

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

**НЕЦКАР ІРИНА ПЕТРІВНА**

УДК 618.3-036.1:618.14-003.92:618.4/.5.008.8

**ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ЖІНОК З РУБЦЕМ  
НА МАТЦІ З ВИКОРИСТАННЯМ РОДИННО-ОРІЄНТОВАНИХ  
ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПАРТНЕРСЬКИХ ПОЛОГІВ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Київ – 2017

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

**Науковий керівник**

член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Вдовиченко Юрій Петрович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Бойко Володимир Іванович**, Медичний інститут Сумського державного університету МОН України, завідувач кафедри акушерства та гінекології

доктор медичних наук, доцент **Лещева Тетяна Володимирівна**, Дніпропетровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини, завідувач кафедри акушерства, гінекології і педіатрії

Захист дисертації відбудеться «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 р. о 12 00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.02 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

Автореферат розісланий «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
кандидат медичних наук доцент

О. А. Галушко

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Проблема рубця на матці після операції кесарева розтину є однією з найбільш актуальних у сучасному акушерстві (Жук С. І. та співавт., 2012; Бойко В. І. та співавт., 2013). Це обумовлено постійним зростанням абдомінального розродження, а в структурі показань основне місце займає наявність рубця на матці (Камінський В. В. та співавт., 2015). Частота самостійного розродження таких жінок в Україні становить до 10 %, що є дуже низьким показником у порівнянні з іншими країнами (Yela A. A. et al., 2013; Rajakumar C. et al., 2015).

Серед нових технологій ведення вагітності та розродження особливе місце займають родинно-орієнтовані технології та партнерські пологи, частота яких зростає з року в рік, а при різних обтяжених ситуаціях такий підхід при розродженні є дієвим резервом зниження частоти акушерської і перинатальної патології (Seow K. M. et al., 2014; Wang J. H. et al., 2015).

Проведений аналіз даних сучасної літератури свідчить про недостатню вивченість питання ведення вагітності та розродження жінок з рубцем на матці з використанням сучасних технологій, хоча його актуальність не викликає сумнівів, особливо в плані розробки ефективних лікувально-профілактичних методик.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика «Розробка індивідуального перинатального супроводу в жінок з факторами високого репродуктивного ризику», № держреєстрації 0111U009695.

**Мета та завдання дослідження.** Метою дослідження було підвищення частоти розродження per vias naturales та зниження частоти перинатальної патології в жінок з рубцем на матці на підставі удосконалення та впровадження методики індивідуальної підготовки подружньої пари під час вагітності та проведення партнерських пологів.

Для реалізації запропонованої мети були поставлені наступні **завдання**.

1. Оцінити клінічний перебіг вагітності у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину.

2. Встановити частоту клініко-ехографічних ознак неспроможності рубця на матці під час вагітності та при розродженні з визначенням коефіцієнту інформативності.

3. Показати роль порушень психологічного статусу у розвитку ускладнень вагітності при наявності у жінок рубця на матці після кесарева розтину.

4. Представити порівняльні аспекти перинатальних наслідків розродження жінок з рубцем на матці в залежності від тактики ведення вагітності та пологів.

5. Запропонувати та впровадити методику індивідуальної підготовки до партнерських пологів жінок з рубцем на матці після кесарева розтину.

6. Оцінити ефективність проведення партнерських пологів з попередньою індивідуальною підготовкою у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину.

*Об'єкт дослідження* – рубець на матці після кесарева розтину.

*Предмет дослідження* – перебіг вагітності та пологів, психологічний статус, стан плода і новонародженого.

*Методи дослідження* – клінічні, функціональні, психологічні, лабораторні і статистичні.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Науково обґрунтовано роль порушень психологічного статусу в розвитку ускладнень вагітності у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину. Досліджено особливості акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину з урахуванням показань до першої операції і тактики ведення вагітності.

Показано роль партнера в зниженні частоти ускладнень під час вагітності і при розродженні жінок з рубцем на матці після кесарева розтину. Встановлено взаємозв'язок між клінічними особливостями перебігу вагітності і пологів, станом психологічного статусу і станом рубця на матці при розродженні жінок без і за участі партнера. Це дозволило розширити наявні дані про механізми розвитку перинатальної патології, а також науково обґрунтувати необхідність використання індивідуальної підготовки подружньої пари на етапі жіночої консультації і акушерського стаціонару з метою підвищення частоти розродження *per vias naturales* та зниження рівня перинатальної патології у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину.

**Практичне значення одержаних результатів.** Встановлено основні критерії можливості розродження *per vias naturales* жінок з рубцем на матці після кесарева розтину. Показано, що розвиток ускладнень вагітності (загроза переривання та плацентарна дисфункція) відбувається на фоні виражених змін психологічного статусу. Встановлено інформативність клініко-ехографічних ознак неспроможності рубця на матці під час вагітності та операції. Вдосконалено і впроваджено алгоритм лікувально-профілактичних заходів щодо підвищення частоти самостійного розродження та зниження рівня перинатальної патології на підставі індивідуальної підготовки подружньої пари під час вагітності і проведення партнерських пологів.

**Особистий внесок здобувача.** Планування і проведення всіх досліджень виконано за період з 2013 по 2016 рр. На ретроспективному етапі була проведена оцінка акушерських і перинатальних результатів у 150 жінок з рубцем на матці, 100 з яких були розроджені шляхом повторної операції кесарева розтину та 50 – самостійно з використанням родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів. Усім жінкам було проведено клініко-функціональне та лабораторне обстеження з індивідуальною оцінкою психологічного статусу. Самостійно проведено забір і підготовку біологічного матеріалу.

Автором удосконалено алгоритм лікувально-профілактичних заходів щодо підвищення частоти самостійного розродження та зниження рівня перинатальної патології у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину на підставі викорис-

тання індивідуальної підготовки подружньої пари на етапі жіночої консультації і проведення партнерських пологів. Статистична обробка отриманих даних проведена винятково автором.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та висновки дисертаційної роботи були оприлюднені на пленумах та з'їзді асоціації акушерів-гінекологів України (Київ, жовтень 2013, 2014, 2015), науково-практичних семінарах з міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні» (Київ, 2015, 2016), науково-практичних конференціях молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика МОЗ України (Київ, 2014, 2015).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 7 наукових робіт, з яких 5 – у фахових журналах і збірниках, рекомендованих МОН України, а також 2 тез на науково-практичних конференціях за фахом.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертація викладена на 140 сторінках друкованого тексту, складається зі вступу, огляду літератури, розділу матеріалів і методів дослідження, двох розділів власних досліджень, їх обговорення, висновків, практичних рекомендацій і покажчика літератури, що включає 279 джерел кирилицею і латиною. Робота ілюстрована 24 таблицями.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Об'єкт, методи та методологія досліджень.** Для вирішення поставленої мети та завдань проведено комплексне обстеження 150 пацієнток з рубцем на матці, яких було розподілено на дві групи: першу групу склали 100 жінок з рубцем на матці, яким було виконано повторний кесарів розтин; до другої групи увійшли 50 жінок з рубцем на матці, розроджених через природні пологові шляхи.

