birth Setting. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Dec 9.: P.137–145.

293. Timeva T. Recurrent implantation failure: the role of the endometrium /T.Timeva, A.Shterev, S.Kyurkchiev // *J.Reprod.Infertl.* 2014. – Vol.15, №4. – P. 173– 83.

294. Trends and outcomes for donor oocyte cycles in the United States /J. F. Kawwass [et al.] // JAMA.– 2013.– Vol. 310, № 22.– P. 2426– 2434.

295. Tul N, Lasic M, Bricelj K, Bregar AT, Verdenik I, Lucovnik M, Blickstein I. Outcome of small for gestational age preterm singletons: a population-based cohort study. J Perinat Med. 2016 Oct 1;44(8):941–944.

296. Vaknin Z, Kurzweil Y, Sherman D. Foley catheter balloon vs locally applied prostaglandins for cervical ripening and labor induction: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2010 Nov;203(5):418–29

297. Vural F, Vural B, Çakiroglu Y. In vitro fertilization outcomes in obese women under and above 35 years of age. Clin Exp Obstet Gynecol. 2016;43(2):233–7.

298. Wang TT, Sun S, Huang SQ. Effects of Epidural Labor Analgesia With Low Concentrations of Local Anesthetics on Obstetric Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Anesth Analg. 2016 Nov 8.: P.56–64.

299. Wennberg AL, Opdahl S, Bergh C, et al. Effect of maternal age on maternal and neonatal outcomes after assisted reproductive technology. Fertil Steril. 2016 Oct;106(5):1142–1149.

300. What exactly do we mean by 'recurrent implantation failure'? A systematic review and opinion / L.T.Polanski [et al.] // Reprod Biomed Online. – 2014. – Vol. 28, № 4. –P. 409–23.

301. WHO manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile couple / J. Rowe [et al.] // Reprod. Health Matters. – 1994. – Vol. 2, №3.– P. 129.

302. Why we should talk about compliance with assisted reproductive technologies (ART): a systematic review and meta-analysis of ART compliance rates / Gameiro S. [et al.] // Hum. Reprod. Update. – 2013. – Vol. 19, №2. – P. 124–135.

303. Wilson E.K., Dalberth B.T., Koo H.P., Gard J.C. Parents' Perspectives on Talking to Preteen age Children About Sex // Perspectives on Sexual and Reproductive Health. Volume 42, Number 1, March 2010.

304. World Health Organization. World Bank. World report on disability.
305. World collaborative report on Assisted Reproductive Technology, 2002 / J. De Mouzon [et al.] // Hum. Reprod.– 2009. –Vol. 24, № 9. – P. 2310–2320.
306. Wright J.B., Wright A.L., Simpson N.A.B. et al. // Eur. J. Obstetr. Gynecol. Reprod. Biol. –2001. – Vol. 97. –P.23–25.
307. Yang L, Chai CZ, Yue XY, Yan Y, Kou JP, Cao ZY, Yu BY. Ge–Gen Decoction attenuates oxytocin–induced uterine contraction and writhing response: potential application in primary dysmenorrhea therapy. Chin J Nat Med. 2016 Feb;14(2):124–32.
308. Zhang N, Chen H, Xu Z, Wang B, Sun H, Hu Y. Pregnancy, Delivery, and Neonatal Outcomes of In Vitro Fertilization–Embryo Transfer in Patient with Previous Cesarean Scar. Med Sci Monit. 2016 Sep 16;22: 3288–95.
309. Zieleskiewicz L, Chantry A, Duclos G, Bourgoin A, Mignon A, Deneux–Tharoux C, Leone M. Intensive care and pregnancy: Epidemiology and general principles of management of obstetrics ICU patients during pregnancy. Anaesth Crit Care Pain Med. 2016 Oct;35 Suppl 1: OTS51–S57.

НАУКОВІ ПРАЦІ ДЕ ОПУБЛІКОВАНІ ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ
ДИСЕРТАЦІЇ

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.
2. Кесарів розтин в умовах типового міського пологового будинку / Гончарук Н.П. // Здоровье женщины. - 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. // Здоровье женщины. - 2012. - № 8. - С.102-105.
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. // Здоровье женщины. -2013. - № 3- С. 124-129.
5. Динаміка частоти кесаревих розтинів у разі екстрагенітальної патології як показання до оперативного розродження / Вдовиченко Ю.П. , Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Здоровье женщины. -2013. - № 2- С. 108-112.
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. // Здоровье женщины. - 2013. - № 1. - С. 122-126.
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.
8. Шляхи зниження кесаревого розтину у жінок з вагітністю із застосуванням лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій / Вдовиченко Ю.П. , Гончарук Н.П. // Здоровье женщины. - 2014. - № 5. - С. 100-103.
9. Шляхи збільшення кількості вагінальних пологів після попереднього

кесаревого розтину / Вдовиченко Ю.П. , Гончарук Н.П. // Здоровье женщины. - 2014. - № 6 - С. 75-76.

10. Ретроспективний аналіз кесаревого розтину в умовах типового міського пологового будинку / Гончарук Н.П. , Ковида Н.Р. // Здоровье женщины. - 2015. - № 4 - С. 100-101.

11. Оцінювання якості життя жінок із сексуальними дисфункціями після кесарева розтину / Вдовиченко Ю.П. , Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Здоровье женщины. - 2015. - № 6 (102). - С. 142-146.

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. // Здоровье женщины. - 2015. - № 7 (103). - С. 100-102.

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.

14. Діагностика неспроможності рубця на матці після кесаревого розтину (огляд літератури) / Гончарук Н.П. , Ковида Н.Р. // Здоровье женщины. - 2016. - № 7. - С. 171.

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.

16. Шляхи зниження кесаревого розтину в умовах типового міського пологового будинку / Гончарук Н.П. , Ковида Н.Р. // Здоровье женщины. - 2017. - Випуск 3. - С.50

17. Оптимізація підходів до пологорозрішення у жінок з вагітністю із застосуванням лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій / Гончарук Н.П. , Ковида Н.Р. // Здоровье женщины. - 2017. - Випуск 4. - С.123

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

19. Аналіз випадків абдомінального пологорозрішення при аномаліях пологової діяльності / Вдовиченко Ю.П. , Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Здоровье женщины. - 2017. - Випуск 6. - С.103

20. Аналіз випадків абдомінального пологорозрішення при гострій гіпоксії плода / Вдовиченко Ю.П. , Гончарук Н.П., Гурженко О.Ю. // Здоровье женщины. - 2017. - Випуск 7.

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.

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.

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.

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.

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.

28. Спосіб прогнозування вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Корисна модель.-2019.
29. Спосіб ведення жінок з аномаліями пологової діяльності / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Корисна модель.-2019.
30. Діагностика неспроможності рубця на матці / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Корисна модель.-2019
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

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.). Результати дослідження використовуються в практичній роботі пологового будинку № 1 міста Києва; у навчальному процесі на кафедрі акушерства, гінекології та перинатології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України.