Для аналізу перинатальних результатів у жінок з рубцем на матці проведено комплексне обстеження 150 новонароджених, яких було розподілено на дві групи: група 1 – 100 дітей, народжених шляхом операції кесаревого розтину (КР), група 2 – 50 дітей, народжених через природні пологові шляхи. У групі 1 було виділено дві підгрупи: підгрупа 1.1 – 60 дітей, народжених шляхом планового КР до початку пологової діяльності; підгрупа 1.2 – 40 дітей, народжених шляхом КР з початком пологової діяльності.

Набір клінічного матеріалу проводили на базі міського пологового будинку № 1 м. Києва, а також на базі жіночих консультацій Печерського та Шевченківського районів м. Києва. Ведення жінок на етапі стаціонару проводилось автором, а на амбулаторному етапі – разом з лікарями жіночих консультацій.

Ведення пацієнток першої групи проводили за загальноприйнятими протоколами МОЗ України.

Основними відмітними моментами ведення пацієнток другої групи було використання сімейно-орієнтованих технологій під час вагітності та розродження.

Критеріями відбору пацієнок в другу групу (самостійне розродження жінок з рубцем на матці) були наступні:

- перерва між пологами більше трьох років;
- відсутність важкої екстрагенітальної патології, яка з'явилася показанням для першого КР;
- неускладнений перебіг раннього і віддаленого післяопераційного періодів;
- позитивний психологічний настрій родинної пари на самостійне розродження;
- відсутність важких форм акушерських ускладнень – прееклампсії, плацентарної дисфункції (ПД), затримки розвитку плода, важких форм гестаційної анемії.

Методику індивідуальної підготовки до пологів починали з першого звернення родинної пари до лікаря акушера-гінеколога, де обговорювались можливості самостійного розродження жінок з рубцем на матці після попереднього КР. Контакт лікаря з жінкою є важливим компонентом індивідуальної підготовки до пологів, особливо за наявності рубця на матці.

При первинному зверненні жінки (родинної пари) проводили повне обстеження згідно алгоритмам обстеження, затвердженим протоколами МОЗ України.

Індивідуально для кожної жінки з рубцем на матці розробляли програму підготовки, яка включала комплекс лікувальної фізкультури, фізичні методи, тематичні заняття, тренінг пологів, при необхідності, консультації фахівців – медичного психолога, неонатолога, анестезіолога тощо.

Підготовка подружніх пар (при наявності у жінки рубця на матці після КР) включала в себе:

- обговорення материнських та перинатальних переваг спроби вагінальних пологів;
- підтримку жінки та її партнера в прийнятті рішення;
- проведення ультразвукового дослідження у присутності чоловіка для оцінки стану рубця на матці, з обов'язковим визначенням локалізації плаценти.

Розробка індивідуального алгоритму проводилась автором разом з лікарем жіночої консультації.

Клінічні дослідження проводили за загальноприйнятою схемою: уточнювали і оцінювали скарги, час їх появи, вивчали анамнез. Аналізували частоту і характер перенесених інфекційних захворювань, супутню екстрагенітальну патологію.

Особливу увагу приділяли акушерсько-гінекологічному анамнезу: менструальній функції до і після попередніх пологів; часу, що минув після першого КР; частоті переривання вагітності після пологів; показанням для оперативного розродження; інтра- і післяопераційним ускладненням; техніці оперативного втручання і виду шовного матеріалу.

У післяпологовому періоді оцінювали інволюцію матки, характер виділень із статевих шляхів, стан молочних залоз і становлення лактації.

Для визначення ступеня обсіменіння порожнини матки, виявлення характеру мікрофлори виконували бактеріологічне дослідження маткових лохій на п'яту добу після розродження. Для вивчення видового складу мікрофлори виконували мікробіологічні, бактеріологічні і цитологічні дослідження за загальноприйнятими методиками (Столина В. В. и соавт., 2015; Назаренко Г. И., 2015).

Ультразвукове дослідження (УЗД) проводили на апараті «Fillips HD 11» (Німеччина), здійснювали трансабдомінально (конвексним датчиком частотою 3,5 мГц з наповненим сечовим міхуром) і трансвагінально (вагінальним конвексним датчиком частотою 5,0 мГц). При проведенні УЗД в післяпологовому періоді визначали довжину, ширину, передньо-задній розмір матки, проводили ехографію порожнини матки (Бабкина Т. М., 2014).

Для оцінки психоемоційного статусу у породіль ми застосували модифікований «Особовий опитувальник емоційного відношення» за загальноприйнятою методикою (Ханин Ю. Л., 2012).

Статистичні методи дослідження проводили за допомогою пакету статистичних програм методом варіаційної статистики з визначенням критеріїв достовірності за Ст'юдентом-Фішером, оцінку непараметральних величин виконували з використанням критерію  $\chi^2$  з поправкою Йейтса для малих значень (Минцер А. П., 2014).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Дані сучасної літератури свідчать, що самостійне розродження жінок з рубцем на матці після КР сприяє покращенню результатів пологів для матері і плода (Венцковский Б. М., 2008; Вдовиченко Ю. П. и соавт., 2013; Traffers P. E. et al., 2014), однак питання родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів (ПП) при цьому не розглядалися.

Результати проведених нами досліджень свідчать, що вік досліджуваних пацієнток знаходився в межах від 21 до 42 років. Середній вік пацієнток склав  $27,2 \pm 2,6$  років. У першій групі переважали жінки старше 30 років – 52,0 %, в другій групі таких пацієнток було 34,0 %.

Згідно даних сучасної літератури (Гойда Н. Г., 2012; Жилка Н. Я. та співавт., 2014), на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду суттєво впливають супутні екстрагенітальні і гінекологічні захворювання. Як свідчать отримані нами дані, у 82,0 % пацієнток обох груп були екстрагенітальні захворювання, а в кожній третій спостерігалось поєднання двох і більше нозологічних форм.

Так, у першій групі найчастіше зустрічалася міопія середнього ступеня тяжкості (19,0 %), вегето-судинна дистонія (17,0 %), патологія шлунково-кишкового тракту (15,0 %), хронічне запалення нирок (12,0 %). У порівнянні з цим, в другій групі переважали вегето-судинна дистонія (20,0 %), ожиріння (20,0 %) і патологія шлунково-кишкового тракту (14,0 %).

Аналіз основних гінекологічних захворювань показав високу частоту запальних захворювань геніталій: хронічні сальпінгоофорити зустрічалися в першій

групі в 26,0 %, в другій – в 16,0 %, патології шийки матки – в 37,0 і 42,0 % відповідно.

При дослідженні репродуктивної функції відмічено, що 26,0 % пацієнок першої групи не мали в анамнезі обтяжливих чинників, окрім одного кесаревого розтину, у другій групі таких жінок виявилось 16,0 %. Частота мимовільних пологів до кесаревого розтину в анамнезі у пацієнок першої групи склала всього 5,0 %, тоді як в другій групі їх було 16,0 %, що значно підвищило сприятливий результат пологів через природні пологові шляхи (Чайка В. К., 2011; Swalm Z. S. et al., 2012).

Як відомо, проведення медичних абортів, особливо протягом першого року після операції, сприяє травматизації міометрія, підвищує ризик розвитку інфекційних процесів і несприятливо впливає на процеси регенерації рубця на матці та функціональні властивості міометрія в подальшому (Милованов А. П., 2008; Seow K. M. et al., 2014).

При аналізі результатів попередніх вагітностей встановлено, що 59,0 % пацієнок першої групи ніколи не робили медичних абортів, в другій групі кількість таких жінок становила 60,0 %. У першій групі до операції КР медичні аборти зробили 39,0 % пацієнок, в другій – 40,0 %. Після абдомінального розродження переривання небажаної вагітності в анамнезі мали 61,0 % жінок першої групи і 60,0 % пацієнок другої групи, з них протягом першого року після операції – 24,0 і 6,0 % відповідно.

Проведений аналіз показав, що у 72,0 % жінок, розроджених повторною операцією, показання до попереднього кесарева розтину були ургентними (аномалії пологової діяльності, прееклампсія важкого ступеня, клінічно вузький таз, дистрес плода, передлежання плаценти, кровотеча до пологів або в першому періоді пологів) і при подальшому розродженні дана акушерська ситуація могла не повторитися. У пацієнок, розроджених через природні пологові шляхи, такі показання мали місце в 92,0 % випадків.

Звертає на себе увагу той факт, що у 44,0 % пацієнок першої групи попередній КР був виконаний в плановому порядку, тоді як в другій досліджуваній групі таких пацієнок було всього 20,0 %, що ще раз підтверджує проведення КР в другій групі у зв'язку з виниклою акушерською ситуацією, яка вимагає екстреного розродження.

У всіх досліджуваних пацієнок перший КР був виконаний в нижньому матковому сегменті поперечним розрізом за загальноприйнятою методикою (Паращук Ю. С. та співавт., 2014; Stark M. et al., 2012).

При аналізі інтра- і післяопераційних ускладнень виявилось, що частота їх була приблизно однаковою в обох групах, проте частота гнійно-септичних ускладнень була дещо вище в першій групі, ніж в другій (3,0 і 2,0 % відповідно). Частота субінволюції матки, що створює найменш сприятливі умови для репаративних процесів в матці, в обох групах була майже однаковою (3,0 і 4,0 % відповідно).



Як свідчать дані сучасної літератури (Zhang B. et al., 2014; Timor-Tritsch I. E. et al., 2014), період після КР до наступних пологів має суттєве значення. За нашими даними, він складав від одного до 12 років. Звертає на себе увагу, що у 19,0 % пацієток в першій групі і в 14,0 % в другій вагітність настала протягом перших трьох років після попередньої операції. Найчастіше повторну вагітність спостерігали через 4-6 років після попереднього КР. У першій групі це відмічено у 59,0 % жінок, в другій – в 56,0 %. Це дозволяє вважати даний період (4-6 років) найбільш сприятливим для настання повторної вагітності, що співпадає з рекомендаціями Е. А. Чернухи (2010) і R. Hennessey та співавторів (2015).

При аналізі перебігу вагітності було виявлено, що у 76,0 % пацієток обох груп були захворювання або ускладнення, які вимагали госпіталізації і проведення лікувальних заходів. Найчастішим ускладненням у вагітних з рубцем на матці була загроза переривання вагітності, що вимагає проведення диференціальної діагностики з неспроможністю рубця на матці для вибору оптимальної тактики ведення даної вагітності.

У комплекс обстеження вагітних для оцінки стану рубця на матці включали ехографію матки при наповненому сечовому міхурі з додатковою доплерометрією зони рубця. Дослідження проводили в терміні вагітності 36-38 тижнів, при якому стан рубця можна оцінити найбільш достовірно (Чайка В. К., 2011; Shen L. et al., 2012; Seow K. M. et al., 2014). Товщина рубця 2,5-3,0 мм, відсутність вираженої деформації в області рубця на матці, його рівномірність, наявність локусів кровотоку і відсутність плацентації в області нижнього сегменту матки були основними ехографічними критеріями для вибору методу розродження у вагітних другої групи.

У пацієток першої групи в 33,0 % випадках показаннями до проведення повторної операції з'явилася неспроможність рубця на матці за даними клінічних та ехоскопічних ознак. Проте, при виконанні операції дані щодо неспроможності рубця підтвердилися лише у 17,0 % породіль. На наш погляд, діагноз неспроможності рубця на матці не відповідав дійсній частоті даного ускладнення. Основними клінічними проявами неспроможності рубця на матці у досліджуваних вагітних були локальна хворобливість, відчуття печії в області рубця, больовий синдром при пальпації через передню черевну стінку і переднє зведення піхви нижнього сегменту в області передбачуваного рубця. Інформативність клінічних ознак неспроможності рубця на матці, за нашими даними, склала близько 50 %.

В екстреному порядку була виконана операція у 33,0 % пацієток, в плановому – в 67,0 %. Так, в екстреному порядку було прооперовано 31 з 33 жінок з неспроможністю рубця на матці, одну жінку з передлежанням плаценти (раптово почалась кровотеча) та одну жінку з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти – разом 33,0 %. Загроза розриву матки мала місце у 7 з 31 (22,6 %) жінки з неспроможністю рубця на матці. Наявність плаценти по рубцю як додатковий показ для оперативного розродження мала місце у 9,0 % випадків.

Після проведеного аналізу технічних особливостей і ускладнень, що виникли при виконанні повторного КР, ми отримали наступні дані. Так, у 43,0 % пацієток при входженні в черевну порожнину був виявлений спайковий процес, в 11,0 % випадках він був вираженим, а у 1,0 % пацієток було виконано корпоральний КР у зв'язку з відсутністю доступу до нижнього сегменту матки. Наявність спайкового процесу сприяла тривалішому входженню в черевну порожнину і утрудненому народженню плода, що співпадає з даними досліджень Ю. С. Паращука та співавторів (2014) і І. Е. Timor-Tritsch та співавторів (2014).

Серед різних варіантів анестезії у жінок першої групи у 88,0 % була регіонарна анестезія, а у 12,0 % – ендотрахеальний наркоз.

Гіпотонічна кровотеча під час повторної операції відмічена у 3,0 % жінок, в 2,0 % випадках розріз на матці при народженні голівки плода продовжився поздовжньо на нижній сегмент матки, що супроводжувалося кровотечею і необхідністю проведення додаткового гемостазу. Середня крововтрата при повторному абдомінальному розродженні, в середньому, склала  $740,0 \pm 60,0$  мл ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, частота інтраопераційних ускладнень різного ступеня тяжкості при виконанні повторного КР становила 17,0 %, що співпадає з даними досліджень Б. М. Венцковського (2008) і М. Stark та співавторів (2012).

Другу групу досліджуваних пацієток склали жінки з рубцем на матці, розроджені через природні пологові шляхи.

Окрім згоди пацієтки, основними критеріями для ведення пологів через природні пологові шляхи були:

- клінічні та ехографічні критерії повноцінності рубця;
- задовільний стан матері і плода;
- відсутність абсолютних протипоказань для пологів через природні пологові шляхи.

Всі пологи у жінок з рубцем на матці були партнерськими, велися автором дослідження у присутності анестезіолога при розгорнутій операційній, під кардіомоніторним контролем за станом плода і гістерографічним контролем за характером скоротливої діяльності матки. Частота використання регіонарної анестезії у жінок цієї групи складала 30 % .

При аналізі перебігу пологів було виявлено, що у кожної десятої породіллі (10,0 %) пологи ускладнилися слабкістю пологової діяльності, що майже у всіх випадках зажадало вживання утеротоніків. Передчасне вилиття навколоплідних вод спостерігалось майже у кожної четвертої пацієтки (24,0 %), з них у більшості – раннє вилиття навколоплідних вод.

Висока частота епізіотомії, при детальному аналізі, в 28,0 % випадків пояснювалася, як правило, бажанням закінчити пологи, у зв'язку з певним страхом і психологічним навантаженням при веденні пологів у пацієток з рубцем на матці. Проведення епізіотомії пояснюється тим, що при аномаліях пологової діяльності з метою укорочення потужного періоду і у ряді випадків, коли мали місце швидкі

пологи, розтин промежини виконували з метою профілактики пологового травматизму з боку матері і плода, що співпадало з рекомендаціями Е. А. Чернухи (2010) і В. Zhang та співавторів (2014).

Після самостійного відділення і виділення посліду у 52,0 % випадків за показами проводили ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом, оцінювали цілісність стінок матки і стан рубця. Загальна тривалість пологів у пацієток з мимовільним початком пологової діяльності, в середньому, склала 6 годин 35 хвилин  $\pm$  54 хвилини. Тривалість другого періоду пологів становила 28,1 $\pm$ 1,2 хвилин. Середня крововтрата під час розродження склала 250,0 $\pm$ 10,2 мл ( $p < 0,05$ ), що втричі менше, ніж при повторному абдомінальному розродженні у пацієток першої групи.

Таким чином, при задовільному стані матері і плода, відсутності протипоказань і спроможному рубці на матці, пологи через природні пологові шляхи є оптимальним методом розродження у даних пацієток. Найбільш сприятливим є мимовільний їх початок, частота можливих ускладнень при цьому не перевищує таку в загальній популяції. Використання родинно-орієнтованих технологій дозволяє забезпечити сприятливіший перебіг вагітності і розродження через природні пологові шляхи.

Ми приділяли особливу увагу перебігу післяпологового періоду у пацієток досліджуваних груп.

З найбільш частих скарг, які пред'являли породіллі обох досліджуваних груп, були наступні: 94,0 % породіль першої групи і 52,0 % другої відзначали загальну слабкість, втому після розродження. Болі в області післяопераційної рани непокоїли переважну кількість пацієток (96,0 %) після абдомінального розродження, больовий компонент в області промежини, особливо після епізіотомії (при вагінальних пологах) відмічено у 28,0 % породіль.

При нормальному перебігу післяпологового періоду можлива короткочасна субфебрильна температура, обумовлена зневодненням, скороминущою бактеріємією і попаданням в кров чужорідних білків плода. Після пологів через природні пологові шляхи температура, як правило, нормалізується самостійно протягом першої доби, що відмічено у 98,0 % породіль другої групи, тоді як після КР самостійне зниження температури зареєстровано лише у 30,0 % жінок.

Враховуючи повторне входження в черевну порожнину, тривалість операції, високу інтраопераційну крововтрату, у пацієток першої групи в 38,0 % випадках спостерігався субфебрилітет до трьох діб, а в 2,0 % – резорбційна лихоманка, тоді як у всіх досліджуваних породіль другої групи температура тіла була нормальною протягом всього післяпологового періоду.

Після пологів через природні пологові шляхи температура, як правило, нормалізується самостійно протягом першої доби, що відмічено нами у 97,0 % породіль другої групи, тоді як після КР самостійне зниження температури зареєстровано лише у 30,0 % жінок.

При аналізі основних показників крові нами встановлено, що у пацієнток, розроджених шляхом операції кесаревого розтину, частота зустрічання анемії була майже в 2,5 рази вище, в порівнянні з породіллями другої групи, це підвищує ризик розвитку інфекційного процесу, гнійно-септичних ускладнень і погіршує репаративну здатність тканин.

На інволюцію післяпологової матки впливають особливості перебігу пологової діяльності, стан лактаційної функції у породіллі, наявність і характер оперативного втручання на матці (Гойда Н. Г., 2012; Вдовиченко Ю. П. и соавт., 2013). У першій групі досліджуваних пацієнток нормальна інволюція матки відмічена у 83,0 % породіль, в другій – в 90,0 %. Субінволюція матки в першій групі зустрічалася у 17,0 % жінок, в другій – у 10,0 % пацієнток. При детальному аналізі у пацієнток з субінволюцією матки було виявлено, що дане ускладнення зустрічалося у породіль обох досліджуваних груп за наявності гематометри і лохіометри, тобто мало місце поєднання двох-трьох нозологічних форм.

Лохіометру в першій групі відмічено у 10,0 % породіль. У 4,0 % випадках було потрібно проведення внутрішньоматкового діалізу, а 6,0 % пацієнток отримували консервативне лікування. У другій групі лохіометру діагностовано у 8,0 % жінок. В першій групі післяпологовий період ускладнився гематометрою в 7,0 % породіль, тоді як в другій – лише в 2,0 % пацієнток. З метою лікування даного ускладнення у 8,0 % породіль першої і в 2,0 % другої групи було виконано вишкрібання порожнини матки з подальшим зрошуванням порожнини матки антисептичними і протимікробними засобами.

У порівнянні з цим, в першій групі лише у одної хворої (1,0 %) післяпологовий період ускладнився ендометритом. Діагноз був встановлений на підставі клінічної картини, даних лабораторних, інструментальних і патоморфологічних досліджень. В порівнянні з цим, в другій групі не було випадків післяпологового ендометриту.

Тривалість перебування породіль в стаціонарі після абдомінального розродження склала, в середньому,  $6,3 \pm 0,5$  діб, тоді як після мимовільних пологів –  $3,5 \pm 0,3$  доби.

Таким чином, отримані дані свідчать про те, що після повторного абдомінального розродження мав місце більш ускладнений перебіг післяпологового періоду, особливо з більш високим рівнем субінволюції матки, гемато- та лохіометри.

Згідно даних сучасної літератури, важливе значення мають результати мікробіологічних досліджень (Паращук Ю. С. та співавт., 2014; Чайка В. К., 2011). Наші дослідження не виявили суттєвої відмінності у видовому складі мікрофлори вмісту порожнини матки у породіль обох груп. Незалежно від способу розродження він був представлений умовно-патогенною флорою різного ступеня обсіменіння. У пацієнток, розроджених шляхом операції КР, триваліше зберігалася запальна реакція в тканинах матки, що підтверджено цитологічними дослідженнями.

В умовах сьогодення накопичено велике число наукових даних про позитивний вплив грудного вигодовування на дитину. Лактація сприятливо впливає на скорочення матки, тим самим зменшуючи вірогідність післяпологових кровотеч і прискорюючи інволюцію матки завдяки опосередкованому окситоцином посиленню контрактильної активності міометрія під час годування (Чернуха Е. А., 2010; Zhang B. et al., 2014).

До тактики впровадження родинно-орієнтованих технологій входить позитивне відношення до раннього прикладення до грудей, основною метою якого є охорона, заохочення і підтримка виключно грудного вигодовування з моменту народження. Спільне перебування матері і дитини позитивно впливає на становлення лактації. Індивідуальний і вільний режим вигодовування можливий лише в умовах спільного перебування матері і дитини, він сприяє зниженню частоти лактостазів, тріщин сосків, лактаційних маститів і гіпогалакції.

Аналізуючи становлення лактації у породіль досліджуваних груп, ми відзначили, що раннє прикладення дитини до грудей сприяє лактації. У першій групі сприятливе становлення лактації спостерігалось у 26,0 % пацієток, що майже в 3,5 разу менше, ніж у породіль другої групи, в яких лактація встановилася в 88,0 % випадків. При оцінці лактації встановлено, що гіпогалакція частіше зустрічалася в першій групі (69,0 %) в порівнянні з другою (12,0 %).

Проведення партнерських пологів з попередньою індивідуальною підготовкою дозволяє знизити частоту сумарних ускладнень вагітності (з 76,0 до 52,0 %) за рахунок загрози переривання у різні терміни (з 53,0 до 38,0 %), ПД (з 26,0 до 16,0 %) та затримки розвитку плода (з 20,0 до 14,0 %). Частота позитивного становлення лактації зросла з 26,0 до 88,0 % на фоні зменшення рівня гіпогалакції – з 69,0 до 12,0 % та субінволюції матки – з 17,0 до 10,0 %.

Таким чином, після абдомінального розродження виявлено більш віддалене і тривале становлення лактації, ніж після мимовільних пологів, високу частоту розвитку гіпогалакції і надалі швидке припинення лактації. Ми вважаємо, що це пов'язано не лише з операцією як такою, але і з наркозом, величиною крововтрати, і, як наслідок, наявністю анемії і гіпопротеїнемії в матері, а також з обтяженим перебігом вагітності і пологів, супутньою екстрагенітальною патологією і більш відстроченим прикладенням новонародженого до грудей матері.

В сучасних умовах зростає розуміння важливості різних психологічних аспектів при наданні акушерської допомоги. Психологічні аспекти розродження включають моральне задоволення жінки пологами, формування взаємовідносин матері і новонародженого, позитивного відношення до подальших вагітностей і пологів, сексуальні стосунки після пологів, формування нових взаємин в сім'ї і суспільстві. Вивчення впливу різних акушерських чинників на психологічний результат пологів дозволяє поліпшити як якість безпосередньо акушерської допомоги, так і якість життя жінки в цілому (Ханин Ю. Л., 2012).

Зміни психологічного статусу відіграють суттєву роль у розвитку ускладнень вагітності при повторній операції та полягають у наявності у жінок з рубцем на матці високої частоти емоційної нестабільності (57,0 %), зниженого або мінливого настрою (53,0 %) та тривожного стану відносно майбутньої дитини (45,0 %).

Використання методики індивідуальної підготовки до ПП дозволяє нормалізувати психологічний статус жінок з рубцем на матці, що підтверджується зниженням особистісної (з 82,0 до 44,0 %) і ситуаційної (з 66,0 до 32,0 %) тривожності, підвищенням рівня моральної задоволеності методом розродження (з 36,0 до 92,0 %), високої самооцінки (з 48,0 до 94,0 %), відсутністю порушень у взаєминах з чоловіком на новонародженим (з 66,0 до 100,0 %).

Отримані нами результати свідчать, що у пацієток з рубцем на матці, розроджених через природні пологові шляхи, спостерігалось моральне задоволення методом розродження, висока самооцінка, готовність самостійно народжувати в майбутньому і відсутність порушень у взаєминах з чоловіком та новонародженим. Незадовільна психопрофілактична підготовка вагітних в умовах жіночої консультації сприяє збільшенню числа жінок з рубцем на матці, що наполягають на проведенні повторного кесаревого розтину.

В процесі народження дитини через природні пологові шляхи відбувається запуск механізмів адаптації до позаутробного життя. При цьому особливо напруженим є перебіг процесів ранньої неонатальної адаптації в перші 30 хвилин життя, коли відбувається активація зовнішнього дихання і максимально виражені компенсаторно-приспосувальні реакції екстреного характеру (Ханин Ю. Л., 2012; Голота В. Я. и соавт., 2009).

Відомо, що при розродженні шляхом операції КР до початку пологової діяльності плід позбавляється запрограмованих природою стимул-реакцій для запуску адаптаційних механізмів, тоді як при народженні плода через природні пологові шляхи відбувається активація механізмів адаптації до позаутробного життя. Унаслідок цього компенсаторно-приспосувальні реакції екстреного характеру мають менш напружений перебіг і адаптація новонароджених відбувається досить гладко (Паращук Ю. С. та співавт., 2014; Чайка В. К., 2011).

Враховуючи викладене вище, новонароджених першої групи, що народилися шляхом операції КР, було розподілено, як зазначено вище, на дві підгрупи: підгрупа 1.1 – 60 дітей, народжених шляхом планового КР до початку пологової діяльності; підгрупа 1.2 – 40 дітей, народжених шляхом КР з початком пологової діяльності.

За нашими даними, у дітей, народжених оперативно з початком пологової діяльності і через природні пологові шляхи, втричі рідше, в порівнянні з підгрупою 1.1, зареєстровано стан середнього ступеня тяжкості при народженні, що вказувало на задовільні пристосувальні механізми цих новонароджених. Тоді як діти, що з'явилися на світ шляхом планової операції КР, були уразливими, при-

стосувальні механізми адаптації в пологах у них були нижчими і, як результат – майже кожна третя дитина народилася в стані середнього ступеня тяжкості.

У порівнянні з цим, діти групи 2 в періоді ранньої адаптації, в перші хвилини після народження, контактували з материнською шкірою і заселяли свій беззахисний організм материнською флорою, а з першими краплями молозива отримували секреторні імуноглобуліни для нормальної колонізації кишечника в ранньому неонатальному періоді.

Таким чином, порівнюючи адаптацію обстежених новонароджених, необхідно відзначити, що найбільш успішною вона була у дітей, які народилися через природні пологові шляхи і шляхом операції кесарева розтину з початком пологової діяльності.

Нами виявлено прямий кореляційний зв'язок між характером і тяжкістю неврологічної симптоматики у новонароджених, патологією під час вагітності, термінами і шляхом розродження. Так, немовлята, які перенесли тривалу хронічну гіпоксію, розроджені достроково і в плановому порядку, в періоді ранньої адаптації виявляли значимішу неврологічну симптоматику у вигляді синдрому пригнічення центральної нервової системи і внутрішньочерепної гіпертензії, а також внутрішньошлуночковий крововилив першого ступеня. Діти, що народилися природним шляхом, найчастіше адаптувалися з проявами синдрому збудливості. Відомо, що синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості має легший перебіг і швидшу позитивну динаміку.

Крім того, нами встановлено, що становлення функції дихання у дітей підгрупи 1.2 було стабільнішим і характеризувалося в 2,4 разу меншими порушеннями, ніж у дітей підгрупи 1.1, оскільки саме з початком пологової діяльності включаються механізми підготовки немовляти до першого вдиху і успішного розпрямлення легеневої тканини після народження.

Таким чином, діти, що народилися через природні пологові шляхи, в своїй більшості перебували на грудному вигодовуванні, швидше відновили первинний спад маси і почали її надбавку, що співпадає з даними досліджень Н. Г. Гойди (2012) і Н. Я. Жилки та співавторів (2014).

Внаслідок різних відхилень протягом раннього неонатального періоду частину новонароджених було переведено в стаціонар для подальшої реабілітації. Так, новонароджені, що народилися через природні пологові шляхи, і шляхом операції КР з початком пологової діяльності (підгрупа 1.2), вдвічі рідше прямували до стаціонару, ніж діти підгрупи 1.1. Більшість новонароджених, що народилися шляхом КР в плановому порядку, переводили на реабілітаційне лікування з приводу поєднання гіпербілірубінемії і неврологічної симптоматики. Таких немовлят в цій підгрупі було 10,0 %, тоді як в підгрупі 1.2 і групі 2 було всього по дві дитини (5,0 і 4,0 % відповідно).

Перинатальні результати розродження жінок з рубцем на матці залежать від методу розродження, при цьому самостійні пологі сприяли зменшенню частоти

асфіксії середнього та важкого ступеня (з 10,0 до 4,0 %), а також порушень постнатальної адаптації новонароджених (з 28,0 до 18,0 %).

Все вищевикладене дозволяє дійти висновку, що період ранньої адаптації характеризується більш напруженим перебігом в новонароджених, що народилися шляхом операції КР в плановому порядку до початку пологової діяльності в матері. У цих дітей в періоді адаптації найчастіше виявлялися ознаки незрілості органів і систем, що ускладнювало їх адаптацію до умов позаутробного життя.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що використання родинно-орієнтованих технологій у жінок з рубцем на матці дозволяє поліпшити клінічний перебіг вагітності, знизити частоту порушень функціонального стану фетоплацентарного комплексу, нормалізувати психоемоційний статус і сприяти розродженню через природні пологові шляхи без погіршення показників перинатальної патології і постнатальної адаптації новонароджених. Отримані результати дають нам право рекомендувати вдосконалений алгоритм тактики ведення вагітності для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне обґрунтування та практичне вирішення наукового завдання щодо підвищення частоти самостійного розродження і зниження частоти перинатальної патології в жінок з рубцем на матці на підставі удосконалення та впровадження методики індивідуальної підготовки подружньої пари під час вагітності та при розродженні.

1. Дані сучасної літератури свідчать, що самостійне розродження жінок з рубцем на матці після кесарева розтину сприяє покращенню результатів пологів для матері і плода, однак в цьому питанні не показана роль родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів.

2. Клінічний перебіг вагітності у жінок з рубцем на матці, які планують повторну операцію, характеризувався високою частотою різних ускладнень (76,0 %), в структурі яких переважали загроза переривання (53,0 %) та плацентарна дисфункція (26,0 %) із затримкою розвитку плода (20,0 %).

3. Частота клініко-ехографічних ознак неспроможності рубця на матці становила 33,0 %, однак під час операції це підтверджено тільки у 17,0 % жінок, при цьому інформативність цих ознак склала 50,0 %, що вказує на наявність резервів підвищення частоти самостійного розродження жінок з рубцем на матці.

4. Зміни психологічного статусу мали суттєву роль в розвитку ускладнень вагітності при повторній операції та полягали у наявності в жінок з рубцем на матці високої частоти емоційної нестабільності (57,0 %), зниженого або мінливого настрою (53,0 %) та тривожного стану відносно майбутньої дитини (45,0 %).

5. Перинатальні результати розродження жінок з рубцем на матці залежали від методу розродження, при цьому самостійні пологі сприяли зменшенню час-



тоти асфіксії середнього та важкого ступеня (з 10,0 до 4,0 %), а також порушень постнатальної адаптації новонароджених (з 28,0 до 18,0 %).

6. Використання методики індивідуальної підготовки до партнерських пологів дозволило нормалізувати психологічний статус жінок з рубцем на матці, що підтверджено зниженням особистісної (з 82,0 до 44,0 %) і ситуаційної (з 66,0 до 32,0 %) тривожності, а також підвищенням рівня моральної задоволеності методом розродження (з 36,0 до 92,0 %), високою самооцінкою (з 48,0 до 94,0 %) і відсутністю порушень у взаєминах з чоловіком на новонародженим (з 66,0 до 100,0 %).

7. Проведення партнерських пологів з попередньою індивідуальною підготовкою дозволило знизити частоту сумарних ускладнень вагітності (з 76,0 до 52,0 %) за рахунок загрози переривання у різні терміни (з 53,0 до 38,0 %), плацентарної дисфункції (з 26,0 до 16,0 %) та затримки розвитку плода (з 20,0 до 14,0 %), підвищити частоту позитивного ставлення до лактації (з 26,0 до 88,0 %) на фоні зменшення рівня гіпогалакції (з 69,0 до 12,0 %) та субінволюції матки (з 17,0 до 10,0 %).

### **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Методика індивідуальної підготовки подружньої пари до партнерських пологів при наявності у жінки рубця на матці після кесарева розтину повинна включати наступні моменти:

- навчання подружньої пари в жіночій консультації (з моменту постановки на облік) і в пологовому будинку;
- оцінку психологічного статусу і консультацію медичного психолога;
- обговорення материнських та перинатальних переваг спроби вагінальних пологів;
- підтримку жінки та її партнера в прийнятті рішення щодо самостійних пологів;
- проведення УЗД дослідження у присутності чоловіка для оцінки стану рубця на матці, з обов'язковим визначенням локалізації плаценти;
- підготовку до спільного знаходження матері, батька і новонародженого після розродження.

Проведення партнерських пологів показано жінкам з рубцем на матці при перерві між пологами більше трьох років; відсутності важкої екстрагенітальної патології, яка з'явилася показанням для першого кесарева розтину; неускладненому перебігу раннього і віддаленого післяопераційного періодів; позитивному психологічному настрою родинної пари на самостійне розродження; відсутності важких форм акушерських ускладнень – прееклампсії, плацентарної дисфункції, затримки розвитку плода, важких форм гестаційної анемії, що дозволяє не лише знизити частоту кесаревих розтинів, але і поліпшити перинатальні результати розродження.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Нецкар І. П. Кесарів розтин при партнерських пологах в умовах типового міського пологового будинку / І. П. Нецкар // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика. – К., 2013. – Вип. 22, кн. 5, ч. 2. – С. 97–101.
2. Нецкар І. П. Кесарів розтин як медико-соціальна проблема при партнерських пологах / І. П. Нецкар // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика. – К., 2014. – Вип. 23, кн. 6, ч. 1. – С. 64–68.
3. Нецкар І. П. Повторний кесарів розтин при партнерських пологах при неспроможності рубця на матці / І. П. Нецкар // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика. – К., 2014. – Вип. 23, кн. 6, ч. 2. – С. 46–51.
4. Нецкар І. П. Повторний кесарів розтин з позицій перинатальних наслідків та партнерських пологів / І. П. Нецкар // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика. – К., 2015. – Вип. 24, кн. 6, ч. 1. – С. 59–63.
5. Нецкар І. П. Оптимізація тактики ведення жінок з рубцем на матці з використанням родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів / І. П. Нецкар // Здоров'я жінки. – 2016. – № 8. – С. 82–85.
6. Нецкар І. П. Шляхи зниження перинатальної патології при партнерському кесарському розтині / І. П. Нецкар // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика : тези матеріалів науково-практичного симпозиума с міжнародним участим «Актуальные вопросы здоровья матери, плода и новорожденного», 16-17 мая 2013 года, г. Винница. – К., 2013. – Вип. 22, кн. 5, ч. 2. – С. 423–424.
7. Нецкар І. П. Сучасні питання кесарева розтину при партнерських пологах / І. П. Нецкар // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика : тези матеріалів науково-практичного семінару з міжнародною участю «Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні», 20 березня 2014 року, м. Львів. – К., 2014. – Вип. 23, кн. 5, ч. 1. – С. 344.

## АНОТАЦІЯ

**Нецкар І. П. Оптимізація тактики ведення жінок з рубцем на матці з використанням родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів.** – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2017.

Наукова робота присвячена підвищенню частоти розродження *per vias naturales* та зниженню частоти перинатальної патології в жінок з рубцем на матці на підставі удосконалення та впровадження методики індивідуальної підготовки подружньої пари під час вагітності та при розродженні. Науково обґрунтовано роль порушень психологічного статусу в розвитку ускладнень вагітності у жінок з

рубцем на матці після кесарева розтину. Досліджено особливості акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину з урахуванням показань до першої операції та тактики ведення вагітності. Показано роль партнера в зниженні частоти ускладнень під час вагітності і при розродженні жінок з рубцем на матці після кесарева розтину. Встановлений взаємозв'язок між клінічними особливостями перебігу вагітності і пологів, психологічним статусом і станом рубця на матці при розродженні жінок без і за участю партнера. Це дозволило розширити наявні дані про механізми розвитку перинатальної патології, а також науково обґрунтувати необхідність використання індивідуальної підготовки подружньої пари на етапі жіночої консультації і акушерського стаціонару з метою підвищення частоти розродження *per vias naturales* та зниження рівня перинатальної патології у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину. Встановлено основні критерії можливості розродження *per vias naturales* жінок з рубцем на матці після кесарева розтину. Показано, що розвиток ускладнень вагітності (загрози переривання вагітності та плацентарної дисфункції) відбувається на фоні виражених змін психологічного статусу. Встановлена інформативність клініко-ехографічних ознак неспроможності рубця на матці під час вагітності та операції. Вдосконалено і впроваджено алгоритм лікувально-профілактичних заходів щодо підвищення частоти самостійного розродження та зниження рівня перинатальної патології на підставі індивідуальної підготовки подружньої пари під час вагітності і проведення партнерських пологів.

**Ключові слова:** рубець на матці, родинно-орієнтовані технології, партнерські пологи.

## SUMMARY

**Netskar I. P. Optimization of tactics of maintaining women with the cicatrix on uterus with use of the family focused technologies and partner labors. – Manuscript.**

Thesis for a degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.01 – obstetric and gynecology. – P. L. Shupyk National Medical Academy of Post-Graduate Education of Health of Ukraine, Kyiv, 2017.

Scientific work is devoted to rising of frequency of delivery of *per vias naturales* and depression of frequency of perinatal pathology at women with the cicatrix on a uterus on the basis of improvement and introduction of technique of individual preparation of a married couple during pregnancy and at delivery. The role of disturbances of the psychological status in development of complications of pregnancy in women with the cicatrix on uterus after cesarean section is scientifically proved. Features of obstetric and perinatal complications at women with the cicatrix on uterus after cesarean section taking into account indications to the first operation and tactics of conducting pregnancy are studied. The role of the partner in depression of frequency of complications is shown during pregnancy and at delivery of women with the cicatrix on

uterus after cesarean section. The interrelation between clinical features of course of pregnancy and labors, condition of the psychological status and condition of the cicatrix on uterus is established at delivery of women without and with participation of the partner. It allowed to dilate available data about mechanisms of development of perinatal pathology, and also scientifically to prove need of use of individual preparation of married couple at stage of female consultation and an obstetric hospital for the purpose of rising of frequency of delivery of per vias naturales and depression of level of perinatal pathology at women with the cicatrix on uterus after cesarean section. The main criteria of possibility of delivery of per vias naturales of women with the cicatrix on uterus after cesarean section are established. The algorithm of treatment-and-prophylactic actions for rising of frequency of an independent delivery and level depression perinatal pathologies on the basis of individual preparation of married couple is improved and introduced during pregnancy and carrying out partner labors.

**Keywords:** the cicatrix on uterus, the family focused technologies, partner labors.

### АННОТАЦИЯ

**Нецкар И. П. Оптимизация тактики ведения женщин с рубцом на матке с использованием семейно-ориентированных технологий и партнерских родов.** – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев, 2017.

Научная работа посвящена повышению частоты родоразрешения per vias naturales и снижению частоты перинатальной патологии у женщин с рубцом на матке на основе усовершенствования и внедрения методики индивидуальной подготовки супружеской пары во время беременности и при родоразрешении. Научно обоснована роль нарушений психологического статуса в развитии осложнений беременности у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. Изучены особенности акушерских и перинатальных осложнений у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения с учетом показаний к первой операции и тактики ведения беременности. Показана роль партнера в снижении частоты осложнений во время беременности и при родоразрешении женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. Установлена взаимосвязь между клиническими особенностями течения беременности и родов, состоянием психологического статуса и состоянием рубца на матке при родоразрешении женщин без и с участием партнера. Это позволило расширить имеющиеся данные про механизмы развития перинатальной патологии, а также научно обосновать необходимость использования индивидуальной подготовки супружеской пары на этапе женской консультации и акушерского стационара с целью повышения частоты родоразрешения per vias naturales и снижения уровня перинатальной патологии у женщин с рубцом на матке после

кесарева сечения. Установлены основные критерии возможности родоразрешения *per vias naturales* женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. Усовершенствован и внедрен алгоритм лечебно-профилактических мероприятий по повышению частоты самостоятельного родоразрешения и снижению уровня перинатальной патологии на основе индивидуальной подготовки супружеской пары во время беременности и проведения партнерских родов.

Данные современной литературы свидетельствуют, что самостоятельное родоразрешение женщин с рубцом на матке после кесарева сечения способствует улучшению результатов родов для матери и плода, однако в этом вопросе не показана роль семейно-ориентированных технологий и партнерских родов. Клиническое течение беременности у женщин с рубцом на матке, которые планируют повторную операцию, характеризовалось высокой частотой разных осложнений (76,0 %), в структуре которых преобладали угроза прерывания (53,0 %) и плацентарная дисфункция (26,0 %) с задержкой развития плода (20,0 %). Частота клинико-эхографических признаков несостоятельности рубца на матке составила 33,0 %, однако во время операции это подтверждено только в 17,0 %, при этом информативность этих признаков составила 50,0 %, что указывает на наличие резервов повышения частоты самостоятельного родоразрешения этих женщин. Нарушения психологического статуса играют существенную роль в развитии осложнений беременности при повторной операции и заключаются в наличии у женщин с рубцом на матке высокой частоты эмоциональной нестабильности (57,0 %), сниженного или переменчивого настроения (53,0 %) и тревожного состояния относительно будущего ребенка (45,0 %). Перинатальные результаты родоразрешения женщин с рубцом на матке зависят от метода родоразрешения, при этом самостоятельные роды способствовали уменьшению частоты асфиксии средней и тяжелой степени (с 10,0 % до 4,0 %), а также нарушений постнатальной адаптации новорожденных (с 28,0 % до 18,0 %). Использование методики индивидуальной подготовки к партнерским родам позволило нормализовать психологический статус женщин с рубцом на матке, что подтверждено снижением личностной (с 82,0 до 44,0 %) и ситуационной (с 66,0 до 32,0 %) тревожности, а также характеризуется повышением уровня моральной удовлетворенности методом родоразрешения (с 36,0 до 92,0 %), высокой самооценкой (с 48,0 до 94,0 %) и отсутствием нарушений во взаимоотношениях с мужем и новорожденным (с 66,0 до 100,0 %). Проведение партнерских родов с предыдущей индивидуальной подготовкой позволило снизить частоту суммарных осложнений беременности (с 76,0 до 52,0 %) за счет угрозы прерывания в разные сроки (с 53,0 до 38,0 %), плацентарной дисфункции (с 26,0 % до 16,0 %) и задержки развития плода (с 20,0 до 14,0 %). Возросла частота позитивного отношения к лактации (с 26,0 до 88,0 %) на фоне уменьшения уровня гипогалактии (с 69,0 до 12,0 %) и субинволюции матки (с 17,0 до 10,0 %).

**Ключевые слова:** рубец на матке, семейно-ориентированные технологии, партнерские роды.

**СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ІР – індекс резистентності

ЗРП – затримка розвитку плода

КР – кесарів розтин

ПД – плацентарна дисфункція

ПП – партнерські пологи

УЗД – ультразвукове дослідження